****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период с 15 по 21 января 2024 года)**

**ПРАВИТЕЛЬСТВО/ГД/СФ**

**Правительство направит почти 39 млрд рублей на финансирование ОМС для жителей новых регионов**

Правительство направит в 2024 году почти 39 млрд руб. на финансирование ОМС для жителей новых регионов. Медпомощь по программе ОМС будут получать граждане не только России, но и Украины, а также лица без гражданства.

Правительство [утвердило](http://government.ru/news/50644/) порядок финансирования базовой программы ОМС для жителей Донецкой и Луганской народных республик, а также Запорожской и Херсонской областей. На эти цели в 2024 году направят почти 39 млрд руб., [следует из постановления](http://static.government.ru/media/files/eoznuoP5i3rAJTmNBvDBdppAS5JyuWjK.pdf). Средства будут идти в виде межбюджетных трансфертов напрямую из Федерального фонда ОМС (ФОМС).

Медпомощь по программе ОМС будут получать граждане России, иностранные граждане и лица без гражданства, проживающие на территории ДНР, ЛНР, Запорожской и Херсонской областей и застрахованные в системе ОМС. Всего в 2024 году на эти цели выделяется более 38,7 млрд руб., из которых ДНР получит 18,8 млрд, ЛНР — 12,7 млрд, Запорожская область — 4,5 млрд, Херсонская — 2,7 млрд руб.

К 1 января 2024 года численность населения, имеющего российское гражданство, на территориях новых регионов РФ оценивалась в 3 227 429 человек. Бюджет ФОМС на текущий год предусматривает поступление страховых взносов в размере 24 млрд руб. на ОМС неработающего населения в этих регионах.

<https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-napravit-pochti-39-mlrd-rublei-na-finansirovanie-OMS-dlya-jitelei-novyh-regionov.html>

**Правительство пролонгировало соцвыплаты медработникам за помощь раненым участникам СВО**

Правительство продлило действие мер соцподдержки для медицинских работников, оказывающих помощь участникам специальной военной операции (СВО). Размер выплат не изменился.

Медицинские работники, оказывающие помощь участникам спецоперации, продолжат получать социальные выплаты в 2024 году, [сообщила](http://government.ru/news/50652/) 19 января пресс-служба правительства. Постановление опубликовано на сайте кабмина и [доступно на «МВ»](https://medvestnik.ru/content/documents/23-ot-18-01-2024.html).

Соцвыплаты за помощь раненым участникам СВО медработникам в Белгородской, Запорожской и Херсонской областях, ДНР и ЛНР из федерального бюджета назначили в марте прошлого года, [сообщал «МВ»](https://medvestnik.ru/content/news/Medrabotnikam-naznachili-socvyplaty-za-pomosh-ranenym-uchastnikam-SVO.html). Выплаты начали начислять за работу с 1 января 2023 года. Сколько средств планировалось направить на эти цели и сколько было израсходовано, не сообщается.

Как и в прошлом году, на максимальную выплату до 100 тыс. руб. в месяц смогут рассчитывать сотрудники медучреждений, в которых оказывается помощь по профилю «анестезиология и реаниматология» и проводятся хирургические вмешательства, — руководители, заведующие отделениями и врачи, а также врачи скорой и неотложной помощи и врачи-судмедэксперты. Для среднего медперсонала таких клиник максимальная выплата составит 40 тыс. руб.

Врачи стационаров, в которых будет оказываться специализированная медпомощь раненым участникам СВО, смогут получать до 60 тыс. руб. в месяц. Максимальная выплата среднему медперсоналу этих медучреждений — 30 тыс. руб., младшему медперсоналу и иным работникам — до 20 тыс. руб.

Конкретный размер выплат зависит от занимаемой должности и суммарно отработанного времени. Перечень медорганизаций, сотрудники которых будут получать социальные выплаты, утверждают региональные минздравы.

<https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-prolongirovalo-socvyplaty-medrabotnikam-za-pomosh-ranenym-uchastnikam-SVO.html>

**В Госдуме не одобрили законопроект о допуске к медицинской тайне только лечащего врача**

Комитет Госдумы по охране здоровья 17 января выступил против законопроекта о допуске к медицинской тайне только лечащего врача. Авторы поправок ранее предлагали не допускать полицию, военкоматы, работодателей и систему искусственного интеллекта к таким сведениям без письменного или электронного согласия пациента. В профильном комитете свое решение объяснили тем, что в российском законодательстве уже сформирован механизм для защиты врачебной тайны, поэтому депутаты посчитали избыточным вносить изменения в 323-ФЗ, так как это может затруднить обмен данными между организациями.

«Авторы законопроекта не указали статистические данные о злоупотреблении медицинскими организациями правом получать и использовать сведения, содержащие врачебную тайну. Гражданин не вправе запретить предоставление таких сведений в случаях, предусмотренных ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской федерации», статьей 13 «О врачебной тайне». Например, по запросу органов дознания, следствия, при угрозе инфекционных заболеваний», – заявил депутат Айдын Сарыглар во время [**заседания**](http://duma.gov.ru/multimedia/video/events/98210/) комитета.

Он также отметил, что понятие «электронное согласие» из составленной пояснительной записки в российском законодательстве не используется и требует уточнения.

Не допускать полицию, военкоматы, работодателей и систему искусственного интеллекта к сведениям, составляющим врачебную тайну, без письменного или электронного согласия пациента в июле 2023 года [**предложили**](https://vademec.ru/news/2023/07/04/v-gosdume-predlozhili-dopuskat-k-meditsinskoy-tayne-tolko-lechashchego-vracha/) депутаты Госдумы из фракции «Новые люди». По мнению авторов законопроекта, такая мера позволила бы исключить злоупотребление данными, не допустила бы их утечку и обеспечила неприкосновенность частной жизни пациентов.

В 323-ФЗ сейчас прописано 11 ситуаций, когда использование медицинской информации может производиться без согласия пациента или его представителя. Так, предоставление данных может происходить, когда состояние человека не позволяет выразить его волю, при угрозе распространения инфекционных и других опасных заболеваний, по запросу органов дознания и следствия, суда, прокуратуры и ФСИН, а также при запросах для обмена информацией между медорганизациями, в том числе размещенной в информационных системах, и учете и контроле в системе обязательного социального страхования.

Последние два пункта, как отмечали авторы поправок, особенно вызывают опасения, так как в медучреждениях работает неограниченный круг лиц, которые «вправе получать весь объем информации о пациенте без его согласия и уведомления». Это, по мнению депутатов, «создает предпосылки для увеличения случаев неправомерного использования сведений, составляющих врачебную тайну граждан».

<https://vademec.ru/news/2024/01/17/v-gosdume-ne-odobrili-zakonoproekt-o-dopuske-k-meditsinskoy-tayne-tolko-lechashchego-vracha/>

**МИНЗДРАВ/ФОМС**

**Минздрав представил новые правила поэтапного перехода на клинические рекомендации**

Минздрав России разработал проект поправок в постановление Правительства РФ о поэтапном переходе системы здравоохранения на работу по клиническим рекомендациям (КР). Уточнения гласят, что все выпущенные до 1 января 2024 года КР, несмотря на формальную пролонгацию переходного периода до 2025 года, все равно обязательны для выполнения. Отсроченное действие с 2025 года будет только у документов, принятых в течение 2024 года.

В постановлении №1968 от 17 ноября 2021 года в текущем виде говорится, что КР, принятые Минздравом после 1 июня 2022 года, применяются с 1 января этого года. Предлагаемые поправки Минздрава фактически оставят это положение нетронутым, но конкретизируют, что все вновь принятые в течение 2024 года рекомендации вступят в силу со следующего года.

Таким образом, к документам, теперь обязательным к исполнению, будут относиться 85 клинрекомендаций, размещенных в рубрикаторе министерства после 1 июня 2022 года, – это рекомендации по лечению и диагностике сахарного диабета у взрослых (1-го и 2-го типа), рассеянного склероза, различных видов солидных опухолей и онкогематологических болезней, ОРВИ, гриппа, нарушений липидного обмена и других.

Для клиник это означает, что после утверждения вносимых в постановление поправок при проверке качества медпомощи и обязательных назначений аудиторы будут сверяться именно с данными версиями клинических рекомендаций.

В конце 2023 года Госдума по предложению правительства [**продлила**](https://vademec.ru/news/2023/12/14/start-raboty-medorganizatsiy-na-osnove-klinicheskikh-rekomendatsiy-otlozhili-do-2025-goda/) дату завершения поэтапного перехода на всеобщую работу по КР с 1 января того года до той же даты 2025-го. Из прямого толкования новеллы следовало, что клинические рекомендации, выпущенные в предыдущие полтора года, станут обязательными только с 2025 года, однако в вышеназванном проекте Минздрава послабление вводится только для свежепринятых документов.

Министерство объясняет перенос финального внедрения КР для практической деятельности врачей и формирования программы госгарантий тем, что нацпроект «Здравоохранение» завершается как раз в 2025 году, а значит, к этому времени медицинская инфраструктура будет готова для полноценной работы.

<https://vademec.ru/news/2024/01/17/minzdrav-predstavil-novye-pravila-poetapnogo-perekhoda-na-klinicheskie-rekomendatsii/>

**Минздрав расширит список получателей выплат по «земским» программам**

Минздрав расширил перечень должностей медработников, работающих на селе и в небольших городах, которым положена разовая выплата от 1 млн руб. В действующем приказе от 2021 года забыли детского онколога-гематолога, врача-остеопата, сердечно-сосудистого хирурга и др.

Минздрав сформировал новый примерный перечень должностей медработников госучреждений, которым положены единовременные компенсационные выплаты по программе «Земский доктор» и «Земский фельдшер» за работу в сельских населенных пунктах и городах с населением менее 50 тыс. человек. Проект приказа [опубликован](https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=144934) 19 января на портале regulation.gov.ru.

Утверждение документа повлечет отмену действующего [приказа от 2021 года](http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202104050035?ysclid=lrknu2bkm7479238993&pageSize=100&index=1). В проекте нового перечня Минздрав предлагает добавить должности врача-аллерголога-иммунолога, детского онколога-гематолога, врача-остеопата, врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача-эпидемиолога и др.

Минздрав сформировал новый примерный перечень должностей медработников госучреждений, которым положены единовременные компенсационные выплаты по программе «Земский доктор» и «Земский фельдшер» за работу в сельских населенных пунктах и городах с населением менее 50 тыс. человек. Проект приказа [опубликован](https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=144934) 19 января на портале regulation.gov.ru.

Утверждение документа повлечет отмену действующего [приказа от 2021 года](http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202104050035?ysclid=lrknu2bkm7479238993&pageSize=100&index=1). В проекте нового перечня Минздрав предлагает добавить должности врача-аллерголога-иммунолога, детского онколога-гематолога, врача-остеопата, врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача-эпидемиолога и др.

Размер единовременной компенсационной выплаты составляет 1 млн руб. для врачей и 500 тыс. руб. для фельдшеров. Если населенные пункты находятся на удаленных и труднодоступных территориях, то компенсации увеличиваются до 1,5 млн и 750 тыс. руб. соответственно. Для Дальнего Востока, Крайнего Севера и регионов Арктической зоны выплаты составляют 2 млн и 1 млн руб. соответственно.

Условием получения выплаты не является обязательный переезд в сельскую местность. Например, на поддержку государства могут рассчитывать выпускники медицинских колледжей и вузов, которые завершили учебу и вернулись работать в свои населенные пункты, где зарегистрированы по месту жительства. Для получения компенсации медработники должны заключить договор с лечебным учреждением, обязуясь отработать там не менее пяти лет.

Президент **Владимир Путин** в декабре 2023 года [предложил](https://medvestnik.ru/content/news/Putin-anonsiroval-lgoty-dlya-privlecheniya-vrachei-v-novye-regiony.html) распространить на ДНР, ЛНР, Запорожскую и Херсонскую области действие программы «Земский доктор» и «Земский фельдшер» и поднять выплаты для врачей, переезжающих в эти регионы, с 1 млн до 2 млн руб., а для фельдшеров — с 500 тыс. до 1 млн руб.

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-rasshirit-spisok-poluchatelei-vyplat-po-zemskim-programmam.html>

**Минздрав намерен сократить сроки внесения сведений в ЕГИСЗ**

Министерство здравоохранения намерено сократить сроки внесения сведений в ЕГИСЗ. Также у Федерального казначейства может появиться доступ к информации о зданиях и строениях больниц, построенных за счет федерального бюджета.

Минздрав предложил сократить сроки внесения сведений в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). [Проект изменений](https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=144781) в Постановление Правительства РФ № 140 от 9.02.2022 опубликован на портале regulation.gov.ru.

Если сейчас информация предоставляется в ЕГИСЗ в течение пяти рабочих дней со дня получения актуализированных данных от медорганизаций, то в случае принятия документа ее будут предоставлять не позднее дня внесения сведений в реестр лицензий.

Также Федеральное казначейство получит доступ к информации о зданиях и строениях больниц и аптек, построенных за счет федерального бюджета, за счет интеграции ЕГИСЗ с ГИС «Управление».

Ожидается, что документ вступит в силу с 1 сентября 2024 года и будет действовать до 1 марта 2028 года.

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-nameren-sokratit-sroki-vneseniya-svedenii-v-EGISZ.html>

**Минздрав утвердил норму времени приема у врача-гериатра**

Минздрав утвердил норму времени амбулаторного приема у врачей-гериатров. На одно посещение пациентом в случае заболевания предусмотрено 45 минут, на профилактическое посещение — полчаса.

Минздрав утвердил приказ о типовых отраслевых нормах времени амбулаторного приема у врачей-гериатров — документ опубликован на официальном сайте правовой информации и [доступен на «МВ»](https://medvestnik.ru/content/documents/657n-ot-05-12-2023.html).

На одно посещение пациентом гериатра в случае заболевания предусмотрено 45 минут, включая время, затраченное на заполнение документации. В случае профилактического визита норма устанавливается в размере 65% от указанного параметра (то есть 29 минут). Затраты времени гериатра на оформление медицинской документации должны составлять не более 35% от норм времени, связанных с посещением одним пациентом в связи с заболеванием, то есть не более 15 минут.

Нормы были разработаны по результатам фотохронометражных исследований деятельности врачей-гериатров, проведенных Центральным НИИ организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ) Минздрава в девяти регионах — они фиксировали среднее время, которое затрачивает специалист на выполнение всех работ.

Ранее Минздрав [определил](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-opredelil-normy-vremeni-na-priem-pacienta-psihiatrom-i-psihoterapevtom.html)нормы времени на прием пациента психиатром и психотерапевтом. Для врача-психиатра установлен лимит в 24 минуты, для нарколога — 26 минут, а для врача-психотерапевта — 42 минуты.

Гериатры и геронтологи стали самыми дефицитными врачебными специальностями в России в январе-феврале 2023 года: по данным исследования сервиса Headhunter, на одну такую вакансию приходится всего 0,1 резюме, [сообщал «МВ»](https://medvestnik.ru/content/news/Geriatry-vozglavili-reiting-samyh-deficitnyh-vrachebnyh-specialnostei-v-Rossii.html).

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-utverdil-normu-vremeni-priema-u-vracha-geriatra.html>

**РАЗНОЕ**

**НИИ Минздрава запустил проект «Полезный оргздрав»**

На онлайн-платформе «Полезный оргздрав» собраны готовые решения проблем организации здравоохранения. Проект предназначен для руководителей медорганизаций, представителей региональных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья, а также специалистов медицинских информационно-аналитических центров.

Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ) Минздрава запустил проект «[**Полезный оргздрав**](https://praktiki.mednet.ru/)», где собраны решения ряда проблем, характерных для отрасли. Советы будут полезны для руководителей медорганизаций, представителей региональных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья, а также специалистов медицинских информационно-аналитических центров (МИАЦ).

Сейчас на портале представлены 23 реализованных решения из российских регионов. Например, расширение функционала медсестер по опыту Самарской городской поликлиники № 6, введение KPI для медработников в Мурманской области, а также практики по организации записи на прием к врачу в сельской местности, использованию цифровых сервисов для повышения доли выявленных злокачественных новообразований на ранних стадиях, дистанционному мониторингу здоровья беременных и др.

[Подать заявку](https://praktiki.mednet.ru/newpractice/) на оценку своей практики может любой специалист в сфере организации здравоохранения.

<https://medvestnik.ru/content/news/NII-Minzdrava-zapustil-proekt-Poleznyi-orgzdrav.html>

# **В РАН рассчитали ущерб для экономики от преждевременных смертей**

**Преждевременная смертность населения приносит ущерб экономике России на сумму до 24 трлн рублей в год, рассчитали эксперты РАН. Один недожитый год россиянина в среднем может стоить стране от 226 000 до 513 000 рублей. При этом исследователи называют одной из причин ранних смертей стремительный рост заболеваемости новообразованиями, которые наносят ущерб экономике в 1,8–2,6 трлн рублей**

Преждевременная смертность населения от заболеваний и внешних причин приносит экономике России потенциальные потери на сумму от 15 до 24 трлн рублей в год, [следует](https://www.rbc.ru/economics/18/01/2024/65a66afd9a79470cf70e7ee7) из данных исследования Центрального экономико-математического института РАН, которое было опубликовано в журнале «Национальные интересы: приоритеты и безопасность». Со статьей ознакомился РБК. По данным исследователей, ущерб от одного недожитого года россиянина в среднем составляет от 226 000 до 513 000 рублей.

Преждевременной в расчетах экспертов считается смерть до возраста ожидаемой продолжительности жизни, уточняет РБК. При этом исследование проводилось по данным о смертности населения за доковидный 2019 год. Тогда ожидаемая продолжительность жизни составляла 73 года. Так, авторы статьи оценили количество преждевременно умерших в 2019 году россиян в 981,8 тысяч человек.

Наибольший ущерб экономике страны принесли заболевания, связанные с системой кровообращения, — 3,5–4,8 трлн рублей в 2019 году. В то же время ущерб до 5,2 трлн рублей принесли потери от внешних причин, среди которых ДТП, случайные отравления и другие. «Особое внимание необходимо уделить снижению заболеваемости новообразованиями и уменьшению распространения сердечно-сосудистых заболеваний», — заключили эксперты.

По данным исследователей, новообразования как причина ранней смертности причиняют ущерб экономике страны в 1,8–2,6 трлн рублей. По данным Росстата, в 2020 году с новообразованиями было зарегистрировано 7,13 млн человек, а в 2022 году показатель вырос почти до 7,62 млн (прирост к 2021 году на 4,4%), уточняет РБК. «Заболеваемость новообразованиями стремительно возрастает, в том числе злокачественными», — заявляют эксперты в своей статье. При этом они отмечают, что заболеваемость новообразованиями возрастает у детей в возрасте до 14 лет. Это может быть связано с влиянием электромагнитного излучения и «проблемных инноваций», считают эксперты.

В то же время заместитель директора Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава по экономике здравоохранения Ольга Обухова считает, что рост заболеваемости в большей части связан с ростом выявляемости заболеваний, в том числе на ранних стадиях. Кроме того, увеличение заболеваемости может быть следствием роста продолжительности жизни, считает эксперт.

Ранее The Wall Street Journal со ссылкой на исследование, опубликованное в научном журнале BMJ Oncology, [сообщил](https://www.forbes.ru/forbeslife/504149-v-mire-rastet-zabolevaemost-rakom-sredi-molodezi) о росте заболеваемости онкологией среди молодежи по всему миру. Как отмечают исследователи, уровень диагностирования онкологии в США вырос за 20 лет на 12,8% — в 2019 году он достиг 107,8 случая на 100 000 человек в возрасте до 50 лет. Для сравнения, в 2000 году этот показатель составлял 95,6 случая на 100 000 человек. Резкий глобальный рост числа онкологических больных в возрасте до 50 лет, по данным BMJ Oncology, прежде всего отмечается в Северной Америке, Западной Европе и Австралии.

<https://www.forbes.ru/finansy/504477-v-ran-rasscitali-userb-dla-ekonomiki-ot-prezdevremennyh-smertej>

**Взнос на жадность**

Под управлением Ильи Баланина ФФОМС жирует, пока россиянам не хватает денег на лечение

Система страховой медицины, похоже, зашла в тупик. Между собираемыми с работодателей страховыми взносами и врачами выстроилась армия нахлебников. До медиков запланированные деньги не доходят, а пациенту всё труднее попасть по полису ОМС к выбранному им специалисту. Зато ФФОМС, ТФОМС и страховые компании живут припеваючи.

Систему обязательного медицинского страхования (ОМС) придумали в конце 90-х, и тогда она выглядела довольно прогрессивно. Полис давал гражданину право обратиться в любую государственную или муниципальную больницу на территории страны. Постепенно к системе подключились и частные клиники. Правило простое: из фонда ОМС оплачиваются базовые услуги, а за какие-то более сложные манипуляции надо доплатить в кассу медучреждения. В итоге люди начали голосовать ногами, записываясь на приём в хорошие, по их мнению, клиники. Здесь бы Минздраву взять и поработать с непопулярными больницами, подтянув качество услуг. Вместо этого пациентов стали закреплять за больницами по месту жительства. Сейчас по полису в «чужой» больнице можно получить только экстренную помощь. Пройти обследование или посетить узкого специалиста получится лишь в поликлинике, к которой гражданин прикреплён. «Перезакрепиться» россиянину позволено только раз в год. Кроме того, пройти обследование или лечение в частной клинике в рамках ОМС можно только по направлению терапевта из «своей» больницы.

Открепляться-закрепеляться надо заблаговременно, а не когда заболел и срочно нужна помощь врача, потому как на бюрократические процедуры больницам даётся от четырёх до двенадцати дней. Таким образом, конкуренция среди больниц на уровне ОМС уничтожена, всё работает по законам бюрократии.

Отдельный вопрос – роль частных страховых компаний во всей этой системе. Страховые взносы с работодателей (в среднем около 5% от начисленной зарплаты работника) в составе единого платежа уходят на счета ФНС. Налоговая передаёт средства Федеральному фонду обязательного медстрахования (ФФОМС), тот спускает деньги в регионы территориальным фондам (ТФОМС). ТФОМС перечисляют средства частным страховым компаниям (в законе они называются страховые медицинские организации – СМО), а уже они – больницам. И на каждом этапе из большого денежного потока вытекают весьма внушительные ручейки. За какие заслуги к распределению собранных налоговиками денег подключены частники, совершенно непонятно. Более того, СМО и ТФОМС имеют возможность штрафовать медиков за нарушение бюрократических процедур и долю от штрафов забирают себе.

Отследить финансовые потоки на уровне ТФОМС и СМО под силу разве что аудиторам. Граждане могут заглянуть только в бюджет ФФОМС, который принимается Госдумой. Но даже те цифры, которые лежат на поверхности, вызывают очень много вопросов.

*ФФОМС в этом году получит и распределит 3,1 трлн рублей. Из них более 2 млрд пойдёт на материальное и финансовое обеспечение самого фонда, в том числе 763,5 млн – на зарплаты работникам. другие расходы Фонда тоже могут вызывать возмущение. на то, как в ФФОМС тратят деньги, обращала внимание даже счётная палата*

Мёртвые души

Управляемый **Ильёй Баланиным** ФФОМС в 2023 году получил и распределил 3,1 трлн рублей. Из них более 2 млрд пошло на материальное и финансовое обеспечение самого фонда, в том числе 763,5 млн – на зарплаты работникам.

Рост фонда оплаты труда (ФОТ) в ближайшие годы запланирован существенный: 2024 год – 800 млн, 2025-й – 831,7 млн, 2026-й – 864,8 миллиона. Ещё более интересная ситуация была в 2021 году, когда штатная численность была увеличена с 290 до 340 человек, а ФОТ [вырос](https://versia.ru/click/?https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-predlojil-uvelichit-fond-oplaty-truda-FOMS-na-60.html?ysclid=lqf5pthkjn201680190) вдвое. Можно прикинуть, что сейчас средняя зарплата в Фонде составляет более 2 млн рублей в год (в эти расчёты не включены уборщики и охранники). Заместители руководителя декларируют в последние годы от 4 до 19 млн рублей.

О справедливости размеров вознаграждения, наверное, можно спорить. Но другие расходы Фонда явно вызывают возмущение. К примеру, на изготовление страховых полисов Фонд в прошлом году закладывал 1,25 млрд рублей. На каждый бумажный полис – 57,3 рубля, на электронный – 289,2 рубля. Обоснованность этих цифр вызвала вопросы у Счётной палаты. В итоге с 2024 года Фонд перестал планировать расходы на полисы, так как электронные полисы теперь выдаются бесплатно на госуслугах. Спросит ли кто-то за расходы на полисы в 2023 году? Ведь на госуслугах полисы-штрихкоды выдаются с 1 декабря 2022 года.

Ещё одна подозрительная статья расходов – модернизация программного комплекса ГИС ОМС. В 2022 году на это было предусмотрено 1,97 млрд рублей. Однако аудиторы Счётной палаты посчитали, что реальные расходы по этому направлению составят всего 0,5 миллиарда. По поводу модернизации компьютерных программ вопросы у аудиторов возникали и в 2023 году. Получив замечания, администрация Ильи Баланина снизила расходы на ГИС ОМС на порядок – до 100 млн рублей. Зато запросил 3,33 млрд на создание национальной цифровой платформы «Здоровье». Обоснований для этих расходов аудиторы снова не нашли. Складывается впечатление, что руководство Фонда правдами и неправдами раздувает статьи расходов.

А вот ещё интересный эпизод, который иллюстрирует сложившуюся в Фонде практику. Так, минувшим летом и осенью он выплатил несколько сумм одному из национальных исследовательских центров. 47,2 млн рублей в виде аванса ушли 7 июня, 104 млн рублей – 13 июля, 3,2 тыс. рублей – 2 сентября. При этом счёт на 151,5 млн был выставлен 10 августа. Таким образом, медучреждение имело возможность просто «подогнать» цифры в отчётах под нужную сумму. Делалось ли это в интересах пациентов или в первую очередь ради освоения средств? Что-то подсказывает, что второй вариант ближе к истине. Судите сами: если больница получает деньги заранее, то пациенты ей уже не нужны. Ситуация провоцирует врачей перейти к практике «мёртвых душ», как бы двусмысленно это ни звучало в контексте медицины.

Гниёт с головы

ФФОМС почти ежегодно получает замечания аудиторов о нарушениях различных методик подсчётов. А ведь считает Фонд не гвозди, а собранные с работодателей деньги. И если где-то [**обсчитывается**](https://versia.ru/tarify-foms-ostavlyayut-rakovyx-bolnyx-bez-lekarstv), то, надо полагать, в чью-то пользу. Потому неудивительно, что руководство ФФОМС время от времени оказывается в центре коррупционных скандалов.

Руководивший ФФОМС с 1998 по 2006 год **Андрей Таранов** отправился в колонию на семь лет. Согласно материалам суда, он и его подчинённые получали взятки от руководителей территориальных фондов и представителей фармкомпаний, участвующих в поставках медикаментов в рамках госпрограммы дополнительного лекарственного обеспечения. Руководивший Фондом в 2006–2008 годах **Дмитрий Рейхарт** работал тихо, но оскандалился позже. В 2017 году выяснилось, что бывший чиновник через жену и кипрский офшор владеет долей в компании «Валента Фарм», а также вкладывал миллионы долларов в западную фарму через люксембургский инвестфонд. «Валента Фарм» выпускает ингавирин, который во время пандемии ковида позволил компании изрядно обогатиться. Поверив слухам об эффективности препарата против коронавируса, россияне потратили на него миллиарды рублей. Потом выяснилось, что производитель мог указать в инструкции не все возможные побочные эффекты данного препарата.

Следующий руководитель ФФОМС (2006–2012 годы) **Андрей Юрин** тоже попал в мутную историю. Из Фонда он ушёл руководить Гохраном, где при нём произошёл скандал: партия алмазов была подменена сырьём более низкого качества, а несколько камней стоимостью полмиллиона долларов вовсе пропали.

В 2017 году Генпрокуратура предъявила претензии действующему тогда руководителю ФФОМС **Наталье Стадченко.** Она выписывала своим заместителям необоснованные субсидии на покупку жилья в размере от 1,6 до 11,5 млн рублей.

С 2022 года ФФОМС возглавляет **Илья Баланин**. Чиновничью карьеру он начинал в сфере финансов во властных структурах Костромской области, руководил администрацией губернатора **Сергея Ситникова**. До назначения в ФФОМС несколько месяцев работал в Россотрудничестве. Главной его заслугой в ФФОМС пока что видится раздувание смет.

Кстати

*Главными бенефициарами существующей системы ОМС являются страховые компании. Они, по сути, ничем не рискуя, пропускают через себя огромные финансовые потоки. Примерно треть всех полисов выдала компания «СОГАЗ-Мед». Второе место делят «Капитал МС», связанная с президентом ФК ЦСКА Евгением Гинером (на Украине ему приписывают долю в энергетической компании VS Energy), и «Макс-М» ( по данным за 2021 год, в число её акционеров входил экс-министр здравоохранения РФ Михаил Зурабов и его родственники). Немного отстаёт от лидеров «АльфаСтрахование», основанная при участии Михаила Фридмана и Петра Авена, а ныне связанная с Германом Ханом и Алексеем Кузьмичёвым.*

<https://versia.ru/pod-upravleniem-ili-balanina-ffoms-zhiruet-poka-rossiyanam-ne-xvataet-deneg-na-lechenie?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>