

РЕШЕНИЕ  
по делу № 1-15-150/00-18-15  
о нарушении антимонопольного законодательства

г. Москва

Резолютивная часть решения оглашена 16.06.2016  
В полном объеме решение изготовлено 24.06.2016

Комиссия Федеральной антимонопольной службы по рассмотрению дела о нарушении антимонопольного законодательства в составе:<...>,

рассмотрев дело № 1-15-150/00-18-15, возбужденное по признакам нарушения Правительством Санкт-Петербурга (191060, г. Санкт-Петербург, Смольный пр-д, д. 1), Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге (191023, г. Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., д. 1) части 1 статьи 15 Федерального закона от 26.07.2006 № 135-ФЗ «О защите конкуренции» (далее – Закон о защите конкуренции), выразившегося в выделении объемов предоставления медицинской помощи без учета критериев распределения медицинской помощи, что приводит или может привести к недопущению, ограничению, устранению конкуренции на рынке оказания медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования на территории г. Санкт-Петербурга,

в присутствии на заседании представителя Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге <...> (постановление Правительства Санкт-Петербурга от 24.04.2014 № 286 «О внесении изменения в постановление Правительства Санкт-Петербурга от 28.11.2011 № 1775»), представителя Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга <...> (по доверенности от 20.11.2015 № 01/26-1757/15-0-0), представителя ЗАО «КардиоКлиника» <...> (по доверенности от 19.11.2015), в отсутствие на заседании представителей Правительства Санкт-Петербурга и ГУ «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга», уведомленных надлежащим образом,

УСТАНОВИЛА:

В ФАС России поступило заявление ЗАО «КардиоКлиника» (далее – Заявитель) от 23.05.2015 № 6/А (вх. № 51793/15 от 25.05.2015) о создании Заявителю дискриминационных условий доступа на рынок медицинских услуг на территории Санкт-Петербурга при распределении объемов предоставления высокотехнологичной медицинской помощи в рамках территориальной программы



Идентификатор

обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) в Санкт-Петербурге (далее – Заявление).

Согласно доводам Заявителя, в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге (далее – Терпрограмма Санкт-Петербурга) на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов Заявителю были впервые выделены объемы на осуществление высокотехнологичной медицинской помощи в размере 6 случаев на 2015 год при заявленных 200 случаях, что, по данным Заявителя, составляет 0,07 % от общего объема медицинской помощи, выделенного всем медицинским организациям Санкт-Петербурга. При этом, по данным Заявителя, 99,86 % выделенного объема приходится на долю медицинских организаций государственной формы собственности.

Также Заявитель указывает, что лишен полноценной возможности оказывать пациентам качественную специализированную медицинскую помощь при наличии действующей лицензии. Несмотря на то, что Заявитель является участником программы ОМС с 2008 года, до 2015 года ему не выделялись объемы предоставления медицинской помощи в стационарных условиях, хотя Заявителем ежегодно подавались заявки на выделение объемов.

ФАС России установлено, что Терпрограмма Санкт-Петербурга на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов утверждена Законом Санкт-Петербурга от 24.12.2014 № 715-134. Раздел 3 Терпрограммы Санкт-Петербурга предусматривает финансовое обеспечение специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

Согласно приложению № 1 к Терпрограмме Санкт-Петербурга на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов Заявитель включен в Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Терпрограммы Санкт-Петербурга.

В ответ на запрос ФАС России от 08.06.2015 № АК/28392/15 Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга письмом от 22.06.2015 № 01/19-4512/15-0-1 (вх. № 64894/15 от 30.06.2015) представил в ФАС России перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Терпрограммы Санкт-Петербурга в 2014-2015 годах, для которых установлены объемы медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия (стентирование)». При анализе указанного перечня ФАС России установлено следующее:

- в 2014-2015 годах медицинские услуги в рамках ОМС по профилю «сердечно-сосудистая хирургия (стентирование)» оказывали 18 медицинских организаций;

- из 18 медицинских организаций только 2 медицинские организации относятся к организациям частной формы собственности;

- выделенные объемы предоставления медицинской помощи существенно различаются в зависимости от формы собственности медицинской организации, так

как основные объемы медицинской помощи распределены между государственными медицинскими организациями;

– из 18 медицинских организаций семи государственным медицинским организациям в 2015 году увеличен объем предоставления медицинской помощи по сравнению с 2014 годом (от 10 случаев до 200 случаев), двум медицинским организациям объем незначительно уменьшен по сравнению с 2014 годом, остальным девяти медицинским организациям объем предоставления медицинской помощи оставлен на уровне 2014 года.

Заявитель письмом от 11.12.2014 № 63 направил в ТФОМС Санкт-Петербурга заявку на предоставление объемов медицинской помощи и объема финансирования оказания медицинской помощи в рамках Терпрограммы Санкт-Петербурга в количестве 200 случаев.

Согласно протоколу от 30.12.2014 № 15 заседания Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге (далее – Комиссия Санкт-Петербурга) Заявителю выделены объемы по высокотехнологичной медицинской помощи в количестве 6 случаев, что составило 0,07 % от общего объема по данному виду медицинской помощи, выделенного медицинским организациям Санкт-Петербурга.

Заявитель в письмах от 09.04.2015 № 22, от 20.04.2015 № 30, от 22.07.2015 № 43 в адрес Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, ТФОМС Санкт-Петербурга и Комиссии Санкт-Петербурга указывал на необходимость увеличения объема предоставления медицинской помощи, основываясь на реальной потребности застрахованных лиц в медицинской помощи. Более того, письмом от 22.07.2015 № 43 Заявитель сообщил о том, что «общее количество пациентов, которым Заявитель в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации уже выполнил экстренную ангиопластику со стентированием по поводу острого коронарного синдрома, составляет 22 человека». Таким образом, Заявитель представил в Комиссию Санкт-Петербурга информацию о существующей объективной потребности застрахованных лиц в медицинской помощи.

Вместе с тем согласно пункту 8 протокола заседания Комиссии Санкт-Петербурга от 02.06.2015 № 5 Комиссией Санкт-Петербурга принято решение о том, что «основания для увеличения объемов медицинской помощи и финансовых средств на 2015 год в части высокотехнологичной медицинской помощи для ЗАО «КардиоКлиника» отсутствуют». При этом какого-либо расчета, объективного обоснования распределения между медицинскими организациями объемов предоставления медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия (стентирование)» в указанном решении Комиссии Санкт-Петербурга не содержится, а также не представлено в ответ на запрос ФАС России от 08.06.2015 № АК/28392/15 в рамках рассмотрения Заявления. При этом отдельным государственным медицинским организациям был увеличен объем предоставления

медицинской помощи по сравнению с 2014 годом.

По результатам рассмотрения Заявления и представленных материалов приказом ФАС России от 29.09.2015 № 892/15 «О возбуждении дела и создании Комиссии по рассмотрению дела о нарушении антимонопольного законодательства» возбуждено дело № 1-15-150/00-18-15 по признакам нарушения Правительством Санкт-Петербурга, Комиссией Санкт-Петербурга части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции.

Определением ФАС России от 12.10.2015 № 18/55540/15 Правительство Санкт-Петербурга и Комиссия Санкт-Петербурга привлечены в качестве ответчиков по делу № 1-15-150/00-18-15 (далее также – Ответчики), ГУ «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга» и Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга привлечены в качестве заинтересованных лиц по делу № 1-15-150/00-18-15.

Ответчики по делу № 1-15-150/00-18-15 установлены исходя из следующего.

Отношения в сфере ОМС регулируются Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон об ОМС), Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон об охране здоровья граждан), Федеральным законом от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» и иными нормативными правовыми актами.

Под территориальной программой ОМС в соответствии с частью 1 статьи 36 Закона об ОМС понимается составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой в порядке, установленном законодательством субъекта Российской Федерации. Территориальная программа ОМС включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения), перечень страховых случаев, установленные базовой программой ОМС, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте Российской Федерации значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо (часть 2 статьи 36 Закона об ОМС).

Территориальная программа ОМС в рамках реализации базовой программы ОМС определяет на территории субъекта Российской Федерации способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, содержит реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС,

определяет условия оказания медицинской помощи в них, а также целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи (часть 6 статьи 36 Закона об ОМС).

Для разработки проекта территориальной программы ОМС на основании части 9 статьи 36 Закона об ОМС в субъекте Российской Федерации создается комиссия по разработке территориальной программы ОМС, в состав которой входят на паритетных началах представители:

- органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации,
- территориального фонда,
- страховых медицинских организаций,
- медицинских организаций,
- медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов),
- профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации.

Комиссия по разработке территориальной программы ОМС формируется и осуществляет свою деятельность в соответствии с положением, являющимся приложением к правилам ОМС.

Согласно части 10 статьи 36 Закона об ОМС объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, распределяются решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи.

Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н утверждены Правила обязательного медицинского страхования (далее – Правила ОМС), которые регулируют правоотношения субъектов и участников ОМС при реализации Закона об ОМС, а также Положение о деятельности комиссии по разработке территориальной программы ОМС (далее – Положение о комиссии).

Персональный состав комиссии по разработке территориальной программы ОМС на основании пункта 10 Положения о комиссии утверждается нормативным правовым актом высшего органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации. Председателем комиссии является представитель органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченный высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации

(пункт 11 Положения о комиссии).

Постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 28.12.2011 № 1775 утвержден состав Комиссии Санкт-Петербурга.

Поскольку Комиссия Санкт-Петербурга учреждена в силу прямого указания Закона об ОМС органом государственной власти субъекта Российской Федерации и наделена Законом об ОМС и принятыми в его исполнение подзаконными нормативными правовыми актами функциями органов власти, в частности по принятию решений, обязательных к исполнению хозяйствующими субъектами, в том числе путем распределения объемов предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, Комиссия Санкт-Петербурга является органом, осуществляющим функции Правительства Санкт-Петербурга в сфере ОМС. Правительство Санкт-Петербурга как орган, утвердивший состав Комиссии Санкт-Петербурга, а также Комиссия Санкт-Петербурга несут ответственность за принимаемые решения, в том числе по вопросам распределения и перераспределения объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями в сфере ОМС.

В соответствии с частью 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции федеральным органам исполнительной власти, органам государственной власти субъектов Российской Федерации, органам местного самоуправления, иным осуществляющим функции указанных органов или организациям, организациям, участвующим в предоставлении государственных или муниципальных услуг, а также государственным внебюджетным фондам, Центральному банку Российской Федерации запрещается принимать акты и (или) осуществлять действия (бездействие), которые приводят или могут привести к недопущению, ограничению, устранению конкуренции, за исключением предусмотренных федеральными законами случаев принятия актов и (или) осуществления таких действий (бездействия).

Таким образом, Правительство Санкт-Петербурга и Комиссия Санкт-Петербурга являются субъектами ответственности по части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции.

В целях уточнения представленных Заявителем сведений о выделенных объемах предоставления медицинской помощи Комиссия ФАС России, руководствуясь частью 5<sup>1</sup> статьи 45 Закона о защите конкуренции, провела анализ состояния конкуренции на товарном рынке оказания высокотехнологичной медицинской помощи по виду «коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца» в рамках Терпрограммы Санкт-Петербурга и установила, что Заявителю были выделены следующие объемы предоставления медицинской помощи:

- в 2014 году 4 случая (0,07 % от всего объема выделенной медпомощи);

- в 2015 году 12 случаев (0,16 % от всего объема выделенной медпомощи);
- в 2016 году – запланировано 12 случаев (0,16 % от всего объема).

Рассмотрев представленные документы и материалы, выслушав доводы и возражения лиц, участвующих в деле, Комиссия ФАС России установила следующее.

Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга письмом от 02.11.2015 № 03/42-95/15-0-0 (вх. № 132081/15 от 18.11.2015) пояснил, что «нормативными документами, регламентирующими осуществление медицинскими организациями деятельности в системе ОМС, не предусмотрены какие-либо критерии распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями».

ТФОМС Санкт-Петербурга письмом от 30.10.2015 № 5329 (вх. № 122955/15 от 02.11.2015) пояснил, что «так как острый коронарный синдром является экстренным состоянием, то распределение объемов по данному профилю проводится Комиссией Санкт-Петербурга в соответствии с графиком дежурств стационаров по экстренной помощи по профилю «кардиология» и в том числе по острому коронарному синдрому, утверждённым распоряжениями Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 18.04.2014 № 179-р «Об утверждении графика дежурств стационаров Санкт-Петербурга по экстренной помощи взрослому населению» и от 07.03.2013 № 91-р «О порядке направления на госпитализацию пациентов с острым коронарным синдромом в Санкт-Петербурге». Законодательством Российской Федерации и законодательством субъекта Российской Федерации не определены критерии распределения медицинской помощи, а также требования к медицинским организациям, предъявляемым при распределении объемов предоставления медицинской помощи».

Доводы Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, ТФОМС Санкт-Петербурга, чьи представители входят в состав Комиссии Санкт-Петербурга, об отсутствии критериев распределения объемов предоставления медицинской помощи, а также обязанности Ответчиков по принятию данных критериев Комиссия ФАС России считает необоснованными в связи со следующим.

В соответствии с пунктом 1 статьи 3 Закона об ОМС под обязательным медицинским страхованием понимается вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС и в установленных Законом об ОМС случаях в пределах базовой программы ОМС.

Согласно части 1 статьи 15 Закона об ОМС к медицинским организациям в сфере ОМС относятся имеющие право на осуществление медицинской

деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы.

Частью 2 статьи 15 Закона об ОМС предусмотрено, что медицинская организация включается в реестр медицинских организаций на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд ОМС до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС. Территориальный фонд не вправе отказать медицинской организации во включении в реестр медицинских организаций. Комиссией по разработке территориальной программы ОМС в субъекте Российской Федерации могут быть установлены иные сроки подачи уведомления вновь создаваемыми медицинскими организациями. Информация о сроках и порядке подачи уведомления о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, размещается территориальным фондом на своем официальном сайте в сети «Интернет».

Статьей 20 Закона об ОМС закреплено право медицинских организаций на получение средств за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по ОМС и в иных случаях, предусмотренных Законом об ОМС.

Таким образом, медицинская организация как участник ОМС участвует в реализации территориальной программы ОМС.

Согласно части 1 статьи 36 Закона об ОМС, территориальная программа ОМС – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой в порядке, установленном законодательством субъекта Российской Федерации.

В соответствии с частью 2 статьи 36 Закона об ОМС территориальная программа ОМС включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит, в том числе методы лечения), перечень страховых случаев, установленные базовой программой ОМС, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте Российской Федерации значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо.

На основании части 9 статьи 36 Закона об ОМС для разработки проекта территориальной программы ОМС в субъекте Российской Федерации создается



комиссия, в состав которой входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации, на паритетных началах. Комиссия по разработке территориальной программы ОМС формируется и осуществляет свою деятельность в соответствии с положением, являющимся приложением к правилам ОМС.

В соответствии с частью 10 статьи 36 Закона об ОМС объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, распределяются решением комиссии, указанной в части 9 Закона об ОМС, между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи.

Таким образом, Законом об ОМС установлены общие критерии распределения объемов предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС.

В соответствии с пунктом 8 Положения о комиссии, комиссия по разработке территориальной программы ОМС на заседаниях по представленным секретарем комиссии предложениям, поступившим от органа государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, страховых медицинских организаций, медицинских организаций, территориального фонда, распределяет объемы медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, имеющими право на осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации, на основе установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи по видам медицинской помощи, условиям предоставления медицинской помощи, в разрезе профилей отделений (коек), врачебных специальностей, с учетом показателей потребления медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, численности и половозрастной структуры застрахованных лиц.

Аналогичные критерии распределения объемов предоставления медицинской помощи, в том числе такой критерий как фактическое (за предыдущий период) и

расчетное потребление медицинской помощи застрахованными лицами по полу и возрасту, установлены пунктом 5 письма Минздрава России от 12.12.2014 № 11-9/10/2-9388 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

Таким образом, основными критериями, которые должны учитываться при распределении объемов предоставления медицинской помощи, являются следующие:

- данные о видах, профилях отделений (коек), врачебных специальностях;
- данные о половозрастном составе и численности застрахованных лиц;
- данные о потребности застрахованных лиц в медицинской помощи;
- данные о показателях потребления медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
- данные о количестве прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Из приведенных положений следует, что распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями должно осуществляться Комиссией Санкт-Петербурга не произвольно, а в соответствии с законодательно закрепленными критериями, в связи с чем решение о выделении каждой медицинской организации конкретного объема медицинской помощи должно быть мотивировано не только принципами сбалансированности распределения медицинской помощи между медицинскими организациями субъекта Российской Федерации в пределах установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи, но и показателями, применимыми к конкретной медицинской организации.

Таким образом, объем медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, обусловлен количеством обращений в медицинскую организацию, характером заболеваний и наличием иных факторов, объективно не зависящих от воли медицинской организации.

Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга письмом от 11.12.2015 № 01/19-7656/15-3-2 (вх. 146166/15 от 14.12.2015) пояснил, что «объемы медицинской помощи медицинским организациям, впервые участвующим в реализации территориальной программы ОМС по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» – «коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием рассчитываются с учётом графика дежурств стационаров по экстренной медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и другими угрожающими жизни состояниями».

Указанный довод Комиссия ФАС России отклоняет, поскольку законодательством Российской Федерации не установлена зависимость распределения объёмов оказания медицинской помощи от включения медицинской

организации в график дежурств стационаров по экстренной медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и другими угрожающими жизни состояниями.

В соответствии с мотивированным мнением, представленным Правительством Санкт-Петербурга и Комиссией Санкт-Петербурга на заседании Комиссии ФАС России 23.11.2015, «первоначально на 2015 год Комиссией Санкт-Петербурга были установлены объёмы медицинской помощи в соответствии с письмом Минздрава России от 12.12.2014 № 11-9/10/2-9388 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов», согласно которому при распределении объёмов предоставления медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, учитывается, в том числе фактическое (за предыдущий период) и расчётное потребление медицинской помощи застрахованными лицами».

В правовой позиции в отношении обоснованности установления объёмов медицинской помощи, представленной Комиссией Санкт-Петербурга на заседании Комиссии ФАС России 24.02.2016, указывается, что «действующим законодательством определены критерии установления объёмов медицинской помощи с учётом вида медицинской помощи и характера её оказания. Так, пунктом 123 Правил ОМС, определены критерии распределения объёмов медицинской помощи. Кроме того, дополнительные критерии предусмотрены письмами Министерства здравоохранения Российской Федерации, в частности, письмом Минздрава России от 12.12.2014 № 11-9/10/2-9388 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов».

Таким образом, в период рассмотрения дела № 1-15-150/00-18-15 лица, входящие в состав Комиссии Санкт-Петербурга, предоставили Комиссии ФАС России две противоречащие друг другу позиции.

Согласно первоначальной позиции «критерии распределения объёмов медицинской помощи между медицинскими организациями законодательством Российской Федерации и иными нормативными документами не предусмотрены» (письмо Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, представители которого входят в Комиссию Санкт-Петербурга, от 02.11.2015 № 03/42-95/15-0-0 (вх. № 132081/15 от 18.11.2015), письмо ТФОМС Санкт-Петербурга, представители которого входят в Комиссию Санкт-Петербурга, от 30.10.2015 № 5329 (вх. № 122955/15 от 02.11.2015)). Следовательно, Комиссия ФАС России вправе полагать, что Комиссия Санкт-Петербурга распределяет объёмы предоставления медицинской помощи среди медицинских организаций без учета каких-либо критериев.

Согласно последующей позиции «действующим законодательством определены критерии установления объемов медицинской помощи с учётом вида медицинской помощи и характера её оказания; при распределении объемов предоставления медицинской помощи Комиссией Санкт-Петербурга были учтены показатели фактического и расчётного потребления медицинской помощи застрахованными лицами» (мотивированное мнение Правительства Санкт-Петербурга и Комиссии Санкт-Петербурга от 23.11.2015); «в соответствии с частью 10 статьи 36 Закона об ОМС, объёмы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, устанавливаются исходя из:

- количества, пола и возраста застрахованных лиц;
- количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь;
- потребности застрахованных лиц в медицинской помощи.» (правовая позиция Комиссии Санкт-Петербурга от 24.02.2016).

Вместе с тем в соответствии с письмом Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 14.03.2016 № 01/26-498/16-0-0 в отношении СПб ГБУЗ «Городская больница № 26» плановый объём на 2014 г. по состоянию на 24.01.2014 составил 300 случаев, фактически СПб ГБУЗ «Городская больница № 26» выполнило 544 случая, плановый объём на 2015 г. по состоянию на 30.12.2014 составил 650 случаев (на 19,5 % больше фактически выполненного); в отношении СПб ГБУЗ «Городская больница № 40 Курортного района» плановый объём на 2014 г. по состоянию на 24.01.2014 составил 278 случаев, фактически СПб ГБУЗ «Городская больница № 40 Курортного района» выполнило 455 случая, плановый объём на 2015 г. по состоянию на 30.12.2014 составил 600 случаев (на 31, 8% больше фактически выполненного); в отношении СПб ГБУЗ «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы» плановый объём на 2014 г. по состоянию на 24.01.2014 составил 300 случаев, фактически СПб ГБУЗ «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы» выполнило 598 случаев, плановый объём на 2015 г. по состоянию на 30.12.2014 составил 525 случаев (на 13,3 % меньше фактически выполненного); в отношении СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» плановый объём на 2014 г. по состоянию на 24.01.2014 составил 225 случаев, фактически СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» выполнило 372 случая, плановый объём на 2015 г. по состоянию на 30.12.2014 составил 700 случаев (на 88,1 % больше фактически выполненного).

Таким образом, анализ представленной Ответчиками и заинтересованными лицами информации позволяет Комиссии ФАС России сделать вывод, что Комиссия Санкт-Петербурга не руководствуется какими-либо объективными критериями при распределении объемов предоставления медицинской помощи. При этом Комиссия Санкт-Петербурга распределяет объёмы предоставления медицинской помощи среди медицинских организаций произвольно, неравномерно, без учета требований

антимонопольного законодательства в части соблюдения запретов, установленных частью 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции.

Комиссия ФАС России также отмечает, что в состав Комиссии Санкт-Петербурга входят, в том числе государственные гражданские служащие субъекта Российской Федерации, на которых при реализации ими публичных полномочий распространяются требования, установленные Конституцией Российской Федерации и Федеральным законом от 27.07.2004 № 79-ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации» (далее – Закон о государственной гражданской службе).

В соответствии с частью 2 статьи 15 Конституции Российской Федерации органы государственной власти, органы местного самоуправления, должностные лица, граждане и их объединения обязаны соблюдать Конституцию Российской Федерации и законы.

Согласно статье 4 Закона о государственной гражданской службе, одним из принципов гражданской службы является принцип профессионализма и компетентности гражданских служащих, что означает исполнение государственным служащим своих служебных обязанностей с определённым пониманием существа выполняемых функций, а также обладанием соответствующими знаниями, навыками и умениями, в том числе по вопросу знания и применения соответствующего законодательства, в частности, Закона о защите конкуренции.

Кроме того, на основании статьи 18 Закона о государственной гражданской службе гражданский служащий обязан исполнять должностные обязанности добросовестно, то есть с той степенью осмотрительности и заботливости, которая требуется от государственного служащего с учетом специфики деятельности органа власти или иного публичного образования, а также обеспечивать равное, беспристрастное отношение ко всем юридическим лицам, не оказывать предпочтение каким-либо организациям и не допускать предвзятости в отношении таких организаций.

Соответственно, члены Комиссии Санкт-Петербурга должны руководствоваться в своей деятельности Конституцией Российской Федерации и иными федеральными законами, включая антимонопольное законодательство, а в случае отсутствия прямого указания или конкретного полномочия, которое связано с направлением деятельности или реализацией определенной функции органа государственной власти или публичного образования, – целями и принципами федерального законодательства с учётом общеправовых требований добросовестности и разумности, поскольку иное предполагает неэффективное исполнение органом власти или публичным образованием своих функций.

Таким образом, Комиссия ФАС России считает, что Правительство Санкт-Петербурга как орган власти, утвердивший состав Комиссии Санкт-Петербурга, имеет возможность и обязанность принять обязательные для Комиссии Санкт-

Петербурга критерии распределения объемов предоставления медицинской помощи, отвечающие как принципам сбалансированности распределения медицинской помощи между медицинскими учреждениями региона в пределах установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи, так и показателям, применимым к конкретной медицинской организации, с учётом требований, установленных Законом о защите конкуренции, в случае, если Комиссией Санкт-Петербурга самостоятельно не разработаны указанные критерии, без которых реализация Комиссией Санкт-Петербурга своих полномочий по распределению объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями не может быть полностью эффективной и отвечающей принципам правового регулирования отношений, возникающих в сфере ОМС, не только в отношении медицинских организаций, участвующих в территориальной программе ОМС, но и в отношении застрахованных лиц.

Комиссия ФАС России считает, что Комиссия Санкт-Петербурга в своей деятельности должна руководствоваться объективными критериями и распределять объемы предоставления медицинской помощи на недискриминационных условиях.

Письмом от 23.05.2015 № 6/А (вх. № 51793/15 от 25.05.2015) Заявитель также представил в ФАС России копию генерального тарифного соглашения на 2015 год (далее – ГТС-2015), заключенного между Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, Территориальным фондом ОМС Санкт-Петербурга, Ассоциацией страховых медицинских организаций Санкт-Петербурга, Территориальной Санкт-Петербурга и Ленинградской области организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, которым определены, в том числе порядок применения способов оплаты медицинской помощи, размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Терпрограммы Санкт-Петербурга, порядок и условия применения тарифов.

Пунктом 6.9.2 Решения № 1 заседания Комиссии Санкт-Петербурга от 30.01.2015 (далее – Решение № 1) установлено, что страховая медицинская организация принимает к оплате счета ЗАО «КардиоКлиника», предъявленные в соответствии с тарифом «вСХ001», в случае подтверждения результатами проведенной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи, что медицинская помощь оказана пациенту с заболеванием сердца при внезапном остром заболевании, состоянии, представляющих угрозу жизни пациента.

Пунктом 6.9.3. Решения № 1 в Приложение № 1 к ГТС-2015 внесены дополнения в соответствии с пунктами 6.9, 6.9.1 и 6.9.2 Решения № 1.

Приложением № 1 к ГТС-2015 установлен Порядок применения тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (далее – Порядок применения тарифов).

В соответствии с абзацем 3 пункта 2.5 Порядка применения тарифов тарифы

на оплату медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией в соответствии с Приложением № 4-3 к ГТС-2015 (Тарифы на оплату видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях с 01.01.2015 по 31.12.2015) по конкретным кодам тарифа применяются только медицинскими организациями, поименованными в таблице № 2.

Согласно данным таблицы № 2 к ЗАО «КардиоКлиника» применяются тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия». Вместе с тем примечанием «\*\*\*» к таблице № 2 установлено, что «тариф применяется только в случае оказания экстренной помощи, в том числе в период с 01.11.2014 по 31.12.2014 в размере 159 080,0 руб. в соответствии с решением Комиссии Санкт-Петербурга от 30.01.2015 (см. также пункт 2.17 Приложения № 1 к ГТС на 2015 год)».

Пункт 2.17 «Особый порядок оплаты медицинской помощи» ГТС-2015 устанавливает, что страховая медицинская организация принимает к оплате счета ЗАО «Кардиоклиника», предъявленные в соответствии с тарифом ВСХ001, в случае подтверждения результатами проведенной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи, что медицинская помощь оказана пациенту с заболеванием сердца при внезапном остром заболевании, состоянии, обострении хронического заболевания, представляющих угрозу жизни пациента. Одновременно с этим пункт 2.17 не устанавливает каких-либо ограничений к другим медицинским организациям, помимо ЗАО «Кардиоклиника».

Таким образом, возможность оплаты медицинской помощи по ОМС для ЗАО «КардиоКлиника» связана с подтверждением результатами проведенной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи, что медицинская помощь оказана пациенту с заболеванием сердца при внезапном остром заболевании, состоянии, обострении хронического заболевания, представляющих угрозу жизни пациента.

В связи с изложенным Комиссия ФАС России считает, что действия Комиссии Санкт-Петербурга, выразившиеся в принятии Решения № 1 Комиссии Санкт-Петербурга от 30.01.2015 в части установления для страховых медицинских организаций порядка оплаты счетов ЗАО «КардиоКлиника», предъявленные в соответствии с тарифом «ВСХ001», в случае подтверждения результатами проведенной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи, что медицинская помощь оказана пациенту с заболеванием сердца при внезапном остром заболевании, состоянии, представляющих угрозу жизни пациента, нарушают пункт 8 части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции.

На заседании Комиссии ФАС России 24.02.2016 Заявитель представил копию генерального тарифного соглашения на 2016 год (далее – ГТС-2016), заключенного между Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, Территориальным фондом ОМС Санкт-Петербурга, Ассоциацией страховых медицинских организаций

Санкт-Петербурга, Территориальной Санкт-Петербурга и Ленинградской области организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, которым определены, в том числе порядок применения способов оплаты медицинской помощи, размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Терпрограммы Санкт-Петербурга, порядок и условия применения тарифов.

Приложением № 1 к ГТС-2016 установлен Порядок применения тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (далее – Порядок применения тарифов).

В соответствии с абзацем 3 пункта 2.5 Порядка применения тарифов тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией в соответствии с Приложением № 4-3 к ГТС-2016 на 2016 год (Тарифы на оплату видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях с 01.01.2015 по 31.12.2015) по конкретным кодам тарифа применяются только медицинскими организациями, поименованными в таблице № 2.

Согласно данным таблицы № 2 к ЗАО «КардиоКлиника» применяются тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия». Вместе с тем примечанием «\*\*\*» к таблице № 2 установлено, что «тариф применяется только в случае оказания экстренной помощи (см. также пункт 2.17 Приложения № 1 к ГТС-2016 на 2016 год)».

Пункт 2.17 «Особый порядок оплаты медицинской помощи» ГТС-2016 устанавливает, что страховая медицинская организация принимает к оплате счета ЗАО «Кардиоклиника», предъявленные в соответствии с тарифом ВСХ001, в случае подтверждения результатами проведенной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи, что медицинская помощь оказана пациенту с заболеванием сердца при внезапном остром заболевании, состоянии, обострении хронического заболевания, представляющих угрозу жизни пациента. Одновременно с этим пункт 2.17 не устанавливает каких-либо ограничений к другим медицинским организациям, помимо ЗАО «Кардиоклиника».

Таким образом, возможность оплаты медицинской помощи по ОМС для ЗАО «Кардиоклиника» связана с подтверждением результатами проведенной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи, что медицинская помощь оказана пациенту с заболеванием сердца при внезапном остром заболевании, состоянии, обострении хронического заболевания, представляющих угрозу жизни пациента.

Комиссия ФАС России, оценив содержание положений ГТС-2016, пришла к следующим выводам.

Согласно пункту 1 части 1 статьи 20 Закона об ОМС, медицинские организации имеют право получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по



ОМС в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по ОМС (далее также – тарифы на оплату медицинской помощи) и в иных случаях, предусмотренных Законом об ОМС.

В соответствии с частью 6 статьи 39 Закона об ОМС оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, установленным правилами ОМС.

На основании части 1 статьи 30 Закона об ОМС тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе правил ОМС, и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой ОМС.

Часть 2 статьи 30 Закона об ОМС устанавливает, что тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Закона об охране здоровья граждан, и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 Закона об ОМС.

Согласно части 4 статьи 40 Закона об ОМС, медико-экономическая экспертиза – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

В соответствии с частью 6 статьи 40 Закона об ОМС экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утверждённый приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 (далее – Порядок), определяет правила и процедуру организации и проведения страховыми медицинскими организациями и фондами ОМС контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской

помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой ОМС и договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи осуществляются в виде целевой и плановой экспертиз.

Порядком установлен закрытый перечень условий, при которых проводятся указанные экспертизы. Так, в соответствии с пунктом 14 Порядка, целевая медико-экономическая экспертиза проводится в случаях:

а) повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней – при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней – при повторной госпитализации;

б) заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи;

в) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации.

Согласно пункту 25 Порядка целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в случаях:

а) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации;

б) исключен. – приказ ФФОМС от 16.08.2011 № 144;

в) летальных исходов;

г) внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания;

д) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;

е) повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней – при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней – при повторной госпитализации, в течение суток – при повторном вызове скорой медицинской помощи;

ж) заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи;

з) отобранных по результатам целевой медико-экономической экспертизы.

На основании пункта 29 Порядка плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится с целью оценки соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, заболеванию или группе заболеваний, этапу медицинской помощи и другим признакам, условиям, предусмотренным договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Согласно пункту 30 Порядка, объем ежемесячных экспертиз качества медицинской помощи определяется планом проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, согласованным территориальным фондом ОМС в соответствии с пунктом 51 раздела VII Порядка, и составляет от числа законченных случаев лечения не менее:

- при оказании медицинской помощи стационарно – 5 %;
- при оказании медицинской помощи в дневном стационаре – 3 %.

Таким образом, Порядок не содержит оснований проведения соответствующих экспертиз, связанных с вопросом распределения объемов предоставления медицинской помощи Комиссией Санкт-Петербурга. Указанное условие, распространяющееся исключительно на ЗАО «КардиоКлиника», свидетельствует о неравном положении Заявителя по отношению к остальным 17 медицинским организациям, участвующим в получении объемов предоставления медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия».

Комиссия ФАС России считает, что избирательное установление обязанности страховых медицинских организаций принимать к оплате счета ЗАО «Кардиоклиника», предъявленные в соответствии с тарифом ВСХ001, в случае подтверждения результатами проведенной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи, что медицинская помощь оказана пациенту с заболеванием сердца при внезапном остром заболевании, состоянии, обострении хронического заболевания, представляющих угрозу жизни пациента, препятствует осуществлению Заявителем деятельности на рынке оказания высокотехнологичной медицинской помощи по виду «коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца» в рамках Терпрограммы Санкт-Петербурга, ухудшает положение Заявителя по сравнению с остальными участниками товарного рынка ввиду отсутствия своевременной оплаты за оказание экстренной медицинской помощи, в связи с чем Комиссия ФАС России приходит к выводу, что вышеуказанные действия Комиссии Санкт-Петербурга нарушают пункт 8 части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции.

Вместе с тем в соответствии с позицией, представленной Ответчиками и заинтересованными лицами на заседании Комиссии 24.02.2016, «проведение медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества оказанной медицинской помощи является мерой, направленной на установление соответствия условий оказания ЗАО «КардиоКлиника» медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом экстренному порядку её оказания при условии предоставления ЗАО «КардиоКлиника» сведений об условиях и порядке оказания медицинской помощи».

Письмами от 29.12.2015 (вх. 22/16 от 11.01.2016), от 19.02.2016 Заявитель пояснил Комиссии ФАС России, что срок выплат по выставленным на оплату счетам

при оказании экстренной медицинской помощи по профилю «ССХ стентирование» в Санкт-Петербурге при наличии требования к страховым медицинским организациям принимать счета Заявителя к оплате в случае подтверждения результатами проведенной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи составляет от двух до пяти месяцев, в Вологодской области при отсутствии аналогичного требования о проведении соответствующих экспертиз срок выплат по выставленным на оплату счетам составляет один месяц.

В связи с изложенным Комиссия ФАС России пришла к следующим выводам.

В период рассмотрения дела № 1-15-150/00-18-15 Комиссия ФАС России установила признаки нарушения Правительством Санкт-Петербурга части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции, выразившиеся в непринятии мер по созданию условий, направленных на недискриминационное распределение объёмов оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС Санкт-Петербурга, а также признаки нарушения Комиссией Санкт-Петербурга части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции, выразившиеся в создании дискриминационных условий ЗАО «КардиоКлиника» по сравнению с иными медицинскими организациями, действующими на рынке оказания высокотехнологичной медицинской помощи по виду «коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца» в рамках Терпрограммы Санкт-Петербурга, при распределении объёмов оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС Санкт-Петербурга и установлении обусловленности оплаты выставленных ЗАО «КардиоКлиника» счетов за оказание медицинской помощи от проведения медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи. При этом указанные признаки нарушений антимонопольного законодательства установлены Комиссией ФАС России при рассмотрении дела № 1-15-150/00-18-15, фактические обстоятельства, на основании которых Комиссией ФАС России сделаны выводы о наличии признаков нарушений антимонопольного законодательства в действиях (бездействии) Правительства Санкт-Петербурга и Комиссии Санкт-Петербурга не были известны на момент возбуждения дела.

Согласно части 3 статьи 39<sup>1</sup> Закона о защите конкуренции в случае, если при рассмотрении дела о нарушении антимонопольного законодательства установлены признаки нарушения статьи 15 Закона о защите конкуренции, которые не были известны на момент возбуждения такого дела, комиссия по рассмотрению дела о нарушении антимонопольного законодательства выдает предупреждение о прекращении действий (бездействия), которые содержат признаки нарушения антимонопольного законодательства.

Руководствуясь частью 3 статьи 39<sup>1</sup> Закона о защите конкуренции Комиссия ФАС России в период рассмотрения дела № 1-15-150/00-18-15 выдала ответчикам

следующие предупреждения о прекращении действий (бездействия), которые содержат признаки нарушения антимонопольного законодательства:

- Правительству Санкт-Петербурга – от 31.03.2016 № 18/22450/16;
- Комиссии Санкт-Петербурга – от 31.03.2016 № 18/22449/16.

Правительство Санкт-Петербурга предупреждено о необходимости в срок до 25.04.2016 устранить признаки нарушения части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции, выразившиеся в непринятии мер по созданию условий, направленных на недискриминационное распределение объёмов оказания медицинской помощи в рамках Терпрограммы Санкт-Петербурга, путем обеспечения разработки и реализации механизма (системы) распределения объёмов оказания медицинской помощи в рамках Терпрограммы Санкт-Петербурга, предусматривающего обязательные для Комиссии Санкт-Петербурга объективные критерии распределения объёмов оказания медицинской помощи в рамках Терпрограммы Санкт-Петербурга на недискриминационных условиях.

Предупреждение ФАС России от 31.03.2016 № 18/22450/16 в установленный срок Правительством Санкт-Петербурга не выполнено.

Таким образом, признаки нарушения Правительством Санкт-Петербурга части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции, выразившиеся в непринятии мер по созданию условий, направленных на недискриминационное распределение объёмов оказания медицинской помощи в рамках Терпрограммы Санкт-Петербурга, не устранены.

В соответствии с пунктом 8 части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции органам государственной власти субъектов Российской Федерации запрещается принимать акты и (или) осуществлять действия (бездействие), которые приводят или могут привести к недопущению, ограничению, устранению конкуренции, за исключением предусмотренных федеральными законами случаев принятия актов и (или) осуществления таких действий (бездействия), в частности запрещается создание дискриминационных условий.

Согласно пункту 8 статьи 4 Закона о защите конкуренции под дискриминационными условиями понимаются условия доступа на товарный рынок, условия производства, обмена, потребления, приобретения, продажи, иной передачи товара, при которых хозяйствующий субъект или несколько хозяйствующих субъектов поставлены в неравное положение по сравнению с другим хозяйствующим субъектом или другими хозяйствующими субъектами.

Таким образом, Комиссия ФАС России приходит к выводу, что бездействие Правительства Санкт-Петербурга, выразившееся в непринятии мер по созданию условий, направленных на недискриминационное распределение объёмов оказания медицинской помощи в рамках Терпрограммы Санкт-Петербурга, приводит к созданию дискриминационных условий, что является нарушением пункта 8 части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции.

Комиссия Санкт-Петербурга предупреждена о необходимости в срок до 25.04.2016 устранить признаки нарушения части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции, выразившиеся в создании дискриминационных условий ЗАО «КардиоКлиника» по сравнению с иными медицинскими организациями, действующими на рынке оказания высокотехнологичной медицинской помощи по виду «коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца» в рамках Терпрограммы Санкт-Петербурга, при распределении объёмов оказания медицинской помощи и установлении обусловленности оплаты выставленных ЗАО «КардиоКлиника» счетов за оказание медицинской помощи от проведения медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи, путем:

1) принятия решения, предусматривающего отмену или внесение изменений в положения Приложения № 1 к ГТС на 2016 год, устанавливающие обязанность для страховых медицинских организаций принимать к оплате счета ЗАО «КардиоКлиника», предъявленные в соответствии с тарифом ВСХ001, в случае подтверждения результатами проведенной медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи, в том числе в целях обеспечения требований законодательства Российской Федерации, предусматривающих порядок и основания (условия) проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи;

2) реализации мер, обеспечивающих принятие Комиссией Санкт-Петербурга решений о распределении объёмов оказания медицинской помощи в рамках Терпрограммы Санкт-Петербурга, не допускающих дискриминационных условий.

Уведомление о выполнении предупреждения ФАС России от 31.03.2016 № 18/22449/16 в установленный срок направлено в ФАС России письмом Комиссии Санкт-Петербурга от 26.04.2016 № б/н (вх. № 59730/16 от 27.04.2016) с приложением выписки из решения заседания Комиссии Санкт-Петербурга от 22.04.2016 № 6, согласно которому:

– по пункту 1 предупреждения ФАС России от 31.03.2016 № 18/22449/16 Комиссией Санкт-Петербурга принято решение «исключить в пункте 15 таблицы 2 Приложения № 1 к ГТС на 2016 год сноски «\*» и «\*\*\*» и подписи к ним, а также исключить абзац 2 пункта 2.17 Приложения № 1 к ГТС на 2016 год»;

– пункт 2 предупреждения ФАС России от 31.03.2016 № 18/22449/16 Комиссия Санкт-Петербурга решила обжаловать в суд.

Таким образом, по мнению Комиссии Санкт-Петербурга, установленная в Приложении № 1 к ГТС на 2016 год обязанность для страховых медицинских организаций принимать к оплате счетов ЗАО «КардиоКлиника», предъявленные в соответствии с тарифом ВСХ001, в случае подтверждения результатами проведенной медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества

медицинской помощи, что медицинская помощь оказана пациенту с заболеванием сердца при внезапном остром заболевании, состоянии, обострении хронического заболевания, представляющих угрозу жизни пациента, исключена.

Комиссия ФАС России отмечает, что Комиссия Санкт-Петербурга, выполняя пункт 1 предупреждения ФАС России от 31.03.2016 № 18/22449/16, фактически признала наличие признаков нарушения части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции, выразившихся в создании дискриминационных условий ЗАО «КардиоКлиника» по сравнению с иными медицинскими организациями, действующими на рынке оказания высокотехнологичной медицинской помощи по виду «коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца» в рамках Терпрограммы Санкт-Петербурга, при установлении обусловленности оплаты выставленных ЗАО «КардиоКлиника» счетов за оказание медицинской помощи от проведения медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи, и добровольно предприняла действия, направленные на обеспечение конкуренции.

Вместе с тем, согласно пункту 1.1.3 выписки из решения заседания Комиссии Санкт-Петербурга от 22.04.2016 № 6, Комиссия Санкт-Петербурга приняла решение «предложить ТФОМС Санкт-Петербурга, страховым медицинским организациям ежегодно включать в планы проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, тематические экспертизы качества медицинской помощи всех случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи «Коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца» (код тарифа ВСХ001 и ВСХ003 приложения 4-3 к ГТС на 2016 год) при отсутствии направления выездной бригады скорой медицинской помощи (за исключением случаев перевода пациента с одного отделения на другое в пределах одной медицинской организации и случаев перевода пациента из одной медицинской организации в другую)».

Комиссия ФАС России отмечает, что формулировки пункта 1.1.3 выписки из решения заседания Комиссии Санкт-Петербурга от 22.04.2016 № 6 по сути дублируют положения, отмененные решением Комиссии Санкт-Петербурга во исполнение пункта 1 предупреждения ФАС России от 31.03.2016 № 18/22449/16. При этом принятое Комиссией Санкт-Петербурга решение в отношении указанных планов проверок, несмотря на «рекомендательный» характер, в случае его выполнения ТФОМС и страховыми медицинскими организациями может привести к нарушению пункта 8 части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции в части создания дискриминационных условий ЗАО «КардиоКлиника» по сравнению с иными медицинскими организациями, действующими на рынке оказания

высокотехнологичной медицинской помощи по виду «коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца» в рамках Терпрограммы Санкт-Петербурга, в отношении которых плановые проверки страховыми медицинскими организациями проводиться не будут.

Таким образом, признаки нарушения Комиссией Санкт-Петербурга части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции, выразившиеся в создании Заявителю дискриминационных условий по сравнению с иными медицинскими организациями, действующими на рынке оказания высокотехнологичной медицинской помощи по виду «коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца» в рамках Терпрограммы Санкт-Петербурга, при распределении объёмов оказания медицинской помощи и установлении обусловленности оплаты выставленных ЗАО «КардиоКлиника» счетов за оказание медицинской помощи от проведения медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи, не устранены.

В связи с изложенным Комиссия ФАС России считает, что действия Комиссии Санкт-Петербурга, выразившиеся в создании Заявителю дискриминационных условий по сравнению с иными медицинскими организациями, действующими на рынке оказания высокотехнологичной медицинской помощи по виду «коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца» при распределении объёмов оказания медицинской помощи в рамках Терпрограммы Санкт-Петербурга, а также действия Комиссии Санкт-Петербурга, выразившиеся в принятии решения Комиссии Санкт-Петербурга от 22.04.2016 (пункт 1.1.3 выписки из решения заседания Комиссии Санкт-Петербурга от 22.04.2016 № 6) о предложении ТФОМС Санкт-Петербурга, страховым медицинским организациям ежегодно включать в планы проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, тематические экспертизы качества медицинской помощи всех случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи по виду «коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца» (код тарифа ВСХ001 и ВСХ003 приложения 4-3 к ГТС на 2016 год) при отсутствии направления выездной бригады скорой медицинской помощи (за исключением случаев перевода пациента с одного отделения на другое в пределах одной медицинской организации и случаев перевода пациента из одной медицинской организации в другую), нарушают пункт 8 части 1 статьи 15 Закона о защите конкуренции.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 05.09.2015



№ 1738-р утвержден стандарт развития конкуренции в субъектах Российской Федерации (далее – Стандарт).

Стандарт разработан, в том числе в целях установления системного и единообразного подхода к осуществлению деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации по созданию с учетом региональной специфики условий для развития конкуренции между хозяйствующими субъектами в отраслях экономики (подпункт «а» пункта 2 Стандарта), содействия формированию прозрачной системы работы органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в части реализации результативных и эффективных мер по развитию конкуренции в интересах потребителей товаров, работ и услуг, в том числе субъектов предпринимательской деятельности, граждан и общества (подпункт «б» пункта 2 Стандарта), создания стимулов и содействия формированию условий для развития, поддержки и защиты субъектов малого и среднего предпринимательства, а также содействия устранению административных барьеров (подпункт «г» пункта 2 Стандарта). При этом, согласно подпункту «а» пункта 3 Стандарта высшее должностное лицо (руководитель высшего исполнительного органа государственной власти) субъекта Российской Федерации и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации осуществляют мероприятия по содействию развитию конкуренции, исходя из текущих и предполагаемых потребностей потребителей товаров, работ и услуг, участников экономических отношений и общества в целом.

Для достижения целей Стандарта и соблюдения принципов его внедрения формируется перечень мероприятий по содействию развитию конкуренции и по развитию конкурентной среды субъекта Российской Федерации (далее – Перечень) согласно приложению к Стандарту. При этом, согласно пункту 22 Стандарта, при формировании перечня социально значимых рынков в первую очередь в него включается обязательный перечень рынков, предусмотренных приложением к Стандарту, в отношении которых целесообразно придерживаться установленных числовых значений целевых показателей либо установить числовые значения целевых показателей с учетом региональной специфики.

В соответствии с пунктом 4 Перечня рынок медицинских услуг определен Правительством Российской Федерации в качестве обязательного социально значимого рынка, в отношении которого органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации целесообразно придерживаться установленных Перечнем числовых значений целевых показателей. Целью мероприятия по развитию конкуренции и по развитию конкурентной среды субъекта Российской Федерации является создание условий для развития конкуренции на рынке медицинских услуг путем включения негосударственных (немуниципальных) медицинских организаций в реализацию территориальных программ ОМС. При этом целевым показателем развития конкуренции является доля затрат на медицинскую помощь

по ОМС, оказанную негосударственными (немуниципальными) медицинскими организациями, в общих расходах на выполнение территориальных программ ОМС, которая должна составлять в 2015 году – не менее 6 %, в 2016 году – не менее 7 %.

Комиссия ФАС России, руководствуясь частью 5<sup>1</sup> статьи 45 Закона о защите конкуренции, провела анализ состояния конкуренции на товарном рынке оказания высокотехнологичной медицинской помощи по виду «коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца» в рамках Терпрограммы Санкт-Петербурга и установила, что доля негосударственных (немуниципальных) медицинских организаций, участвующих в реализации Терпрограммы Санкт-Петербурга в 2014 году составила 0,07 %, 2015 году – 0,2 %, в 2016 году – запланировано на уровне 0,2 %.

Таким образом, распределение объемов оказания медицинской помощи в рамках Терпрограммы Санкт-Петербурга приводит к нарушению установленных Правительством Российской Федерации целевых показателей развития конкуренции, что, по мнению Комиссии ФАС России, препятствует развитию конкуренции на рынке медицинских услуг в Санкт-Петербурге.

В соответствии с пунктом 4 части 3<sup>4</sup> статьи 41 Закона о защите конкуренции резолютивная часть решения по делу о нарушении антимонопольного законодательства должна содержать выводы о наличии или об отсутствии оснований для принятия антимонопольным органом других мер по обеспечению конкуренции, в том числе оснований для направления в государственные органы рекомендаций об осуществлении действий, направленных на обеспечение конкуренции.

В связи с изложенным Комиссия ФАС России считает необходимым направить Губернатору Санкт-Петербурга – высшему должностному лицу субъекта Российской Федерации, уполномоченному согласно подпункту «а» пункта 3 Стандарта осуществлять мероприятия по содействию развитию конкуренции, рекомендации о необходимости осуществить действия, направленные на обеспечение конкуренции на рынке медицинских услуг на территории Санкт-Петербурга путем совершения Правительством Санкт-Петербурга действий, направленных на достижение целевых показателей развития конкуренции, установленных Стандартом.

С учетом изложенных обстоятельств дела, руководствуясь статьей 48<sup>1</sup> Закона о защите конкуренции Комиссия Федеральной антимонопольной службы по рассмотрению дела о нарушении антимонопольного законодательства (в составе: <...>) 20.05.2016 приняла заключение об обстоятельствах дела (рег. № 18/36389/16 от 27.05.2016) и направила его копию лицам, участвующим в деле.

В соответствии с частью 5 статьи 48<sup>1</sup> Закона о защите конкуренции лица,

участвующие в деле, вправе представить пояснения, доказательства и приводить доводы в письменной форме в отношении обстоятельств, изложенных в заключении об обстоятельствах дела, до окончания рассмотрения дела о нарушении антимонопольного законодательства и оглашения резолютивной части решения по нему на заседании комиссии по рассмотрению дела о нарушении антимонопольного законодательства.

Лица, участвующие в деле, пояснения, доказательства и доводы в письменной форме в отношении обстоятельств, изложенных в заключении об обстоятельствах дела от 27.05.2016 № 18/36389/16, не представили. На заседании Комиссии 16.06.2016 представитель Комиссии Санкт-Петербурга устно заявил о своем несогласии с доводами, изложенными в заключении об обстоятельствах дела от 27.05.2016 № 18/36389/16. Новых пояснений, доказательств и доводов в отношении обстоятельств, изложенных в заключении об обстоятельствах дела от 27.05.2016 № 18/36389/16, представитель Комиссии Санкт-Петербурга не представил. Представитель Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга поддержал позицию Комиссии Санкт-Петербурга. Представитель Заявителя устно сообщил об отсутствии замечаний и поддержал доводы, изложенные в заключении об обстоятельствах дела от 27.05.2016 № 18/36389/16.

Руководствуясь статьей 23, частью 1 статьи 39, частями 1-4 статьи 41, статьей 48, частью 1 статьи 49 Закона о защите конкуренции, Комиссия

#### РЕШИЛА:

1. Признать действия Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге, выразившиеся в создании дискриминационных условий ЗАО «КардиоКлиника» по сравнению с иными медицинскими организациями, действующими на рынке оказания высокотехнологичной медицинской помощи по виду «коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца» в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге, при распределении объёмов оказания медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга и установлении обусловленности оплаты выставленных ЗАО «КардиоКлиника» счетов за оказание медицинской помощи от проведения медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи, нарушением пункта 8 части 1 статьи 15 Федерального закона от 26.07.2006 № 135-ФЗ «О защите конкуренции».

2. Признать бездействие Правительства Санкт-Петербурга, выразившееся в непринятии мер по созданию условий, направленных на недискриминационное распределение объёмов оказания медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга на рынке

оказания высокотехнологичной медицинской помощи по виду «коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца» в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге, нарушением пункта 8 части 1 статьи 15 Федерального закона от 26.07.2006 № 135-ФЗ «О защите конкуренции».

3. Выдать Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге предписание об устранении нарушения антимонопольного законодательства, указанного в части 1 настоящего решения.

4. Выдать Правительству Санкт-Петербурга предписание об устранении нарушения антимонопольного законодательства, указанного в части 2 настоящего решения.

5. Рекомендовать Губернатору Санкт-Петербурга осуществить действия, направленные на обеспечение конкуренции на рынке медицинских услуг на территории Санкт-Петербурга путем совершения Правительством Санкт-Петербурга действий, направленных на достижение целевых показателей развития конкуренции, установленных стандартом развития конкуренции в субъектах Российской Федерации, утверждённым распоряжением Правительства Российской Федерации от 05.09.2015 № 1738-р.