С.И. Колесников¹, В.И. Перхов²ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ФИНАНСИРОВАНИЯ
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В 2017 ГОДУ¹ ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека», Иркутск, Россия² Отделение медицинских наук РАН, Москва, Россия

Авторами проанализированы нормы новых законов и правовых актов, определяющих особенности финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи с 1 января 2017 года. Определены основные проблемы и риски превращения Федерального фонда ОМС в единственного держателя средств, предназначенных для финансирования высокотехнологичной медицинской помощи. Предложен ряд мер по вопросам планирования показателей высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в научных медицинских организациях.

Ключевые слова: высокотехнологичная медицинская помощь, финансирование федеральных медицинских учреждений, обязательное медицинское страхование

PROBLEMS OF ORGANIZATION AND FINANCING
OF HIGH-TECH MEDICAL CARE IN 2017S.I. Kolesnikov², V.I. Perhov²¹ Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems, Irkutsk, Russia² Branch of Medical Sciences of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

The authors analyzed the essence of new federal laws, which change some implementation aspects of other basic federal laws, such as Law on Compulsory Medical insurance in the Russian Federation, Law on Basics of health protection of citizens in the Russian Federation, Budget Code, Tax Code and other legal acts, determining the peculiarities of financing of high technology medical care since January 1, 2017 onwards.

The main challenges and risks of Compulsory Medical Insurance Federal Foundation was identified, it becoming the sole holder of the funds intended for the financing of high-tech medical care. The main risk is that federal and regional authorities are not only being excluded from financing, but are losing the role of health care state customer. And in the conditions of financial crisis in the country it will happen. In this case there is a great possibility of financial deficit for high technological medical care in the federal medical scientific institutions. A number of measures for planning indicators of high-tech medical assistance in the scientific medical organizations was proposed. These measures can prevent corruption and defend federal (state) segment of health care system, providing the complex and high level assistance for the most severe ill patients.

Key words: high-tech medical care, federal funding of medical institutions, compulsory medical insurance

ВВЕДЕНИЕ

После введения в 1993 году в России обязательного медицинского страхования предполагалось, что средства работодателей будут служить дополнительным источником финансирования здравоохранения и что эти средства будут дополнять бюджетные ассигнования на здравоохранение. Однако в реальности эти средства не являлись «дополнительными» к бюджетным расходам. Бюджетные расходы на здравоохранение стали сокращаться. Одновременно наметилась тенденция к увеличению средств, аккумулируемых в системе ОМС, с одновременным расширением оплачиваемых статей расходов и самой базовой программы ОМС, которая в настоящее время включает оказание медицинской помощи при диагнозах по всем основным классам МКБ-10.

Президент Российской Федерации В.В. Путин 3 июля 2016 г. подписал закон (№ 286-ФЗ), определяющий особенности финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), не включённой в базовую программу ОМС, с 1 января 2017 года. Этим законом внесены изменения в Федеральные законы «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», «О

некоммерческих организациях», «Об автономных учреждениях», «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Документ определяет порядок финансирования с 2017 года из бюджета Федерального фонда ОМС (ФОМС) высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), не включённой в базовую программу обязательного медицинского страхования. Деньги пойдут в федеральные государственные учреждения из ФОМС напрямую, минуя счета ведомств (Минздрав России, Минтруд России, Управление делами Президента России, ФАНО России, ФМБА России), в подчинении которых они находятся. Предполагается, что принятие закона позволит обеспечить реализацию основных мероприятий государственной программы «Развитие здравоохранения» и увеличить количество людей, которым будет оказана высокотехнологичная медицинская помощь [1].

До принятия указанного закона из видов медицинской помощи только высокотехнологичная и паллиативная помощь оставались на бюджетном финансировании, реализуемом с использованием механизмов государственного задания. Объёмы паллиативной помощи в стране невелики. По данным 2015 года, в России работает всего 170 врачей-спе-

циалистов по паллиативной медицинской помощи (физических лиц), из них 146 работают в стационарах. К этим врачам в 2015 году зафиксировано всего 234,7 тыс. посещений в условиях поликлиник (0,02 % от суммарного объёма посещений к врачам в 2015 году). При этом в стране развёрнуты всего 8,1 тыс. паллиативных коек (0,74 % от коечного фонда страны в 2015 году). На этих койках в 2015 году пролечено 106,0 тыс. пациентов (0,35 % от числа пролеченных в стационаре в 2015 году). Таким образом, ресурсы и объёмы паллиативной помощи ничтожны, следовательно, можно утверждать, что 2016 год – последний год существования в России бюджетно-страховой модели финансирования видов медицинской помощи.

Цель исследования: выявить и описать проблемы, связанные с внесением поправок в федеральные законы, затрагивающие вопросы финансирования высокотехнологичной медицинской помощи, а также риски реализации этих поправок.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Согласно закону № 286-ФЗ, в бюджете Федерального фонда ОМС предусматриваются субсидии бюджетным и автономным учреждениям, функции и полномочия учредителя которых осуществляют федеральные органы исполнительной власти, на финансовое обеспечение выполнения ими государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включённой в базовую программу обязательного медицинского страхования. Также в бюджете Федерального фонда ОМС будут предусматриваться субсидии на софинансирование расходов субъектов Российской Федерации, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, не включённой в базовую программу ОМС. Документом предусматривается возможность участия негосударственных медицинских организаций частной системы здравоохранения в оказании высокотехнологичной медицинской помощи за счёт средств бюджета Федерального фонда ОМС.

Изменения, которые внесены в Федеральные законы «О некоммерческих организациях», «Об автономных учреждениях», расширяют бюджетные источники финансового обеспечения государственных заданий, устанавливаемых государственным учреждениям их учредителями. Если раньше финансовое обеспечение государственного задания осуществлялось только из бюджета учредителя, то с 2017 года для этих целей могут быть задействованы и другие бюджеты.

Для финансирования региональных медицинских учреждений Федеральный фонд ОМС будет предоставлять бюджетам территориальных фондов соответствующие субсидии для последующего их направления в виде иных межбюджетных трансфертов бюджетам субъектов Российской Федерации. Федеральным медицинским учреждениям субсидии будут предоставляться Федеральным фондом ОМС на основании соглашений о порядке и условиях предоставления субсидий, заключаемых Федеральным фондом ОМС, учредителем федеральных учрежде-

ний и самим учреждением, по форме и в порядке, утверждаемыми Минздравом России. Доводиться до учреждения субсидии будут в порядке финансового обеспечения государственного задания. В законе № 286-ФЗ существует также норма о том, что объёмы высокотехнологичной медицинской помощи, не включённой в базовую программу обязательного медицинского страхования, для федеральных государственных учреждений утверждает их учредитель по согласованию с Минздравом России [1].

Мониторинг оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включённой в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется Минздравом России. Минздравом России также утверждается перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включённую в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Таким образом, согласно законопроекту, основным источником финансирования ВМП становится бюджет Федерального фонда ОМС, формируемый за счёт целевых отчислений с заработной платы. Поэтому серьёзными проблемами являются снятие ответственности с федерального и регионального бюджетов за обеспечение населения наиболее ресурсоёмкими и эффективными видами медицинской помощи, а также риски возможной недостаточности страховых взносов для обеспечения необходимой доступности и надлежащего качества ВМП.

Преимуществом целевого налога на заработную плату, по сравнению с общим налогообложением, является то, что эти деньги гарантированы сектору здравоохранения и не могут быть направлены на другие цели. В результате здравоохранение в какой-то мере выводится за пределы политической арены и объём его финансирования становится независим от политических приоритетов. Считается также, что целевые налоги, в том числе страховые взносы, граждане платят более охотно, так как ясно, куда пойдут деньги.

Однако и в целевых налогах на здравоохранение есть недостатки, которые особенно остро могут проявиться в период экономических ограничений, что послужило основанием для Правительства Российской Федерации настоять на передаче сборов средств на ОМС Налоговой службе и сформировать механизм Единого социального страхового сбора (ЕССС) с 1 января 2017 года (Федеральный закон от 03.07.2016 № 243-ФЗ). Глобальные трансформации коснутся всех страхователей и плательщиков взносов.

Закон принят на фоне нерешённой **проблемы формирования перечня видов ВМП** и отделения их части от базовой программы обязательного медицинского страхования. В соответствии с частью 4 статьи 34 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», перечень видов ВМП в течение последних лет утверждал Минздрав России. Этот перечень представлял собой чрезвычайно громоздкий документ, содержащий, виды и методы ВМП, а также виды лечения, модели пациента, коды диагнозов по МКБ.

Часть 4 статьи 34 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ утратила силу с 1 января 2015 года в соответствии с частью 8 статьи 101 Федерального закона № 323-ФЗ. В результате понятие «вид высокотехнологической медицинской помощи» по сути изъято из законодательства. С 1 января 2015 года Минздрав России не определяет виды ВМП и не утверждает их перечень. Приказ Минздрава России от 10.12.2013 № 916н является последним приказом, содержащим перечень видов ВМП.

Вместе с тем, согласно части 7¹ статьи 34 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», введенной законом № 286-ФЗ, Минздрав России устанавливает порядок формирования перечня видов ВМП, который «включает в том числе предельные сроки, по истечении которых виды высокотехнологической медицинской помощи включаются в базовую программу обязательного медицинского страхования».

Напомним, что с 1 января 2015 года перечень видов высокотехнологической медицинской помощи отражается в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Из-за громоздкости этого перечня объем постановления Правительства РФ, утверждающий Программу, увеличился в 10 раз (до 39 тыс. слов, в сравнении с Программой, например, 2013 года (3,6 тыс. слов). В результате Постановление Правительства РФ от 19.12.2015 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» на 5 % по объему состоит из самой программы (17 страниц), и 95 % объема занимает приложение (виды ВМП) – 311 страниц.

Отсутствие критериев высокотехнологической медицинской помощи приводит к скачкообразной динамике числа этих видов. Например, в 1998 году существовало 114 вида ВМП, в 2007 году – 239 видов, в 2010 году – 142 вида, в 2015 году – 162 вида. До сих пор неясно, чем «вид» ВМП отличается от «метода» ВМП. При этом один и те же методы ВМП встречаются как в базовой программе ОМС (раздел 1), так и за её

пределами (раздел 2) [4]. Различия в диагнозе, или модели пациента, не объясняют трёхкратную разницу в стоимости, например, метода «Предоперационная или послеоперационная химиотерапия с проведением хирургического вмешательства в течение одной госпитализации», встречающегося в разных разделах.

Согласно Программе госгарантий, этот метод применяется и оплачивается в размере 109,3 тыс. рублей за счёт средств ОМС при диагнозе «Первичный рак молочной железы T1N2-3M0, T2-3N1-3M0». При этом оказываемый вид ВМП поименован как «Комбинированное лечение злокачественных новообразований, сочетающее обширные хирургические вмешательства и противоопухолевое лечение лекарственными препаратами, требующее интенсивной поддерживающей и корригирующей терапии». За счёт федерального бюджета взятый для примера метод ВМП применяется при диагнозе «Первичные злокачественные новообразования молочной железы (T1-3N0-1M0)». При этом оказывается, что вид ВМП поименован как «Комбинированное лечение злокачественных новообразований, сочетающее обширные хирургические вмешательства и лекарственное противоопухолевое лечение, требующее интенсивной поддерживающей и корригирующей терапии» [6]. Таким образом, различия в диагнозе, виде ВМП или модели пациента в части метода «Предоперационная или послеоперационная химиотерапия с проведением хирургического вмешательства в течение одной госпитализации», отсутствуют. Всего в Программе госгарантий на 2015 год продублировано 22 метода, а в Программе госгарантий на 2016 год – уже 24 метода ВМП со стоимостью, зависящей от источника оплаты.

В таблице 1 представлены наименования и стоимость наиболее дорогостоящих методов ВМП, продублированных в разных разделах Программы госгарантий на 2016 год

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Высокотехнологичной называется медпомощь с применением высоких технологий для лечения

Таблица 1

Наименования и стоимость методов высокотехнологической медицинской помощи, продублированных в разных разделах Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ПГГ) на 2016 год

Названия методов высокотехнологической медицинской помощи	Норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, тыс. рублей	
	За счёт бюджетных средств	За счёт ОМС
Предоперационная или послеоперационная химиотерапия с проведением хирургического вмешательства в течение одной госпитализации	337,8	109,3
Послеоперационная химиотерапия с проведением хирургического вмешательства в течение одной госпитализации	337,8	109,3
Удаление опухоли с применением нейрофизиологического мониторинга	262,8	140,2
Эндоскопическое удаление опухоли с одномоментным пластическим закрытием хирургического дефекта при помощи формируемых ауто- или аллотрансплантатов	262,8	140,2
Удаление опухоли с применением нейрофизиологического мониторинга функционально значимых зон головного мозга	262,8	140,2
Удаление опухоли с применением интраоперационной флуоресцентной микроскопии и эндоскопии	262,8	140,2
Изолированная гипертермическая регионарная химиоперфузия конечностей	220,2	109,3

сложных заболеваний. Её основными направлениями являются онкология, нейрохирургия, травматология и сердечно-сосудистая хирургия. По данным Минздрава, количество россиян, получающих высокотехнологичную медпомощь, постоянно растёт: в 2013 г. её получили 505 тыс. человек, в 2014 г. – 715,6 тыс., в 2015 г. – 823,3 тыс. граждан. Поручение Правительству разработать механизм финансирования федеральных медучреждений, оказывающих специализированную высокотехнологичную медпомощь, предусмотрев формирование его источников с учётом средств ФОМС, президент РФ и лидер Общероссийского народного фронта В.В. Путин дал на встрече с представителями ОНФ в конце 2014 г. Также глава государства поручил обеспечить бесперебойное финансирование этих медучреждений в 2015 и 2016 гг.

В 2017 году, согласно рассмотренным правовым нормам, основным источником финансирования ВМП в федеральных учреждениях становятся страховые взносы на ОМС. Если раньше в учреждениях, оказывающих ВМП, происходило смешение двух государственных источников финансирования, то в 2017 году остаётся только один такой источник. Однозначно трудно сказать, как эта мера отразится на полноте финансового обеспечения ВМП, объёмах финансирования федеральных учреждений здравоохранения. Но учитывая, что планирование затрат на ВМП фактически отдано территориальным фондам ОМС (их возглавляют представители администрации субъектов Федерации), доступ к финансам для федеральных клиник будет существенно затруднён. Причём в ряде территорий (пример тому – г. Москва) есть негласный запрет на направление пациентов в федеральные клиники. Если сойдутся эти два негативных фактора, мы получим, начиная с 2017 г., жесточайший кризис финансирования федеральных медицинских НИИ, и все сопутствующие этому проблемы – снижение эффективности, научных разработок, отток кадров и др.

В некоторых зарубежных странах страховые взносы являются основным источником финансирования здравоохранения. В Норвегии, например, источником финансов для здравоохранения являются целевые налоги на зарплату. Но при этом существует жёсткая система, заставляющая людей платить налоги, доля которых достигает 50 % от заработной платы, составляющей у медиков, например, в среднем 3,5 тыс. евро в месяц.

Следует также учитывать, что во время экономического спада степень участия предприятий как основных плательщиков взносов в фонды обязательного медицинского страхования уменьшается, многие люди покидают организации и предприятия из-за сокращения штатов или чтобы работать в частном секторе или заняться индивидуальной трудовой деятельностью. Собирать целевые налоги в этих условиях очень трудно и, если общая экономическая ситуация не улучшится, скорее всего будет собрана лишь малая часть ожидаемого. Кроме того, в России не сложилась жёсткая система мониторинга за доходами и расходами граждан и сбора налогов, в том числе ввиду того, что доля наличных денег на

финансовом рынке России достигает 25 % (в Евросоюзе – 9 %, в США – 7 %) [2].

Общие налоги менее зависимы от занятости населения, которая меняется вместе с экономической ситуацией в стране. Налоги на зарплату (страховые взносы) составляют около 60 % всего бюджета Федерального фонда ОМС, но формируют более узкую финансовую базу, чем общее налогообложение. Они собираются с тех, кто получает заработную плату, но другие источники дохода (например, рента, доход от инвестиций, получаемый наиболее обеспеченными людьми) им не облагаются. При этом органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации как раньше, так и сейчас неохотно выполняют свои обязанности страхователя неработающего населения в системе ОМС. Поэтому существует риск нехватки денег в Фонде ОМС для финансового обеспечения ВМП в объёмах, которые сложились исторически и без которых многие ведущие федеральные клиники, особенно с низким уровнем доходов от платных услуг, могут оказаться в критическом финансовом положении. В конечном итоге это может привести к снижению доступности медицинской помощи, оказываемой тяжёлым больным и в сложных клинических ситуациях в рамках программы Госгарантий, росту платности медицинской помощи. Более подробно мы рассматривали эти риски в монографии «Гражданин. Общество. Государство: Россия в XXI веке» [1].

В этих условиях Федеральному фонду ОМС целесообразно сформировать специализированное подразделение, которое бы обеспечило обоснованное и рациональное распределение целевых средств на ВМП не только с учётом особенностей территориальных программ ОМС, мощностей и профильности федеральных клиник, но и результатов их работы.

Исходя из того, что любая система (в нашем случае – система обеспечения населения ВМП) должна управляться, перед ней должны не просто стоять задачи и она не просто должна выполнять определённые функции, а эти задачи и функции должны быть ещё и увязаны с задачами и функциями того органа, который будет управлять ею на соответствующем уровне.

Безусловно, этим органом должен быть Минздрав России, в том числе как координатор деятельности государственных социальных внебюджетных фондов. При этом главной управленческой задачей становится задача государственного регулирования спроса и предложения, а также планирования объёмов высокотехнологичной медицинской помощи с учётом социально-экономической и медико-демографической дифференциации регионов. Потребуется также спланировать и реализовать комплекс мероприятий, направленных на обеспечение более высокой экономической эффективности функционирования комплекса федеральных медицинских учреждений, оказывающих данный вид медицинской помощи.

Также целесообразно рассмотреть вопрос о формировании перечня не видов ВМП, а дорогостоящих медицинских технологий (методов) для государственного регулирования объёма их потребления населением, в том числе в условиях использования страховых принципов оплаты медицинской помо-

щи. Как указывалось ранее [5], по сути дела ВМП не относится к страховым случаям, и в ряде стран эти операции в университетских клиниках и их научное сопровождение относятся к полномочиям бюджета.

По нашему мнению, лучше метода, чем подушевая оплата медицинской помощи, пока не существует. Поэтому для российских условий предпочтительным может стать оплата сверх установленного подушевого норматива включённых в специальный перечень особо затратных, но результативных медицинских вмешательств. То есть базовые расходы медицинских организаций будут финансироваться по правилам и по договорам ОМС, возможно с применением КСГ. Но если требуется дорогостоящая технология, то в пределах годового планового объёма этих технологий учреждение может рассчитывать на дополнительное финансирование по отдельному каналу, например, напямую из территориального фонда ОМС.

Во многих странах организованы системы оценки новых медицинских технологий и практическое внедрение тех из них, которые зарекомендуют себя как полезные, безопасные и эффективные. В России такая система пока только ещё зарождается и, безусловно, нуждается в интенсивном развитии, особенно в условиях бюджетных ограничений. В том числе в результате работы этой системы перечень новых дорогостоящих и инновационных технологий должен систематически актуализироваться: устаревшие или широко растратированные технологии должны исключаться из этого перечня и заменяться новыми технологиями, разработанными и апробированными ведущими федеральными научными учреждениями.

Решение проблемы недостаточно корректного отнесения методов ВМП к базовой программе ОМС потребует серьёзной инвентаризации существующего перечня и перегруппировки методов с учётом фактических затрат на их применение. Также с привлечением главных профильных специалистов и ведущих экспертов целесообразно привести наименования методов ВМП в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг и (или) внести соответствующие дополнения изменения в указанную Номенклатуру [5].

Расширение перечня видов ВМП в базовой программе ОМС. Нам представляется весьма сложной для реализации норма о введении предельных сроков, по истечении которых виды высокотехнологичной медицинской помощи включаются в базовую программу обязательного медицинского страхования. Согласно статье 34 Федерального закона № 323-ФЗ, высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоёмких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Новые методы лечения – это прежде всего методы, которых не было раньше. Вместе с тем, существуют технологии оказания медицинской помощи, которые относятся к методам ВМП вот уже в течение

10 лет, т. е. явно не являются новыми. Например, при лечении стенокардии и ХИБС (хроническая ишемическая болезнь сердца) в 2007 году (приказ Минздравсоцразвития России от 07.05.2007 № 320) наиболее часто применялись: аорто-коронарное шунтирование (52 % всех объёмов ВМП при стенокардии и ХИБС) и установка стента в сосуд (30 % всех объёмов помощи). В 2015 году при стенокардии и ХИБС наиболее часто применялись аортокоронарное шунтирование у больных ишемической болезнью сердца в условиях искусственного кровоснабжения и на работающем сердце (66 % объёма помощи), а также баллонная вазодилатация с установкой стента в сосуд, сосуды (33 % помощи). Таким образом, при стенокардии и ХИБС в 2007 году 82 % объёма ВМП, а в 2015 году 99 % объёма помощи оказывались с применением одних и тех же методов. То есть аортокоронарное шунтирование, баллонная вазодилатация, установка стента в сосуд не новые методы лечения и должны быть исключены из перечня видов и методов ВМП в соответствии с законом № 323-ФЗ.

Большинство методов ВМП являются «псевдовысокотехнологичными» и остаются в течение многих лет в перечне видов и методов ВМП только из-за своей дороговизны. Поэтому Минздраву России очень важно определиться с подходами для определения критериев ВМП и формализовать эти критерии, а также регулярно их обновлять. Без этих мер вряд ли можно ожидать эффективного распределения ресурсов, в том числе ввиду того, что при решении вопроса о том, какие услуги и виды помощи предоставлять населению бесплатно, интересы властных структур и медиков могут не совпадать. Если же имеются жёсткие бюджетные ограничения, то вполне прогнозируемым может стать сокращение перечня видов и методов ВМП не по медицинским, а по политическим причинам. Ещё одна задача состоит в том, чтобы обеспечить возможность для совершенствования критериев, а возможно, и их пересмотра критериев ввиду появления новых медицинских технологий, изменения общественных ценностей и социально-политических приоритетов.

В настоящее время Минздрав России не определяет виды ВМП и не утверждает их перечень. Приказ Минздрава России от 10.12.2013 № 916н является последним приказом, содержащим перечень видов ВМП. Фактически перечень видов ВМП, а также и её методов в 2015 и 2016 годах является приложением к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации, а не Минздравом. Однако закон № 286-ФЗ предусматривает, что порядок формирования перечня видов ВМП устанавливается Минздравом России. Эта норма предполагает возвращение в законодательство понятия «вид высокотехнологичной медицинской помощи» и восстановление для Минздрава России функции по определению видов ВМП и утверждению их перечня, что Федеральным законом № 286-ФЗ не предусмотрено.

ВМП в негосударственных медицинских организациях. Вызывает сомнение целесообразность

участия медицинских организаций частной системы здравоохранения в оказании высокотехнологичной медицинской помощи за счёт средств бюджета. «Частники» являются конкурентами государственных организаций. Допуск негосударственных клиник в государственную систему высокотехнологичного здравоохранения может привести к тому, что государственные медицинские учреждения потеряют пациентов, а следовательно – деньги, и окажутся на пути к банкротству. Вместе с тем банкротство государственного учреждения означает банкротство самого государства, следовательно, оно невозможно. Кроме того, привлечение «частников» потребует реализации конкурсных процедур на объёмы медицинской помощи, которые в России пока даже и не обсуждались всерьёз.

Планирование ВМП. Также должно быть детализировано предполагаемое законом участие Минздрава России в планировании ВМП (пункт 9 новой статьи 50¹ закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»). В частности, так как плановые объёмы ВМП финансируются и оказываются гражданам в рамках государственного задания, необходимо регламентировать процедуру согласования, включающую предельные сроки рассмотрения Минздравом России проектов государственных заданий, а также формат предоставления информации (сводные или детализированные по учреждениям, по группам и по профилям ВМП данные и прочее). При планировании и структурировании объёмов ВМП следует так или иначе учитывать информацию о состоянии здоровья населения, показатели обеспеченности населения регионов объёмами ВМП разного профиля, а также вектор медико-социальной политики. Это особенно важно при необходимости охватить объёмами ВМП максимальное число людей, отнесённых к определённым контингентам больных по возрасту, полу, состоянию здоровья.

Важно отметить, что в научных медицинских организациях практически все виды и объёмы оказываемой медицинской помощи, включая ВМП, являются источником новых знаний, представляют научную ценность, а контингенты госпитализируемых больных увязаны с программами фундаментальных научных работ этих организаций. Поэтому Минздраву России надо определить особенности рассмотрения проектов государственных заданий на оказание ВМП в научных медицинских организациях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В мире (кроме России) существует всего три модели общественного финансирования медицинской помощи – одна бюджетная и две страховых. Отличия определяются тем, кто является покупателем медицинской помощи. При бюджетном финансировании покупателями выступают органы исполнительной власти. При первой модели ОМС функции покупателей выполняют территориальные фонды ОМС, которые автономны по отношению к органам исполнительной власти. При второй модели ОМС покупателями медицинских услуг являются негосударственные страховые медицинские организации. Обе

модели ОМС предполагают закрепление за фондами ОМС или страховыми организациями определённого числа застрахованных, а также заключение двусторонних договоров на оплату помощи при наступлении страхового случая между покупателем и производителем медицинской помощи. Объединение двух моделей ОМС, в том числе и в части обеспечения населения ВМП в федеральных клиниках, существовало только в России.

Прямое финансирование федеральных клиник из Федерального фонда ОМС, причём без заключения договоров на оплату медицинской помощи при наступлении страхового случая, а только с соглашениями на предоставление субсидий, – это серьёзная трансформация подходов в вопросах финансирования общественного здравоохранения, известных не только в России, но и в мире. Для одного из наиболее затратных видов медицинской помощи создан механизм финансирования, который не является ни бюджетным, ни страховым. Кроме того, изменения, которые внесены в Федеральные законы «О некоммерческих организациях», «Об автономных учреждениях», лишают учредителей государственных учреждений возможности реализовать преимущества государственных заданий, так как не только усложняют механизм доведения денег, но и фактически разрывают управленческий цикл (первоначальное планирование объёмных и финансовых показателей, ресурсное и организационное обеспечение выполнения планов, оценка результатов и корректировка первоначальных планов).

Согласно прогнозу Федерального фонда ОМС, в 2017 году объёмы финансирования ВМП должны составить 101 млрд рублей (в 2016 году – 96,4 млрд рублей). Вместе с тем, как известно, медицинские учреждения, особенно федерального уровня, могут потребить количество денег, в разы превышающее фактическое финансирование.

Поэтому рассмотренные законодательные новшества и другие затронутые проблемы, потребуют от Минздрава России и Федерального Фонда ОМС серьёзной работы по созданию институциональных предпосылок и условий для сдерживания неэффективных расходов и обеспечения необходимой доступности для граждан Российской Федерации весьма затратных, но и наиболее результативных методов оказания медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Абрамова М.Г., Вилков А.А., Володенков С.В., Зверев А.Л., Капицын В.М., Кирсанова Е.Г., Коваленко В.И., Колесников С.И., Кузнецов И.И., Манойло А.В., Омаров М.А., Палитай И.С., Петров М.П., Прокудин Б.А., Сетов Н.Р., Столетов О.В., Телин К.О., Цыганков П.А., Чихарев И.А., Шапаров А.Е., Шестов Н.И., Шестопап Е.Б., Ширинянец А.А., Шутов А.Ю., Щегловитов А.Е. Гражданин. Общество. Государство: Россия в XXI веке. – М.: РОССПЭН, 2014. – 286 с.

Abramova MG, Vilkov AA, Volodenkov SV, Zverev AL, Kapitsyn VM, Kirsanova EG, Kovalenko VI, Kolesnikov SI, Kuznetsov II, Manoylo AV, Omarov MA, Palitay IS,

Petrov MP, Prokudin BA, Setov NR, Stoletov OV, Telin KO, Tsygankov PA, Chikharev IA, Shaparov AE, Shestov NI, Shestopal EB, Shirinyants AA, Shutov AY, Shcheglovitov AE (2014). Citizen. Society. State: Russia in the XXI century [*Grazhdanin. Obshchestvo. Gosudarstvo: Rossiya v XXI veke*], 286.

2. Лунтовский Г.И. Наличное денежное обращение: современный этап и перспективы развития // Деньги и кредит. – 2012. – № 2. – С. 3–8.

Luntovskiy GI (2012). Cash turnover: modern stage and prospects of development [*Nalichnoe denezhnoe obrashchenie: sovremennyy etap i perspektivy razvitiya*]. *Den'gi i kredit*, (2), 3-8.

3. О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации. Федеральный закон от 03.07.16 № 286-ФЗ. – Режим доступа: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/775298/#ixzz4H20cBXEk>.

On the amendments to the federal law "On compulsory medical insurance in the Russian Federation" and certain legislative acts of the Russian Federation. Federal Law d.d. 03.07.16 N 286-FZ [O vnesenii izmeneniy v Federal'nyy zakon «Ob obyazatel'nom meditsinskom strakhovanii v Rossiyskoy Federatsii» i ot del'nye zakonodatel'nye akty Rossiyskoy Federatsii Federal'nyy zakon ot 03.07.16 № 286-FZ]. Available at: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/775298/#ixzz4H20cBXEk>.

4. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год. Постановление Правительства РФ от 19.12.2015 № 1382. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_191018.

On the program of state guarantees of free delivery of health care to the citizens in the year 2016. Russian Federation Government Decree d.d. 19.12.2015 N 1382 [O Programme gosudarstvennykh garantiy besplatnogo okazaniya grazhdanam meditsinskoy pomoshchi na 2016 god. Postanovlenie Pravitel'stva RF ot 19.12.2015 № 1382]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_191018.

5. Об утверждении номенклатуры медицинских услуг. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.12.11 года № 1664н. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=174233>.

On the approval of medical services nomenclature. Order of the Ministry of health care of the Russian Federation d.d. 27.12.11 N 1664n [Ob utverzhdenii nomenklatury meditsinskikh uslug. Prikaz Minzdravsotsrazvitiya RF ot 27.12.11 goda № 1664n]. Available at: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=174233>.

6. Программа фундаментальных научных исследований государственных академий наук на 2009–2012 гг. Распоряжение Правительства РФ от 27 февраля 2008 г. № 233-р. Режим доступа: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=88719>.

Program of fundamental researches of state academies of sciences for 2009–2012 years. Russian Federation Government Decree N 233-r d.d. 27.02.2008 [Programma fundamental'nykh nauchnykh issledovaniy gosudarstvennykh akademiy nauk na 2009–2012 gg. Rasporyazhenie Pravitel'stva RF ot 27 fevralya 2008 g. № 233-r]. Available at: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=88719>.

Сведения об авторах Information about the authors

Колесников Сергей Иванович – академик РАН, ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» (664003, г. Иркутск, ул. Тимирязева, 16; тел.: 8 (3952) 20-76-36; e-mail: sikolesnikov2012@gmail.com)

Kolesnikov Sergey Ivanovich – Academician of RAS, Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems (664003, Irkutsk, Timiryazev str.; tel.: +7 (3952) 20-76-36; e-mail: sikolesnikov2012@gmail.com)

Перхов Владимир Иванович – доктор медицинских наук, заместитель руководителя отдела Отделения медицинских наук РАН (109240, г. Москва, ул. Солянка, 14; тел. 8 (495) 698-56-50; e-mail: perkhov@ramn.ru)

Perkhov Vladimir Ivanovich – Doctor of Medical Sciences, Deputy Head of the Department of Branch of Medical Sciences of the Russian Academy of Sciences (109240, Moscow, Solyanka str., 14; tel. +7 (495) 698-56-50; e-mail: perkhov@ramn.ru)