**Справка**

**к вопросу повестки дня заседания Координационного совета
Минздрава России по государственно-частному партнерству
«О предложениях ПАО Сбербанк по развитию механизмов
государственно-частного партнерства в здравоохранении»**

В настоящее время законодательные ограничения доступа негосударственных медицинских организаций к участию в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования отсутствуют. Порядок включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее ‒ Реестр), носит уведомительный характер
и территориальный фонд обязательного медицинского страхования не вправе отказать во включении в Реестр медицинской организации, имеющей право
на осуществление медицинской деятельности и представившей необходимые документы в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования.

В 2010 году деятельность в сфере обязательного медицинского страхования осуществляли 618 медицинских организаций негосударственной формы собственности (частной системы здравоохранения и медицинские организации ОАО «РЖД»), что составляло 7,6% от общего числа медицинских организаций.

Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ), вступивший в силу с 2011 года, повысил мотивацию частных медицинских организаций к работе в сфере обязательного медицинского страхования, и их число стало постоянно увеличиваться:

в 2011 году – 733 (9,0% от общего числа медицинских организаций осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования);

в 2012 году – 1 029 (12,7%),

в 2013 году – 1 333 (16,2%),

в 2014 году – 1 840 (21,5%),

в 2015 году – 1 952 (23,4%),

в 2016 году – 2 446 (27,3%)

на 30.06.2017 – 2 731 (29,71%).

Деятельность медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования осуществляется на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, типовая форма которого утверждена приказом Минздрава России от 24.12.2012 № 1355н.

Нормативной базой в сфере здравоохранения определены единые требования к качеству и доступности медицинской помощи, квалификации медицинских работников, установлены единые условия оказания медицинской помощи
для медицинских организаций разной формы собственности и ведомственной принадлежности.

Представители негосударственных медицинских организаций наравне
с государственными имеют право входить в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования
(далее – Комиссия) и принимать участие в ее деятельности.

В соответствии с законодательством медицинские организации обязаны использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные
за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования.

Тарифы в системе обязательного медицинского страхования обеспечивают процесс оказания медицинской помощи и компенсируют текущие расходы медицинской организации.

Компенсация инвестиционных расходов предусмотрена за счет средств собственника медицинской организации независимо от формы собственности.

На начальном этапе в системе обязательного медицинского страхования частные медицинские организации оказывали стоматологические услуги и отдельные диагностические услуги.

В настоящее время спектр медицинских услуг, оказываемых частными медицинскими организациями по обязательному медицинскому страхованию значительно расширился за счет офисов врачей общей практики, консультаций узких специалистов, услуг гемодиализа, экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), позитронно-эмиссионной томографии и компьютерной томографии (ПЭТ/КТ), реабилитации в центрах восстановительной медицины и санаториях.

В качестве положительных примеров доступа негосударственных организаций к предоставлению услуг в сфере обязательного медицинского страхования можно отметить следующие.

С 2013 года в Санкт-Петербурге реализуется пилотный проект в сфере первичной медицинской помощи, предусматривающий открытие офисов врачей общей практики в новых микрорайонах на территории, где размещены государственные медицинские организации, мощности которых не рассчитаны на имеющийся рост населения или далеко расположены от новых строений.

Затраты на строительство и оснащение центров, поиск и обучение персонала взяла на себя частная компания. Участие государства сводится только к оплате оказанных медицинских услуг из средств обязательного медицинского страхования по тарифам, которые действуют в сфере обязательного медицинского страхования.

Реализация аналогичного проекта началась также в Ульяновской области.
В рамках проекта предполагается открыть сеть максимально приближенных
к местам проживания населения «мини» клиник, оказывающих услуги первичного звена здравоохранения, наиболее важную и востребованную медицинскую помощь в рамках обязательного медицинского страхования, оптимизируя работу, таким образом, существующей государственной системы здравоохранения.

В настоящее время в ряде субъектов Российской Федерации реализуются проект по созданию сети центров позитронной эмиссионной и компьютерной томографии (ПЭТ/КТ). Частные ПЭТ–центры включены в реестр медицинских организаций и осуществляют деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Республике Башкортостан, Тамбовской, Орловской, Липецкой, Воронежской, Курской и Свердловской областях.

Значительно участие медицинских организаций частной системы здравоохранения при оказании услуг экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). В 2013 году процедура ЭКО осуществлялась частными медицинскими организациями в 17 субъектах Российской Федерации. В 1 полугодии 2017 года число таких субъектов увеличилось до 62 и доля случаев применения ЭКО
в медицинских организациях частной системы здравоохранения и их финансового обеспечения составила по итогам 1 полугодия 2017 года 51,75%.

Финансовое обеспечение оказываемой медицинскими организациями частной системы здравоохранения составляет:

- в стационарных условиях – 2,1%;

- в амбулаторных условиях (в том числе стоматология)  – 5,1%;

- в условиях дневного стационара – 17,6%, в том числе ЭКО – 47,7%;

- скорая медицинская помощь – 0,4%.

С целью создания привлекательных условий для медицинских организаций как государственной, так и негосударственной форм собственности, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, ведется постоянная работа по взаимодействию с представителями частного бизнеса, совершенствуется нормативная правовая база сферы обязательного медицинского страхования.

В соответствии с частью 4 статьи 50.1 Федерального закона № 326-ФЗ начиная с 2019 года медицинские организации частной системы здравоохранения, утвержденные на основании установленных Министерством здравоохранения Российской Федерации критериев отбора медицинских организаций частной системы здравоохранения, будут принимать участие в оказании высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации.

Таким образом, с 1 января 2019 г. медицинские организации частной системы здравоохранения будут иметь возможность участия в оказании высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации, на сопоставимых условиях с федеральными государственными учреждениями и медицинскими организациями, подведомственными уполномоченным органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации, что будет способствовать появлению на рынке новых медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь,
и повышению доступности медицинской помощи.

ПОА Сбербанк письмом от 19.09.2017 № 293-исх/12 обратился в Минздрав России с предложением обсудить на заседании Координационного
совета Минздрава России по государственно-частному партнерству
(далее – Координационный совет) проблемные вопросы финансирования
проектов государственно-частного партнерства в здравоохранении и участия концессионеров (частных партнеров) в системе обязательного медицинского страхования.

На планируемом заседании Координационного совета предлагается:

1. Принять к сведению информацию старшего Управляющего директора – Директора управления по работе с клиентами РГС ПАО Сбербанк М.Л. Чачина
и члена Координационного совета, председателя ФОМС Н.Н. Стадченко
по указанному вопросу повестки дня;

2. Предложить руководителям рабочих групп «Развитие конкуренции
и доступа негосударственных организаций к предоставлению услуг в сфере обязательного медицинского страхования» и «Нормативно-методического обеспечения развития механизмов государственно-частного партнерства
в здравоохранении» Координационного совета – С.Г. Кравчук и А.В. Казутину рассмотреть на очередном совместном заседании соответствующих рабочих групп Координационного совета предложения ПАО Сбербанк и подготовить разъяснения (рекомендации) и, при необходимости, предложения по совершенствованию законодательства Российской Федерации.