****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период 1 – 7 февраля 2022)**

**МИНЗДРАВ/ФОМС**

**Минздрав подготовил поправки в договор на оплату базовой помощи по ОМС федеральным медцентрам**

Минздрав подготовил проект поправок в форму типового договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования для федеральных медучреждений. Изменения расширят права Федерального фонда ОМС (ФОМС) при взыскании задолженности за нарушения медорганизацией своих обязательств, а также уточнят порядок авансирования медпомощи.

Министерство здравоохранения подготовило проект поправок в приказ о форме типового договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС. Планируется убрать из документа пункт о доведении до медорганизаций в 10-дневный срок распределенных объемов финансирования медпомощи и прописать в приказе удержание санкций за нарушения, выявленные при оказании помощи в рамках предыдущих договоров.

Изменения будут внесены в дополненный в декабре 2021 года приказ [№ 1396н от 29.12.2020](https://medvestnik.ru/content/documents/1396n-ot-29-12-2020.html). [Проект поправок](https://regulation.gov.ru/projects#npa=124583) опубликован на портале проектов нормативно-правовых актов 1 февраля. Общественное обсуждение документа завершится 15 февраля.

Согласно предлагаемым поправкам, из документа будет исключен пункт об обязательстве ФОМС в 10-дневный срок доводить до медорганизации расчетный годовой объем финансирования на основании распределенного ей объема медпомощи.

При этом авторы документа дополняют пункт об авансировании медпомощи: оказывающие помощь по договору в рамках базовой программы ОМС федеральные медорганизации смогут получать и в январе аванс в размере до одной двенадцатой объема финансового обеспечения предоставления медицинской помощи на год. Ранее 100% месячной нормы финансирования могли направить медучреждению только в декабре, для остальных месяцев действовала норма в 50% от 1/12 объема. Изменения вносятся в соответствии с Постановлением Правительства РФ [№ 2505 от 28.12.2021](https://medvestnik.ru/content/news/FOMS-peresmotrit-tarify-dlya-federalnyh-medcentrov-do-1-marta.html) «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов».

Также Минздрав намерен расширить права ФОМС в части оплаты медпомощи в случае выявления нарушений договора. Если ранее фонд мог не оплачивать услуги или оплатить их не полностью, а также потребовать возврата средств при нарушении медорганизацией установленных договором обязательств, то после принятия поправок он сможет еще и самостоятельно удерживать сумму задолженности за предшествующие годы из оплаты за оказанную в текущем году помощь.

Поправки намереваются внести и в порядок оплаты фондом оказанной медицинской помощи в случаях, когда сумма счетов в отчетном периоде меньше направленных организации авансовых средств. Действующая норма об уменьшении финансирования в следующем месяце будет дополнена фразой «за исключением суммы авансирования, перечисленной в отчетном периоде». Вводимое исключение предусмотрено для случаев, если оплата медицинской помощи с учетом результатов контроля предоставления медицинской помощи ‎на дату перечисления аванса не произведена, уточняется в пояснительной записке к документу.

Размер декабрьских авансов федеральным медцентрам на оказание базовой помощи [был увеличен](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-udvoit-razmer-avansov-federalnym-medcentram-na-okazanie-bazovoi-pomoshi-v-dekabre.html) в декабре 2021 года. До этого федеральные медорганизации могли рассчитывать на ежемесячный аванс из средств ФОМС в размере 50% от ежемесячной нормы, но при чрезвычайных ситуациях и при угрозе распространения опасных заболеваний эти выплаты могли составлять до 100% от 1/12 годового объема финобеспечения. Также в документе было указано, что размеры штрафов за несвоевременную или неоказанную помощь будут определяться в соответствии с правилами ОМС.

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-podgotovil-popravki-v-dogovor-na-oplatu-bazovoi-pomoshi-po-OMS-federalnym-medcentram.html>

**Поликлиники начнут работать по новым правилам**

В этом году финансирование поликлиник увеличится почти на сто миллиардов рублей. При этом к ним начнут предъявлять новые требования. Об этом сообщила в интервью "РГ" председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Елена Чернякова.

Минздрав России совместно с регионами реализует программу модернизации первичного звена. Она предусматривает организационные и материально-технические мероприятия, направленные на улучшение работы поликлиник.

"С 2022 года будут применяться единые для всей России подходы к оценке показателей результативности деятельности медицинских организаций, которые будут учитываться при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования", - говорит Елена Чернякова.

Так, медорганизации первичного звена, доказавшие эффективность своей работы и выполняющие не менее 85% от распределенного объема медицинской помощи, получат дополнительное финансирование.

"С применением этого подхода медорганизации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, будут получать финансирование, зависящее не только от количества прикрепленного населения или количества оказанных услуг, как ранее, но и от показателей здоровья людей, прикрепленных к ним", - продолжила Елена Чернякова.

Создаются условия для финансовой заинтересованности медицинских работников поликлиник в раннем выявлении заболеваний, их качественном лечении, уровне здоровья людей, продолжительности жизни пациентов. Финансово поощряться будет профилактическая работа, принятие мер по замедлению темпов прогрессирования заболеваний и недопущение развития тяжелых форм течения заболеваний и их осложнений, требующих оказания экстренной помощи.

<https://rg.ru/2022/02/03/polikliniki-nachnut-rabotat-po-novym-pravilam.html>

**Мурашко сообщил о подготовке изменений в программу ОМС**

Глава Минздрава Мурашко сообщил о подготовке изменений в ОМС из-за ситуации с COVID-19

**МОСКВА, 2 фев — РИА Новости.** Подготовлены изменения в программу OMС в связи с ростом числа пациентов с COVID, в случае необходимости может быть приостановлена плановая помощь, заявил глава Минздрава России Михаил Мурашко.

"В связи с быстрым ростом числа пациентов на амбулаторном лечении подготовлены изменения и в базовую программу OMС, предусматривающие в случае необходимости временную приостановку оказания плановой медицинской помощи, но с сохранением жизненно важных направлений в амбулаторных условиях", — сказал [Мурашко](http://ria.ru/person_Mikhail_Murashko) на президиуме координационного совета при правительстве по борьбе с коронавирусом.

По его словам, помощь, которая может быть отложена в этот неблагоприятный период, смещается в пользу дистанционных форматов взаимодействия – телемедицинский консультации. "При этом неотложная и экстренная помощь в полном объеме оказывается", — подчеркнул Мурашко.

<https://ria-ru.turbopages.org/ria.ru/s/20220202/murashko-1770705075.html?utm_source=yxnews&utm_medium=mobile&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fstory%2FGlava_Minzdrava_Murashko_soobshhil_opodgotovke_izmenenij_vOMS_iz-zasituacii_sCOVID-19--c2b15585060010ae7bcb9b4c63d39b9c>

**ФОМС выявил масштабные несоответствия тарифных соглашений регионов базовой программе ОМС**

Федеральный фонд ОМС (ФОМС) выявил несоответствие почти трети региональных тарифных соглашений на оплату медицинской помощи базовой программе ОМС, узнал «МВ». Среди самых частых нарушений: заниженная стоимость отдельных видов помощи и заниженный размер базовой ставки финансового обеспечения в круглосуточных и дневных стационарах.

Почти треть российских регионов не смогли обеспечить соответствие тарифных соглашений на 2022 год базовой программе ОМС. Из рассмотренных ФОМС 27 документов нарушения были выявлены во всех (копия отчета есть в распоряжении «МВ»). Результаты экспертиз тарифных соглашений и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов председатель ФОМС **Елена Чернякова** представила в формате видеоконференции с участниками системы ОМС 3 февраля.

Она назвала основные нарушения в тарифных соглашениях, которые служат основой для расчетов с медорганизациями за медицинскую помощь, оказанную в рамках территориальной программы госгарантий.Среди них: несоответствие способов оплаты медпомощи федеральной программе госгарантий (ПГГ); заниженные тарифы на отдельные виды медпомощи относительно нормативов финансовых затрат, установленных террпрограммой; заниженный размер базовой ставки финансового обеспечения в круглосуточных и дневных стационарах; не соответствующие программе госгарантий коэффициенты относительной затратоемкости отдельных для клинико-статистических групп (КСГ). Кроме того, в нарушение ПГГ средства на оплату углубленной диспансеризации и тестирование на COVID-19 субъекты включают в подушевой норматив финансирования.

По состоянию на 2 февраля в ФОМС поступили территориальные программы госгарантий 66 субъектов и Байконура и 56 тарифных соглашений. Из них в Минздрав фонд направил заключения по 45 территориальным программам, еще четыре проходят процесс согласования и 18 находится в работе. Остальные регионы программы не представили. Их предупредили, что сделать это необходимо до 10 февраля 2022 года.

Регионы обязаны получать заключение ФОМС на тарифные соглашения с 2019 года. Соответствующие [изменения](https://medvestnik.ru/content/news/foms-obeshaet-razobratsya-s-kajdym-sluchaem-narusheniya-tarifnyh-soglashenii.html) были внесены в закон «Об ОМС». Ранее субъекты устанавливали разные тарифы для разных медорганизаций без учета их уровня и возможностей оказания медицинской помощи.

Например, в 2018 году лишь 18 из 85 субъектов смогли представить тарифные соглашения, к которым у фонда не было [замечаний](https://medvestnik.ru/content/news/natalya-stadchenko-regiony-ne-smogut-zanijat-tarify-na-okazanie-medicinskoi-pomoshi.html). Согласование тарифных соглашений вводилось, чтобы профилактировать случаи занижения или завышения тарифов на оказание медпомощи, поясняли эксперты фонда  Таким образом, после введения правила «двух ключей» (Минздрав + ФОМС) планировалось  урегулировать проблему недофинансирования медицинских учреждений.

<https://medvestnik.ru/content/news/FOMS-vyyavil-masshtabnye-nesootvetstviya-tarifnyh-soglashenii-regionov-bazovoi-programme-OMS.html>

**Медорганизации смогут покрывать убытки из-за сокращения объемов медпомощи из НСЗ**

В условиях распространения опасных заболеваний и ЧС медорганизации смогут компенсировать недополученные доходы из нормированного страхового запаса (НСЗ). Порядок использования территориальными фондами ОМС (ТФОМС) этих средств был утвержден 29 декабря.

Минюст 3 февраля утвердил новый Порядок использования ТФОМС средств нормированного страхового запаса. Разработанный Федеральным фондом ОМС (ФОМС) приказ [№ 149н от 29.12.2021](https://medvestnik.ru/content/documents/149n-ot-29-12-2021.html)разрешает использовать средства НСЗ для компенсации медорганизациям недополученных из-за сокращения объемов медпомощи доходов. Это возможно в условиях «чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих».

Кроме того, документом утверждена норма, ограничивающая использование денег на допфинансирование территориальных программ ОМС. В действующей ранее редакции значилось, что размер НСЗ не должен превышать среднемесячный размер планируемых поступлений средств ТФОМС на очередной год.

В обновленном перечне средства НСЗ могут быть использованы также на: межтерриториальные расчеты, организацию допобразования медработников, покупку и ремонт медоборудования, зарплату врачей и среднего медицинского персонала.

<https://medvestnik.ru/content/news/Medorganizacii-smogut-pokryvat-ubytki-iz-za-sokrasheniya-obemov-medpomoshi-iz-NSZ.html>

**РАЗНОЕ**

**Лечение на плечи: в СП указали на неэффективность защиты прав граждан в ОМС**

Какие изменения законодательства в пользу пациентов предложили аудиторы

Нельзя полноценно создавать систему защиты прав пациентов в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС), если в принципе нет такого законодательного определения. Этот вывод содержится в отчете Счетной палаты (СП) по ОМС. Непрозрачность и недостаток регулирования в этой сфере приводят к тому, что функции по защите прав застрахованных лиц разделены между различными органами и структурами. В итоге граждане не имеют достаточной информации о бесплатной медицине, не могут воспользоваться своими правами и сами должны отстаивать права в судах. В СП предложили правительству рецепт, как исправить ситуацию. По мнению аудиторов, прежде всего необходимо законодательно определить само понятие системы защиты прав застрахованных лиц по ОМС, установить полномочия фонда ОМС в этой сфере, в том числе в плане информирования.

Не органом единым

В своем отчете СП пришла к выводу, что нельзя полноценно развивать формирующуюся систему защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС, если это понятие в принципе отсутствует в российском законодательстве. Как отмечено в документе, сейчас есть разрозненные элементы, механизмы и инструменты, установленные различными законодательными и нормативными правовыми актами межотраслевого характера и имеющие слабую взаимосвязь. Фактически нет единого органа, который стоял бы в основе этой системы. Какие-то функции возложены на территориальные фонды ОМС (ТФОМС), медицинские организации, какие-то — на страховые медицинские организации (СМО) и т.д.

«В ходе экспертно-аналитического мероприятия было установлено, что действующие механизмы защиты прав застрахованных лиц в системе ОМС недостаточно эффективны», — отмечено в отчете СП. Формально у гражданина достаточно свобод. Так, закон дает право на выбор медучреждения, врача, СМО и даже региона, в котором можно бесплатно и гарантированно полечиться. Однако фактически реализовать это невозможно. Если направление к специалисту выписывает лечащий врач, то право выбора переходит к нему. Или сложно получить помощь не в своем регионе из-за особенностей финансирования.

Как отметили в СП, отдельные права из-за отсутствия или несовершенства законодательства реализуются не в полной мере. Например, это касается права на выбор врача, получение от ФОМС и ТФОМС информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи. В результате пациенты либо не знают о том, что дает им система ОМС (по данным ВЦИОМа, осведомлены только 50% граждан), либо не могут реализовать свои права в полном объеме, указано в отчете СП.

Еще один пример — обращения в суды. Анализ СП показал, что в основном иски приходится подавать самим гражданам (в 97% случаев в 2019–2020 годах), притом что это могут и должны делать терфонды ОМС в соответствии с возложенными на них полномочиями. Примерно 1% обращений в суды приходится на СМО, хотя они нормативно не наделены полномочиями представлять пациентов в суде. При этом территориальные фонды ОМС, у которых такие полномочия есть, за два года не подали ни одного иска.

Также в СП подчеркнули, что налоговым законодательством не предусмотрено освобождение граждан и ТФОМС от уплаты госпошлины по искам в защиту прав и законных интересов застрахованных лиц в сфере ОМС.

Не реализуется в полном объеме и одно из ключевых прав застрахованных граждан — на получение бесплатной и качественной медпомощи. Как показал проведенный СП анализ, страховые организации и терфонды ОМС проводят экспертизы медорганизаций и оказываемых ими услуг ретроспективно. Соответственно, результаты таких проверок практически не влияют на профилактику нарушений и не позволяют превентивно обеспечить качество и доступность медпомощи.

Право в законе

Традиционно СП не только указала на недостатки, но и выдвинула свои предложения правительству, как можно исправить ситуацию. В отчет вошли такие рекомендации по формированию системы защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС:

• подготовить изменения в закон об ОМС в части определения понятия системы защиты прав застрахованных лиц;

• установить полномочия ФОМС по обеспечению прав застрахованных лиц, предоставлению застрахованному лицу достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медпомощи организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти;

• наделить СМО правом по сопровождению, оказанию юридической, информационной и другой помощи при защите застрахованными лицами своих прав в сфере ОМС в судебном порядке в случае их обращения в СМО;

• подготовить изменения в Налоговый кодекс, чтобы освободить ТФОМС и граждан от уплаты госпошлины по делам, связанным с оказанием помощи по ОМС;

• внести изменения в правила ОМС для совершенствования информационного сопровождения застрахованных лиц;

• установить критерии и порядок их применения при отборе случаев для проведения экспертиз с учетом риск-ориентированного подхода.

В ФОМС «Известиям» сообщили, что с конца 2020 года и по настоящее время были внесены важные изменения для защиты прав пациентов в рамках ОМС, позволяющие в том числе решить вопросы, обозначенные СП. Например, предусмотрен переход на цифровой полис ОМС, упрощение административных процедур вступления в систему ОМС, обращения за медицинской помощью; в отдельный сегмент базовой программы ОМС выделена медицинская помощь, оказываемая в федеральных клиниках, что существенно повысило ее доступность для застрахованных лиц вне зависимости от территории страхования (проживания), перечислили в фонде.

**Счетная палата предложила позволить медицинским страховщикам сопровождать пациентов в суде (таже тема)**

Счетная палата России подготовила отчет по итогам анализа формирования системы защиты прав граждан в сфере ОМС. Аудиторы предложили наделить страховые медицинские организации (СМО) правом представлять пациентов в суде.

Счетная палата проанализировала систему защиты прав граждан в сфере ОМС и пришла к выводу, что россияне недостаточно осведомлены об инструментах защиты и ответственных за нее. Специалисты рекомендовали до конца 2022 года разработать критерии по распределению объемов медицинской помощи, досудебной защите застрахованных и создать систему оценки деятельности СМО. Отчет есть в распоряжении «МВ».

|  |
| --- |
| Экспертно-аналитические мероприятия проводились аудиторами с 1 февраля по 30 декабря 2021 года. Целью проверки были анализ инструментов реализации мер по формированию системы защиты прав застрахованных в сфере ОМС и оценка результатов этих мер. Исследовались данные за 2019—2020 годы. |

**Знание – сила**

Одним из важнейших элементов реализации прав застрахованных и их защиты в Счетной палате считают полноценное информирование. Препятствует этому, по мнению экспертов, неравный доступ к необходимым для этого данным.

Согласно отчету, в 2020 году количество проинформированных в системе ОМС снизилось по сравнению с 2019 годом почти в два раза. При этом основная вина за это лежит на территориальных фондах ОМС (ТФОМС) – они снизили уровень информирования в 27 раз, до 3,7% к уровню 2019 года.

Информированность граждан снижается особенно сильно по вопросам получения амбулаторной медицинской помощи за пределами региона проживания (в 2019 году – 53%, в 2020 – 39%), выбора врача в стационаре (54 и 33%), права на выбор СМО (30%).

В ряде субъектов реализация прав застрахованных также ограничена недостатками в работе информационных систем ТФОМС и многочисленными ошибками медорганизаций при работе в них.

**На защите интересов**

Формально в суде права застрахованных защищает ТФОМС, СМО к этому не допущены по закону, хотя в них поступает в три раза больше жалоб от граждан, говорится в отчете. При этом, как показал опрос ВЦИОМ 2019 года, у россиян отсутствует понимание алгоритма действий при нарушении их прав на оказание качественной медицинской помощи.

По данным Счетной палаты, ТФОМС в 2020 году удовлетворили в досудебном порядке практически 100% спорных случаев, поступивших к ним на рассмотрение, а СМО – 92%, тогда как годом ранее — 47 и 94% соответственно. Сумма возмещения ущерба в 2019 году составила 13,3 млн руб., в 2020 – 15,5 млн руб.

**Спорные случае, разрешенные в досудебном порядке**

****

Источник: Счетная палата

Количество случаев судебной защиты в 2020 году, напротив, увеличилось на 6,5%. В 2019 году было удовлетворено 235 исков, в 2020 – 271. Общая сумма возмещенного ущерба составила в 2019 году 84,3 млн руб., в 2020 – свыше 106 млн руб. Основными причинами спорных случаев, разрешенных в судебном порядке, стали оказание медицинской помощи и взимание денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС.

**Спорные случаи, разрешенные в судебном порядке**

****

**Источник: Счетная палата**

**Рекомендованные изменения**

Аудиторы считают, что Минздрав совместно с ФОМС должны разработать изменения в Федеральный закон № 326 «Об ОМС» для формирования системы защиты прав застрахованных. В частности, необходимо: определить понятие «система защиты прав»; установить полномочия ФОМС и ТФОМС по обеспечению этих прав, а также по предоставлению достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи; наделить СМО правом по сопровождению, оказанию юридической, информационной и другой помощи при защите прав застрахованных в судебном порядке.

Кроме того, аналитики выступают за изменение Налогового кодекса с целью освободить ТФОМС, а также застрахованных от уплаты госпошлины по делам, связанным с оказанием помощи по ОМС.

В типовом договоре предлагается предусмотреть ответственность медорганизаций за неисполнение обязательств по предоставлению сведений, необходимых для информационного сопровождения застрахованных лиц, а в Приказе Минздрава России № 407н от 26.04.2012 уточнить необходимость содействия и замены лечащего врача руководителем ЛПУ.

ФОМС рекомендовано утвердить обновленную форму заявления о выборе (замене) страховой медорганизации, обеспечить единообразие данных на официальных сайтах СМО, проработать критерии распределения объемов медицинской помощи между медорганизациями, разработать систему оценки эффективности деятельности СМО и рекомендации по осуществлению досудебной защиты прав застрахованных лиц и т.д.

Все изменения рекомендуется внести до 30 декабря 2022 года.

<https://medvestnik.ru/content/news/Schetnaya-palata-predlojila-pozvolit-medicinskim-strahovshikam-soprovojdat-pacientov-v-sude.html>

**В программу госгарантий готовят дополнения о стационарах на дому**

Программу госгарантий и ряд приказов Минздрава планируют дополнить новеллой о медицинской помощи в стационаре на дому. Речь идет о полноценной альтернативе лечению пациента в круглосуточном стационаре и экономии средств системы ОМС, сообщили «МВ» во Всероссийском союзе пациентов (ВСП).

В Общественной палате РФ создана рабочая группа по организации медицинской помощи в стационаре на дому. Эксперты займутся выработкой предложений по внесению изменений в законодательство для внедрения стационарзамещающих технологий, сообщила пресс-служба палаты.

Группа будет работать при Комиссии по социальной политике, трудовым отношениям и поддержке ветеранов. Рабочая встреча по обсуждению их предложений с Минздравом планируется в конце февраля.

Эксперты отмечают, что в большинстве территориальных программ ОМС не предусмотрен тариф на такую медицинскую помощь. Такие ее формыотсутствуют в некоторых клинических рекомендациях или стандартах. Непонятно, по каким профилям можно оказывать помощь на дому, как она оплачивается, как осуществляется взаимодействие пациентов и членов их семей с медорганизацией, пояснили участники рабочей группы.

В результате такая работа остается личной инициативой врача, которая никак не регулируется и не оплачивается. Эта тема стала особенно актуальна в момент пандемии, когда в ряде регионов была сокращена плановая медицинская помощь, рассказал «МВ» президент Всероссийского общества гемофилии, сопредседатель Всероссийского союза пациентов **Юрий Жулёв**.

«Там комплекс вопросов: юридических, организационных, финансовых. Предварительные такие материалы уже подготовлены. Осталось предложить их Минздраву, чтобы окончательно легализовать и оформить такую форму медицинской помощи», — уточнил он.

По словам Жулёва, в регионах есть опыт организации стационаров на дому, но он фрагментарный. «Мы считаем что стационарзамещающие технологии с медицинской помощью на дому — важное направление развития системы здравоохранения. Появляются цифровые технологии, современные методы лечения, которые уже не требуют обязательного присутствия пациента в стационаре», — подчеркнул он.

|  |
| --- |
| Работа над внедрением в России полноценной модели стационаров на дому ведется с декабря 2020 года. Вопрос уже обсуждался с участием представителей Минздрава, Росздравнадзора и Фонда ОМС, были собраны отзывы главных внештатных специалистов. Стационар на дому предполагает законодательно установленный порядок наблюдения за пациентом с частотой, установленной в клинических рекомендациях или определенной врачом-специалистом, в том числе с применением телемедицинских технологий; контроль за применением лекарственных препаратов. Стоит цель разработать номенклатуру услуг, которые смогут получать пациенты с разными заболеваниями. Пока номенклатура и тарифы разработаны только для одного заболевания — синдрома короткой кишки. |

Минздрав поручил субъектам развивать стационарзамещающие технологии, включая стационар на дому, еще в 1999 году (Приказ № 438 от 09.12.1999). Однако эксперты не раз заявляли, что даже дневные стационары не получили должного внимания и развития в России. Не подстегнула их развитие и пандемия новой коронавирусной инфекции.

В январе прошлого года Минздрав запросил у регионов отчеты за 2020 год о деятельности дневных стационаров медорганизаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе стационаров на дому, [сообщал «МВ»](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-proanaliziruet-itogi-raboty-stacionarov-na-domu-v-regionah-v-2020-godu.html). Сведения просили предоставить «в целях повышения достоверности данных при формировании формы отраслевого статистического наблюдения» и для расчета потребности в медицинских кадрах.

<https://medvestnik.ru/content/news/V-programmu-gosgarantii-gotovyat-dopolneniya-o-stacionarah-na-domu.html>

**Уровень удовлетворенности россиян медуслугами вырос за 20 лет на 8%**

Исследователи оценили уровень удовлетворенности россиян медицинскими услугами и собственным здоровьем, а также проанализировали произошедшие за два десятилетия изменения показателей.

По итогам 2021 года большинство россиян (54%) в той или иной мере удовлетворены качеством медицинских услуг. В 2002 году общий уровень удовлетворенности составлял 46%, свидетельствуют [данные](https://romir.ru/studies/dvadcat-let-spustya-bolee-poloviny-rossiyan-udovletvoreny-kachestvom-medicinskih-uslug) исследовательского холдинга «Ромир».

В компании также отметили, что россияне стали чаще формулировать четкую позицию по этому вопросу – значительно сократилось количество затрудняющихся ответить: с 12% в 2002 году до 4% – в 2021-м.

При этом выросла доля недовольных в той или иной степени отечественной медициной (42% в 2021 году против 37% в 2002-м) за счет роста оценки «плохое качество» (25 против 20%).

В прошлом году наиболее удовлетворенными медициной были жители Центрального федерального округа (65%). Негативную оценку чаще дают в Северо-Кавказском федеральном округе (67%).

Выше доля удовлетворенных медуслугами среди людей с низким доходом (54%). В среднедоходной группе мнения разделились поровну.

Чаще недовольны качеством медуслуг люди в возрасте от 45 до 59 лет (30%).

**Оценка качества медуслуг**



Источник: «Ромир»

Ректор Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, президент Общества врачей России академик РАН **Олег Янушевич** связал рост удовлетворенности россиян качеством медуслуг с общим изменением отношения пациентов к врачам на фоне пандемии COVID-19. Кроме того, с 2003 года государство существенно улучшило материально-техническую базу здравоохранения, менеджмент лечебных учреждений, что не могло не повлиять на качество, отметил он.

В 2021 году 20% россиян были удовлетворены состоянием своего здоровья и 45% — «скорее удовлетворены». По сравнению с 2020 годом, на который пришлось начало пандемии, показатели снизились – тогда в совокупности положительные ответы давали 71% респондентов. Увеличилась доля тех, кто считает свое здоровье неудовлетворительным: с 29% в 2020 году до 35% – в прошлом. Но в сравнении с 2003 годом доля отрицательных ответов (48%) значительно снизилась.

**Удовлетворенность состоянием своего здоровья**



Источник: «Ромир»

<https://medvestnik.ru/content/news/Uroven-udovletvorennosti-rossiyan-meduslugami-vyros-za-20-let-na-8.html>

**В 2021 году на лечение коронавируса из средств ОМС потратили 530 млрд рублей**

Председатель ФОМС рассказала, сколько стоит лечение больного коронавирусом. Существует четыре различных тарифа, которые зависят от тяжести заболевания. Их стоимость варьируется от 60 тыс. до 270 тыс. руб.

Система ОМС в 2021 году потратила на лечение COVID-19 более 500 млрд руб., сообщила в интервью «[Российской газете](https://rg.ru/2022/02/03/v-foms-rasskazali-skolko-stoit-lechenie-covid-19.html)» председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) **Елена Чернякова**.

По ее словам, средняя стоимость медпомощи при госпитализации по программе госгарантий составляет 36 тыс. руб. А лечение COVID-19 в среднем обходится в 120 тыс. руб.

Всего за 2021 год только из средств ОМС на лечение инфекции потратили около 530 млрд руб. На 2022 год пока запланировано более 220 млрд руб. расходов на эти цели. Но все зависит от развития эпидемиологической ситуации.

Чернякова напомнила, что есть четыре тарифа по оплате лечения коронавируса, в зависимости от формы течения заболевания – легкая, средняя, тяжелая и крайне тяжелая – от 60 тыс. до 270 тыс. руб. на пациента.

В 2021 году почти 20% госпитализаций от общего числа приходилось на людей с COVID-19. На их лечение потратили 37% от объема финансирования круглосуточного стационара. В 2020 году на лечение коронавирусной инфекции по ОМС было потрачено 294,8 млрд руб., и произведено 2,1 млн госпитализаций.

Ранее «МВ» писал, что умершие от коронавирусной инфекции россияне в некоторых регионах почти в 60% случаев [не получали](https://medvestnik.ru/content/news/Strahovshiki-vskryli-fakty-massovogo-nenaznacheniya-dorogostoyashih-preparatov-pacientam-s-COVID-19.html) рекомендованную к применению при тяжелом течении COVID-19 терапию. В ряде случаев родственники сами покупали, включенные в методические рекомендации Минздрава, дорогостоящие лекарства, хотя они должны были назначаться в стационаре бесплатно.

<https://medvestnik.ru/content/news/V-2021-godu-na-lechenie-koronavirusa-iz-sredstv-OMS-potratili-530-mlrd-rublei.html>

**ОПРОС ОНФ: ТРЕТЬ РОССИЯН С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ЯНВАРЕ НЕ ПОЛУЧИЛА БЕСПЛАТНЫЕ ЛЕКАРСТВА**

Почти треть россиян с подтвержденным COVID-19 в январе 2022 года не получали бесплатных лекарств, которые полагаются им при амбулаторном лечении. Таковы результаты опроса 29 тысяч человек волонтерами Общероссийского народного фронта (ОНФ). Средства на обеспечение бесплатными лекарствами в регионах с 2020 года выделяются из резервного фонда Правительства РФ. Потребность в лекарствах возросла в 1,5 раза, но остатков достаточно для ее покрытия, уверяют в Минпромторге.

Хуже всего ситуация с обеспеченностью амбулаторными лекарствами против COVID-19 сложилась в Хабаровском крае (84% опрошенных не получили бесплатные препараты), Новгородской области (78,2%), Нижегородской области (75,9%), Иркутской области (75,7%), Смоленской области (73,8%), Рязанской области (68,6%), Владимирской области (61,4%), Астраханской области (61,1%), Псковской области (60,5%).

В Москве и Санкт-Петербурге уровень обеспеченности относительно высок: в столице недополучили препараты 29,2% опрошенных, в Северной столице – 38,3%. Лучше дела обстоят в Пензенской области (лекарства не выдали 14,4% опрошенных жителей), Мурманской области (24,4%), Республике Хакасии (36,4%) и Тульской области (32,6%).

Средства на обеспечение лекарствами больных COVID-19, проходящих лечение в амбулаторных условиях, Правительство РФ выделяет из резервного фонда. В 2020 году на эти цели было [направлено](https://vademec.ru/news/2021/01/14/minzdrav-i-minfin-razrabotayut-proekt-rasporyazheniya-o-vydelenii-sredstv-na-lekarstv-dlya-ambulator/) 7,8 млрд рублей, в 2021 году – по 2,7 млрд рублей в январе и [марте](https://vademec.ru/news/2021/03/16/pravitelstvo-napravilo-eshche-2-7-mlrd-rubley-na-ambulatornoe-lechenie-patsientov-s-covid-19/), еще 2,46 млрд – в июле, 5,1 млрд – в [октябре](https://vademec.ru/news/2021/09/30/na-ambulatornoe-lechenie-patsientov-s-covid-19-napravyat-eshche-5-mlrd-rubley/) и 10,9 млрд – в [ноябре](https://vademec.ru/news/2021/11/01/na-zakupku-lekarstv-dlya-ambulatornoy-terapii-covid-19-vydeleno-pochti-11-mlrd-rubley/) (всего 23,9 млрд рублей). В 2022 году на препараты, получаемые амбулаторно, было направлено 5 млрд рублей.

Несмотря на выделяемые средства, некоторые регионы в 2021 году жаловались на нехватку препаратов. В сентябре 2021 года министр здравоохранения Саратовской области Олег Костин [объявил](https://vademec.ru/news/2021/09/20/v-saratovskoy-oblasti-zakonchilis-lekarstva-dlya-ambulatornogo-lecheniya-covid-19/), что регион не успевает закупать лекарства для амбулаторных пациентов и будет выдавать их только остронуждающимся. На октябрь как минимум в 21 регионе существовала проблема дефицита препаратов. Минздрав России [признавал](https://vademec.ru/news/2021/10/13/vse-bolshe-regionov-ispytyvayut-defitsit-preparatov-dlya-ambulatornogo-lecheniya-covid-19/) наличие субъектов с низким запасом лекарств для амбулаторного лечения COVID-19. В Минпромторге нехватку отрицали, указывая на переизбыток запасов по некоторым лекарственным группам.

В Минпромторге «Ведомостям» сообщили, что потребность в лекарствах, применяемых при лечении COVID-19 амбулаторно, выросла за январь 2022 года в 1,5 раза – до 5,2 млн упаковок на 30 января. При этом в регионах осталось 12,2 млн упаковок в остатках, поэтому потребность покрывается на 235%. Меры по увеличению производства лекарств приняты. Как уверяют в ведомстве,  в феврале планируется выпустить 18,8 млн упаковок.
Подробнее: <https://vademec.ru/news/2022/02/04/opros-onf-tret-rossiyan-s-koronavirusnoy-infektsiey-v-yanvare-ne-poluchila-besplatnye-lekarstva/>

**В России впервые за долгие годы снизилась заболеваемость онкологией. И это плохая новость**

Всемирный день борьбы с раком отмечается во всем мире 4 февраля. В России ситуация с онкологией остается сложной. В 2020 году в стране впервые за десятилетия резко снизился показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями, но радоваться этому не стоит — это произошло из-за того, что с началом пандемии рак просто стали реже диагностировать из-за сокращения объемов плановой помощи, диагностики и профосмотров. В 2021 и 2022 годах система медицинской помощи также работает с ограничениями, а значит — будет еще хуже.

После более двух десятков лет постоянного роста уровня заболеваемости онкологией в России, в первый год пандемии этот показатель резко сократился: с 436,34 случаев на 100 тыс. населения в допандемийный 2019-й до 379,65 в 2020-м году. Такие данные содержатся в документе Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена — филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. Поскольку официальные статистические отчеты за 2021 год еще не опубликованы, в тексте использованы цифры за 2020 год.

Однако причин радоваться снижению заболеваемости нет. Поскольку вызвано оно снижением числа впервые выявленных случаев злокачественных новообразований. Проще говоря, дело в диагностике — рак стали реже выявлять. И причиной этому — пандемия коронавируса.

«В 2020 году онкологическая служба России работала в сложных условиях в связи с широким распространением коронавирусной инфекции среди населения. Были значительно ограничены возможности онкоскрининга, приостановлено проведение мероприятий диспансеризации определенных групп взрослого населения, увеличена нагрузка на систему оказания онкологической помощи в целом, что привело к снижению показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями за счет выявляемости», — указано в отчете Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена (МНИОИ).

Так, в первый год пандемии число установленных диагнозов сократилось до 556 тысяч — это почти 100 тысяч недиагностированных случаев онкологии.

«Наибольшее беспокойство, конечно, вызывает показатель ранней выявляемости злокачественных новообразований. На этот показатель напрямую оказывают негативное влияние последствия вводимых ограничений, связанных с распространением новой коронавирусной инфекции. Наблюдается увеличение доли пациентов с онкологическими заболеваниями, выявляемых на поздних стадиях», — отмечает заместитель министра здравоохранения РФ Евгений Камкин.

По данным Фонда обязательного медицинского страхования, которые привел чиновник, в 2020 году профосмотры прошли 3,3 млн взрослого населения —**в три раза меньше, чем в 2019 году.** Диспансеризацию прошли 10,2 млн взрослого населения — **в 2,5 раза меньше, чем годом ранее.**

Смертность от онкозаболеваний в России остается величиной постоянной уже четверть века , колебания год от года не превышают величину в 1–2%.

Согласно данным МНИОИ в 2020 году, от рака в стране умерли 291,4 тыс. человек — это **199 случаев на 100 тыс. населения страны**. Смертность от злокачественных новообразований на протяжении многих лет занимает второе место после болезней системы кровообращения. И, судя [по Национальной стратегии по борьбе](https://nop2030.ru/files/2017/11/national-strategy.pdf) с онкозаболеваниями до 2030 года, Россия провалила ключевой её показатель. Согласно стратегии, уже в 2019 году страна **должна была выйти на уровень 191,7 на 100 тысяч, а в 2020 году — 190,6**. Но этого не произошло.

Из-за пандемии в 2020 году врачи прогнозировали [всплеск смертности от болезней сердца и онкологии](https://66.ru/health/news/230929/) вследствие остановки плановой помощи. Коронавирус повлиял на профилактику и диагностику онкозаболеваний. Так, в Екатеринбурге на время [были приостановлены](https://66.ru/news/society/241220/) профилактические осмотры, диспансеризация взрослого населения и субботники против рака. Кроме того, население столкнулось с очередями на компьютерную томографию в больницах и [невозможностью пройти КТ платно](https://66.ru/health/news/232300/). При этом КТ позволяет выявлять рак легких на ранних стадиях, хоть это и не главный способ диагностики онкозаболевания.

Где самая высокая смертность и от каких видов рака умирают в России

Несмотря на принимаемые программы по борьбе и скрининг, за десять лет число случаев, когда впервые диагноз «онкология» поставили на последней стадии, практически не сократилось. Распределение в 2020 году выглядит так:

I стадия − 30,7%;

II стадия − 25,6%;

III стадия − 17,8%;

IV стадия − 21,2% (в 2010 год − 22,3%).

Наиболее частые виды онкологических заболеваний в общей структуре (и мужчины, и женщины) выглядят так:

рак молочной железы — 11,8%;

рак кожи (кроме меланомы) — 10,9%;

рак легких — 9,8%;

рак ободочной кишки — 7,2%

рак предстательной железы — 6,9%;

рак желудка — 5,8%;

прямой кишки — 5,1%.

Наибольший рост смертности от онкологии в 2020 году показали Тульская (+9,8%), Брянская (+4,8%) и Воронежская (+1,1%) области, привел данные Единого государственного реестра ЗАГС главный внештатный онколог Минздрава РФ Андрей Каприн. Больше всего доли умерших от онкозаболеваний снизились в Ивановской (на 13,3%), Орловской (на 12,4%) и Костромской (на 9,1%) областях.

Свердловская область находится в середине списка. Однако, как и в целом по стране, достичь плановых показателей по борьбе с раком региону так и не удалось. Согласно утвержденной программе по борьбе с онкозаболеваниями на 2019–2024 годы, к 2020 году смертность должна была составлять 220,2 на 100 тысяч.

По данным Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена, смертность на 100 тыс. населения в Свердловской области выглядит так:

2018 год — 231,78;

2019 год — 232,24 (план правительства Свердловской области — 222,3);

**2020 год — 229,38 (план — 220,2).**

В дальнейшем, согласно утвержденной программе, показатель должен снижаться так:

2021 год — 218,9;

2022 год — 215,6;

2023 год — 212,3;

2024 год — 208,9.

По итогам 2020 года, число жителей России уменьшилось на 510 тыс. человек, такие данные приводит Росстат. Это худший показатель с 2005 года. Причем правительство РФ прогнозировало, что сокращение численности населения составит всего 352 тыс. человек. Согласно документу, подготовленному кабмином, к 2025 году население сократится на 1,2

Пока официальной статистики за 2021 год и первый месяц 2022 года нет, и судить, как изменилась ситуация со смертностью от онкологии на второй и третий год пандемии, сложно. Однако и в прошлом году, и в этом регионы отменяли и отменяют плановые осмотры и госпитализации. Так, в январе в Москве, Ярославской, Оренбургской областях и Приморском крае уже [закрыли плановую госпитализацию](https://66.ru/health/news/248433/) в детские больницы.

В январе в Санкт-Петербурге городской комитет по здравоохранению сообщил об ограничениях оказания помощи на амбулаторном этапе, в том числе плановых осмотров и диспансеризации

Минздрав Новосибирской области рекомендовал поликлиникам перенести плановую помощь, профилактические осмотры и диспансеризацию на период после 1 марта. Впрочем, направления «онкология» эти рекомендации не касаются.

С 2 февраля Татарстан приостановил оказание плановой медицинской помощи взрослому населению, диспансеризацию, включая углубленное обследование лиц, переболевших коронавирусом.

<https://66.ru/health/news/248593/?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**Названы самые частые нарушения в оказании медпомощи больным COVID-19**

**В условиях распространения новой коронавирусной инфекции в России страховые медицинские компании проводят контроль качества помощи пациентам с COVID-19. Как проходят проверки и какие типичные нарушения выявляют эксперты, "Российской газете" рассказали во Всероссийском союзе страховщиков (ВСС).**

Страховые компании привлекают к экспертизе мультидисциплинарную экспертную группу, состоящую из экспертов разных медицинских специальностей - инфекциониста, анестезиолога-реаниматолога, пульмонолога, кардиолога, терапевта или педиатра. Экспертная группа адресно разбирается в каждой ситуации. Самые частые и самые значимые нарушения - это неисполнение утвержденных Минздравом Временных методических рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению COVID-19. Ошибки происходят как на этапе диагностики, так и при лечении больного COVID-19.

**Дефекты диагностики**

Ненадлежащая диагностика и профилактика тромбоэмболических осложнений COVID-19 (нарушения при исследовании уровня ферритина, д-димера крови).

Ненадлежащая диагностика фоновой патологии: ИБС, сердечной недостаточности, сахарного диабета (нарушения при исследовании тропинина, ЛДГ, глюкозы крови).

Непроведение дифференциального диагноза при возникновении осложнений (отсутствие консультаций смежных специалистов).

**Дефекты лечения**

Нарушение курса лечения при назначении антикоагулянтов (неоправданно сокращенное время приема препаратов).

Нарушения при назначении антибиотиков (назначение их без клинических показаний).

Несвоевременное начало применения противовирусных препаратов или назначение лекарств, не соответствующих по степени тяжести схемам лечения.

Несвоевременное начало лечения системного воспалительного ответа (несоблюдение режима дозирования стероидных препаратов).

Несвоевременный перевод пациента на ИВЛ.

**Дефекты преемственности**

Нарушение сроков госпитализации в стационар пациентов, лечившихся амбулаторно на дому.

"Своевременное устранение медицинскими организациями нарушений, выявляемых экспертами страховой компании, означает эффективное управление качеством медицинской помощи. От того, как медицинская организация будет в дальнейшем исправлять нарушения качества, в большой степени будут определяться исходы пациентов с COVID-19: например, будет ли обеспечено полное выздоровление или возникнут осложнения в виде хронической органной недостаточности, - пояснили в ВСС. - Совместная работа медицинской организации и страховой компании - это гарантия соблюдения прав и интересов пациентов в сфере ОМС".

<https://rg.ru/2022/02/02/nazvany-samye-chastye-narusheniia-v-okazanii-medpomoshchi-bolnym-covid-19.html?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>