

С.А. Богачевская, В.Ю. Бондарь, Н.А. Капитоненко,  
И.В. Пчелина

## ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ПЕРЕХОДА ФЕДЕРАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ К СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

УДК 614.39

Анализируются проблемы функционирования федеральных центров сердечно-сосудистой хирургии в рамках перехода здравоохранения к 2015 г. от бюджетно-страховой системы к системе ОМС. Функционирование сосудистых центров по лечению острого коронарного синдрома (КАПС инфаркт-зависимой артерии) в рамках перехода на полную тарификацию по системе ОМС более финансово оправдано из расчета тарифов ОМС, чем лечение многососудистых поражений коронарного русла, сложных врожденных и приобретенных пороков сердца, сложных нарушений ритма сердца в плановом порядке. Финансовый эквивалент стандарта МП должен учитывать реальную потребность с полным финансовым покрытием расходов в разделе высокотехнологичной медицинской помощи.

**Ключевые слова:** Концепция здравоохранения 2020 г., территориальные программы государственных гарантий, высокотехнологичная медицинская помощь, стандарт оказания медицинской помощи, обязательное медицинское страхование.

The problems in the functioning of the federal Cardiovascular Surgery Centers in the transition of the healthcare to 2015 from budget-insurance system to the compulsory health insurance are analyzed. Functioning of vascular centers on treatment of acute coronary syndrome (coronary angioplasty with stenting of infarct-related artery), in the transition to full charge by the CHI system more financially justified on the basis of CHI tariffs than treating of multivessel coronary disease, complex congenital and acquired heart disease, complex heart arrhythmias in a planned manner. The financial equivalent of the care standard should take into account the real need for a full financial recovery of costs in the high-tech medical care.

**Keywords:** Concept of Health 2020, the territorial government guarantee program, a high-tech medical care, the care standard, the compulsory health insurance.

**Введение.** В Российской Федерации законодательно установлен страховой принцип финансирования медицинской помощи. Система обязательного медицинского страхования (ОМС) была создана в 1993 г. в дополнение к бюджетной системе здравоохранения. В результате в России сложилась бюджетно-страховая модель финансирования государственной системы здравоохранения, где переменные затраты оплачиваются через систему ОМС, а постоянные (отопление, электроэнергия, амортизация и т.д.) – из средств бюджета [1,3].

При реализации государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи обозначились такие проблемы, как недостаточное финансовое обеспечение прав граждан на бесплатную медицинскую помощь, отсутствие единого подхода к реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатной

медицинской помощи в субъектах РФ, раздробленность источников финансирования медицинской помощи [3]. В итоге назрела необходимость менять систему здравоохранения в стране, в связи с чем на первом этапе реализации государственной программы «Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 г.» (далее - Концепция 2020) на период 2009–2015 гг. запланирован плавный переход к 2015 г. от бюджетно-страховой системы к системе ОМС. На втором этапе (2016–2020 гг.) предполагается поэтапный переход к саморегулируемой системе организации медицинской помощи на основе созданной инфраструктуры, создания кадрового ресурса здравоохранения, повышения информатизации здравоохранения, внедрения новых инновационных медицинских технологий, а также включение высокотехнологичной медицинской помощи в систему ОМС [2].

Современная история России убедительно показывает, что снижение государственной поддержки здравоохранения и ухудшение качества жизни населения приводят к значительному уменьшению средней продолжительности жизни. Так, в 1991–1994 гг. в результате существенного снижения уровня жизни населения продолжительность жизни сократилась на 5 лет. Рост показателя продолжительности жизни в 2005–2007 гг. (с 65,6 года в 2005 г. до 67,5 года в 2007 г.) в значи-

тельной степени связан с увеличением расходов на медицинскую помощь с 2,6% ВВП в 2005 г. до 2,9% в 2007 г., а расходов на здравоохранение в целом – с 3,2% ВВП в 2005 г. до 3,5% в 2007 г. (рис.1) [2].

К настоящему времени расходные обязательства МЗ РФ сводятся к финансированию специализированной медицинской помощи, целевых программ и выравниванию финансовых условий деятельности территориальных фондов ОМС [5].

Согласно Концепции 2020, основными источниками доходов системы ОМС будут являться страховые взносы работодателей на обязательное медицинское страхование работающего населения, страховые взносы субъектов РФ на обязательное медицинское страхование неработающего населения, межбюджетные трансферты на выравнивание финансовых условий реализации территориальных программ ОМС (рис.2) [2].

Финансовая поддержка Концепции 2020 (рис.3) заключается в планируемом увеличении расходов на здравоохранение в 3,2 раза к 2020 г. в сравнении с 2010 г. (2600,5 млрд. руб. и 8355,5 млрд. руб. соответственно). Подушевой норматив Территориальной программы государственных гарантий (ТПГГ) при этом планируется также увеличить почти в 3,2 раза к 2020 г. в сравнении с 2010 г. (13700 руб. и 43700 руб. соответственно).

ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ РФ, г. Хабаровск: **БОГАЧЕВСКАЯ Светлана Анатольевна** – к.м.н., зав. отделением функциональной и УЗИ-диагностики, bogachevskaya@yandex.ru, **БОНДАРЬ Владимир Юрьевич** – д.м.н., гл. врач, **ПЧЕЛИНА Инна Владимировна** – к.м.н., зав. отделом контроля качества медицинской помощи; **КАПИТОНЕНКО Николай Алексеевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой ГБОУ «Дальневосточный ГМУ» МЗ РФ.

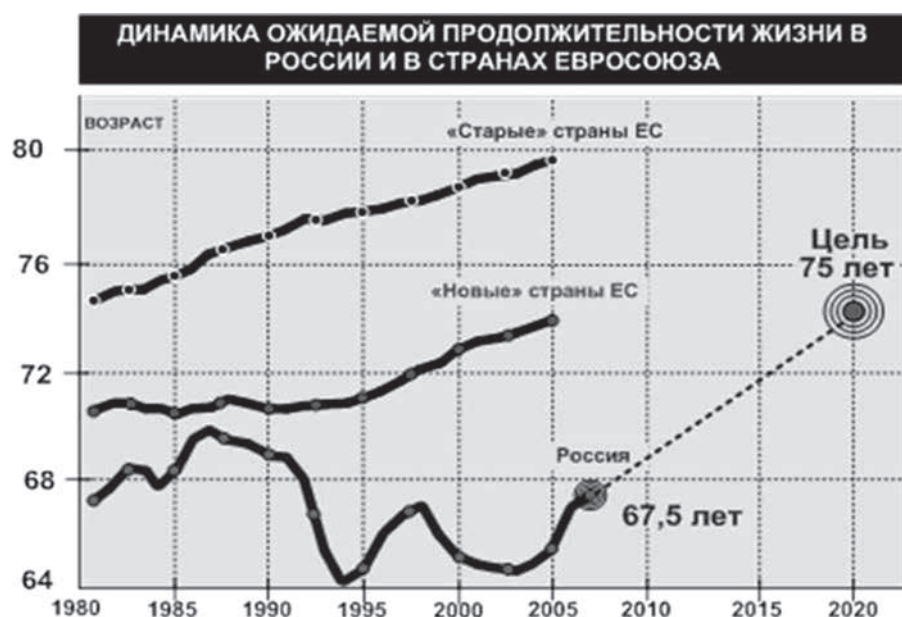


Рис.1. Динамика ожидаемой продолжительности жизни в России и в странах Евросоюза [2]



Рис.2. Основные источники финансирования системы ОМС [2]

На уровне планируемого общего увеличения расходов на здравоохранение (Концепция 2020 г.) достаточно ясно прогнозируется снижение расходов на лечение болезней системы кровообращения (БСК) при переходе финансирования в рамках ВМП (высокотехнологичная медицинская помощь) на финансирование по системе ОМС. Основная проблема перехода на ОМС – обеспечение пациентов ресурсоемкими медицинскими услугами на соответствующем уровне в связи с несопоставимостью тарифов ВМП и ОМС. Так, например, тариф на проце-

дуру баллонной вазодилатации с установкой стента в сосуды по ОМС в 2013 г. в учреждениях г. Москвы составлял 128 тыс. руб., в Московской области – 146 тыс. руб. При этом единый тариф по ВМП, исключая ряд дорогостоящих технологий (имплантация устройств для профилактики внезапной сердечной смерти, коррекция сложных ВПС детям до 1 года), составляет 203,5 тыс. руб. [2, 14].

Как результат достижений ряда промежуточных задач в рамках реализации программы перехода к системе ОМС, к 2013 г впервые был обоснован

объем финансовых средств, необходимых для системы здравоохранения. Он определяется стоимостью стандартов медицинской помощи с учетом ресурсоемких медицинских услуг. Тариф на оплату медицинской помощи рассчитывается в соответствии с правилами ОМС, утвержденными приказом МЗ и СР РФ от 28.02.2011 № 158н, информационным письмом МЗ РФ от 25.12.2012 № 11-9/10/2-5718 «О формировании и экономическом обосновании Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 г. и на плановый период 2014-2015 гг.», рекомендациями «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп болезней (КСГ)», утвержденными МЗ РФ и согласованными с ФФОМС [6, 8, 9, 14].

Тем не менее в настоящее время на практике территориальные особенности учреждений здравоохранения практически не учитываются. В 2014 г. из регионального бюджета Хабаровского края выделено на финансирование имплантации однокамерного электрокардиостимулятора 91 тыс. руб., коронарной ангиопластики со стентированием (КАПС) 159 тыс. руб. [8,10].

Тариф для КАПС рассчитан на пациентов из группы «острого коронарного синдрома» (ОКС), когда проводится стентирование инфаркт-зависимой артерии и вопрос о полной реваскуляризации миокарда перед хирургом не стоит. Расчет же стоимости плановой методики КАПС, требующей зачастую установку 2 и более стентов в коронарное русло, по Территориальной программе 2014 г. попросту отсутствует [8,10]. Однако при наличии дефицита территориального ОМС в Хабаровском крае эти суммы к началу 2014 г. не были увеличены за счет региональной индексации и дотаций местного бюджета, как в других регионах Дальнего Востока. Так, например, в Камчатском крае стоимость технологии складывается из тарифа ОМС, его региональной индексации и дотаций местного бюджета и в общей сложности составляет 201,1 тыс. руб., а в Республике Саха (Якутия) – 387,689 тыс. руб. («оказание медицинской помощи больным с ОКС с проведением чрескожного коронарного вмешательства») [4,11].

В 2013 г. на XVII Ежегодной сессии Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН в докладе зам. директора центра по на-

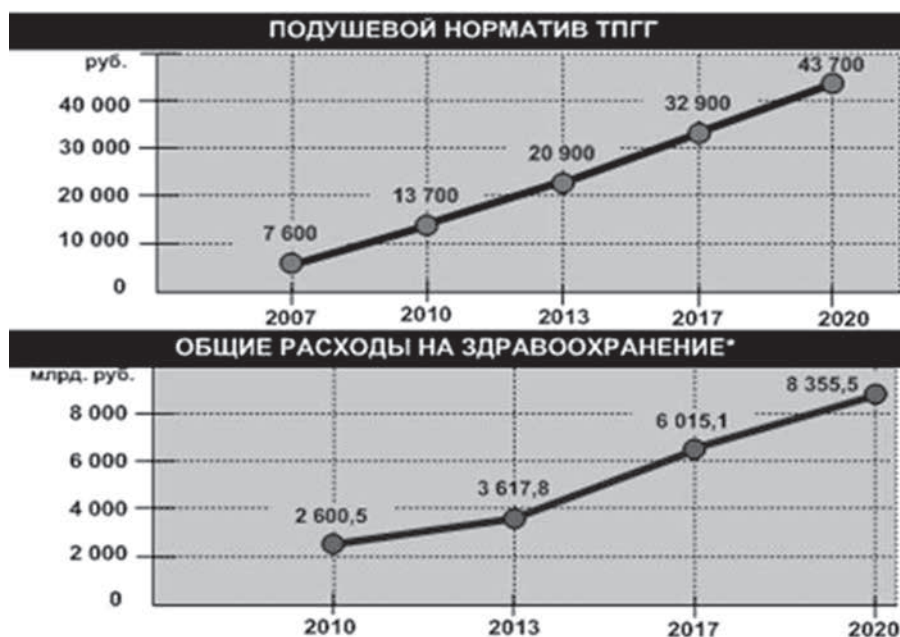


Рис.3. Подушевой норматив ТПГГ и общие расходы на здравоохранение [2]

**Стоимость медицинских расходов и реальная потребность  
в финансировании ресурсоемких медицинских услуг (2013 г.) [14]**

| Наименование услуги                                                         | Средний койко-день | Медицинские расходы, тыс. руб. | Необходимое финансирование, тыс. руб. |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| Множественное АКШ                                                           | 14                 | 176,69                         | 261,40                                |
| Имплантация кардиоверттера-дефибриллятора                                   | 8                  | 630,60                         | 712,00                                |
| Имплантация стент-графта                                                    | 7                  | 526,65                         | 610,00                                |
| Операции при сложных ВПС с ИК                                               | 18                 | 256,00                         | 337,40                                |
| Операция «Лабиринт» при ФП в сочетании с патологией клапанов сердца или ИБС | 22                 | 587,83                         | 669,40                                |

Примечание. АКШ – аорто-коронарное шунтирование, ФП – фибрилляция предсердий, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ИК – искусственное кровообращение.

учно-организационной работе Ступакова И.Н. был приведен ряд расчетов стоимостимедицинских расходов и реальной потребности в финансировании ресурсоемких методов лечения БСК (таблица).

Согласно данным, приведенным в таблице, потребность в финансовом обеспечении по ряду категорий ВМП, не входящих в раздел дорогостоящих (\*имплантация стент-графта, множественное АКШ, радиочастотная абляция фибрилляции предсердий на открытом сердце в сочетании с патологией клапанов сердца или ИБС), уже сейчас превышает тариф, установленный в рамках финансирования ВМП (203,5 тыс. руб.).

Таким образом, мы имеем следующее: функционирование сосудистых центров по лечению ОКС в рамках перехода на полную тарификацию по системе ОМС более финансово оправдано из расчета тарифов ОМС (КАПС инфаркт-зависимой артерии), чем ле-

чение многососудистых поражений коронарного русла, сложных врожденных и приобретенных пороков сердца, сложных нарушений ритма сердца в плановом порядке. В ближайшем будущем высок риск недоступности для граждан РФ, получающих медицинскую помощь в рамках ОМС, высокотехнологичных методов лечения ввиду многократного превышения реальной стоимости услуги в сравнении с тарифом ОМС в разделе кардиохирургической помощи.

С учетом вышеописанной ситуации до сих пор не определены тарифы ОМС на основные объемы ВМП в разделе сердечно-сосудистой хирургии, одобрен лишь перенос КАПС при ОКС и имплантации однокамерных электрокардиостимуляторов в раздел финансирования по программе ОМС. По состоянию на июль 2014 г. в рамках финансирования ОМС, согласно Территориальной программе государственных гарантий по Хабаровскому

краю, из оперативных вмешательств в работу Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии (г. Хабаровск) введены лишь имплантации однокамерных электрокардиостимуляторов [8,10].

Согласно официальному заявлению министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой, к четвертому кварталу 2014 г. планируется утверждение объемов ВМП, оказываемых в 2014 г. «за счет иных межбюджетных трансфертов из бюджета ФОМС федерального бюджета на финансовое обеспечение оказания ВМП федеральными государственными учреждениями, подведомственными МЗ РФ», как включенной, так и не включенной в базовую программу ОМС.

С целью минимизации негативных последствий перехода сердечно-сосудистой хирургии в систему ОМС большинство экспертов склоняется к необходимости обеспечения всесторонней юридической, организационной, финансовой и методической поддержки: оптимизации стандартов оказания медицинской помощи, единого порядка расчета и согласования тарифа на оказание МП, учета рисков возникновения осложнений, разработки стандартов их лечения, обеспечения полного цикла лечения пациента (в медицинских учреждениях всех уровней) [13,14].

Тем не менее не стоит забывать, что ранее уже предпринимались попытки перехода на одноканальное финансирование. Еще в 2004 г. был подготовлен проект Закона о государственных гарантиях бесплатной медицинской помощи, предусматривающий переход на одноканальное финансирование с полным покрытием всех затрат на оказание медицинской помощи в соответствии со стандартами, были разработаны около 700 стандартов медицинской помощи, начат ряд пилотных проектов по внедрению данной системы. Однако закон не был принят, свернуты работы по стандартизации, и результаты пилотных проектов более не обсуждались [1].

**Закключение.** Ресурсный потенциал российской системы здравоохранения все еще используется с низкой эффективностью, в связи с чем планируется плавный переход к 2015 г. от бюджетно-страховой системы к системе ОМС.

Единицей работы медицинской организации является оплата «законченного случая», которым может считаться определенный этап диагностики, лечения или реабилитации пациента. Введением системы ОМС планируется разрешить в том числе проблему «нерентабельных» медицинских бюд-

жетных организаций, в которых отсутствует мотивация для развития медицинской помощи.

Первый период реализации государственной программы Концепции 2020 предполагает завершение основных преобразований с выходом в 2015 г. на сбалансированную систему ОМС с полным финансовым покрытием тарифа, который представляет собой финансовый эквивалент стандарта медицинской помощи.

Механизмом решения проблем может послужить создание системы поддержки и выравнивания тарифов (индексация) в системе оказания МП пациентам с учетом ряда сопутствующих факторов (территориальные особенности, транспортные услуги, дополнительные медицинские расходы и т.д.). Основной целью индексации тарифов является обеспечение доступности и качества медицинской помощи в разделе оказания сложных и ресурсоемких медицинских услуг. Для учреждений, оказывающих медицинскую помощь в ресурсоемких специальностях (онкология, кардиохирургия, нейрохирургия, ортопедия), не следует полностью исключать возможность функционирования вне рамок системы ОМС. Стоит отметить, что Концепция 2020 допускает возможность для ряда учреждений, оказывающих ВМП, осуществлять деятельность на основании государственных (муниципальных) заданий [2]. Имеет смысл, по нашему мнению, выявить резервы за счет рационального перераспределения имеющихся ресурсов и направить их на обеспечение качественно более высокого уровня удовлетворения потребности населения в медицинской помощи (региональная и федеральная поддержка ресурсоемких технологий, дотации местного бюджета).

## Литература

1. Доклад Форумного комитета в Государственной Думе «Здравоохранение в России 2010» / Под ред. зам. председателя Форумного комитета проф. П.А. Воробьева. – М.: Ньюдиамед, 2011. URL: <http://www.clinvest.ru/news-det.php?nid=1396> (Дата проверки ссылки: 20.06.2014).
2. The report of Formulary committee for the State Duma «The health care in Russia in 2010» / Under edition of prof. Vorobiev P.A., vice-chairman of Formulary committee. – M.: Nyudiamed, 2011. URL: <http://www.clinvest.ru/news-det.php?nid=1396> (Date of hyperlink checking: 01.09.2014).
3. Концепция развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. URL: <http://www.myshared.ru/slide/410946/> (Дата проверки ссылки: 20.06.2014).
4. The concept of development of the health care in Russian Federation before 2020. Presentation URL: <http://www.myshared.ru/slide/410946/> (Date of hyperlink checking: 01.09.2014).
5. Матвеев Э.Н. Предпосылки и пути комплексной реструктуризации сети учреждений здравоохранения на региональном уровне / Э.Н. Матвеев, С.А. Леонов, И.М. Сон // Социальные аспекты здоровья населения. – 2008. – № 1. – С.34-38.
6. Matveev E.N. Predposilki i puti kompleksnoy restukturizatsii seti uchrezhdeniy zdravookhraneniya na regionalnom urovne [Preconditions and ways of complex reconfiguration of regional health care system] sotsialniye aspekty zdorovya naseleniya / E.N. Matveev S.A. Leonov I.M. Son // Social aspects of Public health. 2008, V.1. P. 34-38.
7. Постановление от 26 июня 2014 г. № 191 о внесении изменений в постановление Правительства Республики Саха (Якутия) от 25 декабря 2013 г. № 471 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Саха (Якутия) на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».
8. The Resolution № 191 26 June, 2014 of adjustments to the Resolution of Sakha Republic Government № 471, 25 December, 2013 «About ratification of the Program of the government guarantees of Medical care in Sakha Republic to 2014–2016 years»].
9. Отраслевые, секторальные и региональные особенности реформы бюджетных учреждений в России. – М.: ИЭПП, 2005. – 581 с.
10. Branch and regional features of reform of budgetary institutions in Russian Federation. – M.: IEPP, 2005. - 581 p.
11. Письмо Минздрава России от 20.12.2012 N 14-6/10/2-5305 (сизм. от 11.11.2013) о направлении рекомендаций «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп болезней (КСГ)» (вместе с «Рекомендациями для органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, медицинских организаций, страховых медицинских организаций «Способы...», утв. ФФОМС) URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=142059> (Дата проверки ссылки: 20.06.2014).
12. The letter of the Ministry of Public Health of 20/12/2012 N 14-6/10/2-5305 (with corr. from 11/11/2013) about recommendations "Methods of payment of medical care in the context of government guarantees of medicare program based on groups of diseases, include diseases register" (with "Recommendations for Governmental Entities of Russian Federation subjects in the health care, compulsory health insurance funds, health insurance organizations «Ways...», accepted by FCHI) URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=142059> (Date of hyperlink checking: 01.09.2014).
13. Письмо Минздрава РФ от 25 декабря 2012 г. N 11-9/10/2-5718 «О формировании и экономическом обосновании Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70193444/> (Дата проверки ссылки: 20.06.2014).
14. The letter of the Ministry of Public Health of 20/12/2012 N 11-9/10/2-5718 «About creating and economic verification of Program of the government guarantees of Medical care on the year 2013 and planning period to 2014 and 2015» URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70193444/> (Date of hyperlink checking: 01.09.2014).
15. Постановление Правительства Хабаровского края от 24.12.2013 г. N 452-пр «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» URL: [http://cardiohkv.tmweb.ru/img/text/garant\\_HKV\\_goverment\\_2014-2016.pdf](http://cardiohkv.tmweb.ru/img/text/garant_HKV_goverment_2014-2016.pdf) (Дата проверки ссылки: 20.06.2014).
16. The Resolution of the government of Khabarovskiy kray 24.12.2013 N 452-pr «About territorial program of the government guarantees of Medical care on the year 2014 and planning period to 2015 and 2016» URL: [http://cardiohkv.tmweb.ru/img/text/garant\\_HKV\\_goverment\\_2014-2016.pdf](http://cardiohkv.tmweb.ru/img/text/garant_HKV_goverment_2014-2016.pdf) (Date of hyperlink checking: 01.09.2014).
17. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» с изменениями и дополнениями от: 10 августа, 9 сентября 2011 г., 22 марта, 21 июня, 20 ноября 2013 г. URL: <http://base.garant.ru/12183423/> (Дата проверки ссылки: 20.06.2014).
18. The Order of the Ministry of Public Health and social development of Russian Federation of 28.02.2011 N 158n «About authorization of the rules of compulsory health insurance» with adjustments from 10.08.2011, 09.09.2011, 22.03.2011, 21.06.2011, 20.11.2013 URL: <http://base.garant.ru/12183423/> (Date of hyperlink checking: 01.09.2014).
19. Приложение №5 к Решению Комиссии по разработке территориальной программы ОМС на территории Хабаровского края от 24.03.2014 №3.
20. The Supplement N5 to the Decision of Commission for development of territorial program of the government guarantees of Medical care on Khabarovskiy kray from 24/03/2014 N3].
21. Приложение к постановлению Правительства Камчатского края от 25.12.2013 № 618-П «Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».
22. The Supplement to the Resolution of the government of Kamchatskiy kray from 25.12.2013 № 618-p «Territorial program of the government guarantees of Medical care on Kamchatskiy kray in 2014 and planning period 2015 and 2016».
23. Самочернова А.С. Проблемы и пути развития сердечно-сосудистой хирургии в системе обязательного медицинского страхования / А.С. Самочернова // Материалы XVII ежегодной сессии научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН с Всероссийской конф. молодых ученых. – 2013.
24. Samochernova A.S. Problems and ways of the development of cardio-vascular surgery in the system of compulsory health insurance / A.S. Samochernova // XVIII Annual Scientific Session of Bakoulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery in conjunction with the All-Russian Conference of Young Scientists. - 2013.
25. Сивцева М.Г. Экспертиза в системе ОМС города Москвы / М.Г. Сивцева // Там же.
26. Sivtseva M.G. Expertization in the OMT system in Moscow / M.G. Sivtseva // Ibid.
27. Ступаков И.Н. Опыт работы ФГБУ «НЦССХ им.А.Н. Бакулева» РАМН в системе обязательного медицинского страхования в переходный период / И.Н. Ступаков // Там же.
28. Stupakov I.N. The experience of functioning of Bakoulev C CVS RAMS in compulsory health insurance at the transitive period / Sivtseva M.G. // Ibid.