****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период 30 мая – 6 июня 2022)**

**МИНЗДРАВ/ФОМС**

**Федеральный минздрав будет чаще проводить проверки региональных минздравов по вопросам ОМС**

Приказ Минздрава России от 06.05.2022 № 313н вступает в силу с 11 июня 2022 года

Введение в действие [федерального закона от 21.12.2021 N 414-ФЗ](http://pravo-med.ru/legislation/fz/16906/) "Об общих принципах организации публичной власти в субъектах Российской Федерации" потребовало внесение изменений в подзаконные нормативные акты Минздрава России, принятые ранее.

[Приказом Минздрава России от 06.05.2022 № 313н](http://pravo-med.ru/legislation/fz/16900/) внесены изменения в Порядок осуществления контроля за эффективностью и качеством осуществления органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденный [приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18 декабря 2020 г. № 1340н](http://pravo-med.ru/legislation/fz/13623/), в котором теперь содержатся отсылочные нормы на федеральный закон от 21.12.2021 N 414-ФЗ.

Из существенных изменений – увеличивается частота контроля федерального минздрава за региональными.

Плановые проверки МЗ РФ станут проводиться один раз в два года, а не в три.

Приказ Минздрава России от 06.05.2022 № 313н вступает в силу с 11 июня 2022 года.

<http://pravo-med.ru/news/16907/?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**Минздрав и Нацмедпалата предприняли новую попытку посчитать затраты на аккредитацию**

Национальная медицинская палата планирует опросить территориальные представительства о временных затратах врачей, участвующих в работе аккредитационных комиссий. Таким образом Минздрав рассчитывает получить информацию о фактической стоимости кампании по аккредитации специалистов.

Нацмедпалата запросит через региональные представительства данные о количестве часов, которые тратят врачи, участвующие в аккредитационных комиссиях и подкомиссиях на работу, связанную с проведением экзаменов, сообщил «МВ» вице-президент организации **Сергей Дорофеев.**Сведения запросил Минздрав.

Нацмедпалата уже собрала материалы о загруженности членов комиссий и подкомиссий в четырех регионах — Новосибирской, Смоленской, Воронежской и Ростовской областях, но итоговые данные слишком разнились, пояснил он. Объясняется это различиями в медицинской инфраструктуре регионов (разное количество врачей и аккредитуемых специальностей, разное число аккредитационных площадок, подкомиссий и участвующих специалистов).

Поэтому цифры решено не озвучивать, а провести повторную оценку с привлечением большего числа субъектов.

«Минздрав пока хочет понять, сколько это будет стоить, чтобы оценить централизованную оплату этих расходов государством», — пояснил Дорофеев. О предполагаемом механизме оплаты ему неизвестно.

«Вопрос об источнике оплаты аккредитации, к огромному сожалению, не решен», — сообщил «МВ» глава Нацмедпалаты **Леонид Рошаль.**

Организация неоднократно уведомляла Минздрав о невозможности [регулярно](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-poprosil-regiony-premirovat-specialistov-za-rabotu-v-akkreditacionnyh-komissiyah.html) привлекать десятки тысяч врачей для решения государственной задачи по оценке знаний и умений коллег на безвозмездной основе. Минздрав даже рассматривал возможность взимания [госпошлины](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-rassmatrivaet-vozmojnost-vzimaniya-gosposhliny-s-vrachei-za-periodicheskuu-akkreditaciu.html) с врачей за периодическую аккредитацию, сообщал ранее «МВ».

По оценкам экспертов, стоимость аккредитационной кампании составляет около 1 млрд руб. в год с учетом того, что ежегодно периодическую аккредитацию проходит примерно 100—120 тыс. врачей, часть из которых имеют два-три и более сертификатов. К этому следует добавить 50—55 тыс. выпускников медицинских и фармацевтических вузов, которые ежегодно проходят первичную аккредитацию.

В конце мая Минздрав разослал руководителям органов исполнительной власти субъектов в сфере здравоохранения [письмо](https://medvestnik.ru/content/news/Medrabotnikov-poprosili-vybirat-elektronnyi-sposob-podachi-dokumentov-na-akkreditaciu.html) с просьбой информировать специалистов о приоритетном способе подачи документов для аккредитации — с использованием федерального регистра медицинских работников (ФРМР). В нем отмечалось, что при таком способе подачи пакета документов в них содержится минимальное число ошибок. Это позволит сократить срок рассмотрения документов в Федеральном аккредитационном центре (ФАЦ) и срок проведения периодической аккредитации специалистов, — подчеркнули в ведомстве.

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-i-Nacmedpalata-predprinyali-novuu-popytku-poschitat-zatraty-na-akkreditaciu.html>

**МИНЗДРАВ УТВЕРДИЛ КВОТЫ ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ В СВОИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

Минздрав РФ определился с количеством мест, доступных в конкретном медвузе либо федеральной медорганизации для поступления на целевое обучение по программам ординатуры, бакалавриата и специалитета за счет федбюджета, а также обозначил работодателей-заказчиков такого обучения. Схему, когда ведомства (в основном Минздрав и Минобрнауки) заранее указывают, к кому и в каком количестве медики устроятся после учебы, ввели и впервые применили в 2020 году.

Списки с количеством мест и заказчиками обучения Минздрав и Минобрнауки разослали по подведомственным организациям и региональным органам в сфере здравоохранения в конце мая – начале июня.

В учреждениях Минздрава квоты распределены ведомственными приказами №361 от 27 мая 2022 года (для бакалавриата, специалитета и магистратуры) и №366 от 31 мая 2022 года (для ординатуры). Документы не публиковались в открытом доступе, но списки точечно появляются на сайтах конкретных медвузов, депздравов и минздравов.

Например, известно, что Департамент здравоохранения Москвы (ДЗМ) [затребовал](https://mosgorzdrav.ru/uploads/imperavi/ru-RU/ordinature_kvota_2022.xlsx) в 2022 году 201 «целевика», которые будут проходить ординатуру в федцентрах и медвузах Минздрава, больше всего – по специальностям «анестезиология-реаниматология», «терапия» и «педиатрия» и только четыре по онкологии. За счет бюджета Москвы на целевой набор запланировано 180 мест в клиниках ДЗМ.

Определение конкретного заказчика в квотах целевого приема заранее, до подачи абитуриентами документов, Минздрав [ввел](https://vademec.ru/news/2020/03/02/minzdrav-smozhet-opredelyat-zakazchikov-tselevogo-obucheniya-medikov/) в 2020 году, чтобы регионы могли целенаправленно заполнять недостающие позиции медработников по дефицитным специальностям. Кроме того, сами субъекты впервые [получили](https://vademec.ru/news/2020/10/19/regiony-smogut-soglasovyvat-kvoty-priema-na-tselevoe-obuchenie-studentov-medikov/) право голоса при определении количества медиков, которых требуется привлечь на территорию, а также при выборе учебного заведения для целевого набора.

В 2020 году резко увеличилась доля мест в ординатуре, на которые можно поступить только по целевому набору, и к 2022-му существенно лимиты [не снизились](https://vademec.ru/news/2021/11/25/v-2022-godu-vse-mesta-v-ordinature-po-defitsitnym-spetsialnostyam-ostanutsya-tselevymi/). Сейчас полностью «целевая» ординатура, оплачиваемая за счет федбюджета, – по направлениям «анестезиология», «акушерство и гинекология», «радиология», «рентгенология», «детская онкология», «детская эндокринология», «кардиология», «неврология», «оториноларингология», «офтальмология», «пульмонология», «организация здравоохранения и общественное здоровье», «бактериология», «инфекционные болезни», «скорая медицинская помощь».
Подробнее: <https://vademec.ru/news/2022/06/02/minzdrav-utverdil-kvoty-tselevogo-obucheniya-v-svoikh-organizatsiyakh/>

**Минздрав увеличит частоту плановых проверок регионов**

Минздрав и Росздравнадзор будут чаще проверять в регионах исполнение законодательства в сфере ОМС и обеспечение прав граждан на льготное лекарственное обеспечение.

Минюст зарегистрировал 1 июня два приказа Минздрава, предусматривающих усиление контроля региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения. Будет увеличена частота плановых проверок на предмет обеспечения граждан медицинской помощью и лекарствами. Теперь они будут проводиться раз в два года, а не в три.

Приказом [№ 313н от 06.05.2022](https://medvestnik.ru/content/documents/313n-ot-06-05-2022.html) изменения вносятся в ведомственный приказ № 1340н от 18.12.2020, которым в 2021 году устанавливались правила проверок регионов на соответствие территориальных программ базовой программе ОМС. В том числе в нем оговаривались условия контроля за финансированием и использованием регионами средств ОМС.

Приказом Минздрава [№ 312н от 06.05.2022](https://medvestnik.ru/content/documents/312n-ot-06-05-2022.html) утвержден порядок контроля за эффективностью и качеством осуществления органами государственной власти субъектов переданных полномочий Российской Федерации в области оказания государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг. Документ описывает контроль за предоставлением гражданам государственной социальной помощи, лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, а также специализированных продуктов питания для детей-инвалидов. В соответствии с ним плановые проверки также должны проводится не чаще, чем один раз в два года.

В 2021 году Счетная палата назвала недостаточной финансовую устойчивость [системы](https://medvestnik.ru/content/news/Schetnaya-palata-ocenila-deficit-sredstv-OMS-na-oplatu-sverhobemov-medpomoshi-v-92-mlrd-rublei.html) ОМС и оценила дефицит средств на оплату сверхобъемов медпомощи в 92 млрд руб. Анализ выявил, в частности, неполную обеспеченность потребности в финансовых ресурсах на оплату сверхплановых объемов медицинской помощи по ОМС. В прошлом году генеральный прокурор России Игорь Краснов [внес](https://medvestnik.ru/content/news/Genprokuror-vnes-predstavlenie-Elene-Chernyakovoi-za-narusheniya-v-rabote-FOMS.html) представление главе ФОМС Елене Черняковой за то, что в ряде регионов фонд формировал территориальные программы, не соответствующие потребностям населения.

Всероссийский союз страховщиков (ВСС) сообщал о 11 регионах с [наибольшим](https://medvestnik.ru/content/news/Strahovshiki-predstavili-dannye-o-regionah-s-vysokim-deficitom-sredstv-v-sisteme-OMS.html)уровнем дефицита территориальных программ госгарантий. Лидерами рейтинга были Санкт-Петербург, Ленинградская, Новосибирская, Амурская, Свердловская и Ярославская области.

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-uvelichit-chastotu-planovyh-proverok-regionov.html>

**Минздрав увеличит субсидии регионам на оплату трансплантаций**

Минздрав подготовил изменения в порядок распределения субсидий, направляемых субъектам на медицинскую помощь вне базовой программы ОМС по профилю «трансплантация». Для медорганизаций вводятся повышающие коэффициенты.

Для регионов с медицинскими учреждениями, оказывающими высокотехнологичную медицинскую помощь вне базовой программы ОМС (ВМП-II) по профилю «трансплантация», будут введены повышающие коэффициенты, увеличивающие размер субсидий. [Проект](https://regulation.gov.ru/projects#npa=128031) постановления правительства, разработанный Минздравом, размещен на портале regulation.gov.ru 31 мая.

Дополнительные повышающие коэффициенты в размере 1,2 при распределении субсидий из федерального бюджета вводятся в целях софинансирования расходных обязательств субъектов по финансовому обеспечению ВМП вне ОМС, указано в документе. Для получения субсидий с повышенным коэффициентом регион должен отвечать определенным критериям: иметь соответствующие медорганизации, выполнять плановый объем ВМП.

Информацию о соответствии субъекта критериям отбора для предоставления ему субсидии, а также о размере планируемых средств в бюджете субъекта на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в Минздрав следует предоставлять до 1 июля текущего финансового года.

При обсуждении функционирования федеральных медицинских организаций в Совете Федерации 30 мая заместитель министра здравоохранения **Евгений Камкин** сообщал о [планах](https://medvestnik.ru/content/news/Roszdravnadzor-soobshil-o-roste-chisla-obosnovannyh-jalob-na-federalnye-medcentry.html)пересмотреть содержание перечней ВМП, а также увеличить финансирование по наиболее востребованным профилям медпомощи, включая онкологию и трансплантацию органов. Соответствующие инициативы будут представлены на согласование в Минфин.

В России с 2022 года расширен перечень видов ВМП, оказываемых за счет бюджета, [сообщал](https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-opredelilo-stoimost-otdelnyh-vidov-VMP-dlya-federalnyh-klinik.html) ранее «МВ». 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 в сердечно-сосудистой хирургии и трансплантологии. Стоимость трансплантации комплекса органов в различных сочетаниях составляет 4,2 млн руб.; тариф на трансплантацию легких с использованием перфузионных технологий — 8,3 млн руб.

В 2021 году на ВМП-II из бюджета ФОМС было [направлено](https://medvestnik.ru/content/news/Na-chastnye-centry-v-2021-godu-prishlos-tolko-600-sluchaev-vysokotehnologichnoi-medpomoshi-vne-OMS.html) 109,7 млрд руб. (100% от утвержденного объема), в том числе 108,1 млрд руб. составили субсидии федеральным медорганизациям (ФМО), 1,578 млрд руб. — медицинским организациям частной системы здравоохранения.

В марте 2022 года главный внештатный трансплантолог Минздрава **Сергей Готье** приводил [данные](https://medvestnik.ru/content/news/V-Rossii-vypolnyaetsya-tret-operacii-po-peresadke-serdca-ot-obshei-potrebnosti-naseleniya.html), что в России выполняется только треть от существующей потребности операций по трансплантации сердца.

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-uvelichit-subsidii-regionam-na-oplatu-transplantacii.html>

**РАЗНОЕ**

**Эксперты ОМС предлагают ввести отдельный тариф для реабилитации после COVID-19**

Постковидный синдром развивается практически у всех, кто болел COVID-19 в тяжелой форме, и примерно у каждого третьего, переболевшего легко. Все эти пациенты нуждаются в медицинской реабилитации. Представители страхового медицинского сообщества России предлагают принять во всех регионах порядки направления (маршрутизации) пациентов на медреабилитацию, создать дополнительные реабилитационные центры и отделения, перепрофилировав часть коечного фонда, разработать единые критерии оценки качества медицинской реабилитации, а также ввести отдельный тариф ОМС по реабилитации, которая проводится в амбулаторном звене. Об этом "Российской газете" рассказали во Всероссийской союзе страховщиков.

"По данным Минздрава России, до 70% пациентов, которые перенесли COVID-19, нуждаются в медицинской реабилитации. Это не только наша ситуация, о необходимости помощи таким пациентам говорят специалисты всех стран. Но сейчас объемы реабилитации по COVID-19 недостаточны. Поэтому мы считаем, что организация реабилитации послековидных пациентов требует больше внимания", - отмечает член Совета по медицинскому страхованию ВСС Надежда Гришина.

В целом в России, несмотря на ограничения в условиях пандемии, медицинская реабилитация пациентов продолжалась по всем основным заболеваниям - это болезни нервной системы, острые нарушения мозгового кровообращения, болезни сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, последствия травм и так далее. Но доля пациентов, получивших такую помощь после COVID, не соответствует количеству переболевших. В страховой медицинской организации "Капитал МС" провели анализ объемов медицинской реабилитации в 40 регионах страны, и оказалось, что по всем нозологиям в целом в 2021 году реабилитацию получили 76 тысяч пациентов, из них по поводу перенесенной коронавирусной инфекции - 11 тыс. случаев, то есть только 15% в общей структуре. При этом случаев госпитализации пациентов, у которых течение COVID-19 было тяжелым, зафиксировано около 500 тысяч. Логично сделать вывод, что львиная доля нуждающихся пациентов такую помощь не получила.

Причины могут быть разные, но одна из главных - недостаток специализированных отделений и коек. Но сейчас заболеваемость коронавирусной инфекций идет на спад, уменьшается и число пациентов, которым необходимо лечение в стационаре. Значит, полагают в ВСС, можно перепрофилировать высвобождающийся коечный фонд, организовав реабилитационные центры и отделения.

Второе "слабое место" - не все врачи направляют приходящих к ним пациентов на реабилитацию, а те, в свою очередь, просто не знают, что имеют право на такую помощь. Значит, нужно решить эту проблему, приняв во всех регионах порядки маршрутизации пациентов на медицинскую реабилитацию.

"В настоящий момент утвержденные в регионах Порядки маршрутизации в большинстве случаев не содержат четких условий и схем маршрутизации пациентов в конкретные специализированные медицинские организации, работающие по профилю "медицинская реабилитация", - пояснил "РГ" советник руководителя "Капитал-МС" Антон Устюгов. Собственно, и сами такие нормативные документы утверждены далеко не во всех регионах.

Выстраивая систему эффективной медреабилитации, важно сформулировать единые критерии оценки качества такой помощи. "Проверки с последующей экспертизой, которые проводят страховые компании, в том числе, и наша, показали, что примерно в каждом десятом случае при проведении реабилитации допускались нарушения, причем практически во всех проверенных случаях экспертами отмечались замечания, по которым санкции не были применены - просто потому, что в нормативно-правовых актах существуют пробелы в оценке качества", - отметил Устюгов.

В ВСС отмечают, что проверяли, как проводится реабилитация в круглосуточных и дневных стационарах, а оценить, как работают реабилитологи в амбулаторном звене, сейчас невозможно - отдельных тарифов для такого вида помощи нет, хотя по факту она должна оказываться. "Например, по регионам где работает наша компания, а это более 40 регионов страны, тарифы на медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях в 2021 году были установлены только в Московской области", - отметил Устюгов.

Между тем, если выделить отдельный тариф на медицинскую реабилитацию в амбулаторном звене, поликлиники будут заинтересованы развивать это направление работы, потому что это им будет выгодно экономически.

**Росздравнадзор сообщил о росте числа обоснованных жалоб на федеральные медцентры**

Росздравнадзор сообщил о двукратном росте количества обоснованных жалоб на доступность медпомощи в федеральных организациях. Однако этот показатель составляет чуть более 11% от общего числа обращений, узнал «МВ».

В 2021 году граждане стали испытывать больше сложностей при получении медицинской помощи в федеральных медорганизациях (ФМО), следует из статистики Росздравнадзора. Доля жалоб на доступность медпомощи, признанных обоснованными, выросла с 6,2% в 2020 году до 11,2%, сообщила заместитель руководителя Росздравнадзора **Ирина Серегина** на «круглом столе» в Совете Федерации 30 мая.

Чаще всего граждане жаловались на трудности в получении медпомощи по профилю «онкология». При этом общее число жалоб среди всего потока обращений в 2021 году снизилось по сравнению с 2019 годом с 15 до 12%. На втором месте – обращения кардиологических больных: в 2019 году 14% всех жалоб, в 2021-м — 9,9%. Значительно увеличилось число обращений, связанных с хирургией, — с 11 до 14,7%.

Всего по вопросам соблюдения прав граждан в 2019 году в Росздравнадзор поступило 1820 обращений, в 2021-м — 1973. Самый существенный рост количества жалоб был по фактам отказов в гарантированном объеме медпомощи: 298 обращений в 2019 году против 427 в 2021-м. По вопросам доступности медпомощи в 2019 году — 197 обращений, в 2021-м – 317.

Основные нарушения, которые выявлялись в федеральных центрах при проведении внеплановых проверок: взимание платы с граждан за услуги, оказанные в рамках программы госгарантий; отсутствие в документации пациента информированного добровольного согласия; отсутствие на информационных стендах и официальных сайтах учреждений информации о возможности получения медпомощи в рамках ОМС.

Заместитель министра здравоохранения Евгений Камкин уточнил, что Минздрав совместно с Минфином рассматривает корректировку перечней видов высокотехнологичной медпомощи (ВМП) и увеличение объемов для федеральных организаций по наиболее востребованным профилям (онкология, трансплантация органов). В программу госгарантий также планируется добавить новые методы, признанные успешными в ходе клинической апробации.

О «вопиющих фактах отказов в лечении в федеральных [медцентрах](https://medvestnik.ru/content/news/Yarovaya-nazvala-bezobraziem-trebovanie-u-pacientov-medorganizaciyami-spravki-057-v-originale.html)» сообщали в 2021 году депутаты, [писал](https://medvestnik.ru/content/news/V-Gosdume-zayavili-o-vopiushih-faktah-otkazov-v-lechenii-v-federalnyh-medcentrah.html)«МВ». Мониторинг правоприменения закона о реформе системы ОМС, вступившего в силу в 2021 году, показал неутешительные результаты, заявила первый заместитель председателя Комитета Госдумы по федеративному устройству и вопросам местного самоуправления Ирина Гусева. По ее словам, чаще всего граждане жаловались на взимание в ФМО денежных средств с пациентов (показатель достигает 10% в общей структуре обращений).

<https://medvestnik.ru/content/news/Roszdravnadzor-soobshil-o-roste-chisla-obosnovannyh-jalob-na-federalnye-medcentry.html>

**Система с мест: региональные пациенты не могут получить технологичную помощь из-за невидимых очередей**

В Совфеде предложили усовершенствовать информационную систему, связывающую субъекты и федеральные клиники

Медицинская помощь в федеральных центрах, в том числе высокотехнологичная, нередко оказывается недоступной для пациентов в регионах, несмотря на готовность федеральных клиник их принять. Причина в этом случае — в очередях, которые не видны федеральным центрам, а также в неэффективном использовании единой информационной системы (ЕГИСЗ) в регионах и общем нежелании субъектов направлять больных в федеральные центры, полагают участники состоявшегося в Совете Федерации профильного круглого стола. Согласны с этой точкой зрения и опрошенные изданием эксперты. В Совфеде для решения проблемы предложили усовершенствовать ЕГИСЗ, добавив туда оперативную информацию о свободном коечном фонде, доступную для всех сторон. Сейчас вопрос находится на рассмотрении в Минздраве. Подробнее о проблеме и о текущей ситуации с доступностью высококачественной медицинской помощи — в материале «Известий».

**Неучтенные очереди**

Вопрос доступности медицинской помощи в федеральных медицинских центрах обсуждали в Совете Федерации в начале недели. В заседании приняли участие представители нескольких федеральных медицинских и пациентских организаций, а также представители Минздрава и Фонда социального страхования.

Финансирование медицинских организаций в 2019–2021 годах осуществлялось в рамках плановых объемов, выполненных практически на 100%,отметила сенатор, член комитета по социальной политике Совета Федерации, Ирина Петина, выступившая председателем круглого стола.

Тем не менее представители федеральных медицинских организаций (ФМО) сообщили о негативных факторах, снижающих доступность помощи для жителей ряда регионов страны.

— Такими факторами они считают недостаточность финансирования системы ОМС и снижение плановых объемов оказания медицинской помощи в 2022 году по сравнению с периодом 2020–2021 годов, — подчеркнула Ирина Петина.

Также, по ее словам, в Совет Федерации поступают обращения из субъектов РФ: пациенты сообщают об очередях на получение высокотехнологичной и специализированной помощи.

— Основная проблема, с которой обращаются представители регионов в Совет Федерации, по наблюдениям комитета Совета Федерации по социальной политике, — это формирование очередей на региональном уровне на получение высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в федеральных клиниках, — рассказала «Известиям» Ирина Петина.

При этом, по данным федеральных медорганизаций, к которым с соответствующим запросом обратились в Совете Федерации, таких очередей быть не должно было.

Причиной, по ее мнению, стало то, что действующая единая государственная информационная система в сфере здравоохранения сейчас не предусматривает возможность доступа уполномоченных лиц к получению информации о количестве свободных мест по профилям высокотехнологичной медицинской помощи во всех федеральных клиниках, оказывающих этот вид медпомощи, отметила она.

— В связи с этим сложилась ситуация, когда федеральные медицинские организации не видят региональных очередей, а регионы не владеют ежедневной (ежемесячной или другой) информацией о количестве свободных мест — коек — в федеральных клиниках по профилям медицинской помощи, по видам ВМП, — пояснила сенатор.

Повысить эффективность использования мощностей федеральных центров, по ее мнению, может усовершенствование Единой государственной информационной системы (ЕГИС) в сфере здравоохранения.

В частности, за счет погружения в нее оперативной информации о занятости коечного фонда медицинских организаций по профилям высокотехнологичной и специализированной помощи. Предполагается, что такая информация должна быть доступна как для самих ФМО, так и для региональных систем здравоохранения.

**«Не успевают следить за новеллами»**

Обращения пациентов, которые не могут попасть из регионов в федеральные медицинские центры, поступают довольно часто, рассказал «Известиям» сопредседатель Всероссийского союза пациентов Юрий Жулев.

— Врачи не всегда успевают следить за новеллами в законодательстве. Например, пациенты могут получать отказы в направлении на лечение в федеральные центры по причине того, что врач не находит медицинское учреждение в региональном списке, хотя уже как год сформирован отдельный федеральный список лечебных центов. И таких примеров много, — поясняет он.

Кроме того, полагает он, очевидно «нежелание региональных властей «отпускать» пациентов в федеральные учреждения», поскольку в регионах предпочитают максимально загружать местные медучреждения.

Вместе с тем были сделаны серьезные шаги по повышению доступности и качества оказания медицинской помощи в федеральных медицинских организациях, признает собеседник издания.

Оказание помощи онкопациентам в федеральных центрах сейчас происходит в полном объеме, рассказала «Известиям» президент всероссийской ассоциации онкологических пациентов «Здравствуй!» Ирина Боворова. Исключение, по ее словам, составляют только ситуации, когда в федеральных центрах не оказывается некоторых препаратов для проведения химиотерапии, за которыми людей отправляют по месту жительства.

В то же время наблюдаются сложности с направлением в федеральные медицинские организации пациентов из регионов.

— Есть регионы, которые категорически не направляют в федеральные центры. Хотя [затем выясняется, что] держать было незачем, потому что в регионе такая помощь в принципе не оказывается, — рассказала собеседница издания.

В качестве примера она привела ситуацию в Волгограде, где долгое время отказывались направлять в федеральный центр мужчину с онкозаболеванием, которому требовалась трансплантация почки. Даже несмотря на то что в регионе такие операции не проводятся. Аналогичные случаи, связанные в первую очередь с трансплантацией, по ее словам, наблюдались и в других субъектах. То же самое касается ситуаций, когда необходимо лечение с использованием протонных или лучевых технологий, доступное в Обнинске и Химках.

— Лечение там доступно, в том числе по квотам, однако региональные службы вообще туда не направляют пациентов, — сетует она.

Не отправляет людей в федеральные центры в том числе Москва — в столице полагают, что местная система здравоохранения самодостаточна, когда речь идет о борьбе с раком, но это, отмечает Ирина Боворова, «не совсем справедливо».

**«Не налажена как часы»**

Единая цифровая система, так называемый вертикальный информационный контур, необходимый для обмена данными между федеральными медучреждениями и субъектами, существует и работает, признают в Ассоциации. Однако если федеральные центры «пользуются ею очень активно», узнавая, таким образом, какой пациент и где находится, какую помощь получает и в какой помощи нуждается, в случае с регионами система оказывается куда менее эффективной.

— Пока не можем констатировать, что взаимосвязь и четкий обмен информацией здесь налажены и работают как часы, — признает Ирина Боворова. — Хотя должно быть именно так.

Сейчас, по мнению Юрия Жулева, необходим «дальнейший мониторинг ситуации».

— Возможно, потребуется повысить финансирование федеральных центров, в случае если они исчерпают предусмотренные лимиты, чтобы не допустить снижения объемов медпомощи, — отмечает он.

Кроме того, необходимо повышать качество доступной высокотехнологичной медицинской помощи, считает он.

Также требует совершенствования нормативная правовая база, регулирующая порядок направления пациентов на лечение в федеральные клиники.

Пока по результатам круглого стола в Совете Федерации было принято решение о проработке на уровне Минздрава вопроса о дальнейшем усовершенствовании Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

В частности, о доступности в системе оперативной информации о занятости коечного фонда в федеральных медицинских организациях, в том числе тех, которые оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь, рассказала «Известиям» Ирина Петина. Доступ к ней должны иметь как федеральные центры, так и региональные клиники, а также органы исполнительной власти, отвечающие за сферу здравоохранения на уровне субъектов.

В Минздраве к моменту публикации не ответили на вопрос издания о перспективах доработки ЕГИСЗ.

<https://iz.ru/1343333/evgeniia-priemskaia/sistema-s-mest-regionalnye-patcienty-ne-mogut-poluchit-tekhnologichnuiu-pomoshch-iz-za-nevidimykh?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>