****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период с 22 по 28 января 2024 года)**

**ПРАВИТЕЛЬСТВО/ГД/СФ**

**Общественники попросили Мишустина ускорить включение клинрекомендаций в программу госгарантий**

Общественная организация «Кожные и аллергические болезни» в письме к премьер-министру России Михаилу Мишустину обратила внимание на потенциальную задержку с включением современных форм лекарственной терапии в систему финансирования медпомощи. Такой вывод организация сделала в связи с проектом Минздрава РФ, согласно которому выпущенные в 2024 году клинические рекомендации учтут в содержании программы госгарантий (ПГГ) только с 2026 года. Обратившиеся считают важным включить в ПГГ-2025 клинрекомендации, выпущенные уже в текущем году.

Адресанты предлагают учитывать при формировании ПГГ на 2025 год рекомендации, официально принятые до 1 июня 2024 года. В противном случае объем нормативов и финансирование медпомощи на следующий год будут сформированы без учета новелл клинических рекомендаций, предупреждают авторы [**обращения**](https://skinallergic.ru/netcat_files/userfiles/obraschenie_v_pravitelstvo_po_klin_rekomendatsiyam.pdf).

В первую очередь в общественной организации обеспокоены возможными недостатками формирования КСГ с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов, что негативно скажется на «доступности современной эффективной терапии пациентам различных профилей, таких как дерматовенерология, ревматология, пульмонология и других».

В совокупности с невключением ранее одобренных Минздравом РФ препаратов в перечень ЖНВЛП в 2023 году, гласит письмо, решение «значительно ограничивает доступность к современной лекарственной помощи пациентам».

Сейчас общественное обсуждение проходит [**проект**](https://vademec.ru/news/2024/01/17/minzdrav-predstavil-novye-pravila-poetapnogo-perekhoda-na-klinicheskie-rekomendatsii/) постановления Правительства РФ о новом алгоритме вступления в силу клинических рекомендаций (КР) – документ подготовил Минздрав. В постановлении в текущем виде говорится, что КР, принятые Минздравом после 1 июня 2022 года, применяются с 1 января этого года. Предлагаемые поправки фактически оставят это положение нетронутым, но конкретизируют, что все вновь принятые в течение 2024 года рекомендации вступят в силу со следующего года.

Отдельно отмечено, что в программе госгарантий 2025–2027 учтут только рекомендации, выпущенные до 1 января 2024 года (по действующей версии ПГГ-2024 должна учитывать клинические алгоритмы, актуальные на 1 июня 2023 года). Подобные изменения вводятся в связи с инициированным правительством [**смещением**](https://vademec.ru/news/2023/12/14/start-raboty-medorganizatsiy-na-osnove-klinicheskikh-rekomendatsiy-otlozhili-do-2025-goda/) с 1 января 2024-го до того же дня 2025-го финальной даты всеобщего перехода на работу по клиническим рекомендациям.

<https://vademec.ru/news/2024/01/26/obshchestvenniki-poprosili-mishustina-uskorit-vklyuchenie-klinrekomendatsiy-v-programmu-gosgarantiy/>

**На развитие ГИС ОМС в 2024 году уйдет 6,4 млрд рублей**

Правительство России распорядилось выделить в 2024 году Федеральному фонду ОМС (ФФОМС) 6,41 млрд рублей на модернизацию госинформистемы в сфере ОМС (ГИС ОМС) и интеграцию ее с ЕГИСЗ. Сумма в два раза превышает ранее запланированные на год расходы в 3,2 млрд рублей, а также тематические плановые траты на 2023 год (3,3 млрд рублей).

Средства на указанные цели выделят из нормированного запаса самого фонда – финансировать ряд направлений работы системы ОМС из этого источника можно только по распоряжению правительства.

На что именно направят выделенные 6,4 млрд рублей, текущий документ не уточняет. Согласно ему, деньги уйдут на закупку услуг для развития сервисов ГИС и ее интеграцию с ЕГИСЗ. В проекте бюджета ФФОМС на данные цели [**закладывалось**](https://vademec.ru/news/2023/09/20/ffoms-predstavil-parametry-byudzheta-na-2024-god/) 3,2 млрд рублей ежегодно в 2024–2026 годах.

Более детальная информация содержится в отчете Счетной палаты РФ на проект бюджета ФФОМС на 2024 год, согласно которому около 3,3 млрд рублей ежегодно должно было идти на создание национальной цифровой платформы «Здоровье». Основной «цифровой» задачей фонда является развитие сервисов на портале госуслуг, единого регистра застрахованных лиц, введенного в строй в конце 2022-го, а также интеграция с платформой «ГосТех».

Согласно отчету фонда о работе в 2022 году и перспективах на 2023 год, в 2023-2024 годах ведомство занимается внедрением разработанных в 2022 году прототипов подсистем ГИС ОМС в пилотных регионах. Например, подсистемы «Федеральный персонифицированный учет медицинской помощи», «Сервисы информационного сопровождения застрахованных лиц», «Управленческие сервисы».

Приоритетом также является реализация суперсервисов на госуслугах «Мое здоровье», «Рождение ребенка», ГАС «Управление», создание единого мастер-регистра пациентов на основе регистра застрахованных лиц, а также применение новых принципов и единой системы персонифицированного учета в системе ОМС, создание цифрового медицинского профиля пациента.

Развитие ГИС ОМС в 2022 году получило критику Счетной палаты. Аудиторы [**выявили**](https://vademec.ru/news/2023/07/03/schetnaya-palata-obnaruzhila-problemy-s-ispolneniem-kontraktov-po-gis-oms/), что ряд подсистем государственной информационной системы работают с перебоями, а контракты на модернизацию системы не решают поставленные перед фондом задачи: они либо исполняются с отставанием, либо с нарушениями. Всего на развертывание системы в 2022 году ушло более 2 млрд рублей, из которых 1,14 млрд получили дочерние компании ПАО «Ростелеком», [**единственного подрядчика**](https://vademec.ru/news/2023/03/20/ffoms-potratil-1-7-mlrd-rubley-na-razvitie-gis-oms-v-2022-godu/) ГИС с 2023 года.

<https://vademec.ru/news/2024/01/22/na-razvitie-gis-oms-v-2024-godu-uydet-6-4-mlrd-rubley/>

**В Госдуме не поддержали идею включить в ОМС оплату халатов, тапочек, зубных щеток и паст для пациентов**

Заместитель председателя комитета Государственной думы по охране здоровья Алексей Куринный (КПРФ) не поддержал предложение включить в полис ОМС оплату халатов, тапочек, зубных паст и щеток, которые нужны во время нахождения пациентов в медицинских учреждениях. Об этом он сообщил Агентству городских новостей «Москва», комментируя соответствующее предложение Совета Федерации.

«Я не вижу какой-то острой необходимости включать это для всех пациентов. Проще решить этот вопрос на уровне бюджетов регионов для того, чтобы те, кто попадает в больницы и не имеет такого минимального набора, а подавляющее большинство наших граждан его имеет, чтобы им можно было это приобретать за счет регионального бюджета, например. Для всех остальных, я не думаю, что это так актуально – наличие халата, зубной щетки», – сказал Куринный.

По его мнению, средства должны идти на приобретение лекарств, медицинского оборудования. «Учитывая крайний дефицит средств на оказание самой медицинской помощи, на приобретение лекарств, оборудования и всего остального, я думаю, что это далеко не первоочередной сегодня вопрос», – добавил депутат.

Ранее СМИ сообщили, в Совете Федерации направили в Минздрав РФ рекомендации по включению в полис обязательного медицинского страхования оплату бытовых предметов, которые необходимы во время нахождения пациентов в медицинских учреждениях: халаты, тапочки, зубные пасты и щетки, туалетная бумага.

<https://www.mskagency.ru/materials/3357531?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**МИНЗДРАВ/ФОМС**

**Минздрав снизит частоту отчетности медучреждений перед Фондом ОМС**

Минздрав меняет форму договора об оказании медпомощи по ОМС. Ведомство решило сократить частоту отчетности медучреждений — вместо ежемесячных разрешается сверять расчеты с территориальными фондами только раз в квартал.

Минздрав решил скорректировать форму договора об оказании медуслуг по ОМС, которая заключается между медучреждением и Фондом ОМС (ФОМС). Проект приказа размещен на [regulation.gov](https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=145114).

Главное новшество — сокращается частота взаимодействия клиники с ФОМС: если раньше медучреждение обязано было ежемесячно сверять расчеты с территориальным фондом, то теперь разрешается подавать отчеты ежеквартально. Сохраняется также обязанность делать отдельную сверку расчетов ежегодно.

Кроме того, отдельно прописывается, что для новых медорганизаций в системе ОМС (вновь созданных или реорганизованных) договор об оказании медпомощи и объем выделения средств будут рассчитываться с даты его заключения до конца календарного года. Например, если частная клиника была включена в реестр 1 марта 2024 года, для нее договор начнет действовать с этой даты и до конца года. И в рамках этого договора она берет на себя обязательство оказывать помощь по ОМС в пределах предоставленных ей объемов.

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-menyaet-chastotu-otchetnosti-meduchrejdenii-pered-Fondom-OMS.html>

# **Мурашко назвал количество зачисленных в вузы Минздрава в 2023 году**

В Минздраве привели данные о поступивших в медицинские вузы в прошлом году. Число абитуриентов растет.

Медицинская профессия – одна из самых востребованных в обществе. Конкурс на медицинские специальности в вузах Минздрава составляет не менее 10 человек на место, сообщил министр здравоохранения **Михаил Мурашко** в [поздравлении](https://minzdrav.gov.ru/news/2024/01/25/20792-ministr-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-mihail-murashko-pozdravil-studentov-s-dnem-rossiyskogo-studenchestva) с Днем российского студенчества.

По его данным, в подведомственные Минздраву вузы в 2023 году было зачислено около 61 тыс. человек. Пять лет назад цифра составляла около 50 тыс. человек.

Ранее Минздрав [предоставлял данные](https://medvestnik.ru/content/news/Murashko-soobshil-ob-uvelichenii-konkursa-v-medvuzy-na-15.html) только по зачисленным в подведомственные вузы на врачебные специальности на бюджетные места – в 2023 году почти 29 тыс. абитуриентов. Тогда сообщалось, что средний конкурс составил 12 человек, при этом для бюджетников он был на 15% выше, чем в 2022 году. Средний балл ЕГЭ поступающих в медицинские вузы на бюджетные места составил 73,8. Это выше показателя прошлого года на 3,4 балла. Сейчас, по словам, Мурашко, конкурс на медицинские специальности составляет ежегодно не менее 10 человек на место, а количество бюджетных мест в 2024 году увеличится на 2,5% и превысит 34 тыс.

Министр также привел данные об увеличении приема в организации среднего профессионального медицинского образования – почти на 50% за последние пять лет, до 120 тыс. человек в год. Это, по мнению Мурашко, говорит о большой популярности профессии медицинского работника у молодежи.

Несмотря на то что медицинские вузы ежегодно выпускают примерно 50 тыс. молодых специалистов, возраст работающих в российском здравоохранении врачей неуклонно растет. Насколько охотно врачи остаются работать на пенсии и как это меняет кадровый состав государственных медучреждений, [разобрался «МВ»](https://medvestnik.ru/content/news/Vtoraya-smena-chto-motiviruet-prodoljat-truditsya-medrabotnikov-na-pensii.html).

<https://medvestnik.ru/content/news/Murashko-nazval-kolichestvo-zachislennyh-v-vuzy-Minzdrava-v-2023-godu.html>

# **Минздрав предложил медорганизациям обновить формы договоров о платных услугах**

Минздрав опубликовал письмо с разъяснениями новых правил оказания платных услуг. Медучреждениям рекомендовано обеспечить раздельный статистический и бухгалтерский учет таких услуг, в том числе оказанных гражданам иностранных государств.

Минздрав выпустил официальные разъяснения о новых правилах оказания платных медицинских услуг, которые начали действовать с 1 сентября 2023 года ([документ](https://medvestnik.ru/content/documents/31-2-I-2-24207-ot-22-12-2023.html) доступен на «МВ»). Организациям рекомендовано актуализировать публичную информацию о бесплатной медпомощи, которая гарантирована программой госгарантий, обновить формы договоров о предоставлении платных услуг в соответствии с новыми требованиями к информированию потребителя и локальные нормативные акты.

Поводом для разъяснений стали многочисленные обращения в Минздрав по реализации отдельных положений Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ № 736 от 11.05.2023.

Согласно письму, медучредждения обязаны разработать и разместить на главной странице сайта форму о дистанционном способе заключения договора и о способах и формах направления жалоб в надзорные органы. Идентификация потребителя (заказчика) при заключении договора дистанционным способом возможна через Единую систему идентификации и аутентификации (ЕСИА).

Наименование [платной услуги](https://medvestnik.ru/content/news/V-Minzdrave-obyasnili-dannye-VCIOM-o-vysokoi-dole-platnyh-meduslug-v-gosklinikah.html) в прейскуранте должно соответствовать номенклатуре. В случае если медицинская услуга комплексная, допускается указывать несколько кодов. В соответствии с указаниями Банка России № 6363-У от 16.02.2023, следует разделять статистическую и бухгалтерскую отчетность об оказанных платных услугах гражданам, в том числе из иностранных государств (нерезидентам).

Медорганизация вправе предоставлять за плату и применять по медицинским показаниям лекарственные препараты, которые не входят в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), если их назначение и применение не обусловлены жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости, медицинские изделия и продукты лечебного питания, не закупаемые за счет бюджетных ассигнований; обеспечивать индивидуальный пост медицинского наблюдения в стационаре (кроме случаев медицинских показаний); оказывать медпомощь анонимно (кроме случаев, предусмотренных законодательством РФ).

За плату оказывается медпомощь гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, а также гражданам РФ, не проживающим в стране постоянно и не застрахованным по ОМС; при самостоятельном обращении пациента, кроме случаев, описанных в ст.21 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья», а также медицинской помощи в экстренной форме.

Медицинская помощь за плату должна оказываться в соответствии с порядками оказания медпомощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов (п.10 Правил). В соответствии с п.2.1 ч.1 ст.79 закона № 323-ФЗ, медорганизации обязаны «создавать условия для соответствия оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества».

Оговаривается, что использование для оказания платных услуг материально-технической базы, в том числе медоборудования, приобретенного за счет средств ОМС и бюджетов, не должно приводить к снижению объемов и увеличению сроков ожидания бесплатной медицинской помощи. Условия использования материально-технической базы и привлечения медицинских работников для оказания платных медуслуг, а также тарифы на них определяет учредитель. При этом следует предусмотреть возможность медицинской организации при установлении размера цены (тарифа) на платные медуслуги учитывать отдельные условия, влияющие на стоимость (например, прием/посещение/консультация врача-специалиста с указанием его квалификационной категории, ученой степени, ученого звания, вида используемого контрастного вещества и т.д.).

Вступившие в России с 1 сентября 2023 правила предоставления платных медицинских услуг устанавливают исчерпывающий перечень случаев, когда организации, оказывающие медпомощь в рамках программы государственных гарантий или территориальной программы госгарантий, вправе оказывать пациентам услуги за деньги, [писал](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-nazval-sluchai-zakonnogo-vzimaniya-platy-s-pacientov-v-gosklinikah.html) ранее «МВ». Больше половины опрошенных врачей сообщили, что не сталкивались с [навязыванием](https://medvestnik.ru/content/news/Bolshe-poloviny-oproshennyh-vrachei-ne-stalkivalis-s-navyazyvaniem-platnyh-uslug-pacientam.html) платных услуг пациентам.

В процессе разработки документа стало известно, что Минздрав предлагает разрешить клиникам [дофинансировать](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-predlojil-vkluchat-tarify-OMS-v-stoimost-platnyh-meduslug.html) тарифы ОМС доходами от платных услуг. Для этого в стоимость конкретной платной медуслуги должны быть включены, помимо прочего, затраты учреждений на оказание аналогичных услуг по полисам обязательного медицинского страхования. Инициатива касается государственных, а также частных клиник, которые работают в системе ОМС.

Как медицинской организации законно направить пациента на платные услуги, «МВ разбирал [здесь](https://medvestnik.ru/content/cards/Kak-zakonno-napravit-pacienta-na-platnye-uslugi-Instrukciya-dlya-vrachei.html).

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-predlojil-medorganizaciyam-obnovit-formy-dogovorov-o-platnyh-uslugah.html>