****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период 14 – 20 марта 2022)**

**ПРАВИТЕЛЬСТВО**

**Правительство упростило медучреждениям доступ к финансированию на закупки импортных товаров**

Правительство расширило возможности закупок для поликлиник и больниц. Предполагается, что это повысит финансовую устойчивость медорганизаций.

Власти России в рамках принятия оперативных мер по повышению стабильности рынка социально значимых услуг в условиях внешних санкций расширило медорганизациям доступ к авансированию из средств ОМС. Больницы и поликлиники смогут опережающими темпами закупать лекарственные препараты и медицинские изделия, следует из Постановления Правительства [№ 373 от 16.03.2022](https://medvestnik.ru/content/documents/373-ot-16-03-2022.html).

Как [сообщал «МВ»](https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-rasshirit-medorganizaciyam-dostup-k-avansirovaniu-sredstv-OMS.html), раньше ежемесячный размер авансирования составлял 1/12 суммы, предусмотренной для медучреждения на текущий год. Изменениями в Программу госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год ежемесячный лимит установлен на уровне годового финансирования.

Власти России в рамках принятия оперативных мер по повышению стабильности рынка социально значимых услуг в условиях внешних санкций расширило медорганизациям доступ к авансированию из средств ОМС. Больницы и поликлиники смогут опережающими темпами закупать лекарственные препараты и медицинские изделия, следует из Постановления Правительства [№ 373 от 16.03.2022](https://medvestnik.ru/content/documents/373-ot-16-03-2022.html).

Как [сообщал «МВ»](https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-rasshirit-medorganizaciyam-dostup-k-avansirovaniu-sredstv-OMS.html), раньше ежемесячный размер авансирования составлял 1/12 суммы, предусмотренной для медучреждения на текущий год. Изменениями в Программу госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год ежемесячный лимит установлен на уровне годового финансирования.

<https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-uprostilo-meduchrejdeniyam-dostup-k-finansirovaniu-na-zakupki-importnyh-tovarov.html>

**Лимит на закупку медизделий за счет ОМС увеличили со 100 тысяч до 1 млн рублей**

Правительство РФ внесло поправки в программу госгарантий на 2022 год и разрешило медорганизациям тратить из средств ОМС до 1 млн рублей вместо 100 тысяч рублей на покупку медизделий для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований. Лимит средств, также 100 тысяч рублей, на покупку другого медоборудования, который прежде вызывал критику профсообщества и который несколько раз намеревались пересмотреть, остался прежним.

Теперь в программе госгарантий отдельно оговорено: «допускается» приобретение за счет средств, поступивших от оказания медпомощи по тарифам ОМС, медизделий стоимостью до 1 млн рублей, однако только при отсутствии у клиники просроченной более чем на три месяца кредиторской задолженности.

Новая схема, уверены в правительстве, «позволит обеспечить финансовую устойчивость медицинских организаций в условиях введенных в отношении России западных санкций», а «больницы и поликлиники смогут своевременно обновлять оборудование, повышая качество помощи гражданам».

Структура тарифа (то, на что медорганизации могут потратить вырученные от ОМС средства) в прежнем виде, принятом еще в 2012 году, до сих пор зафиксирована в двух других документах – 326-ФЗ «Об ОМС» и Правилах ОМС. Она предполагает, что стоимость единицы любых основных средств (медоборудования и медизделий) ограничивается 100 000 рублей. Также тариф включает зарплату, приобретение лекарств, расходных материалов, инструментов, реактивов, питание, транспортные и коммунальные услуги, содержание имущества и другое.

Порог в 100 тысяч рублей в ФФОМС и Минздраве РФ [намеревались](https://vademec.ru/news/2021/03/25/strana-zadolzhala-zdravookhraneniyu-investory-o-posledstviyakh-zapreta-svobodnogo-raskhodovaniya-sre/) увеличить до 400 тысяч рублей через законопроект №875655-7 с поправками в 326-ФЗ, рассматриваемый в Госдуме РФ с 2020 года. В числе прочего в одной из неопубликованных версий проекта предлагалось как раз конкретизировать статьи, на которые запрещено тратить средства ОМС, среди них – возмещение капитальных затрат, приобретение транспорта, имущества, а также погашение кредитов.  
Подробнее: <https://vademec.ru/news/2022/03/14/limit-na-zakupku-medizdeliy-za-schet-oms-uvelichili-so-100-tysyach-do-1-mln-rubley/>

**МИНЗДРАВ/ФОМС**

**Минздрав временно снимает лимит с ежемесячных авансов ОМС для медорганизаций**

В условиях удорожания импортных препаратов и медоборудования Минздрав РФ предложил снять лимит с ежемесячных авансов медорганизаций на оказание медпомощи за счет средств ОМС. Согласно предложенным поправкам в программу госгарантий на 2022 год, клиники смогут запросить больше, чем 1/12 от общего годового объема средств, но не более чем требуется на приобретение основных средств и материальных запасов.

Разработчики проекта отмечают, что изменения необходимы для сохранения стабильной поставки лекарств и медоборудования импортного производства в условиях их удорожания на фоне западных санкций. Днем ранее Правительство РФ по этой же причине [разрешило](https://vademec.ru/news/2022/03/14/limit-na-zakupku-medizdeliy-za-schet-oms-uvelichili-so-100-tysyach-do-1-mln-rubley/) клиникам тратить на медизделия до 1 млн рублей из средств ОМС (ранее до 100 тысяч). Обе нормы ограничены 2022 годом.

В проекте поправок обозначено, что заявки медорганизаций на размер авансов на очередной месяц все же должны вписываться в итоговый годовой объем средств, который клинике распределила комиссия по разработке территориальной программы ОМС, дополнительных средств на реализацию документа не потребуется.

Тем не менее возможное допфинансирование системы ОМС было [анонсировано](https://vademec.ru/news/2022/03/04/pravitelstvo-rf-opredelit-napravleniya-dofinansirovaniya-medpomoshchi-po-oms/) в начале марта, когда правительство получило право распоряжаться остатками бюджета Федерального фонда ОМС на поддержку системы ОМС. Авторы инициативы уточняли, что речь идет о дополнительных 26,3 млрд рублей.

К контролю над экстренными тратами федбюджета на систему ОМС подключились депутаты Госдумы РФ. Через парламентский корпус теперь [будут проходить](https://vademec.ru/news/2022/03/11/gosduma-vvela-parlamentskiy-kontrol-nad-subventsiyami-ffoms-regionam/) все правительственные распоряжения, связанные с незапланированным дотированием бюджета фонда.

<https://vademec.ru/news/2022/03/15/minzdrav-vremenno-snimet-limit-s-ezhemesyachnykh-avansov-oms-dlya-medorganizatsiy/>

**Затраты на диспансеризацию после COVID-19 в 2021 году оказались выше запланированных**

Минздрав РФ намерен освободить регионы от обязанности возвращать остатки федеральных средств, выделенных в 2021 году на углубленную диспансеризацию, за невыполнение плана по охвату жителей таким видом профилактики. Фактическая стоимость диспансеризации оказалось значительно выше определенной Минздравом суммы, поэтому медорганизациям не удалось принять 5,7 млн переболевших COVID-19, как планировалось изначально.

В связи с этим Минздрав разработал проект правительственного постановления о внесении изменений в правила предоставления в 2021 году трансфертов из федбюджета территориальным фондам ОМС (ТФОМС) на оплату углубленной диспансеризации пациентов, перенесших коронвирусную инфекцию.

«Размер средств, подлежащих возврату из бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования в бюджет субъекта Российской Федерации и бюджет города Байконура для последующего перечисления в федеральный бюджет, не может превышать остаток указанных средств, сложившийся в бюджете ТФОМС на 1 января 2022 года», – отмечается в проекте постановления.

Согласно пояснительной записке к документу, средняя стоимость прохождения углубленной диспансеризации одного пациента по ОМС оказалась выше плановой. Документом предлагается установить возможность ТФОМС возвращать остаток средств только при его наличии вне зависимости от достижения целевых показателей по охвату населения диспансеризацией.

Программа углубленной диспансеризации была [утверждена](https://vademec.ru/news/2021/06/18/pravitelstvo-utverdilo-soderzhanie-programmy-dispanserizatsii-dlya-perebolevshikh-covid-19/) Правительством РФ 18 июня 2021 года. Обследования должны были стартовать 1 июля – финансирование планировали осуществлять из федбюджета. На первом этапе диспансеризации пациенту проводят тест с шестиминутной ходьбой, общий и биохимический анализ крови, спирометрию и рентген грудной клетки, а также измеряют сатурацию. На втором этапе в случае необходимости пациенту предлагают пройти эхокардиографию, КТ легких и дуплексное сканирование вен нижних конечностей (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови).

По словам премьер-министра РФ Михаила Мишустина, до конца 2021 года [планировалось](https://vademec.ru/news/2021/07/08/utverzhden-poryadok-uglublennoy-dispanserizatsii-posle-covid-19/) обследовать 5,7 млн россиян. На эти цели из федбюджета было [выделено](https://vademec.ru/news/2021/06/25/zatraty-na-uglublennuyu-dispanserizatsiyu-v-2021-godu-sostavyat-6-mlrd-rubley/) 5,68 млрд рублей. В Минздраве и Федеральном фонде ОМС сообщали, что стоимость проведения диспансеризации одного человека на первом этапе оценивается в 1,2 тысячи рублей, на втором – в 3,5 тысячи рублей.

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко в начале января 2022 года говорил, что с момента запуска программы углубленную диспансеризацию прошли порядка 2 млн человек: «У 60% выявлены осложнения, связанные с перенесенным заболеванием ковидом, в том числе ухудшение хронических неинфекционных заболеваний. Эти люди поставлены на диспансерное наблюдение. Практически 10% было направлено на углубленную диспансеризацию – с более расширенным объемом диагностических методик, что позволило также своевременно назначить лечение и ряд пациентов госпитализировать».

В программе госгарантий на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов был [установлен](https://vademec.ru/news/2022/01/10/programma-gosgarantiy-2022-vmp-iii-covid-19-uglublennaya-dispanserizatsiya-i-drugie-novatsii/) средний финансовый норматив одного случая углубленной диспансеризации. Он составил 1 017,5 рубля. Кроме того, появилась возможность прохождения диспансеризации для пациента, который считает, что болел COVID-19, но к медикам не обращался. Тогда же Правительство РФ сообщило, что в 2022 году на углубленную диспансеризацию [направят](https://vademec.ru/news/2022/01/11/na-uglublennuyu-dispanserizatsiyu-perebolevshikh-covid-19-vydelyat-8-mlrd-rubley/) 8 млрд рублей.

<https://vademec.ru/news/2022/03/15/zatraty-na-dispanserizatsiyu-posle-covid-19-v-2021-godu-okazalis-vyshe-zaplanirovannykh/>

**Минздрав внесет изменения в порядок выбора гражданином медорганизации**

Заявление на выбор медорганизации для оказания помощи в рамках программы государственных гарантий за пределами территории субъекта проживания гражданином может быть подано в электронной форме. Выбрать клинику для оказания специализированной помощи в плановой форме по-прежнему можно только по направлению лечащего врача.

Минздрав вносит изменения в порядок выбора гражданином медорганизации для оказания помощи в рамках программы государственных гарантий за пределами территории субъекта проживания. Проект документа опубликован на портале [regulation.gov.ru](http://regulation.gov.ru/projects#npa=125845) 17 марта.

Необходимость изменений объясняется внесенными в декабре 2021 года в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [поправками](https://medvestnik.ru/content/documents/405-FZ-ot-06-12-2021.html).

Одна из наиболее существенных поправок в приказе – отсутствие требования указывать в заявлении при выборе или замене медицинской организации фамилию ее руководителя и наименование своей страховой компании (только номер полиса), а также адрес медорганизации, в которой гражданин находится на обслуживании. Заявление может быть подано в электронной форме с использованием личного кабинета на портале госуслуг, где эти сведения уже должны быть отражены.

Выбор медорганизации при оказании специализированной помощи в плановой форме по-прежнему осуществляется по направлению, выданному лечащим врачом.

Новый приказ придет на смену приказу Минздрава [№ 1342н от 21.12.2012](https://medvestnik.ru/content/documents/187.html)«Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи».

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-vneset-izmeneniya-v-poryadok-vybora-grajdaninom-medorganizacii.html>

**Проект порядка оказания платных медуслуг частично доработан**

Минздрав РФ, получив замечания к проекту правил предоставления платных медуслуг, доработал предлагаемый документ и отправил его на антикоррупционную экспертизу. В тексте проекта, тем не менее, остались раскритикованные медсообществом положения – например, обязанность прописывать в договоре на оказание платных услуг перечень будущих манипуляций целиком, требование составлять договор шрифтом размером 14 кеглей, а также избыточные требования к размещению ознакомительной информации на сайте клиники и стендах организации.

При этом специалисты ведомства учли ряд предложений профсообщества. Из новой версии документа исчезло требование указывать информацию о полисе ОМС потребителя платных услуг. Также уточнено, что тексты стандартов медпомощи необязательно демонстрировать клиентам целиком – достаточно разместить ссылки на эти нормативные акты. Кроме того, уточнено, что порядок распространяется как на сугубо коммерческие клиники, так и на организации, работающие по ОМС.

Одной из основных целей переработки действующих с 2012 года правил, согласно сопроводительным документам к проекту, стало желание Минздрава четко разделить потоки пациентов, лечащихся за личные средства и по ОМС. Разработчики проекта уточняют, что поводом к пересмотру документа стали сигналы Федеральной антимонопольной службы и жалобы пациентов, сообщающих о замещении бесплатных услуг платными.

Для разделения потоков пациентов порядок содержит закрытый список типов услуг, которые могут предоставляться на платной основе, первый из которых – «самостоятельное обращение за услугой». Также в списке есть анонимное лечение, лечение людей без гражданства, по желанию пациента – терапия с помощью препаратов, не входящих в ЖНВЛП и не закупаемых за счет бюджета, применение медизделий и питания, которые не входят в ОМС и не оплачиваются государством.

Решение вопроса, как использовать в коммерческой деятельности больниц материально-техническую базу и медицинские кадры, задействованные в оказании медпомощи по ОМС, предоставляется учредителю организации.

Общественное обсуждение проекта правил [проходило](https://vademec.ru/news/2021/11/02/minzdrav-obyazhet-kliniki-otchityvatsya-o-platnykh-uslugakh/) в ноябре 2021 года, всего на него поступило 10 замечаний, все значатся «учтенными частично». Согласно карточке документа, его ждет антикоррупционная экспертиза, а затем оценка регулирующего воздействия. Если правила будут приняты, в них также появятся два новых раздела, содержащие алгоритм дистанционного заключения договора на оказание услуг и порядок рассмотрения жалоб на получение платной медпомощи.

<https://vademec.ru/news/2022/03/16/proekt-poryadka-okazaniya-platnykh-meduslug-chastichno-dorabotan/>

**ФОМС изменит формы отчетности по использованию средств нормированного запаса**

Федеральный фонд ОМС (ФОМС) обновит порядок отчетности по использованию средств нормированного страхового запаса (НСЗ). В форме отчета об организации допобразования медработников появились графы о количестве академических часов и сведения о заключенном договоре.

Медицинские организации могут обязать отчитываться в новом формате об использовании средств НСЗ для дополнительного профессионального образования медработников по программам повышения квалификации, а также приобретению и ремонту медоборудования, которые включены в план, утвержденный Минздравом по согласованию с ФОМС. Это следует из представленного на общественное обсуждение 10 марта [проекта приказа](https://regulation.gov.ru/projects#npa=125562) фонда.

В новом порядке предоставления отчетности изменен срок подачи документов с 5-го на 15-е число месяца, следующего за отчетным периодом. В форме отчета об организации допобразования медработников появились графы о количестве академических часов и сведения о заключенном договоре.

В таблицах о покупке и ремонте медтехники добавлены колонки про контракт и код вида медоборудования. Информация об отказе медицинской организации в приемке услуг по договору, расторжении договора и исключении мероприятия из заявленного плана закреплена во всех трех таблицах.

В начале февраля Минюст [утвердил](https://medvestnik.ru/content/news/Medorganizacii-smogut-pokryvat-ubytki-iz-za-sokrasheniya-obemov-medpomoshi-iz-NSZ.html)новый Порядок использования ТФОМС средств нормированного страхового запаса, который позволяет использовать средства НСЗ для компенсации медорганизациям недополученных из-за сокращения объемов медпомощи доходов в условиях ЧС. В обновленном перечне средства НСЗ могут быть использованы на организацию допобразования медработников, покупку и ремонт медоборудования, а также на межтерриториальные расчеты, зарплату врачей и среднего медицинского персонала.

<https://medvestnik.ru/content/news/FOMS-izmenit-formy-otchetnosti-po-ispolzovaniu-sredstv-normirovannogo-zapasa.html>

**До конца 2022 года "ковидную" ЭКМП будут проводить по новым правилам**

Минздрав России обозначил особенности, по которым в 2022 года проводится ЭКМП по заболеваниям, вызванными COVID-19 (в остальном такая ЭКМП [проводится](https://base.garant.ru/403623822/#p_10) по [Порядку № 231н](https://base.garant.ru/400761901/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/#block_1000)). Медпомощь [должна](https://base.garant.ru/403623822/#p_11) соответствовать клинрекам либо Временным методическим рекомендациям Минздрава РФ. Еженедельные отчеты о проведенных ЭКМП должны публиковаться СМО, ТФОМС и ФФОМС не позднее каждой среды в ГИС ОМС ([Приказ Министерства здравоохранения РФ от 18 февраля 2022 г. № 89н](https://base.garant.ru/403623822/)).

Предусмотрено, что проводится так называемая постоянная тематическая экспертиза качества. Её [проводят](https://base.garant.ru/403623822/#p_14) ТФОМС и ФФОМС по медпомощи, соответственно, в регионе в рамках "своих" терпрограмм ОМС (также пациентам, застрахованным в других регионах) и в рамках базовой программы ОМС. Отбор случаев для проведения постоянной тематической ЭКМП проводится ежедневно на основании сведений единого регистра застрахованных лиц, персонифицированного учета сведений о медпомощи и "ковидного" реестра Роспотребнадзора, правила отбора случаев на экспертизу подробно [регламентированы](https://base.garant.ru/403623822/#p_16).

Установлены сроки проведения ЭКМП и [порядок](http://base.garant.ru/403623822/#p_28) предоставления экспертам необходимых для проведения ЭКМП документов и информации.

При этом [запрещено](https://base.garant.ru/403623822/#p_31) проведение мультидисциплинарной внеплановой целевой ЭКМП (кроме летальных случаев и по обращениям застрахованных лиц) по тем случаям, по которым ранее проводилась постоянная тематическая ЭКМП.

<https://www.garant.ru/news/1533393/?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**РАЗНОЕ**

**Счетная палата заявила о снижении финансирования частных клиник в системе ОМС**

При том, что доля негосударственных медорганизаций в системе ОМС достигла уже 36%, им выделяется в последние годы все меньше объемов медпомощи.

Счетная палата указала на низкую конкуренцию между медорганизациями различных форм собственности в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Об этом говорится в отчете о работе контрольного ведомства в 2021 году (имеется в распоряжении «МВ»).

По данным аудиторов, при значительной доле частных клиник в общем объеме медорганизаций, участвующих в системе ОМС (35,9%), доля выделяемых им объемов медицинской помощи составляет всего 5,1%. «Их участие представлено в подавляющем большинстве случаев оказанием отдельных медицинских услуг по обеспеченным тарифам или символическими объемами медицинской помощи, используемыми в маркетинговых целях для привлечения пациентов», – отмечается в отчете Счетной палаты.

Председатель Федерального фонда ОМС (ФОМС) Елена Чернякова в июле 2020 года [заявляла](https://medvestnik.ru/content/news/FOMS-otchitalsya-ob-uvelichenii-doli-chastnyh-medorganizacii-v-sisteme-OMS-do-36.html), что по итогам года расходы ОМС на объемы помощи, оказываемые частными медорганизациями, достигнут 148,5 млрд руб. и составят 8% от общего объема, сообщал «МВ». Доля негосударственных клиник в системе ОМС, по ее данным, также составляла около 36%.

Счетная палата отметила, что общий размер субвенции для финансирования переданных регионам полномочий в сфере ОМС остается недостаточным. Действующая Методика распределения субвенций не в полной мере учитывает объективные различия между субъектами. В частности, не учитываются разница в стоимости некоторых товаров и услуг, занимающих значимую долю в затратах медорганизаций (например, в расходах на приобретение лекарств), различия в стоимости оказания медицинской помощи в рамках межтерриториальных расчетов.

Кроме того, в большинстве субъектов недостаточно реализуются полномочия по дополнительному финансированию территориальной программы ОМС за счет средств регионального бюджета даже при наличии неоплаченных сверхплановых объемов медицинской помощи. В 2018 – 2020 годах софинансировал террпрограммы только 31 субъект.

<https://medvestnik.ru/content/news/Schetnaya-palata-zayavila-o-snijenii-finansirovaniya-chastnyh-klinik-v-sisteme-OMS.html>

**В 2021 году 49% нарушений в работе больниц были связаны с правами граждан на медпомощь**

Росздравнадзор отчитался об итогах государственного контроля качества и безопасности медицинской помощи за 2021 год. Почти половина выявленных нарушений была связана с нарушениями прав граждан.

Росздравнадзор представил ежегодный доклад об осуществлении федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности (ККБМД) в 2021 году. Документ опубликован на сайте надзорного органа.

Всего Росздравнадзор в 2021 году в рамках ККБМД в отношении 3935 медучреждений провел 4845 контрольных мероприятий, в том числе 714 плановых и 4131 внеплановых. В работе 2369 медорганизаций выявлено 6620 нарушений обязательных требований.

В 49% случаев нарушения были связаны с несоблюдением прав граждан в сфере охраны здоровья (3269 фактов). На вторую по распространенности группу — нарушения порядков оказания медицинской помощи — приходится 17% всех нарушений, 1125 случаев.

На третьем месте по частоте выявления  нарушения в организации внутреннего контроля качества медицинской помощи, 938 случаев. Затем идут нарушения порядков проведения медицинских экспертиз, медосмотров и освидетельствований — 672 случая, несоблюдение профессиональных ограничений по работе с фармкомпаниями — 578 случаев. Завершают список типичных ошибок нарушения организации и осуществления ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, которые выявлены в 38 проверках.

**Права граждан**

Среди основных нарушений прав граждан служба отмечает факты необоснованной оплаты за счет личных средств услуг, оказываемых по ОМС, — 1410 нарушений. Несоблюдение сроков оказания экстренной и неотложной помощи выявлены в 395 случаях, а плановой – в 267 случаях. В прикреплении больницы необоснованно отказывали гражданам 220 раз.

Также встречались нарушения правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам, нарушения в организации доступной среды для инвалидов, несоблюдение врачебной тайны и порядка информирования граждан, несоблюдение сроков для проведения искусственного прерывания беременности. В части медорганизаций отсутствовали письменные отказы от проведения патологоанатомического вскрытия, а также правильное оформление информационных стендов.

**Порядки и стандарты**

Росздравнадзор выявил в 2021 году 935 нарушений порядков оказания медицинской помощи. В 359 случаях больницами не соблюдались критерии оценки качества медпомощи по условиям ее оказания и группам заболеваний (состояний). Отсутствие необходимого оснащения было зафиксировано 290 раз, а несоответствие штатной численности — 34.

Проверяющие в 176 медорганизациях отметили нарушения правил организации деятельности, а отсутствие должной маршрутизации встречалось в 76 проверках.

В 190 проверках медорганизаций сотрудники надзорного органа выявили нарушения стандартов оказания медицинской помощи. Из них в 127 случаях было зафиксировано нарушение полноты оказания медуслуг, предусмотренных стандартом, в том числе 113 раз  при оказании медицинских услуг с усредненной частотой их предоставления «1» и 14 раз – для услуг с частотой менее «1».

Необоснованное назначение лекарственных препаратов встречалось в 34 проверках, медицинских изделий  в 11 случаях и дважды фиксировались нарушения при применении лечебного питания. Нарушения в работе врачебной комиссии при назначении лекарственных препаратов, медизделий и специализированных продуктов лечебного питания были допущены в 14 случаях.

**Финансирование деятельности**

Федеральным бюджетом на осуществление деятельности Росздравнадзора на 2021-2023 годы  выделено 4,2 млрд руб., из них на проведение контрольно-надзорных мероприятий — 2,2 млрд руб., еще 1,8 млрд руб. выделено на предоставление субсидий государственным бюджетным учреждениям.

На финансирование федерального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)» на указанный период было предоставлено 86,6 млн руб. Оставшиеся средства направлены на модернизацию опорных лабораторий в рамках Федерального проекта «Системные меры развития международной кооперации и экспорта» — 43 млн руб. и на реализацию программы «Обеспечение доступным и комфортным жильем и коммунальными услугами граждан Российской Федерации» — 33,4 млн руб.

<https://medvestnik.ru/content/news/V-2021-godu-49-narushenii-v-rabote-bolnic-bylo-svyazano-s-pravami-grajdan-na-medpomosh.html>

**Врачи рассказали, как кризис скажется на лечении онкобольных**

Примерно через месяц в три раза увеличится рублевая стоимость и без того недешевой терапии

В последние годы в области онкологии в стране случились серьезные прорывы. Многие инновационные препараты включили в госпрограммы, и ситуация с их доступностью хоть и не стала идеальной, но все же начала улучшаться.

Увы, сейчас все может измениться. Стоимость и без того недешевого лечения растет адекватно курсу валют. Врачи пребывают в растерянности: что они будут говорить пациентам в ближайшие дни, они не знают.

«Пока западные лекарства для онкологических пациентов еще есть на складах и закуплены, как это ни странно, по курсу примерно 60 руб. за евро. Но они очень быстро выметаются, — рассказывает в Сети известный онколог из Санкт-Петербурга Илья Фоминцев. — Следующие закупки пойдут по курсу примерно в 160 рублей за евро. Это примерно в три раза увеличит рублевую стоимость и без того недешевой терапии. Ждем этого примерно через месяц. Это сделает терапию совсем недоступной для пациентов, если они платят сами, и я не совсем понимаю, как будет работать ОМС. Тарифы на такое не рассчитаны. Они и раньше были не самые рентабельные, часто имеющие даже отрицательную рентабельность, а в этих ценах все тарифы будут минусовыми. Кто, когда и, главное, на какие шиши их поменяет, мне совсем неясно. У российских аналогов очень часто действующие субстанции из Швейцарии, из США или из Китая. То есть с ними будет примерно то же самое. Вчера говорил с патоморфологом. Исчезают реагенты и стекла для иммуногистохимии. Смотреть, говорит, будем, видимо, гематоксилин-эозином (устаревший метод окраски материалов для гистологического исследования. — Авт.). А не все из молодых умеют это делать. Ну, это, в общем, примерно как возвращаться к перкуссии и стетоскопу в век КТ и МРТ. Кстати, что там с КТ и МРТ?»

По мнению доктора Фоминцева, софинансирование ОМС со стороны пациента могло бы немного поддержать ситуацию. Но вряд ли надолго.

Известный доктор-травматолог Андрей Волна говорит, что из хороших новостей сегодня можно отметить, что медикаменты и изделия медицинского назначения под санкции не попали. И что даже в самой тяжелой экономической ситуации лечебные учреждения работают (и будут работать) по оказанию помощи населению.

Однако больше особо оптимистичного сказать нечего. Андрей Волна характеризует нынешнюю ситуацию в цифрах. Общий объем российского фармрынка, по оценкам аналитического агентства DSM group, в 2020 году составлял 2040 млрд руб., что было равно 25 млрд евро. При этом государственный сегмент, то есть объем рынка, обеспеченного государственными деньгами (больницы, льготное лекарственное обеспечение и т.д.), составляет лишь 36%. Остальное приходится на коммерческий сегмент (прежде всего это аптеки, куда все мы с вами ходим периодически).

«Стационарный (госпитальный) сегмент фармацевтического рынка в России составляет 20% от общего объема. В последние годы в госпитальном сегменте отмечался рост прежде всего за счет дополнительного финансирования таких национальных проектов, как борьба с онкологическими и кардиологическими заболеваниями. Также в последние годы отмечался рост рынка за счет препаратов для лечения орфанных (редких) заболеваний. Доля импортных лекарств на фармацевтическом рынке — 56%, отечественных — 44%. В сегменте лекарств стоимостью более 500 руб. за упаковку (в ценах до 24 февраля 2022 года) доля импортных медикаментов приближается к 70% и растет в прямой взаимосвязи с повышением цены и эффективности. Препараты, произведенные на территории России, принято подразделять на локализованные и собственно отечественные. И в том, и в другом случае доля импортных лекарственных субстанций колеблется здесь от 80% до 90%. Фармацевтическая субстанция — это собственно «основа» лекарственного препарата, определяющая его эффективность. Основные поставщики субстанций — это Индия и Турция. Для дорогих препаратов высокой избирательной эффективности (например, для лечения онкологических заболеваний) — США, Швейцария, иные страны высокоразвитой фарминдустрии», — рассказывает Андрей Волна.

Еще одна серьезная проблема, которая нас ждет в ближайшее время, — огромный шаг назад в области диагностики онкологических (да и многих других) заболеваний. С «тяжелой медицинской техникой», массовыми закупками которой мы так бравировали многие годы — прежде всего это аппараты КТ, МРТ, ПЭТ-КТ, аппараты для рентгенографии, рентгеноскопии, электрокардиографии, ультразвуковых исследований, — начнутся огромные сложности. Да, они у нас есть. Но их нужно обслуживать, к ним нужны расходники. «К крупному диагностическому оборудованию относят также аппараты искусственной вентиляции легких и мониторирования в условиях операционных и отделений реанимации, операционные столы, операционные лампы, роботические комплексы (прежде всего это роботические системы Da Vinci) для хирургии рака простаты и других хирургических целей, артро- эндоскопические стойки для хирургии и исследований и другое оборудование. Доля импорта крупного оборудования составляет не менее 85%. Расходные материалы (как правило, одноразовые) к импортному оборудованию — также заграничного производства. Многие виды оборудования не производятся в России вообще (особенно серийно). Это роботические комплексы, например. А то, что производится (недавно появились первые аппараты МРТ), изготавливается в тесной кооперации (по сути — это «отверточная» сборка) с зарубежными известными производителями. Отечественные аппараты КТ, а также рентгеноскопии и рентгенографии, комплектуются импортными трубками (это самая дорогая, «рабочая» часть аппаратов). Все крупное оборудование нуждается в постоянном сервисе (техническое обслуживание и ремонты) от производителя», — продолжает доктор Волна.

Почти все, что «вживляется» в организм (искусственные суставы, пломбировочный материал и имплантаты в стоматологии, кардиостимуляторы, протезы сосудов, клипсы, скобки, шовный материал), у нас тоже, как правило, импортное. Импортными в основном также являются и такие разовые изделия, как интубационные и ларингеальные трубки, катетеры, системы для вливаний, дренажи, комплекты операционного белья. «Как мы видим, доля импортных лекарств, оборудования, изделий медицинского назначения, а также комплектующих к ним на российском рынке медицинских услуг достаточно велика. И воплотить в жизнь идеи быстрого «импортозамещения» в ситуации, когда российский медицинский рынок так глубоко интегрирован с международным, не так уж легко и просто», — говорит Андрей Волна.

Эксперты, конечно, продолжают надеяться на лучшее: прямых санкций на поставки лекарств и медоборудования, как уже говорилось, нет. Но ситуация будет сильно зависеть и от курса рубля, и от экономической и политической ситуации, и от налаживания логистики поставок, которая сегодня сильно страдает. Ну а в отдаленной перспективе на качестве оказываемых медуслуг скажется и изоляция наших врачей от мирового сообщества: для них уже практически закрыты возможности получить международно признанное образование, стажировки в зарубежных клиниках, участвовать в международных форумах, принимать у себя специалистов из других стран.

<https://www.mk.ru/social/health/2022/03/14/vrachi-rasskazali-kak-krizis-skazhetsya-na-lechenii-onkobolnykh.html?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>