



Нагорный пр-д, д. 6, Москва, 117105
т. (495) 730-3000, ф. (495) 956-2585
e-mail: mail@reso.ru www.reso.ru

Московское УФАС России

107078, г. Москва, Мясницкий проезд, д. 4, стр. 1

Заказчик: Федеральное государственное
унитарное предприятие «Российская
телевизионная и радиовещательная сеть»

Место нахождения: 109012, г. Москва,
ул. Никольская, д. 7-9, стр. 4.

Юридический и почтовый адрес: 129515,
г. Москва, ул. Академика Королева, д. 13, стр. 1

Контактное лицо: Жилин Юрий Сергеевич
Телефон/факс: 8 (495) 648-01-11, доб. 1749

Адрес электронной почты: YuZhilin@rtrn.ru

ЖАЛОБА

на действия заказчика при проведении закупки в соответствии
с Федеральным законом от 18.07.2011 N 223-ФЗ "О закупках товаров, работ, услуг
отдельными видами юридических лиц"

Адрес официального сайта, на котором размещена информация о закупке:

[http://zakupki.gov.ru/223/purchase/public/purchase/info/common-
info.html?regNumber=31908296767](http://zakupki.gov.ru/223/purchase/public/purchase/info/common-info.html?regNumber=31908296767)

Номер извещения: 31908296767

Наименование закупки:

Оказание услуг по добровольному медицинскому страхованию работников филиалов
Федерального государственного унитарного предприятия «Российская телевизионная и
радиовещательная сеть» по Северо-западному федеральному округу

Доводы:

1. Критерии оценки основаны на публичной статистике и дают заранее известное преимущество конкретному юридическому лицу-потенциальному участнику.
2. По критерию ««Расширение объема страхового покрытия» весом 5 баллов установлена оценка заявок участников на основе субъективного подхода.
3. Между баллами, предлагаемыми участниками и конкретным содержанием предложения участника по критериям оценки заявок и количеством присваиваемых баллов отсутствует пропорциональная зависимость.

Московское УФАС
Рег. номер 53742/19
зарегистрирован 20.09.2019



Страховое публичное акционерное
общество «РЕСО-Гарантия»

4. Участником установлен критерий «Средний размер страховой выплаты по договорам ДМС с индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами за 2018 год» не имеющий отношения к характеристике квалификации, финансовой устойчивости или добросовестности страховщика.

По доводу 1, что «Критерии оценки основаны на публичной статистике и дают заранее известное преимущество конкретному участнику».

В документации определены следующие критерии оценки заявок, их содержание и установленное максимальное (предельное) количество баллов (всего 100 баллов на все критерии):

1. Цена договора – 15 баллов из 100.

15 баллов присваиваются заявке Участника закупки, предложившего наименьшую цену Договора. Баллы заявкам других Участников закупки рассчитываются исходя из пропорционального соотношения к заявке, получившей наибольший балл по данному критерию.

Также определены следующие неценовые критерии весом 85 баллов.

2. Территория страхового покрытия - 10 баллов из 100.

10 баллов присваиваются заявке Участника закупки, который может обеспечить получение медицинской помощи во всех лечебных учреждениях, перечисленных в п. 8.5 «Базовый состав медицинских учреждений» Технического задания. Баллы остальным Участникам закупки рассчитываются исходя из пропорционального соотношения к количеству лечебных учреждений, перечисленных в п. 8.5 «Базовый состав медицинских учреждений» Технического задания.

3. Закрепление за Страхователем персонального работника с медицинским образованием для сопровождения договора – 5 баллов из 100.

Отсутствие закрепленного работника - 0 баллов.

4. Срок оформления полисов – 5 баллов из 100.

5 баллов присваиваются заявке Участника закупки, предложившего наименьший срок. Оценка заявок других Участников закупки рассчитывается исходя из пропорционального соотношения к заявке, получившей наибольший балл по данному критерию.

5. Расширение объема страхового покрытия – 5 баллов из 100.

5 баллов присваиваются заявке Участника закупки, предложившего наибольшее количество дополнительных услуг и уменьшений исключений из страхования по сравнению с п. 8.4 «Базовый объем медицинских услуг» и п. 8.8 «Исключения из страхования» Технического задания. Оценка заявок следующих Участников закупки рассчитывается исходя из пропорционального соотношения к заявке, получившей наибольший балл по данному критерию. При оценке показателя в расчет принимаются сведения, представленные по форме п. 5.6 раздела 5 «Формы документов», при отсутствии таких сведений заявке Участника присваивается 0 баллов.

6. Рейтинг надежности, присвоенный рейтинговым агентством «Эксперт РА» - 10 баллов из 100.

№ п/п	Наличие рейтинга рейтингового агентства «Эксперт РА» (предоставляются подтверждающие документы, подписанные руководителем организации и заверенные печатью организации)	Итоговый балл участника по показателю
1.	ruAAA / ruAA+ / ruAA / ruAA-	10
2.	ruA+ / ruA / ruA- / ruBBB+	5
3.	ruBBB и ниже	0

7. Размер оплаченного уставного капитала – 10 баллов:

п/п	Размер оплаченного уставного капитала (предоставляется выписка из единого государственного реестра юридических лиц или нотариально заверенная копия такой выписки)	Итоговый балл участника по показателю
1.	Более 2 000 000 000 (Два миллиарда) руб.	10
2.	От 1 000 000 000 (Один миллиард) до 2 000 000 000 (Два миллиарда) руб. включительно	5
3.	Менее 1 000 000 000 (Один миллиард) руб.	0

8. Срок профессиональной деятельности по добровольному медицинскому страхованию – 10 баллов из 100.

Срок профессиональной деятельности по добровольному медицинскому страхованию определяется по году, в котором первоначально была выдана лицензия на данный вид страхования. Баллы по данному критерию присваиваются в соответствии с таблицей:

№ п/п	Срок профессиональной деятельности по добровольному медицинскому страхованию	Итоговый балл участника по показателю
1.	1996 год и ранее	10
2.	1997-2006 годы	5
3.	2007 год и позднее или при отсутствии сведений и/или подтверждающих документов	0

9. Показатель урегулирования заявленных страховых случаев по добровольному медицинскому страхованию за 2018 год – 10 баллов из 100.

Основано на форме статистической отчетности «Сведения о деятельности страховщика» (код формы по ОКУД 0420162).

№ п/п	Показатель урегулирования заявленных страховых случаев по добровольному медицинскому страхованию за 2018 год	Итоговый балл участника по показателю
1.	Не менее 95%	10
2.	90% и более, но менее 95%	5
3.	Менее 90%	0

10. Средний размер страховой выплаты по договорам добровольного медицинского страхования с индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами за 2018 год – 10 баллов из 100.

Основано на форме статистической отчетности "Сведения о деятельности страховщика" за 2018 год – код формы по ОКУД 0420162.

п/п	Средний размер страховой выплаты по договорам добровольного медицинского страхования с индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами за 2018 год	Итоговый балл участника по показателю
1.	25 тысяч рублей и более	10
2.	20 тысяч рублей и более, но менее 25 тысяч рублей	5
3.	Менее 20 тысяч рублей	0

11. Наличие финансовых ресурсов (рентабельность собственного капитала) – 10 баллов из 100.

Основано на формах отчетности «Бухгалтерский баланс страховой организации» (код формы по ОКУД 0420125) и «Отчет о финансовых результатах страховой организации» (код формы по ОКУД 0420126) за 2018 год.

п/п	Наличие финансовых ресурсов (рентабельность собственного капитала)	Итоговый балл участника по показателю
1.	40% и более	10
2.	20% и более, но менее 40%	5
3.	Менее 20% или при отсутствии сведений и/или подтверждающих документов	0

Таким образом, вес ценового критерия 15 баллов и 10 неценовых критериев, каждый весом 5 или 10 баллов. НМЦК по закупке 64,43 миллиона рублей. При таких критериях и их весах отставание даже в 5 баллов по одному из неценовых критериев означает необходимость снижения по цене для компенсации отставания более чем на 20 миллионов рублей относительно начальной цены.

Указанным образом, Заказчик минимизировал влияние цены предлагаемой участниками на итоги закупки определяющим является сумма баллов по неценовым критериям.

Как показывает расчет баллов по неценовым критериям, основанный на публичной информации (сайте ЭкспертРА, отчетности страховщиков, размещенные на сайте ЦБ РФ, данные предыдущих закупок РТРС по ДМС) **в данной закупке безальтернативно выигрывает САО «ВСК»**. Кроме того, участие в закупке со снижением более чем на 66% от начальной цены (более 40 миллионов рублей) возможно у АО «Альфастрахование»,

САО «Энергогарант». Остальные потенциальные участники закупки не могут принять в ней участие, поскольку для этого им надо предложить цену в 0 рублей.

Расчет баллов прилагаем.

При таких обстоятельствах Заказчиком неправомерно установлен порядок оценки заявок по нестоимостным критериям, поскольку сведения каждого страховщика по ключевым показателям вышеуказанных критериев являются публичными и общедоступными, и сумма баллов по показателям дает возможность принять участие в закупке лишь трем компаниям, при явном преимущественном положении одной из них – САО «ВСК».

Установленный порядок оценки является формальным соблюдением требований Закона о закупках, Положения о закупке РТРС в части необходимости установления показателей в рамках нестоимостных критериев, однако фактически не обеспечивает условия конкурентной борьбы ввиду очевидного факта возможности Заказчика достоверно определить присуждаемое количество баллов по оспариваемым показателям для каждого участника закупки без необходимости рассмотрения и оценки непосредственно документов в составе заявок.

Необходимо отдельно отметить, что САО «ВСК» является текущим страховщиком данных рисков, а также постоянным победителем закупок РТРС по ДМС, организуемым РТРС отдельно по каждому федеральному округу.

При таких обстоятельствах и с учетом значимости неценовых показателей в 85 баллов из 100, по которым только САО «ВСК» может набрать максимальный балл, в действиях Заказчика имеется нарушение пункта 2 части 1 статьи 3 Закона о закупках.

По доводу 2, что по критерию ««Расширение объема страхового покрытия» весом 5 баллов установлена субъективная оценка заявок участников.

В соответствии с п.п.13, 14 части 10 статьи 4 Федерального закона от 18.07.2011 N 223-ФЗ "О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц" (далее – Закон о закупках) в документации о закупке должны быть указаны критерии оценки и сопоставления заявок на участие в закупке; порядок оценки и сопоставления заявок на участие в закупке.

Согласно части 6 статьи 3 Закона о закупках критерии и порядок оценки и сопоставления заявок на участие в закупке, установленные заказчиком, применяются в

равной степени ко всем участникам закупки, к предлагаемым ими товарам, работам, услугам, к условиям исполнения договора.

В закупочной документации установлен **Критерий № 5 «Расширение объема страхового покрытия»** весом 5 баллов. Его описание:

Под расширением объема страхового покрытия понимается дополнительный перечень (объем) предоставляемых медицинских услуг по сравнению с базовым, указанным в п. 8.4 «Базовый объем медицинских услуг» Технического задания, без взимания дополнительной платы, а также уменьшение исключений из страхования по сравнению с п. 8.8 «Исключения из страхования» Технического задания.

Предлагаемый Участником перечень дополнительных услуг должен содержать только те дополнительные страховые услуги, которые предусмотрены в зарегистрированных в установленном законодательством РФ порядке Правилах добровольного страхования данного Участника, действующих на момент подачи заявки на участие в закупке.

При включении в список услуг, предоставление которых имеет ограничивающий фактор (лимитированные, по запросу и т.п.), необходимо описать условия их предоставления.

Комиссия имеет право не рассматривать (не учитывать) предложения Участника, если есть основания сомневаться в их эффективности, возможности применения или при неясности условий их предоставления.

5 баллов присваиваются заявке Участника закупки, предложившего наибольшее количество дополнительных услуг и уменьшений исключений из страхования по сравнению с п. 8.4 «Базовый объем медицинских услуг» и п. 8.8 «Исключения из страхования» Технического задания. Оценка заявок следующих Участников закупки рассчитывается исходя из пропорционального соотношения к заявке, получившей наибольший балл по данному критерию. При оценке показателя в расчет принимаются сведения, представленные по форме п. 5.5 раздела 5 «Формы документов».

При этом в документации отсутствует явно указанный перечень дополнительных расширений, а также четко сформулированный «Базовый объем страховых услуг», о чем свидетельствует, например:

8.4.1.1. Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь:

Лечебно-диагностические приёмы (в том числе контрольные приёмы и динамическое наблюдение) врачей-специалистов:

- терапевта, хирурга, невролога, гинеколога, офтальмолога, отоларинголога, инфекциониста, дерматолога (дерматовенеролога), эндокринолога, уролога, кардиолога, пульмонолога, гастроэнтеролога, аллерголога-иммунолога, травматолога-ортопеда, нефролога, маммолога, проктолога (колопроктолога), гематолога, ревматолога, артролога, физиотерапевта, мануального терапевта, врача ЛФК и др.:

«И др.», «и т.п.», «и проч.» - означает, что базовый перечень страховых услуг не определен, является открытым и оставляет возможность субъективного толкования расширения Заказчиком как подпадающего под базовый объем и его незачета.

Исходя из изложенного для зачета дополнение должно быть:

- быть дополнительным по отношению к базовому объему услуг;
- соответствовать Правилам страхования;
- быть эффективным и применимым, с ясными условиями предоставления

дополнения.

Соответствие вышеуказанным критериям субъективно определяется Заказчиком.

В связи с изложенным полагаем, что данный порядок оценки основан на субъективной оценке Заказчиком, что недопустимо. Отсутствует какие-либо объективные критерии, по которым то или иное предлагаемое дополнение подлежит зачету.

Субъективный порядок оценки по критериям оценки запрещен, что подтверждается многочисленными решениями Московского УФАС России. Такой порядок оценки по критерию является нарушением части 1 статьи 3 Закона о закупках.

По доводу 3, что между баллами, предлагаемыми участниками и конкретным содержанием предложения участника по критериям оценки заявок и количеством присваиваемых баллов отсутствует пропорциональная зависимость.

Между баллами, предлагаемыми участниками и конкретным содержанием предложения участника и количеством присваиваемых баллов отсутствует пропорциональная зависимость, что вызвано установлением шкал вместо расчетных формул.

Это означает, что различные значения показателя могут получать одинаковое количество баллов, что приведёт к невозможности выявить объективно наилучшую совокупность условий исполнения договора.

Анализ административной практики по аналогичным ситуациям также свидетельствует о недопустимости использования такого порядка оценки, не позволяющего выявить наилучшую совокупность условий исполнения договора ввиду отсутствия пропорциональной зависимости между содержанием предложений участников и выставляемой оценкой в баллах.

По нашему мнению, это является нарушением пункта 1 части 1 статьи 3, пунктов 13, 14 части 10 статьи 4 Закона о закупках.

По доводу 4, по установлению показателя оценки «Средний размер страховой выплаты по договорам ДМС за 2018 год»

В соответствии с данным показателем оценивается

№ п/п	Средний размер страховой выплаты по договорам добровольного медицинского страхования с индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами за 2018 год	Итоговый балл участника по показателю
11.	25 тысяч рублей и более	10
22.	20 тысяч рублей и более, но менее 25 тысяч рублей	5
53.	Менее 20 тысяч рублей	0

Оценка основана на публичных данных Раздела 7.2 формы статистической отчетности "Сведения о деятельности страховщика" за 2018 год – код формы по ОКУД 0420162.

Показатель рассчитывается как отношение суммы страховых выплат по договорам добровольного медицинского страхования с индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами в 2018 году (стр. 110, гр. 25 Раздела 7.2 формы) к количеству страховых выплат по договорам добровольного медицинского страхования с индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами в 2018 году (стр. 110, гр. 24 Раздела 7.2 формы).

Тем самым оценивается среднее количество рублей, выплаченных страховщиком в одной страховой выплате.

Согласно Правилам добровольного медицинского страхования РЕСО:

Договор страхования ДМС - письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную договором плату организовать и финансировать предоставление застрахованным лицам медицинской помощи определенного объема или иных услуг по страховым программам, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные договором страхования сроки и в соответствующем размере.

Страховая выплата - оплата стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу медицинскими учреждениями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, после выставления медицинским учреждением Страховщику счета по оказанным услугам. Страховщик оплачивает счет, выставленный медицинским учреждением в течение 15-ти дней с даты его получения, если договором страхования или договором с медицинским учреждением не установлено иное.

Полагаем, что размер средней выплаты не имеет значения для оценки предложения участника по предмету закупки ДМС, т.к. не характеризует действия страховщика и качество предлагаемых услуг:

- средний размер выплаты определяется количеством застрахованных лиц, их заболеваниями и степенью их тяжести, от чего зависят конкретное лечение, количеством этих заболеваний (пример: на 1000 застрахованных лиц может быть 1 страховой случай - рак с выплатой 2 миллиона рублей, а может быть 1000 страховых случаев - насморков с выплатой 50 рублей на каждый страховой случай, что дает разную среднюю выплату) - при этом ни один из этих показателей не зависит от действий страховщика;

- данный показатель не характеризует вероятность надлежащего исполнения обязательств страховщиком при принятии решения о страховой выплате, данная вероятность может характеризоваться специальными показателями отчетности - количеством отказов в страховой выплате по ДМС, количестве выплат по ДМС по решению суда (столбец 8 и 11 строки 126 раздела 1 формы по ОКУД 0420162);

- на средний размер выплаты помимо страхователя непосредственно влияют медицинские учреждения, устанавливающие стоимость медицинских услуг и выставляющие страховщику счета на оплату и подтверждающие оказание услуг документы;

- более высокие расходы страховщика в пользу медицинского учреждения не свидетельствует о более высоком качестве медицинских или страховых услуг, предлагаемых застрахованным лицам при исполнении договора добровольного медицинского страхования;

- страховые выплаты по ДМС выплачиваются страховщиком в пользу медицинского учреждения, а не в пользу страхователя;

- напротив, организация медицинских услуг в пользу застрахованных лиц по ДМС по завышенным ценам может неблагоприятно сказаться на финансовой устойчивости страховщика и возможности исполнить свои обязательства по договору ДМС.

Также необходимо повторно отметить, что максимальный балл по критерию присваивается предложению участника «25 тысяч рублей на одну выплату и более». Как следует из открытых данных отчетности - только 3 страховщика, включая ВСК, могут претендовать на максимальный балл.

При таких обстоятельствах данный критерий не связан с оценкой предмета закупки ДМС и ограничивает конкуренцию, что нарушает часть 1 статьи 3 Закона о закупках.

Руководствуясь изложенным, ПРОСИМ:

- приостановить закупку до рассмотрения настоящей жалобы по существу;
- провести проверку и выдать Заказчику предписание об устранении нарушений законодательства, а именно привести документацию в соответствие с требованиями законодательства.

Приложения:

- расчет баллов
- правоприменительная практика.

Генеральный директор
СПАО «РЕСО-Гарантия»



Д. Г. Раковщик