****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период 22 – 28 марта 2022)**

**ПРАВИТЕЛЬСТВО**

**Правительство выделит на обновление реабилитационного оборудования регионам 8,2 млрд рублей**

Медорганизации в субъектах России получат финансирование на обновление реабилитационного оборудования. Ставится задача повысить доступность медицинской реабилитации для инвалидов, а также для пациентов после перенесенных заболеваний, операций и травм.

В 2022 году на оснащение медорганизаций в регионах современным реабилитационным оборудованием в федеральном бюджете предусмотрено 8,2 млрд руб. Правительство утвердило правила предоставления и распределения этих средств Постановлением [№ 447 от 24.03.2022](https://medvestnik.ru/content/documents/447-ot-24-03-2022.html). Документ опубликован 27 марта на сайте кабмина.

Всего за 2022–2024 годы предполагается оснастить или переоснастить более 1350 отделений медицинской реабилитации в регионах, а также около 130 дневных стационаров. Соответствующие изменения внесены в государственную программу «Развитие здравоохранения», утвержденную Постановлением Правительства [№ 1640 от 26.12.2017](https://medvestnik.ru/content/documents/1640-ot-26-12-2017-g.html).

Работа будет вестись в рамках нового федерального проекта «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация». Проект входит в перечень инициатив социально-экономического развития России до 2030 года, [сообщал «МВ»](https://medvestnik.ru/content/news/V-Rossii-namereny-modernizirovat-1350-otdelenii-medicinskoi-reabilitacii-do-2030-goda.html).

В июне 2021 года президент поручил Правительству разработать программу развития медицинской реабилитации до 2026 года и выделить на эти цели 100 млрд руб.

<https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-vydelit-na-obnovlenie-reabilitacionnogo-oborudovaniya-regionam-8-2-mlrd-rublei.htmlhttps://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-vydelit-na-obnovlenie-reabilitacionnogo-oborudovaniya-regionam-8-2-mlrd-rublei.html>

**На комиссии Госсовета сообщили о проблемах с финансированием медорганизаций в регионах**

Власти субъектов жалуются на дефицит средств в здравоохранении, вызванный последствиями высоких расходов на борьбу с коронавирусной инфекцией. В качестве выхода предлагается пересмотр нормативов распределения субвенции Федерального фонда ОМС (ФОМС).

В ряде регионов сложилась непростая ситуация с финансированием медицинских организаций за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС). Объемы субвенций федерального фонда на 2022 год необходимо увеличить, поскольку в пик пандемии были большие расходы на оказание медицинской помощи, заявил член комиссии Госсовета по направлению «Здравоохранение», первый заместитель председателя правительства Кировской области **Дмитрий Курдюмов** на заседании 24 марта, [сообщила](https://www.kirovreg.ru/news/detail.php?ID=108704) пресс-служба правительства субъекта.

По его данным, в январе–феврале 2022 года в амбулаторных условиях было пролечено пациентов с коронавирусной инфекцией столько же, сколько за весь 2021 год. При этом показатели загруженности стационаров не снизились.

«Такие затраты на оказание медицинской помощи необходимо компенсировать, и мы частично делали это за счет средств областного бюджета. Но возможности у всех регионов разные, поэтому требуется пересмотр нормативов распределения субвенции федерального фонда», – считает Курдюмов.

В начале марта на рабочей группе Госсовета по экономическим вопросам с предложением повысить тарифы ОМС выступил губернатор Челябинской области **Алексей Текслер**, [сообщал «МВ»](https://medvestnik.ru/content/news/Na-rabochei-gruppe-Gossoveta-po-ekonomicheskim-voprosam-predlojili-povysit-tarify-OMS.html). Он объяснил такую необходимость ростом цен на лекарства и расходные материалы.

Правительство формально [уже расширило](https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-uprostilo-meduchrejdeniyam-dostup-k-finansirovaniu-na-zakupki-importnyh-tovarov.html) медорганизациям доступ к авансированию из средств ОМС. Но, как заявил на этой неделе министр здравоохранения Республики Алтай **Валерий Елыкомов**, «постановление вышло, а реальных средств нет». Он [предложил](https://medvestnik.ru/content/news/Predstaviteli-regionov-predlojili-ispolzovat-dlya-zakupki-lekarstv-strahovoi-zapas-FOMS.html) использовать страховой запас Федерального фонда ОМС, в частности, для закупки лекарств.

<https://medvestnik.ru/content/news/Na-komissii-Gossoveta-soobshili-o-problemah-s-finansirovaniem-medorganizacii-v-regionah.html>

**Правительство попросили индексировать базовый тариф ОМС на заместительную почечную терапию**

Межрегиональная общественная организация нефрологических пациентов «Нефро-Лига» направила обращение премьер-министру **Михаилу Мишустину** с просьбой о принятии антикризисных мер в связи с ростом цен на медицинскую продукцию и медизделия. Правительство просят индексировать базовый тариф ОМС на услуги заместительной почечной терапии с учетом реального роста потребительских цен.

«Нефро-Лига» 23 марта направила обращение главе правительства с просьбой отреагировать на реальный рост потребительских цен, который отразился на фактической стоимости процедуры программного гемодиализа и перитонеального диализа. Повышение себестоимости услуг обусловлено высокой долей расходных материалов, медоборудования и комплектующих импортного производства.

В письме подчеркивается, что реального качественного импортозамещения в сфере заместительной почечной терапии нет. Зависимость от зарубежных расходных материалов в России составляет 99% (диализаторы, системы фильтрации, магистрали, концентраты и т.д.).

Общественная организация просит правительство произвести перерасчет стоимости базового тарифа ОМС на процедуры гемодиализа и перитонеального диализа с учетом реального роста потребительских цен и инфляции на 40—70% и рекомендовать субъектам установить региональный корректирующий коэффициент (в сторону увеличения от базовой ставки). В большинстве регионов тарифы не соответствуют операционным расходам, что существенно снижает качество и доступность медицинской помощи, говорится в письме.

Его авторы просят также принять меры для исключения возможности повторного использования одноразовых расходных материалов медорганизациями и ускорить формирование стандартов на основе клинических рекомендаций по лечению пациентов с хроническими болезнями почек (ХБП).

Жизненно важную процедуру гемодиализа и перитонеального диализа на постоянной основе в России получают около 50 тыс. пациентов с хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии. Недофинансирование тарифов может привести к угрозе жизни десятков тысяч пациентов, получающих лечение.

«Дефицита пока нет, центры имеют запас. Но новые закупки идут уже по более высоким ценам, производители требуют предоплату. Мы опасаемся, что через некоторое время частные медорганизации, оказывающие услуги диализа в регионах, станут убыточными и могут прекратить работу и начать процедуру банкротства», — пояснила «МВ» заместитель председателя «Нефро-Лиги» **Галина Горецкая**.

Как рассказал «МВ» заместитель директора по правовой работе компании «Нефросовет» **Роман Джапаридзе**, основные поставщики диализаторов, игл, катетеров, растворов в их центры — Gambro (США) и Nipro Medical Corporation (Япония). Пока нет информации о прекращении поставок этой продукции в Россию. Аналоги производят китайские, малайзийские, болгарские компании. «Что касается ремонта, запчастей, расходников, думаю, появятся «серые схемы» поставок через третьи страны, через Белоруссию, Казахстан», — полагает Джапаридзе.

<https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-poprosili-indeksirovat-bazovyi-tarif-OMS-na-zamestitelnuu-pochechnuu-terapiu.html>

**МИНЗДРАВ/ФОМС**

**Мурашко оценил запас лекарств для льготников в регионах РФ на 5,5 месяцев**

Москва. 26 марта. INTERFAX.RU - В субъектах РФ запас лекарственных препаратов для льготных категорий граждан превышает пятимесячную потребность, сообщил министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко.

"Для льготных категорий граждан у нас в регионах запас составляет больше 5,5 месяцев, и мы авансируем в том числе закупку", - сказал Мурашко в интервью программе "Москва. Кремль. Путин", фрагмент которого опубликован в телеграм-канале журналиста Павла Зарубина.

Ранее Мурашко сообщил, что в медицинских организациях по системе обязательного медицинского страхования (ОМС) сформирован запас лекарственных препаратов на три месяца. А в Минпромторге [прогнозировали](https://www.interfax.ru/russia/830334?utm_source=interlink&utm_medium=831479), что запасов большинства жизненно важных лекарств в РФ хватит на срок от трех месяцев до года. А министр здравоохранения [попросил](https://www.interfax.ru/russia/830306?utm_source=interlink&utm_medium=831479)граждан "не создавать ажиотажный спрос".

<https://www.interfax.ru/russia/831479>

**Минздрав РФ запретил лечить одновременно пациентов платно и бесплатно**

В России изменятся правила оказания платной и бесплатной медицинской помощи.

Минздрав уже запретил лечить одновременно пациентов платно и бесплатно. Новые правила, к слову, должны были вступить в силу еще 1 марта, но их снова отправили на доработку, пишет [Фонтанка.ру](https://mednovelty.ru/index.php?do=go&url=aHR0cHM6Ly93d3cuZm9udGFua2EucnUvMjAyMi8wMy8yMi83MDUyMzcwMi8%3D" \t "_blank).

По новым правилам, клиники могут предлагать пациентам платную помощь только после того, как были выполнены все возможные объемы бесплатной помощи, запланированной на год.

«В новой редакции проекта пункт 7 свидетельствует, что пока клиника не исчерпала объемы бесплатной помощи по ОМС, она не может лечить платно (по договорам), кроме случаев, описанных в подпунктах А, Б, В и Г этого пункта», — объяснила адвокат Татьяна Заседателева.

При этом, вполне возможно, что сохранится возможность пациента попросить определенные платные услуги, кроме экстренной помощи.

Стоит учитывать, что в ряде клиник уже не раз были ситуации, когда плановые годовые объемы на некоторые виды медицинской помощи заканчиваются еще в сентябре. Поэтому придется урегулировать и этот вопрос.

Пока же законодательно планируется запретить оказывать идентичные бесплатные и платные услуги параллельно.

Обсуждение грядущих изменений будет продолжаться до 26 марта, после чего окончательную версию законопроекта утвердят и с 1 сентября заработают новые правила.

<https://mednovelty.ru/news/1153763?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop>

**Минздрав предложил использовать остатки лекарств для пациентов с ССЗ на обеспечение**

Минздрав с целью не допустить дефицита лекарств для льготников предложил регионам использовать остатки препаратов, закупленных в рамках программы по обеспечению пациентов с острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Такая необходимость возникла в условиях ограничительных мер экономического характера.

Минздрав предлагает направить на обеспечение медикаментами льготников остатки лекарственных препаратов, предназначенных для пациентов с острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями. [Проект постановления](https://regulation.gov.ru/projects#npa=125879) правительства с поправками в Приложение № 8 к госпрограмме «Развитие здравоохранения» опубликован на портале regulation.gov.ru 21 марта.

В Минздраве опасаются, что западные экономические санкции могут привести к затруднению поставок в субъекты лекарств для льготных категорий граждан. При этом в регионах сформировались значительные остатки препаратов, закупленных в рамках программ для пациентов, перенесших острые сердечно-сосудистые события и находящихся под диспансерным наблюдением. Их предлагается направить на текущие нужды в том случае, если достигнуты значения результатов использования субсидии, предусмотренных соглашением с Минздравом.

Для обеспечения указанными препаратами пациентов, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение за счет средств бюджетов субъектов, могут быть использованы медикаменты со сроком годности, истекающим в 2022 году. Впоследствии регионы должны будут пополнить запасы этих лекарств (соответствующих торговых наименований, форм, дозировок) с более длительным сроком хранения.

«Обеспечение данными лекарственными препаратами льготных категорий граждан позволит устранить последствия возможных логистических проблем в субъектах Российской Федерации и возможных рисков срыва поставок лекарственных препаратов по заключенным контрактам. Кроме того, реализация указанной инициативы нивелирует риски списания лекарственных препаратов по сроку годности, закупленных в 2020 году», — говорится в пояснительной записке к документу.

С 2020 года в России реализуется программа по профилактике осложнений после острого нарушения мозгового кровообращения, инфаркта миокарда, аортокоронарного шунтирования, ангиопластики коронарных артерий со стентированием и катетерной абляции по поводу ССЗ. С 1 января 2021 года пациенты с острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями, не имеющие права на льготное лекарственное обеспечение, [могут получать](https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-rasshirilo-sroki-programmy-lgotnogo-lekobespecheniya-pacientov-s-SSZ.html) бесплатные лекарства в поликлинике в течение двух лет с момента постановки на диспансерное наблюдение. На это в бюджете заложено около 10 млрд руб. Для программы создан перечень препаратов из 23 МНН. Сейчас на диспансерном наблюдении находятся более полумиллиона пациентов с такими заболеваниями.

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-predlojil-ispolzovat-ostatki-lekarstv-dlya-pacientov-s-SSZ-na-obespechenie-lgotnikov.html>

**Представители регионов предложили использовать для закупки лекарств страховой запас ФОМС**

Субъекты предлагают внести изменения в закон о бюджете Федерального фонда ОМС (ФОМС), позволяющие медучреждениям тратить на закупку лекарств дополнительные средства. Без этого запаса препаратов хватит только до середины 2022 года.

Разрешение на использование для закупки лекарств, помимо межбюджетных трансфертов, средств нормированного страхового запаса (НСЗ) Федерального фонда ОМС позволит увеличить авансирование медорганизаций. С предложением внести изменения в Федеральный закон № 392-ФЗ от 06.12.2021 «О бюджете ФОМС на 2022—2024 годы» выступил на заседании экспертного совета Комитета Госдумы по охране здоровья 21 марта министр здравоохранения Республики Алтай Валерий Елыкомов, [сообщает](https://tass.ru/obschestvo/14138229) ТАСС.

По его словам, таким образом удастся удовлетворить потребность в лекарственных препаратах до конца года. Пока же запаса хватит до середины 2022 года, а дальше есть риски отказа поставщиков от исполнения заключенных контрактов в связи с ростом закупочных цен.

На прошлой неделе правительство [расширило](https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-uprostilo-meduchrejdeniyam-dostup-k-finansirovaniu-na-zakupki-importnyh-tovarov.html) медорганизациям доступ к авансированию из средств ОМС. Средства предлагается использовать на закупку лекарств и медицинских изделий. Но, как заявил Елыкомов, «постановление вышло, а реальных средств нет».

Для предотвращения срывов поставок министр предложил также создать на федеральном уровне справочный каталог медоборудования и лекарств из России и Юго-Восточной Азии.

<https://medvestnik.ru/content/news/Predstaviteli-regionov-predlojili-ispolzovat-dlya-zakupki-lekarstv-strahovoi-zapas-FOMS.html>

# **Прикрепиться к поликлинике в другом регионе можно будет через портал госуслуг**

Выбрать медорганизацию в другом регионе для получения помощи по полису обязательного медстрахования (ОМС) можно будет через портал госуслуг. Об этом [говорится](http://regulation.gov.ru/p/125845) в проекте приказа минздрава.

Сейчас через госуслуги россияне могут прикрепиться к любой поликлинике в том регионе, где проживают постоянно. Возможность выбирать лечебное учреждение за его пределами должна появиться после 1 сентября.

Для разового приема прикрепляться к медучреждению не нужно, отмечают в Федеральном фонде обязательного медстрахования. Полис ОМС действует на всей территории страны, по нему можно получить бесплатную помощь в любой государственной или муниципальной поликлинике.

Прикрепление потребуется, чтобы получать комплекс бесплатных услуг: диагностику, лечение, операции, профилактику, лекарственное обеспечение и другие. Благодаря этому медорганизация сможет рассчитывать на полноценное финансирование от страховой компании пациента.

Скорая и неотложная медицинская помощь оказывается без прикрепления к медорганизации.

<https://rg.ru/2022/03/21/prikrepitsia-k-poliklinike-v-drugom-regione-mozhno-budet-cherez-portal-gosuslug.html?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**РАЗНОЕ**

**Немецкий рецепт: как российская медицина может преодолеть кризис**

Новая реальность, в которой оказалась наша страна, требует срочных мер по адаптации здравоохранения России к жесткому дефициту ресурсов, нехватке денег, лекарств, расходных материалов, к росту цен на все импортное. В этой ситуации представляется важным обращение России к ее собственному опыту развития здравоохранения в условиях войны и международной изоляции. Речь идет о созданной в тяжелейшие 20-е годы прошлого века «мобилизационной» советской модели здравоохранения. Обычно ее называют системой Семашко; между тем в ее экономической организации нашли отражение идеи Вальтера Ратенау – выдающегося немецкого промышленника, государственного деятеля и мыслителя XX века.

Когда во время Первой мировой войны Германия столкнулась с катастрофической нехваткой ресурсов, Ратенау возглавил экономический департамент военного министерства и смог удвоить производство, создав новую систему управления экономикой, построенную на синтезе государственного планового управления с промышленным частным самоуправлением. Успех системы Ратенау был положительно оценен Лениным, в Советской России переводились и издавались его книги и статьи. По мнению ряда авторов, при создании системы отраслевого планирования СССР были использованы многие наработки Ратенау; по идеологическим причинам имя этого человека и роль его идей в успехах советской экономики были преданы забвению.

**Бессмысленная конкуренция**

Одна из ключевых идей Ратенау – ненужность и даже вредность рыночной конкуренции при массовом производстве стандартизированных однотипных товаров и услуг, особенно в условиях дефицита ресурсов: капитала, сырья, квалифицированных сотрудников.

«Нельзя принимать борьбу отдельных фирм за ограниченный внутренний рынок за мерило хозяйственной мощи. От того, что два фабриканта одинаковых пилюль конкурируют друг с другом и один тратит два миллиона, а другой – миллион на рекламу, и при этом один выходит победителем и сбывает пилюль на пять миллионов коробок больше, пилюли не становятся лучше по качеству, население более здоровым, а немецкая экономика более мощной», – писал Ратенау в книге «Новое хозяйство», изданной во время Первой мировой. С точки зрения Ратенау, такая конкуренция приводит к пустой растрате общественных ресурсов на ненужное дублирование производств и обычно сводится к конкуренции по цене, негативно отражаясь на качестве.

Покажем это на современном примере. Сегодня более 95% мирового рынка инсулина обеспечивают три фармацевтических гиганта: Novo Nordisk, Sanofi и Eli Lilly. Эта мировая олигополия возникла не случайно: масштабное инновационное производство высококачественного и безопасного аналога человеческого гормона требует привлечения огромного капитала, доходность которого при доступных для населения ценах на препарат может обеспечить только глобальный масштаб продаж. Поэтому даже Китай до недавнего времени не пытался создать собственное массовое производство инсулина. Однако на небольшом рынке России на множестве децентрализованных торгов с мировыми мейджорами (два из которых уже локализовали свое производство полного цикла в России) конкурируют несколько отечественных производителей, которые из-за распыленности физического и человеческого капитала побеждают в госзакупках по цене, но к их продукции много нареканий со стороны пациентов.

Системным решением для стандартизированных товаров и услуг Ратенау видел замену конкуренции плановым межкорпоративным разделением труда между производителями, тем самым исключив ненужную конкуренцию и создав стимулы для экономии ресурсов, повышения качества и снижения себестоимости по «своему» звену технологической цепи за счет масштабирования производства.

Покажем это на примере здравоохранения. Если клиническая лаборатория выполняет 800 000 биохимических исследований в год, то их качество будет выше, а себестоимость – ниже примерно в два раза по сравнению с лабораторией, выполняющей 200 000 анализов в год. Поэтому централизация лабораторных исследований – мейнстрим здравоохранения развитых стран. Напротив, в России сейчас работает около 14 000 лабораторий: конкурируя друг с другом за деньги ОМС, государственные медицинские учреждения стремятся содержать «свои» лаборатории. Отсюда низкое качество исследований, недоверие к ним врачей и потери денег системой ОМС на повторные анализы, доля которых при переходе пациента в другое лечебное учреждение или на другой уровень медицинской помощи достигает 40%.

Общественное здравоохранение – идеальное место приложения идей Ратенау. Во-первых, даже в развитых странах эта отрасль живет в условиях хронической нехватки ресурсов. Во-вторых, общедоступные медицинские услуги должны оказываться по одинаковой цене и по одинаковым, обязательным для всех клиническим протоколам, с использованием стандартизированного набора оборудования и с привлечением специалистов, чей допуск к работе проходит по единым квалификационным требованиям. В-третьих, любое ноу-хау в медицине проходит обязательные многоцентровые исследования с широким информированием о полученных результатах. Поэтому есть коммерческие секреты в производстве медикаментов и медицинского оборудования, но нет секретов в работе врачей, в оказании медицинской помощи.

В-четвертых, никем не доказана экономическая польза от рыночной конкуренции в общественном здравоохранении. Сегодня самое неэффективное по соотношению затраты/здоровье населения здравоохранение – это медицина США с максимально высоким уровнем рыночной конкуренции клиник и страховщиков, а самые эффективные системы развитых стран построены на стратегии «управляемой конкуренции» клиник и системе «единого плательщика».

Независимые исследования за рубежом и в России показывают, что замена множества конкурирующих страховщиков единым (бюджетным или страховым) плательщиком позволяет снизить национальные медицинские расходы в среднем на 1,5% ВВП при сопоставимых и даже более высоких показателях здоровья населения. Причина – специфика отрасли: асимметрия знаний между пациентами и врачами, невозможность отложенного спроса и его низкая эластичность по цене, естественный монополизм наиболее востребованных населением многопрофильных клиник и ряд других причин, превращающих оказание общедоступной медицинской помощи в сплошную зону «провала рынка».

В-пятых, конкуренция в общественном здравоохранении разорительна для общества, абсурдна и аморальна. Оплаченные обществом врачи должны получать экономические стимулы не к конкуренции за наиболее выгодных пациентов, а к помощи коллегам в наиболее сложных случаях. Точно так же оказывающие общедоступную помощь больницы должны не конкурировать, а сотрудничать, помогая друг другу консультациями наиболее опытных специалистов, управлением потоками больных и совместным использованием дорогостоящего оборудования в интересах всего населения обслуживаемой территории.

Наконец, на основной территории России, за исключением нескольких мегаполисов, нет и никогда не будет условий для реальной конкуренции между лечебными учреждениями, которая требует высокой плотности населения и хорошо развитой сети городов с небольшими расстояниями между ними.

**Ошибки советской системы**

Именно поэтому здравоохранение СССР было построено в соответствии с идеями Ратенау, из которых логично вытекали принципы, разработанные первым наркомом здравоохранения Семашко. Во-первых, впервые в мире был создан центральный государственный орган управления здравоохранением по всей территории страны – Минздрав. Во-вторых, из системы Ратенау был взят плановый характер управления здравоохранением. В-третьих, конкуренция между врачами и клиниками была заменена разделением труда в рамках общенациональной сети Минздрава СССР.

Советские медицинские организации были лишены хозяйственной самостоятельности, но были функционально интегрированы друг с другом единой централизованной системой администрирования, организации помощи, материально-техническим обеспечением, отраслевой системой оплаты труда и внутрисетевой специализацией клиник, в том числе заимствованной у военной медицины этапной системой организации медицинской помощи: каждый уровень специализируется на своем объеме медицинских услуг. В больницах СССР не было бухгалтерий, кадровиков, юристов и экономистов, административный персонал был сведен к минимуму.

Благодаря принципам Ратенау советская система в условиях жесткого дефицита ресурсов смогла обеспечить высокую доступность медицинской помощи по всей территории страны, эффективную борьбу с эпидемиями, значительно улучшила здоровье населения, а во время Великой Отечественной войны вернула в строй большую долю раненых по сравнению с Германией.

Однако советское здравоохранение взяло от системы Ратенау лишь те элементы, которые не противоречили коммунистической идеологии и советским практикам управления. Ратенау был противником тотального огосударствления экономики и превращения министерства с предприятиями в единый административно-производственный конгломерат, но именно это произошло в СССР как в экономике, так и в здравоохранении. Минздрав СССР оказался в одном лице органом государственной политики, провайдером медицинской помощи, плательщиком за нее и отраслевым регулятором, а о частной медицине и ее интеграции в общественное здравоохранение (как это предусмотрено системой Ратенау) не могло быть и речи.

**Пора прощаться с рыночным мифом**

Очевидно, такая замкнутая в самой себе система была обречена на застой, но при разработке реформ 90-х годов был сделан ошибочный вывод о бесперспективности советской модели и сделана ставка на не работающий даже в развитых странах миф о пользе рыночной конкуренции лечебных учреждений. В результате национальная сеть лечебных учреждений была дезинтегрирована, их взаимодействие – разрушено принципом «каждый за себя», а их хозяйственная автономия в условиях слабо развитых территорий оказалась выгодна лишь для крупных клиник мегаполисов и убийственна для медицинской инфраструктуры сельской местности, малых и многих средних городов. Наконец, хронический дефицит финансирования превратил страховой механизм оплаты медицинской помощи в профанацию. О какой конкуренции может идти речь, если деньги ОМС распределяются между медицинскими организациями административно?

В результате конкуренции нет и в помине, но государственные медицинские организации вынуждены нести колоссальные издержки на дорогостоящие атрибуты своей бессмысленной хозяйственной автономии: раздутый штат администрации, собственные бухгалтерии, экономические отделы, кадровые и юридические службы и собственная система закупок, а приобретаемое за счет государства «тяжелое» оборудование работает в первую очередь не на обслуживаемую территорию, а в интересах самой больницы, в том числе на оказании платных услуг. При этом за 30 лет реформ ни одно из государственных лечебных учреждений так и не вышло даже на уровень реальной внутренней самоокупаемости. Какие еще нужны аргументы для отказа от рыночного мифа?

Нынешний кризис – хороший повод освободить общественное здравоохранение от дорогостоящей имитации «рынка» и «конкуренции». Системным решением представляется, с одной стороны, замена множества страховых медицинских организаций единым плательщиком – Федеральным фондом обязательного медицинского страхования с превращением в его региональные филиалы территориальных фондов, которые сегодня подчинены субъектам Федерации.

С другой стороны, это реализация предложения, высказанного еще в 2019 году президентом России Владимиром Путиным, о создании государственной корпорации в здравоохранении. Наиболее перспективным видится лишение хозяйственной самостоятельности всех медицинских организаций государственных форм собственности с их объединением в единую централизованно управляемую национальную сеть с централизованной системой управления, взаиморасчетов с системой ОМС, контроля качества, единой системой оплаты труда и закупок. Представляется целесообразным рассмотреть вопрос и о включении в эту корпорацию общенациональной сети аптек – подобно тому, как до недавнего времени в Швеции обеспечение населения лекарствами было делегировано государственному монополисту, сети Apoteket.

Речь не идет о возврате к советской системе – сохраняется разделение между провайдером медицинской помощи (госкорпорация), независимым от него плательщиком (ФФОМС), регулятором (Росздравнадзор) и Минздравом РФ, который разрабатывает и проводит политику в здравоохранении. В свою очередь, корпорация может системно организовать разделение труда (заказов) с частными лабораториями и клиниками по всей территории страны – так, как это когда-то предлагал Ратенау. Опыт аналогичных решений в других социально значимых секторах экономики (например, ОАО «РЖД», ПАО «Сбербанк») показывает, что в условиях России только сетевой принцип позволяет гарантировать примерно равную доступность помощи населению независимо от развития регионов.

Эти меры необходимы уже сейчас, не рассчитывая на чудо и русский авось. Услышим слова Вальтера Ратенау, произнесенные им в самом начале Первой мировой войны: «Нельзя исходить из предпосылки, что нации нуждаются во взаимном торговом обороте. Всякая нация, отказываясь от приобретения того или иного товара, может тем самым исключить из торгового оборота ту или другую нацию. Будет ли воплощена в жизнь идея экономической войны у наших противников или нет, мы правильно поступим, если будем полагаться на собственные силы».

**Автор – директор Центра изучения проблем финансирования, организации и межтерриториальных отношений в здравоохранении Финансового университета при правительстве РФ**

<https://profile.ru/society/nemeckij-recept-kak-rossijskaya-medicina-mozhet-preodolet-krizis-1046339/?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**Противоопухолевым препаратам ищут российские аналоги**

Правительство поручило Минздраву подготовить замены иностранным лекарствам на случай их дефицита

Вице-премьер Татьяна Голикова, выяснил “Ъ”, поручила Минздраву РФ провести с главными внештатными специалистами «разъяснительную работу» о возможных заменах препаратов, «не производимых в России и дружественных странах». Выполняя поручение, НМИЦ радиологии Минздрава подготовил перечень из 39 наименований противоопухолевых лекарств, которые, вероятно, могут оказаться в дефиците. По оценке экспертов, предложенные замены отбрасывают медицину на 20 лет назад, и не все из них равнозначны даже по показаниям. Иностранные фармкомпании заверили “Ъ”, что поставки лекарств, в том числе упомянутых в документе, продолжаются в полном объеме. В Минздраве объясняют, что письмо направлено «в целях информирования»: «Чтобы регионы в случае, например, нарушений логистики заранее знали, каким образом лучше произвести временную замену». В то же время в перспективе необходимость заменить какую-либо часть этих международных непатентованных наименований (МНН) в госзакупках может быть вызвана ростом цен на импортные препараты.

Из письма Минздрава РФ главным внештатным специалистам (есть в распоряжении “Ъ”) следует, что зампред правительства Татьяна Голикова поручила ведомству организовать «работу по разъяснениям возможности замены лекарственных препаратов, не производимых в РФ и дружественных иностранных государствах, по которым существует риск дефицита, на аналогичные». В письме также говорится о необходимости «обеспечить проведение» медработниками разъяснений среди пациентов «о возможности» такой замены. В списке адресатов 94 главных внештатных специалиста Минздрава (в том числе детские) — от главного внештатного специалиста по первой помощи до пластического хирурга и специалиста по репродуктивному здоровью мужчин.

“Ъ” удалось ознакомиться с письмом НМИЦ радиологии Минздрава, которое, во исполнение поручения Татьяны Голиковой, адресовано руководителям органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья субъектов ЦФО, ПФО, СКФО, а также главным внештатным онкологам и главврачам онкодиспансеров в этих округах. МНИЦ направляет коллегам информацию о возможных заменах иностранных препаратов на «аналогичные».

В письме перечислены 39 международных непатентованных наименований. Они используются для лечения в том числе наиболее распространенных видов онкологии: меланомы, рака молочный железы, бронхов, легких и предстательной железы.

По словам онколога, члена правления Российского общества клинической онкологии (RUSSCO) Николая Жукова, в письме МНИЦ упомянуты наиболее дорогие и самые инновационные препараты — «костяк современной противоопухолевой терапии». По подсчетам Headway Company, расходы на эти МНН по итогам 2021 года составили 62% от всех трат на препараты для химиотерапии в рамках госзакупок в России. Общий объем расходов на эти цели в прошлом году составил чуть более 226 млрд руб., а расходы на закупку этих МНН — чуть более 140 млрд руб. 90% предлагаемых российских препаратов, указывает Николай Жуков, не являются равнозначными заменами иностранным: «Это возвращение к терапии 20–30-летней давности, где-то с сохранением аналогичных линий лечения, но только на начальном этапе». Впрочем, риски обозначены и в письме. Например, противоопухолевый раствор ипилимумаб (торговое наименование «Еврой», производитель США), который применяют при колоректальном раке, меланоме, раке легких, почечно-клеточном раке, предлагают заменить на российские препараты, в том числе производства отечественной компании «Биокад», с оговоркой, что для групп высокого риска данный вариант лечения «менее эффективен».

Отметим, согласно данным статистического сборника Минздрава РФ, в 2020 году в России было зарегистрировано 556 036 злокачественных новообразований. В 2019 году ведомство заявляло о 640,4 тыс. новых пациентов, а всего, по официальным данным, в России живут более 3,7 млн онкобольных.

Как заявили “Ъ” представители иностранных фармкомпаний (Roche, Merck, MSD, Ferring, Boehringer Ingelheim, AstraZeneca), поставки лекарственных препаратов, в том числе упомянутых в письме НМИЦ, продолжаются в полном объеме.

Так, в Roche (четыре препарата их производства указаны в письме) заверили, что «прилагают все усилия», чтобы обеспечить непрерывные поставки «в рамках имеющихся возможностей». Препаратов производства Pfizer в списке возможно дефицитных три. В компании сообщили, что все они имеются в достаточном количестве на складе в РФ «для бесперебойного и своевременного обеспечения потребности онкологических пациентов». В Lilly заявили, что три их препарата, указанные в письме, имеются в наличии на складе, у российских дистрибуторов, и доступны к продаже на территории РФ.

Президент фонда поддержки противораковых организаций «Вместе против рака» Баходур Камолов полагает, что, если наступит острый дефицит современных импортных онкопрепаратов, «письмом вопрос не решить»: «Придется пересматривать все клинические рекомендации, так как это сейчас основной документ для врачей не только в части лекарственной терапии, но и лучевой терапии, диагностики». Господин Камолов руководил экспертными группами общественных организаций при создании клинических рекомендаций в 2019–2021 году. По его словам, специалисты тогда «делали все, чтобы российские пациенты получали помощь сообразно европейским и американским клиническим протоколам». «В любом случае важно создавать условия для полноценного импортозамещения, чтобы при любом раскладе замены для пациентов были соразмерны»,— заявляет Баходур Камолов.

В компании «Биокад», ключевом российском производителе противоопухолевых препаратов, по запросу фонда «Вместе против рака» подтвердили, что в связи с введенными ограничениями существуют сложности с закупкой и поставкой оборудования, комплектующих, расходных материалов и сырья из США и стран Европы. Однако в компании подчеркивают, что в настоящее время «Биокад» работает в соответствии с производственным планом на 2022 год.

«В эти дни мы отвечаем на звонки врачей из регионов, поясняем, что в письме речь идет исключительно о ситуации дефицита указанных препаратов,— рассказывает адвокат, вице-президент фонда "Вместе против рака" Полина Габай.— Врачи по-прежнему обязаны руководствоваться текущей редакцией клинических рекомендаций, и любые замены должны быть не только медицински, но и юридически обоснованы». По ее словам, нередко такие письма принимаются как прямое руководство к действию, поэтому «важно, чтобы они сопровождались более четкими акцентами и адекватными разъяснениями». Она также напоминает, что программа госгарантий сформирована и пациенты должны иметь право на получение дорогостоящей терапии: «В первую очередь программа формируется за счет средств ОМС, а это главным образом средства налогоплательщиков. Налоговое бремя не снижено, поэтому уменьшение гарантий, особенно при отсутствии проблем с поставками, недопустимо».

“Ъ” выяснил, что перечень возможных замен, аналогичный изложенным в письме МНИЦ радиологии, готовят и другие специалисты.

В частности, в Центре паллиативной помощи Москвы работают над списком российских аналогов препаратов паллиативной помощи. Об это “Ъ” сообщили в хосписе «Вера». В сообществе ВИЧ-пациентов знают о письме, однако утверждают, что главврачам центров СПИД оно пока не поступало.

«Крайне важно, чтобы регионы в случае, например, нарушений логистики заранее знали, каким образом лучше произвести временную замену тех или иных препаратов с учетом приоритета интересов пациента и минимизации рисков. Письмо было направлено именно в целях такого информирования»,— пояснили “Ъ” в Минздраве России. В ведомстве подчеркнули, что все фармпроизводители продолжают работу на российском рынке, поставки идут по графику: «Мы находимся в постоянном контакте с производителями и не видим оснований для дефицита по каким-то группам лекарств».

В то же время в перспективе необходимость заменить какую-либо часть МНН в госзакупках может быть вызвана ростом цен на импортные препараты. Как ранее сообщал “Ъ”, Минздрав обновил механизм перерегистрации цен на препараты из списка ЖНВЛП — в том числе чтобы дать возможность зарубежным производителям компенсировать рост цен на готовые лекарства и фармсубстанции (подробнее см. [“Ъ” от 22 марта](https://www.kommersant.ru/doc/5270365)).

<https://www.kommersant.ru/doc/5281175?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**Онкопациентов сориентировали на местности**

Эксперты проанализировали работу нового порядка оказания онкологической помощи

Уже в феврале 2022 года, на второй месяц после официального вступления в силу нового порядка оказания онкопомощи взрослым (№116н), регионы столкнулись с трудностями, утверждают юристы «Факультета медицинского права» (оказывает правовую поддержку медицинским и иным организациям сферы здравоохранения). Органы власти субъектов РФ сообщили в том числе о «несвоевременном открытии центров амбулаторной онкологической помощи», отсутствии «четких алгоритмов взаимодействия» с ними, необходимости реструктуризации отделений больниц согласно требованиям порядка, низкой кадровой обеспеченности в первичном звене и в целом дефиците врачей, необходимости проведения масштабного капитального ремонта в существующих медицинских организациях, а также строительстве новых зданий. Сложности, по оценкам экспертов, возникли и с алгоритмом маршрутизации пациентов, то есть распределением в медучреждения.

Отметим, именно положение о маршрутизации вызывало больше всего опасений у экспертного и пациентского сообществ на этапе обсуждения документа. Согласно старому порядку больной мог получить помощь в любой клинике, зарегистрированной в системе ОМС,— вне зависимости от формы ее собственности, подчинения и территориального расположения, включая частные клиники. Теперь гражданин не сможет выбрать медицинскую организацию. Пункт 28 нового порядка гласит: региональные маршруты определяются органом госвласти субъекта РФ в сфере охраны здоровья.

По мнению онколога Михаила Ласкова, главного врача Клиники доктора Ласкова, изменения нужны для того, чтобы региональным госорганам в области здравоохранения было проще контролировать потоки пациентов и следующие за ними деньги.

По данным отчета Федерального фонда ОМС, предоставленного изданию Vademecum, больше всего (13,5%) оплаченных в 2019 году счетов за медпомощь, оказанную по ОМС за пределами региона страхования пациента, пришлось на профиль «онкология». Из 90 млрд руб., отправленных на оплату стационарной медпомощи, 60 млрд руб. (66%) приходятся на пять регионов: Москву (31,8 млрд руб.), Московскую область (14,4 млрд руб.), Санкт-Петербург (9,5 млрд руб.), Краснодарский край (2 млрд руб.), Калужскую область (1,5 млрд руб.). По словам главного внештатного онколога Минздрава Андрея Каприна, за пациентом тем не менее сохранится право самостоятельно менять медучреждение. Например, он может собрать врачебный консилиум, если недоволен лечением. При этом на официальном портале Минздрава Onco-life указано: «После постановки диагноза пациента приписывают к конкретной медицинской организации. Самостоятельно выбрать клинику нельзя — в таком случае стоимость лечения не будет возмещена по ОМС».

Эксперты фонда «Вместе против рака» и юристы «Факультета медицинского права» получили и проанализировали 49 региональных порядков маршрутизации. Они уточняют, что в остальных субъектах либо проигнорировали запрос, либо сообщили о неготовности документа. «В общих чертах ситуацию можно описать как нежелание регионов взять на себя всю полноту юридической ответственности за предлагаемую Минздравом маршрутизацию онкопациентов»,— приходят к выводу специалисты «Факультета медицинского права».

Многие регионы (36) по состоянию на 4 марта 2022 года не утвердили новые алгоритмы.

Эксперты объясняют это тем, что Минздрав, вероятно, еще не согласовал конкретный региональный порядок (по требованиям методических рекомендаций). Кроме того, они предполагают, что в отдельных случаях субъекты не желают ограничивать права граждан на выбор места лечения

Возможность направить пациента на лечение в федеральные медицинские организации, находящиеся за пределами региона, указана почти во всех региональных порядках. Но при этом некоторые регионы, например, Псковская область, не называют конкретных условий, при которых это следует делать. Другие, например, Санкт-Петербург, ссылаются на приказ Минздрава №1363, который закрепляет перечень условий для оказания медицинской помощи в федеральных медицинских организациях (нетипичное или осложненное течение заболевания, отсутствие эффекта от лечения, высокий риск хирургического лечения при наличии коморбидных заболеваний). Встречаются, по оценке экспертов «Факультета медицинского права», «размытые» формулировки, например, «при наличии показаний к оказанию специализированной медицинской помощи в федеральных медицинских организациях» (Новгородская область). В некоторых регионах акты о маршрутизации онкопациентов практически полностью копируют положения порядка №116н (например, в Калининградской области).

«Таким образом, в региональных порядках попытались отбить попытку Минздрава переложить всю ответственность за соблюдение права граждан на выбор медорганизации на органы власти субъектов РФ»,— констатируют эксперты.

Кроме того, анализ порядков показал, что почти во всех регионах онкологическую помощь в рамках ОМС по правилам маршрутизации будут осуществлять только государственные медицинские учреждения. «Частные клиники в региональных приказах об оказании онкопомощи — редкое исключение (в большинстве случаев это ОАО "РЖД-медицина")»,— говорится в отчете.

Исключение из системы онкопомощи частных клиник может быть вызвано конкуренцией в ОМС, считает президент фонда «Вместе против рака» Баходур Камолов. «Частные клиники, в отличие от государственных, могли выбирать тарифы. Однако вместо ограничения конкуренции целесообразно было бы их пересмотреть»,— подчеркнул он.

В Минздраве “Ъ” заявили, что требования к маршрутизации на территории субъекта РФ необходимы для создания «четкой, прозрачной и понятной» как для пациентов, так и для врачей системы оказания медпомощи. «Отметим, в настоящее время обращений субъектов, содержащих информацию о проблемах с формированием региональных порядков маршрутизации, не поступало»,— подчеркнули в ведомстве.

<https://www.kommersant.ru/doc/5270348?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>