****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период 12-17 апреля 2022)**

**Правительство**

**Голикова: Дефицита лекарств и перебоев с их поставками в России не будет**

Отсутствие некоторых видов иностранных лекарств на российском рынке вызвано изменением логистических цепочек, заявила вице-премьер России Татьяна Голикова. По ее словам, дефицита лекарств в стране не будет, сообщает [ТАСС](http://tass.ru/).

Голикова вместе с мэром Москвы Сергеем Собяниным и министром здравоохранения России Михаилом Мурашко посетили площадку «Печатники» ОЭЗ «Технополис «Москва», где осмотрели производство лекарств и медицинских изделий, а также провели встречу с руководителями крупных фармацевтических компаний.

Вице-премьер рассказала, что Минздрав и Минпромторг совместно с региональными властями работают над минимизацией влияния логистики на поставки лекарств и в дальнейшем перебоев с медпрепаратами не ожидается.

«Мы все вместе рассчитываем, что наши люди не будут испытывать какой-то нужды и перебоев в лекарственных препаратах. Считаем, что то, что произошло, было временными трудностями, которые сейчас уже практически преодолены», – подчеркнула Голикова.

Она добавила, что хотя иностранные производители и не отказываются от поставок лекарств в РФ, в стране ведется работа по импортозамещению.

В свою очередь Сергей Собянин отметил, что фармацевтическая промышленность является одной из важнейших отраслей с точки зрения национальной безопасности. По его словам, с 2014 года а Москве объем инвестиций в эту сферу возрос в десять раз, в городе появились новые современные производства.

Как ранее заявил Михаил Мурашко, лекарств для льготников в регионах России [хватит почти на полгода](https://mir24.tv/news/16501996/murashko-lekarstv-dlya-lgotnikov-v-regionah-hvataet-pochti-na-polgoda), а в медицинских организациях по системе обязательного медицинского страхования сформирован трехмесячный запас лекарств.

<https://mir24.tv/news/16504467/golikova-deficita-lekarstv-i-pereboev-s-ih-postavkami-v-rossii-ne-budet>

**Правительство определило стоимость отдельных видов ВМП для федеральных клиник**

Правительство установило стоимость высокотехнологичной медпомощи (ВМП–III), которую будут оказывать федеральные медучреждения. Речь идет о нескольких методах лечения, применяемых при сердечно-сосудистой хирургии и трансплантации органов.

Внесены изменения в Программу госгарантий бесплатной медпомощи на 2022 год. Постановлением Правительства РФ [№ 656 от 14.04.2022](https://medvestnik.ru/content/documents/656-ot-14-04-2022.html), опубликованном на сайте кабмина, определена стоимость для отдельных видов ВМП, которые будут оказывать федеральные медучреждения.

В России с 2022 года расширен перечень видов ВМП, оказываемых за счет бюджета. До сих пор высокотехнологичная медпомощь оказывалась в рамках базовой программы госгарантий, а также вне ОМС. Теперь есть третий тип ВМП (ВМП–III), которую оказывают только федеральные клиники.

Речь идет о нескольких методах лечения, применяемых при сердечно-сосудистой хирургии и трансплантации органов. Их перечень был перечислен в приложении 6 в Программе госгарантий на 2022 год. Однако стоимость услуг не была определена.

Постановлением № 656 внесены изменения в gрограмму. Приложение 6 утратило силу, а виды ВМП, перечисленные в нем, включены в приложение 1 разделом III.

Стоимость отдельных видов ВМП, оказываемой федеральными медучреждениями

|  |  |
| --- | --- |
| Виды ВМП | Стоимость, млн руб. |
| Одномоментная замена всей аорты | 4,1 |
| Открытое протезирование торакоабдоминальной аорты с реконструкцией всех висцеральных ветвей и восстановлением кровообращения спинного мозга | 3,2 |
| Открытое протезирование дуги аорты с реконструкцией всех брахицефальных ветвей | 2,5 |
| Малоинвазивная хирургия грудной аорты | 2,5 |
| Эндоваскулярное протезирование аорты с сохранением кровотока по ветвям дуги аорты путем создания фенестрации | 1,6 |
| Эндоваскулярное протезирование брюшной аорты с сохранением кровотока по висцеральным артериям с имплантацией фенестрированного стент-графта | 3,2 |
| Трансплантация комплекса органов в различных сочетаниях | 4,2 |
| Трансплантация легких с использованием перфузионных технологий | 8,3 |

Источник: постановление Правительства РФ № 656 от 14.04.2022

<https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-opredelilo-stoimost-otdelnyh-vidov-VMP-dlya-federalnyh-klinik.html>

**Кабмин расширил список доступных по полису ОМС высокотехнологичных методов лечения**

В него вошли, в частности, операции по замене и протезированию аорты

МОСКВА, 16 апреля. /ТАСС/. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи дополнена рядом высокотехнологичных методов лечения. Соответствующее постановление подписал председатель кабмина РФ Михаил Мишустин, [сообщается](http://government.ru/news/45174/) на сайте правительства в субботу.

"В обновленной программе предусмотрено финансирование затрат федеральных медицинских организаций на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе по линии сердечно-сосудистой хирургии", - говорится в сообщении.

Уточняется, что в обновленный список вошли, в частности, операции по замене и протезированию аорты.

В начале года председатель правительства РФ Михаил Мишустин своим постановлением утвердил программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов.

<https://tass.ru/obschestvo/14393089?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**Минздрав/ФОМС**

**Номенклатурное обслуживание: в России обновляют перечень медицинских услуг**

Документ влияет на формирование тарифов на медпомощь и формирование программы ОМС

В России планируют обновить официальный перечень медицинских услуг. Проект соответствующего приказа Минздрава на днях был размещен на портале правовой информации для обсуждения с экспертами. В Центре экспертизы и контроля качества при Минздраве говорят, что изменения необходимы на фоне увеличившегося за прошедшие годы количества услуг. Кроме того, они должны позволить более гибко подходить к тарификации и финансированию тех или иных услуг и в целом необходимы для цифровизации российской медицины. При этом на этапе переходного периода может увеличиться нагрузка на медиков, которые отвечают за работу с информационными системами, кроме того, могут возникнуть сложности при сопоставлении документации, полагает часть экспертов. «Известия» разбирались в том, для чего понадобились эти изменения и что они могут означать для обычных пациентов.

**Новая номенклатура**

Номенклатура — это официальный перечень медицинских услуг, в котором используются их наименования и специальные коды. Эти данные необходимы в том числе для включения тех или иных услуг в программу ОМС, обмена данными между учреждениями, ведения статистики и определения тарифов.

Сейчас в России действует документ, [принятый в 2017 году](https://docs.cntd.ru/document/542609980). Всего в нем значится 3,2 тыс. разных услуг, доступных гражданам в поликлиниках и больницах. Документ ранее уже частично обновляли. В частности, в 2020 году в него включили сначала пренатальный скрининг, а затем — телемедицинские исследования биопсийного материала.

Теперь в Минздраве подготовили новую версию всего документа — проект соответствующего приказа в апреле был [размещен](https://regulation.gov.ru/projects#npa=126461) на портале нормативных правовых актов и сейчас проходит обсуждение с экспертами.

Новую номенклатуру разработали в подведомственном министерству Центре экспертизы и контроля качества медицинской помощи.

Полное обновление стало необходимо в связи с тем, что за прошедшие пять лет в России появилось большое количество новых медуслуг, отсутствие которых в единой системе классификации затрудняет в том числе коммуникацию между участниками процесса оказания медицинской помощи, цифровое взаимодействие между ними, а также ее финансирование, пояснил «Известиям» генеральный директор центра, доктор медицинских наук Виталий Омельяновский.

— Из-за отсутствия в текущей версии номенклатуры целого ряда услуг, содержащихся в клинических рекомендациях, невозможно включение данных услуг в систему государственного финансирования, — объясняет он.

В частности, для включения в Программу государственных гарантий оказания медицинской помощи (систему ОМС) услуга должна находиться в стандарте медицинской помощи, но включить в него, в свою очередь, можно только услуги, предусмотренные в номенклатуре медицинских услуг, отмечает собеседник издания.

Кроме того, недостаточная детализация действующего документа и дублирование части содержащихся в нем пунктов затрудняют «информационное и финансовое взаимодействие между участниками процесса», считают в Центре экспертизы и контроля качества медицинской помощи.

Ранее об этом также говорила зампред комитета Госдумы по охране здоровья Татьяна Соломатина.

— Точная классификация болезней и медуслуг нужна для того, чтобы понимать, сколько нужно лекарственных препаратов, расходных материалов и так далее, — [отметила](https://www.pnp.ru/social/meduslug-mozhet-stat-v-tri-raza-bolshe.html) она, комментируя инициативу журналистам.

Также это важно для ведения статистики, на основе данных которой выделяются деньги на здравоохранение, напомнила депутат.

**По гибкому тарифу**

Новый документ позволит обеспечить дифференцированный и, следовательно, более гибкий подход к расчету затрат и тарифов на оказание медицинской помощи, что повысит ее экономическую эффективность, считает Виталий Омельяновский.

Речь в том числе идет об определении тарифов на медицинские услуги, которые включают высокотехнологичную медпомощь и специализированную медицинскую помощь в рамках системы ОМС.

Так, если открытый остеосинтез при переломе плеча (соединение костных обломков при переломе — «Известия») в действующем документе числится как одна услуга, в проекте нового документа эта услуга представлена уже в трех возможных видах, приводит пример Виталий Омельяновский: как остеосинтез накостный, внутрикостный и чрескожный.

Необходимое некоторым пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями протезирование аортального клапана, представленное в действующем документе в одном варианте, в новом прописано в пяти вариантах, говорит собеседник издания. — Одна операция требует применения разных медицинских изделий, и как услуги они требуют разные трудозатраты, — объясняет он.

Унификация и увязка медицинских услуг в клинических рекомендациях и стандартах медицинской помощи позволит более оперативно внедрять новые медицинские технологии в практическое здравоохранение и систему государственного финансирования (ОМС), уверены в центре.

Кроме того, в новой версии документа «существенно доработаны услуги операций по сердечно-сосудистым, онкологическим заболеваниям и ряду других», отмечают там.

«Принципиально новым» в проекте нового документа также называют расширение возможностей применения телемедицины. В частности, с их применением теперь может вестись любая консультация или консилиум как между пациентом и врачом, так и между медиками. Кроме того, в документ был включен ряд молекулярно-генетических исследований с использованием технологий нового поколения, которые отсутствовали в предыдущей версии.

Кроме того, в рамках создания новой номенклатуры планируется полностью обновить существующую систему классификации и кодирования включенных в нее медуслуг.

Предполагается, что это поможет в создании единого цифрового контура в здравоохранении. Новая система классификации должна облегчить интеграцию медицинских услуг в медицинскую информационную сеть (МИС), единую государственную информационную систему здравоохранения (ЕГИСЗ) и, соответственно, в реестры счетов на оплату оказанной медицинской помощи в системе ОМС, поясняют в Центре контроля качества медицинских услуг.

Новый подход к классификации поможет сделать всю систему оказания медпомощи более системной и прозрачной и позволит «врачам и пациентам лучше ориентироваться, какая именно помощь оказывается в рамках специализированной медицинской помощи, бесплатной или платной», считает Виталий Омельяновский.

**«Отразится на взаимодействии с пациентами»**

Переход к новому варианту номенклатуры необходим в силу «технических нюансов», признает директор IT-компании «ТехЛАБ», которая занимается разработкой информационных решений для системы здравоохранения, Александр Шаповалов.

Используемый сейчас алгоритм кодирования, по его словам, «не соответствует нынешним потребностям» из-за увеличения собственно перечня услуг, цифровизации процессов учета и обмена данными. Не отвечает он также необходимости привести номенклатуру к международным стандартам и получить большую гибкость при тарификации и финансировании услуг. Всё это, в свою очередь, затрудняет цифровизацию медицины.

Предполагается, что это поможет в создании единого цифрового контура в здравоохранении. Новая система классификации должна облегчить интеграцию медицинских услуг в медицинскую информационную сеть (МИС), единую государственную информационную систему здравоохранения (ЕГИСЗ) и, соответственно, в реестры счетов на оплату оказанной медицинской помощи в системе ОМС, поясняют в Центре контроля качества медицинских услуг.

Новый подход к классификации поможет сделать всю систему оказания медпомощи более системной и прозрачной и позволит «врачам и пациентам лучше ориентироваться, какая именно помощь оказывается в рамках специализированной медицинской помощи, бесплатной или платной», считает Виталий Омельяновский.

**«Отразится на взаимодействии с пациентами»**

Переход к новому варианту номенклатуры необходим в силу «технических нюансов», признает директор IT-компании «ТехЛАБ», которая занимается разработкой информационных решений для системы здравоохранения, Александр Шаповалов.

Используемый сейчас алгоритм кодирования, по его словам, «не соответствует нынешним потребностям» из-за увеличения собственно перечня услуг, цифровизации процессов учета и обмена данными. Не отвечает он также необходимости привести номенклатуру к международным стандартам и получить большую гибкость при тарификации и финансировании услуг. Всё это, в свою очередь, затрудняет цифровизацию медицины.

В то же время в необходимости полного обновления документа уверены не все участники рынка.

— Совершенно непонятна цель изменений, ведь Минздравом утвержден порядок ввода новой услуги при ее отсутствии в номенклатуре, — отметил в разговоре с «Известиями» руководитель службы контроля качества столичной сети поликлиник «Поликлиника.ру» Дмитрий Торопов.

Исходя из опыта перехода на текущую номенклатуру, «вряд ли кто-то из участников захочет проходить этот путь повторно», отмечает он.

Пациенты, в свою очередь, на переходном этапе могут столкнуться со сложностями или нестыковками в случае обращения в лечебно-профилактические учреждения «с разной степенью готовности», а также при сопоставлении медицинской документации, рассказывает собеседник издания.

Обновление документа «очевидным образом отразится на взаимодействии с пациентами», подтверждает Александр Шаповалов.

— Например, на уровне медицинских организаций потребуются переходные процессы, доработка медицинских информационных систем, изменение процессов взаимодействия со страховыми организациями, обновление тарификации и многое другое, — перечисляет он.

При этом изменение номенклатуры медицинских услуг запустит ряд новых преобразований, полагает Шаповалов. В частности, оно приведет к изменению в формировании тарифов и реестров счетов, а также к замене целого ряда федеральных справочников и документов, уверен он.

Всё это затем нужно будет отразить в информационных системах как на федеральном, так и на региональном или муниципальном уровнях. Во многом нагрузка ляжет в первую очередь на специалистов, которые работают с информационными системами на местах.

— Здесь важно будет поддержать врача медицинской организации, который непосредственно ведет учет оказанных медицинских услуг в медицинской информационной системе (МИС), — отмечает он.

В частности, чтобы помочь таким специалистам сократить трудозатраты, важно будет сохранить принцип однократного ввода и многократного использования данных, полагает собеседник издания.

<https://iz.ru/1319475/evgeniia-priemskaia/nomenklaturnoe-obsluzhivanie-v-rossii-obnovliaiut-perechen-meditcinskikh-uslug?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**Мурашко анонсировал проект по созданию реабилитационных комплексов в первичном звене**

В России запустят проект по созданию реабилитационных комплексов в первичном звене. Для пациентов сформируют индивидуальную программу сопровождения.

В 2022 году в России запустится новый проект по созданию реабилитационных комплексов в первичном звене здравоохранения и ряде стационарных учреждений. Об этом в [интервью](https://smotrim.ru/live/21) телеканалу «Россия 24» сообщил глава Минздрава **Михаил Мурашко.**

По его словам, модернизация первичного звена здравоохранения — одна из ключевых задач. Поликлиники ежегодно регистрируют более 1,2 млрд визитов. При этом они должны делать упор не только на людей с острыми и хроническими заболеваниями, но и уделять внимание формированию индивидуальной программы сопровождения пациента. Для этого в амбулаторно-поликлиническом звене должны быть диагностические и реабилитационные возможности, а также необходимый персонал, пояснил министр.

«Реабилитация после заболевания, возврат в строй, полноценное сохранение здоровья — это еще один важный блок», — подчеркнул Мурашко.

Вице-премьер **Татьяна Голикова** на прошлой неделе дала [ряд поручений](https://medvestnik.ru/content/news/Golikova-poruchila-razrabotat-klinrekomendacii-dlya-pervogo-etapa-reabilitacii-posle-COVID-19.html) по созданию в России системы реабилитации граждан, перенесших коронавирусную инфекцию и с постковидным синдромом. Специалисты Минздрава проверят состояние дел в субъектах.

В 2022 году на оснащение медорганизаций в регионах современным реабилитационным оборудованием в федеральном бюджете предусмотрено 8,2 млрд руб., [сообщал «МВ»](https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-vydelit-na-obnovlenie-reabilitacionnogo-oborudovaniya-regionam-8-2-mlrd-rublei.html). Всего за 2022—2024 годы предполагается оснастить или переоснастить более 1350 отделений медицинской реабилитации, а также около 130 дневных стационаров.

<https://medvestnik.ru/content/news/Murashko-anonsiroval-proekt-po-sozdaniu-reabilitacionnyh-kompleksov-v-pervichnom-zvene.html>

**Больницы некорректно списали препараты для химиотерапии почти на 200 млн рублей**

Федеральный фонд ОМС выявил в 14 регионах России нарушения при списании химиотерапевтических лекарств, узнал «МВ». Общая сумма сомнительных операций, которые теперь невозможно подтвердить, составила 185,9 млн руб. Среди других претензий — искусственное уменьшение дозировки препаратов, некорректный выбор тарифов и т.д.

Федеральный фонд ОМС (ФОМС) разослал директорам территориальных фондов результаты проверки соблюдения онкодиспансерами законодательства об обязательном медицинском страховании и использовании ими средств ОМС в 2020 и 2021 годах. Копия документа есть у «МВ», его подлинность подтвердили два источника на страховом рынке.

«Обзор направляется для предупреждения аналогичных правонарушений при проведении территориальными фондами обязательного медицинского страхования проверок», — указано в письме от 24 марта за подписью председателя ФОМС **Елены Черняковой**.

Списания без подтверждения

В результате 33 проверок в 14 регионах России обнаружены массовые списания химиотерапевтических препаратов без документального подтверждения, несоответствие количества использованных в лечении пациентов и списанных медикаментов, отсутствие обязательной инвентаризации и учета непригодных остатков. Сумма операций, которые вызвали нарекания проверяющих в рамках именно некорректного списания препаратов, составила 185,9 млн руб.

Факты списания медорганизациями химиотерапевтических препаратов «без документального подтверждения» обнаружены в Севастополе (на 77,1 млн руб.), Смоленской (27,3 млн руб.), Калининградской (1,5 млн руб.) областях и Еврейской автономной области (ЕАО) (934,8 тыс. руб.), следует из отчета.

В ряде медорганизаций производились «списания стоимости медикаментов», приобретенных за счет ОМС, факт использования которых не подтверждается первичными учетными документами. Такие случаи были выявлены в Санкт-Петербурге (на 33,3 млн руб.), Ивановской (34 млн руб.), Рязанской (3,4 млн руб.) областях, Чукотском автономном округе (5,9 млн руб.), республиках Тыва (2,1 млн руб.) и Северная Осетия — Алания (222 тыс. руб.).

В некоторых регионах нарушения носят «систематический характер», считают эксперты ФОМС. Несоответствие количества введенных лекарственных препаратов с их расходом по акту списания медикаментов установлено в Красноярском крае, Севастополе, Санкт-Петербурге, Амурской и Томской областях, ЕАО. Данные были получены в ходе сверки представленных территориальными фондами реестров счетов за оказанную медпомощь.

Были проблемы и с качественным, и количественным учетом медицинских отходов, не производился учет количества остатков непригодных медикаментов и медизделий. В связи с этим «определить объем и количество утилизованных лекарственных препаратов не представляется возможным». В списке таких регионов фигурируют Севастополь, Санкт-Петербург, республики Тыва и Бурятия, Красноярский край, Смоленская, Ивановская, Томская и Рязанская области, Чукотский АО.

Нарушение правил учета лекарственных препаратов расценивается как грубое нарушение лицензионных требований, предъявляемых к медорганизациям, а также норм закона «Об обращении лекарственных средств».

Списания лекарств на большие суммы в региональных онкодиспансерах особенно подозрительно выглядят на фоне [громкого дела](https://pharmvestnik.ru/content/news/Policiya-zaderjala-14-chelovek-po-podozreniu-v-prodaje-vorovannyh-lekarstv.html) о хищениях дорогостоящих химиотерапевтических препаратов в Петербурге, возбужденного в октябре 2020 года. Организатор преступной группы при участии сотрудников больниц скупал украденные медикаменты и перепродавал их в региональные учреждения здравоохранения в рамках госзакупок. При этом пациентам препарат вводился частично или не вводился совсем. Подозреваемыми по делу проходят 16 человек. По данным правоохранительных органов, в «черном» рынке лекарств участвовали медучреждения Ростова-на-Дону, Екатеринбурга, Воронежа, Уфы, Казани.

В пяти регионах при проверке предъявленных к оплате счетов выявлены факты сокращения доз — несоответствие дозы введенного препарата весу пациента согласно выбранной схеме лечения.

Выдача препаратов домой

Одним из пунктов в списке нарушений значится несоблюдение схем лечения в круглосуточном и дневном стационарах, а именно выдача пациенту препаратов на руки для самостоятельного приема. Такие факты были выявлены в Красноярском крае (1,029 млрд руб.), Ивановской (142 млн руб.), Томской (220,1 млн руб.), Липецкой (5,1 млн руб.) областях.

С инициативой разрешить онкодиспансерам выдавать пациентам лекарства на руки неоднократно обращались пациентские организации. В феврале 2022 года Арбитражный суд Ивановской области подтвердил право онкодиспансера выдавать пациентам дневного стационара препараты для проведения противоопухолевой терапии на всю схему лечения, [сообщал «МВ»](https://medvestnik.ru/content/news/Sud-podtverdil-pravo-onkodispansera-vydavat-preparaty-pacientam-dnevnogo-stacionara-na-ruki.html).

«Нехватка средств в региональных бюджетах вынуждает некоторых организаторов здравоохранения идти навстречу пациентам и выдавать на руки таблетированные и капсулированные препараты, которые можно принимать не под контролем врача в дневном или в круглосуточном стационаре. А по документам это проводят как госпитализацию», — пояснил схему «МВ» председатель МОД «Движение против рака» **Николай Дронов**.

По его словам, страховые компании выявляют эти факты и расценивают их как факт непрофильной госпитализации. «Мы давно говорили об этой проблеме. Надо что-то делать с амбулаторным лекарственным обеспечением, например, вводить амбулаторный тариф в ОМС», — подчеркнул Дронов.

Среди других нарушений были выявлены:

необоснованное представление счетов на оплату медпомощи по завышенным тарифам КСГ (для круглосуточного стационара), тогда как фактически помощь оказывалась в дневном стационаре (Томская и Липецкая области);

оказание медицинской помощи с использованием препаратов, которые должны были приобретаться в рамках региональной льготы за счет средств субъекта (Томская и Ульяновская области, Республика Северная Осетия — Алания);

неприменение понижающего коэффициента к незаконченным случаям лечения;

оплата просроченной кредиторской задолженности по договорам ГПХ из средств ОМС.

Меры реагирования

При проведении проверок установлено, что территориальные фонды не в полной мере осуществляли контроль за использованием средств ОМС и за тем, как страховые медицинские организации (СМО) проводят экспертизы по профилю «онкология» с использованием химиотерапии. В связи с этим ТФОМС рекомендовано усилить такой контроль, а также «провести анализ и внести соответствующие изменения в программы проверок указанных медицинских организаций».

Информацию о выполнении рекомендаций необходимо представить в ФОМС до 1 июля 2022 года.

«МВ» направил запрос в ФОМС с просьбой сообщить, какие санкции были применены к медучреждениям, а также уточнить, означает ли рекомендация ТФОМС об изменениях в программы проверок указанных медорганизаций увеличение их частоты.

<https://medvestnik.ru/content/news/Bolnicy-nekorrektno-spisali-preparaty-dlya-himioterapii-pochti-na-200-mln-rublei.html>

**РАЗНОЕ**

**ОНФ предложил переподчинить Росздравнадзор правительству**

Общероссийский народный фронт готовит пакет предложений по усилению пациентского контроля в здравоохранении. Они могут быть оформлены в виде поправок в Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья» и другие нормативные акты.

Общероссийский народный фронт (ОНФ) готовит ряд предложений и рекомендаций правительству, направленных на рост удовлетворенности граждан при получении медицинской помощи. Инициативы планируется обнародовать 25 апреля на «круглом столе», [сообщила](https://onf.ru/2022/04/13/narodnyy-front-predlozhit-popravki-v-zakonodatelstvo-v-interesah-pacientov/) 13 апреля пресс-служба организации (Позднее эта информация была удалена с сайта ОНФ).

Одним из главных системных вопросов в ОНФ считают переподчинение Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) правительству, сообщил сопредседатель Всероссийского союза пациентов (ВСП) Юрий Жулев. По его словам, служба не может контролировать сама себя и управлять медорганизациями, выстраивать нормативную базу, это должен делать Минздрав. Подчинение Росздравнадзора правительству создаст наиболее объективную ситуацию в системе здравоохранения. А главное, на взгляд пациента, это усилит позицию службы и ее эффективность, считает он.

В  январе 2020 года одновременно с назначением на пост министра здравоохранения Михаила Мурашко Росздравнадзор и ФМБА указом Президента России были [переподчинены правительству](https://medvestnik.ru/content/news/Mihail-Murashko-naznachen-glavoi-Minzdrava.html%20). Но спустя три месяца [служба вернулась](https://medvestnik.ru/content/news/Putin-vernul-Roszdravnadzor-v-vedomstvo-Minzdrava.html) в ведение Минздрава.

Эксперты ВСП предлагают также внести в Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья» принцип пациенториентированности модели здравоохранения и добавить раздел об особенностях общественного контроля. Усиленное декларирование этого принципа предполагает ряд мер, начиная с более активного задействования пациента в процессе лечения, заканчивая вовлечением пациентских организаций в механизм принятия решений.

В начале апреля в ОНФ заявили, что модернизация системы здравоохранения в текущих политических и экономических реалиях требует повышенных государственных расходов. Сопредседатель Всероссийского союза пациентских организаций Ян Власов предложил повысить тарифы ОМС, [сообщал «МВ»](https://medvestnik.ru/content/tests/Naskolko-deficitny-tarify-OMS.html).

<https://medvestnik.ru/content/news/ONF-predlojil-perepodchinit-Roszdravnadzor-pravitelstvu.html>

**ВС отказался взыскать со страховой оплату медуслуг**

Волгоградская больница оказывала медицинские услуги по ОМС по соглашению со страховой компанией, но превысила лимит и потребовала доплату. Но экономколлегия решила, что истец денег не получит.

В 2019 году Вологодская городская больница № 1 и страховая компания «Согаз-Мед» заключили договор на оказание и оплату медицинской помощи. В соответствии с этим соглашением страховая должна была оплачивать медуслуги, оказанные больницей, в пределах объемов медицинской помощи [по территориальной программе ОМС](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/df7efa113f9b68468d80a1e9514349bbdd55c7b3/).

Но в мае, июне и сентябре 2019-го медорганизация отказала услуги сверх установленного объема на 267 000 руб. Страховая отказалась компенсировать затраты на эти медуслуги. После чего больница решила взыскать задолженность в судебном порядке.

Три инстанции удовлетворили требования истца. Суды посчитали, что услуги, оказанные сверх установленного объема медицинской помощи, относятся к страховым случаям и подлежат оплате на основании [Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/).

Но [Верховный суд](https://pravo.ru/arbitr_practice/courts/119/)не согласился с позицией нижестоящих инстанций. Экономколлегия отметила, что больница без возражений приняла установленные для нее объемы и никак не пыталась их обжаловать. Кроме того, клиника также не обращалась за пересмотром объемов оказания медпомощи в комиссию по разработке территориальной программы ОМС с учетом своих фактических потребностей. Учитывая эти обстоятельства, выводы судов нельзя признать правомерными, решила коллегия.

В определении по делу [№ А13-15420/2020](https://kad.arbitr.ru/Card/9e00c273-9859-467b-8667-9d7b4ce0d4a3) ВС отменил акты нижестоящих инстанций и отказал больнице в удовлетворении ее требований.