

Финансовые и организационно-правовые аспекты оказания бесплатной высокотехнологичной помощи в России

Нестерова А.В.

*студентка 3 курса Департамента Государственного и муниципального управления
Национального исследовательского института Высшая школа экономики. E-mail:
avnesterova@edu.hse.ru*

В статье рассматривается изменение финансовых и организационно-правовых основ оказания бесплатной высокотехнологичной помощи (далее – ВМП) в России в ходе погружения ВМП в общее медицинское страхование (далее – ОМС).

Информационная база состоит из нормативно-правовых актов федерального и регионального уровня, материалов Правительства Российской Федерации и Министерства здравоохранения России, статистических данных о плановых объемах оказания ВМП в рассматриваемом лечебно-профессиональном учреждении (далее – ЛПУ), трудов отечественных авторов по вопросам организации ВМП в России. В ходе проведения глубинных интервью получены мнения различных целевых групп (врачи, представители НКО, бывшие сотрудники Министерства здравоохранения) относительно несовершенств предоставления ВМП через систему квот и через ОМС.

Результаты работы позволяют сделать вывод о сокращении расходов на многие виды ВМП и об уменьшении прозрачности распределения услуг в рамках ВМП, что в будущем негативно скажется на качестве и доступности медицинской помощи в России.

Ключевые слова: высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП), реформа ВМП, квоты, онкологические больные, общее медицинское страхование (ОМС).

Анализ правового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи в Российской Федерации до начала реформы ВМП (в 2006-2013 годах)

В Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закреплены основные положения, касающиеся механизма обеспечения ВМП [17]. Согласно данному акту, *в понятие ВМП включены не только инновационные методы лечения, но и растраченные дорогостоящие технологии*, что связано с выделением в 2006 году дорогостоящих и наукоемких методов лечения в отдельную группу медицинской помощи для решения проблемы финансирования федеральных лечебных учреждений [2]. К высокотехнологичной медицинской помощи помимо лечения заболеваний относится их профилактика, диагностика и медицинская реабилитация.

В соответствии с Федеральным законом «Об обращении лекарственных средств» обеспечение граждан жизненно необходимыми и важнейшими препаратами, а также донорской кровью и ее компонентами при оказании высокотехнологичной медицинской

помощи является бесплатным [16, 6]. Следовательно, в качестве расходов на оказание ВМП может быть обозначена значительная часть расходов ЛПУ. В то же время, в законе не закреплена обязанность предоставления медицинской организацией иные расходных материалов за счет бюджетных средств, что негативно сказывается на увеличении финансовых затрат пациентов.

В Приложении № 2 к Приказу N 588н устанавливаются критерии отбора медицинских организаций, оказывающих ВМП [8]. Стоит отметить, что требования, предъявляемые данным приказом к медицинским организациям, оказывающим ВМП, не содержат уточнения содержания понятия стандартов оказания ВМП.

Перечень видов ВМП утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. На 2013 год Перечень был сформирован в соответствии с Приказом N 1629н и включал в себя 130 видов высокотехнологичной медицинской помощи [11]. В 2014 году список видов ВМП сократился до 120 [10].

Объемы ВМП формируются на основании тех потребностей жителей региона, которые были выявлены региональными органами управления здравоохранения. Расчет необходимых объемов ВМП часто бывает ошибочным, а организация общественного контроля за соответствием реальных потребностей населения, заявленным в задании, осложняется в связи с отсутствием необходимой информации в открытом доступе. Однако утверждается, что региональные власти базируются на структуре и динамике заболеваемости в регионе при выявлении фактической потребности населения в видах ВМП. В то же время, происходит выделение квот на лечение пациентов не на субъект федерации, а на ЛПУ, что оценивается нами как недостаток системы планирования.

Реформа законодательной базы оказания ВМП в 2014-2015 годах

Ранее финансирование ВМП осуществлялось за счет бюджетных ассигнований и предоставления субсидий субъектам Российской Федерации, 26 декабря 2013 года был утвержден новый порядок на 2014 год, согласно которому финансирование ВМП будет осуществляться как через субсидирование, так и в рамках программы ОМС [7]. В 2014 году в систему ОМС было погружено 459 видов ВМП из 1466, что отражено в Приложении к Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 декабря 2013 года № 916н [10]. К 2015 году услуги высокотехнологичной медицинской помощи планируется полностью перевести на финансирование за счет средств фонда обязательного медицинского страхования. При этом остается неясным, в чьи полномочия с 1 января 2015 года перейдет лицензирование медицинской деятельности по оказанию услуг ВМП, на данный момент оно является полномочием Российской Федерации.

Согласно редакции от 12.03.2014 Федерального закона N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», перечень видов ВМП, погруженных в ОМС, будет определяться в рамках базовой программы ОМС [18]. Базовой и территориальными программами ОМС устанавливаются также тарифы на оплату медицинской помощи и критерии ее качества, требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи, методы лечения. *Одним из недостатков подобного распределения финансовых ресурсов является то, что тарифы на оказание ВМП будут различаться в регионах, так как будут находиться в зависимости от территориальных фондов общего медицинского страхования (далее – ТФОМС) и ресурсной обеспеченности региона. Таким образом, часть регионов будет лишена возможности оказания качественной медицинской помощи в полном объеме и с использованием передовых технологий.*

Стоит учесть, что расширения финансирования здравоохранения не произойдет, что подтверждается объемом планируемых расходов на здравоохранение к 2020 году [12]. Изменения в объеме финансирования видов медицинской помощи, оказываемых в 2014 году в рамках ВМП, можно проследить в федеральных законах № 216-ФЗ и №349-ФЗ [15, 14]. Так в 2013 году на оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи было выделено 55 628 480,0 тысяч рублей, а в 2014 году – 47 797 711,8 тысяч рублей. Соответственно, разница составила 7 830 768,2 тысяч рублей то есть почти 8 миллиардов рублей.

Помимо сокращения объемов финансирования к недостаткам погружения ВМП в систему общего медицинского страхования можно отнести то, что ОМС ограничивает перечень организаций, в которых может быть оказана помощь. У страховых организаций существуют договора с определенными медицинскими организациями [9]. В иных организациях в рамках ОМС помощь не может быть оказана. Однако, на данный момент часть федеральных ЛПУ уже имеет договора с ФОМС [4]. *Можно предположить, что с переводом ЛПУ на одноканальное финансирование все ЛПУ будут включены в список организаций ОМС.*

Несмотря на декларируемое полное погружение ВМП в систему общего медицинского страхования, часть медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, а также издержки, не оплачиваемые в рамках тарифов базовой программы ОМС, в 2015 могут финансироваться за счет средств федерального бюджета. Данная возможность обеспечивается статьей 83 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [17]. *Подобный порядок финансирования создаст дополнительные трудности контроля за финансовыми потоками.*

Нынешняя схема планирования необходимых объемов оказания ВМП опирается на определение объемов для конкретного ЛПУ. Более рациональным представляется планирование объемов ВМП по регионам, однако, *в таком случае, после переноса*

высокотехнологичной помощи в систему ОМС не будут учитываться потребности соседних регионов в оказании конкретных видов помощи. Возможным решением данной проблемы представляется организация централизованного сбора информации о необходимых объемах ВМП.

Отдельного внимания заслуживают поправки, внесенные в федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» [16]. На данный момент, только 23% фармацевтического рынка России занимают оригинальные лекарственные средства. При этом дженерики на нашем рынке характеризуются тем, что могут превышать по цене оригинальные лекарственные средства. Дженерики на российском рынке составляют конкуренцию скорее себе, нежели оригинальным препаратам.

В связи с этим было предложено уточнить понятие воспроизведенного лекарственного препарата и биоаналогового лекарственного препарата, уделив особое внимание безопасности и качеству лекарственных средств. К достоинствам подобного законодательного регулирования можно отнести то, что оно направлено на поддержание качества препаратов. Перечень взаимозаменяемых лекарственных препаратов позволит уменьшить возможности для злоупотреблений со стороны медицинских сотрудников. К недостаткам изменений стоит отнести исключение возможности ускоренной регистрации дженериков и биоаналогов и отсутствие инструментов стимулирования отечественных производителей к усовершенствованию собственной продукции [3]. *Можно предположить, что влияние внесенных поправок на систему оказания ВМП будет неоднозначно: с одной стороны, шансы на получение пациентом безопасного и качественного лекарственного средства увеличиваются; с другой стороны, длительные сроки регистрации лекарственных средств могут привести к дефициту необходимых лекарственных средств на рынке или необходимости ожидания получения лекарственного средства.*

Необходимо отметить, что реформа ВМП скажется на порядке направления граждан на ВМП. Мы оцениваем данные изменения как положительные, так как пациент будет избавлен от необходимости посещения органа исполнительной власти, занимающегося вопросами здравоохранения. В то же время остаются неясными следующие вопросы:

- Как в системе ОМС будет осуществляться планирование необходимых объемов предоставления ВМП? Все ли пациенты будут обеспечены ВМП?
- Как будет урегулирован вопрос направления пациента на лечение в другие субъекты Федерации?
- Войдут ли все центры, оказывавшие ВМП в 2006-2014 годах, в систему ОМС?

Анализ первых результатов реформы

Для подтверждения данных, представленных в предыдущем разделе, было проведено эмпирическое исследование практики предоставления ВМП. *Цель исследования – выявление корреляций между изменением финансового и организационно-правового обеспечения ВМП с качеством и доступностью оказываемой помощи. Метод исследования – глубинное полуформализованное интервью с использованием плана, содержащего перечень формулировок вопросов*[1].

В ходе интервью были опрошены следующие целевые группы:

1. Представители федерального ЛПУ, оказывающего ВМП по профилю «Онкология»: врачи (n=2) и сотрудники отдела ВМП (n=1) федерального онкологического центра.
2. Представители некоммерческих организаций, осуществляющих деятельность в сфере здравоохранения (n=1).
3. Бывшие сотрудники Министерства здравоохранения Российской Федерации (n=1).

Респондентами было отмечено, что **при погружении ВМП в ОМС была увеличена только часть тарифов, ожидается недофинансирование медицинской помощи и сокращение ее объемов.**

«Федеральный бюджет уменьшил финансирование почти на 8 миллиардов рублей, бюджет ОМС увеличил примерно на 5 миллиардов». (М., Москва, 2014, бывший сотрудник Минздрава)

Отмечена недостаточная продуманность некоторых аспектов перевода медицинских услуг на одноканальное финансирование. *«С 2015 года после проведения мастэктомии только один имплант будет предоставляться бесплатно». (М., Москва, 2014, врач)*

ТФОМСы и федеральные ЛПУ будут конкурировать за финансы и пациентов, что выразится в сокрытии реальных диагнозов пациентов и нежелании направить их на лечение в другие субъекты или федеральные ЛПУ. Возникает вопрос относительно заинтересованности территориальных ОМС во включении федеральных ЛПУ в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС [9].

«Региону выгодно ограничивать количество федеральных организаций, участвующих в ОМС. <...> В субъекте не могут поставить диагноз, а направлять пациента в федеральный центр не хотят, потому что деньги уйдут за пациентом». (М., Москва, 2014, Саверский А.)

Негативно оцениваются перспективы функционирования федеральных ЛПУ, которые могут выразиться в сокращении научных разработок и внедрения их в практику здравоохранения, перехода учреждений на оказание преимущественно платных услуг или полное исчезновение федеральных ЛПУ в связи с отсутствием финансирования. Такая ситуация будет невыгодна для пациентов, ожидается снижение качества и доступности ВМП.

«В федеральных ЛПУ могут проходить лечение жители всей территории РФ. В федеральных учреждениях, оказывающих помощь в рамках ОМС – только жители субъекта <...>федеральные ЛПУ могут исчезнуть из-за недофинансирования, это означает отсутствие научных разработок». (М., Москва, 2014, бывший сотрудник Минздрава)

Интересно, что опасения по поводу судьбы федеральных ЛПУ высказал и респондент целевой группы пациентов¹ (работник фармацевтической компании).

«Региональные ЛПУ более заинтересованы в самостоятельном лечении больных, что снизит нагрузку на федеральные ЛПУ. Но что будет с федеральными центрами, если их пациентами являются, в основном, жители других регионов? К тому же это может привести к лечению региональными ЛПУ тех пациентов, которых они не в состоянии вылечить». (Жен., Москва, 2014, пациент)

Выделение средств до начала лечения пациента вместе с наличием информационно-аналитической системы контроля за оказанием ВМП обеспечивают стимулы для соблюдения сроков оказания медицинских услуг. Будут ли они соблюдаться при оплате постфактум – неизвестно.

«Если учреждение вовремя не рассмотрело талон, происходит автоматическая блокировка информационной системы, что останавливает работу всей организации». (М., Москва, 2014, бывший сотрудник Минздрава)

По оценкам респондентов, часть нововведений никак не отразится на деятельности ЛПУ. Например, изменение максимальной доли средств, выделяемых на приобретение лекарственных средств (с 60% до 40%) и финансирование ВМП по пролеченному случаю в ЛПУ с большим потоком пациентов.

«Мы не считаем, сколько процентов в рамках квоты потрачено на лекарства». (М., Москва, 2014, сотрудник отдела ВМП)

«Большинство пациентов приносит отрывные талончики из Минздрава, что документы сданы, и мы кладем их в долг». (М., Москва, 2014, сотрудник отдела ВМП)

¹ Пациентам не задавался данный вопрос.

Можно говорить о наличии корреляций между результатами мониторинга 2011 года и результатами нашего исследования [5]. Среднее число обращений в исполнительный орган власти и его посещений равно одному. Наблюдается различие административных регламентов с практикой, что отражается в несоблюдении сроков предоставления услуг, низкой доступности и неполноте информации о порядке предоставления услуги.

Однако в ходе нашего исследования респонденты опровергли необходимость траты большого количества времени на ожидание в очередях и сложность процедуры сбора необходимых документов. Получение точной информации относительно временных затрат было осложнено тем, что респонденты не могли точно вспомнить, сколько времени они провели в очереди в ЛПУ и органе власти. Но по сравнению с временными затратами на диагностику и окончательное установление диагноза, издержки очередей оценивались всеми респондентами как минимальные. Плохое состояние помещений, в которых оказывалась государственная услуга, также не упоминалось.

Все респонденты ответили, что смогли предоставить в орган власти необходимый комплект документов с первого раза. Предпочтения относительно способа подачи документов на получение талона разделились: электронную подачу документов выбрало 3 респондента из 6 (представители регионов); 2 респондента (жители Москвы) не возражают посетить орган исполнительной власти; респондент, имевший опыт с задержкой квот на химиотерапию, отметил, что ему важно только соблюдение сроков.

Таким образом, применение в качестве метода исследования полужформализованного интервью позволило нам получить более полное представление о многообразии проблем, с которыми сталкивается пациент при получении ВМП.

Выводы

В число законодательных пробелов регулирования предоставления ВМП через систему квот входят:

1. Включение в категорию ВМП дорогостоящих растиражированных технологий.
2. Недостаточная детализация списка расходных материалов и лекарственных средств, которые ЛПУ должны предоставлять бесплатно при оказании ВМП.
3. Отсутствие определения термина «стандарт оказания ВМП».
4. Неточности системы планирования, несоответствие количества квот потребностям населения.

5. Выделение квот в расчете на ЛПУ, а не на субъект федерации.
6. Контроль за оказанием ВМП организацией носит скорее количественный, нежели качественный характер.
7. Фактически затраты ЛПУ на оказание ВМП в ряде случаев превышают объем средств, выделенных по тарифу.

На данный момент наблюдаются следующие негативные последствия реформы ВМП:

1. Сокращение списка видов ВМП.
2. Сокращение объема расходов федерального бюджета на оказание ВМП.
3. Региональная дифференциация тарифов на оказание ВМП и их зависимость от ресурсной обеспеченности региона.
4. Снижение прозрачности финансовых потоков на оказание ВМП.

Нерешенными остаются вопросы относительно:

1. Полномочий по лицензированию высокотехнологичной медицинской помощи после погружения в ОМС.
2. Обеспечения ускоренной регистрации лекарственных средств, с одной стороны, при соблюдении необходимых процедур проверки качества и безопасности лекарственного средства.
3. Планирования объемов оказания ВМП.
4. Направления пациента на лечение в другие субъекты РФ.
5. Финансирования федеральных медицинских центров.

Мнения, высказанные респондентами относительно долгосрочных последствий проведения реформы ВМП могут быть сведены к следующему:

1. При погружении ВМП в ОМС была увеличена только часть тарифов, ожидается недофинансирование медицинской помощи и сокращение ее объемов.
2. Существуют технические недоработки реформы, такие как предоставление одного импланта при проведении пациенту мастэктомии обеих молочных желез.

3. Изменение доли расходов на лекарственные средства никак не отразится на деятельности организации, так как поток финансовых средств не детализировался раньше.
4. ТФОМСы и федеральные ЛПУ будут конкурировать за финансы и пациентов, что выразится в сокрытии реальных диагнозов пациентов и нежелании направить их на лечение в другие субъекты или федеральные ЛПУ.
5. Негативно оцениваются перспективы функционирования федеральных ЛПУ, которые могут выразиться в сокращении научных разработок и внедрения их в практику здравоохранения, перехода учреждений на оказание преимущественно платных услуг или полное исчезновение федеральных ЛПУ в связи с отсутствием финансирования.

Анализ первых результатов реформы оказания ВМП позволяет спрогнозировать изменение степени доступности ВМП, что связано с ресурсной обеспеченностью регионов и территориальными тарифами ОМС, а также то, что после переноса ВМП в систему ОМС не будут учитываться потребности соседних регионов в оказании конкретных видов помощи.

Рекомендации

1. Не погружать в ОМС наиболее дорогие виды ВМП, которые не будут полностью оплачены.
2. Изменить формулу расчета тарифов ВМП с учетом темпов инфляции, изменения валютных курсов и возможности возникновения дополнительных затрат, связанных с осложнениями в ходе лечения.
3. Установить для поддержания качества оказываемой помощи минимальный порог стоимости каждого вида ВМП, запрещающий ЛПУ выделение меньшего количества средств на оказание ВМП в рамках системы ОМС.

Список литературы

1. Веселкова Н.В. Методические принципы полужурналистского интервью // Социология: методология, методы и математическое моделирование. 1995. № 5-6. С. 28-48 [Электронный ресурс] <http://ecsocman.hse.ru/text/16610580/>
2. Вялова Г.М., Глухова Г.А. Высокотехнологичная помощь в системе медицинского обслуживания населения // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения.- 2011.- №7- с. 3-8.

3. Закон «Об обращении лекарственных средств»: обзор и анализ изменений/ Шабров Р.В., Шадрин А.Д.// Журнал «Ремедиум».- №12 (2013) [Электронный ресурс] URL: <http://www.remidium.ru/section/state/detail.php?ID=61036> (Дата обращения: 15.03.2014).
4. Официальный сайт МГФОМС [Электронный ресурс] URL: http://www.mgfoms.ru/?page_id=3038 (Дата обращения: 10.04.2014).
5. Оценка практики регулирования предоставления государственных услуг. Массовые государственные услуги (государственные услуги для граждан) // Мониторинг качества и доступности государственных и муниципальных услуг – 2010 [Текст] / под ред. Клименко А.В., Плаксина С.М.; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2011. – с.41-55
6. Постановление Правительства Москвы от 25 декабря 2012 года №799-ПП «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».
7. Постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2013 г. N 1278 «Об утверждении Правил финансового обеспечения оказания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в федеральных государственных бюджетных и автономных учреждениях за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения Российской Федерации, в 2014 году».
8. Приказ Минздрава России от 22.08.2013 N 588н «Об утверждении формы заявки медицинской организации и критериях отбора медицинских организаций на включение в перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения Российской Федерации».
9. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н (ред. от 20.11.2013) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».
10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 декабря 2013 г. № 916н «О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи».
11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. N 1629н «Об утверждении перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи».
12. Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 N 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».
13. Рыбальченко И.Е. Методы формирования и механизм реализации высокотехнологичного здравоохранения в России: автореф. дисс. канд. экон. наук. – СПб. – 2013. – 37 с.
14. Федеральный закон от 02.12.2013 N 349-ФЗ (ред. от 02.04.2014) «О федеральном бюджете на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».
15. Федеральный закон от 03.12.2012 N 216-ФЗ (ред. от 02.12.2013) «О федеральном бюджете на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».
16. Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ (ред. от 12.03.2014) «Об обращении лекарственных средств».
17. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 28.12.2013) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
18. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 12.03.2014) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Financial, organizational and legal aspects of free high-tech medical care in Russia

Nesterova A.V.

Higher school of Economics, Institute for Public Administration and Municipal Management, Moscow, 3rd year student. E-mail: avnesterova@edu.hse.ru

The article discusses the changes in the financial, organizational and legal bases of free high-tech medical care (hereinafter - HMC) provision in Russia during its incorporation in the general health insurance (hereinafter - GHI).

The data base for the study consists of federal and regional legal acts, materials of the Government of the Russian Federation and the Russian Ministry of Health, statistical data on the planned HMC volumes in the medical institutions, the works of local authors on the issues of the HMC in Russia. In the course of in-depth interviews views of different target groups were obtained (doctors, representatives of NGOs, former employees of the Ministry of Health) on the imperfections of the HMC provision by means of the quota system and the GHI.

The results suggest a reduction of spendings on HMC and less transparency of distribution services within the HMC, that can in the future adversely affect the quality and accessibility of health care in Russia.

Key words: high-tech medical care, reforms in high-tech medical care, quotes, cancer patients, general health insurance.

References

1. Veselkova, N.V "Methodical principles for semiformalized interviews." *Sociologija: metodologija, metody i matematicheskoe modelirovanie* 5-6 (1995): 28-48. Accessed at: <http://ecsocman.hse.ru/text/16610580/>
2. Vyalkova, G.M, Glukhova G.A "High-tech help in the system of medical care." *Voprosy ekonomiki i upravlenija dlja rukovoditelej zdavoohranenija* 7 (2011): 3-8. Print.
3. Shabrov, R.V, Shadrin A.D "The law "On Circulation of Medicines": a review and analysis of changes." *Remedium* 12 (2013). Accessed 15.03.2014 at: <http://www.remedium.ru/section/state/detail.php?ID=61036>
4. MGFOMS web site. Accessed 10.04.2014 at: http://www.mgfoms.ru/?page_id=3038
5. Klimenko, A.V, Plaksin S.M (Editors) "Assessment of state services regulation practice. Mass state services (state services for citizens). In "Monitoring of quality and availability of state and municipal services" Moscow: Higher School of Economics, 2010: 41-55. Print.
6. Resolution of the Government of Moscow on December 25, 2012 №799-PP "On the territorial program of state guarantees of free provision of medical care to citizens in Moscow in 2013 and for the planned period 2014-2015".
7. Resolution of the Government of the Russian Federation dated December 26, 2013 N 1278 "On approval of the provision of financial support of high-tech medical care to citizens of the Russian Federation in the federal government budget and autonomous institutions within the budget provided for in the federal budget to the Ministry of Health of the Russian Federation , in 2014."
8. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated 22.08.2013 N 588n "On Approval of the application form for the medical organization and selection criteria for healthcare organizations for inclusion in the list of medical organizations providing high-tech medical care at the expense of budget allocations provided for in the federal budget to the Ministry of Health of the Russian Federation."
9. Order of Ministry for Health and Social Services of the Russian Federation of 28.02.2011 N 158n (ed. 20.11.2013) "On approval of rules of compulsory medical insurance."

10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 декабря 2013 г. № 916н «О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи».
11. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated December 10, 2013 № 916n "On the list of high-tech medical care."
12. Order of the Government of the Russian Federation from 24.12.2012 N 2511-r "On approval of the "Development of health care" state program of the Russian Federation."
13. Рыбальченко, И.Е. "The methods of formation and mechanism of realization of high-tech health care in Russia." Dissertation of the candidate of economic sciences. St. Petersburg, 2013.
14. The Federal Law of 02.12.2013 N 349-FZ (ed. 02.04.2014) "On the Federal Budget for 2014 and the planning period of 2015 and 2016."
15. The Federal Law of 03.12.2012 N 216-FZ (ed. 12.02.2013) "On the Federal Budget for 2013 and the planning period of 2014 and 2015."
16. The Federal Law of 12.04.2010 N 61-FZ (ed. 12.03.2014) "On Circulation of Medicines."
17. The Federal Law of 21.11.2011 N 323-FZ (ed. 12.28.2013) "On the basis of the health of citizens in the Russian Federation."
18. The Federal Law of 29.11.2010 N 326-FZ (ed. By 03.12.2014) "On compulsory medical insurance in the Russian Federation."