****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период 24 – 30 ноября 2021)**

**ПРАВИТЕЛЬСТВО**

**Мишустин заявил о дефиците ресурсов системы здравоохранения**

Правительство вместе с научным, медицинским сообществом и экспертами разработает новые подходы для дальнейшего развития системы здравоохранения. Она должна стать современной и эффективной, заявил премьер-министр Михаил Мишустин на совещании по этому вопросу 25 ноября, сообщила пресс-служба кабмина.

По его словам, ситуация с коронавирусом продемонстрировала достоинства и недостатки российского здравоохранения. С одной стороны, она ускорила реализацию многих решений, включая разработку вакцин и систем для диагностики новой инфекции, производство медицинского оборудования. Активнее стали использоваться современные технологии, внедряться новые методы лечения.

С другой стороны, отчетливо проявились те направления, которым нужно уделить особое внимание. Прежде всего речь идет о дефиците имеющихся ресурсов системы здравоохранения. Требуются новые подходы к организации ее работы.

<https://medvestnik.ru/content/news/Mishustin-zayavil-o-deficite-resursov-sistemy-zdravoohraneniya.html>

# Кабмин выделил на страховые выплаты заразившимся COVID-19 медработникам еще 5,3 млрд рублей

Заразившимся COVID-19 при лечении пациентов медработникам правительство выделит дополнительно 5,3 млрд руб. Ранее в этом году на страховые выплаты уже выделялось 19,8 млрд руб. Правительство выделит из резервного фонда на страховые выплаты медицинским работникам, заразившимся коронавирусом, еще больше 5 млрд руб. Документ [опубликован](http://static.government.ru/media/files/lw3hI1jBxzpkE9hnBmWhXuAddtOmswag.pdf) на портале кабмина. По указу Президента России, подписанному в мае 2020 года, право на дополнительные страховые гарантии есть у врачей, среднего и младшего медицинского персонала, а также водителей скорой помощи, которые, помогая больным коронавирусом, заразились сами.

В этом году медработникам уже выделяли средства на единовременные страховые выплаты в размере 19,8 млрд руб. По данным Фонда социального страхования на начало октября, выплаты [были предоставлены](https://medvestnik.ru/content/news/Na-vyplaty-zarazivshimsya-i-umershim-ot-COVID-19-medrabotnikam-napravleno-uje-pochti-32-mlrd-rublei.html) по почти 420 тыс. случаев, связанных с COVID-19, на 31,9 млрд руб. Также были произведены более 1,1 тыс. выплат после смертей медиков из-за заражения COVID-19 на сумму более 3 млрд руб.

https://medvestnik.ru/content/news/Kabmin-vydelil-na-strahovye-vyplaty-zarazivshimsya-COVID-19-medrabotnikam-eshe-5-3-mlrd-rublei.html

**МИНЗДРАВ/ФОМС/ОМС**

**В Комитете Совета Федерации поддержали законы о бюджетах внебюджетных фондов**

На заседании Комитета Совета Федерации по бюджету и финансовым рынкам рекомендовали к одобрению законы о бюджете Фонда обязательного медицинского страхования (№1258297-7), Фонда социального страхования (№1258298-7) и Пенсионного фонда (№1258296-7) на 2022-—2024 годы.

Доходы Фонда ОМС в 2022 году увеличиваются на 9,7 процента к уровню 2021 года и должны составить 2,779 триллиона рублей. В 2023 году, в соответствии с прогнозом экономического развития, доходы ФОМС составят 2,925 триллиона рублей, в 2024 году — 3,086 триллиона рублей. Расходы — 2,8 триллиона рублей, 2,951 триллиона рублей и 3,120 триллиона рублей соответственно. Дефицит бюджета фонда планируется в 2022 году в сумме 21,85 миллиарда рублей, в 2023 году — в сумме 25,37 миллиарда рублей, а в 2024 — 34,04 миллиарда рублей.

В бюджете фонда ОМС предусматриваются межбюджетные трансферты из федерального бюджета в 2022 году в объёме 326 миллиарда рублей, в 2023 году — 326,8 миллиарда рублей и в 2024 году — 335,1 миллиарда рублей.

Субвенция из бюджета фонда для распределения по регионам на 2022 год предусмотрена в размере 2,461 триллиона рублей, на 2023 и 2024 годы — 2,596 и 2,749 триллиона соответственно. При этом планируемый размер субвенции обеспечивает подушевой норматив финансового обеспечения базовой программы ОМС на 2022 год в размере 14 173,9 рубля, на 2023 год — 14 949,9, на 2024 год — 15 834,7 рубля.

На реабилитацию россиян, переболевших COVID-19, за три года планируется выделить около 30 миллиардов рублей. На оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включённой в базовую программу ОМС, в 2022 году должны направить 112,5 миллиарда рублей, в 2023 году — 117, в 2024 году — 121,7 миллиарда рублей.

<https://www.pnp.ru/economics/v-komitete-soveta-federacii-podderzhali-zakony-o-byudzhetakh-vnebyudzhetnykh-fondov.html?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

# Обновлен порядок проведения аттестации медработников

Минздрав РФ опубликовал обновленный Порядок проведения аттестации для получения медицинским или фармацевтическим работником квалификационной категории. Новый, незначительно доработанный документ призван с 1 января 2022 года заменить аналогичный устаревший регламент от 2013 года. При этом проведение аттестации из-за пандемии COVID-19 временно приостановлено до конца 2021 года.

Документ не содержит существенных отличий от предыдущей версии порядка. На этапе разработки в Минздраве поясняли, что нормативный акт в первую очередь направлен на актуализацию положений – он «конкретизирует и дополняет» их.

[Проект](https://regulation.gov.ru/projects#npa=121818) Порядка был представлен 22 октября. В ходе общественного обсуждения из списка критериев для получения высшей категории были исключены «показатели работы по специальности». Также добавлена возможность подать заявление на получение категории через портал госуслуг.

Приказом уточняется, что уровень квалификации (второй, первый либо высший) будет влиять на дифференциацию оплаты труда, что оговорено в 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Впервые прописано, что при заключении аттестационного комитета будут, кроме прочего, учтены и «формы самообразования, используемые специалистом».

Основные положения, условия и сроки присвоения квалификационной категории остаются такими же, как и в действующем приказе Минздрава №240н от 23 апреля 2013 года.

Аттестация медиков была приостановлена в апреле 2020 года до конца года, затем мораторий [продлили](https://vademec.ru/news/2021/02/05/attestatsiyu-medikov-dlya-polucheniya-kvalifikatsionnykh-kategoriy-priostanovili-do-2022-goda/) еще на год. Все действующие категории, истекающие в этот период, автоматически продлеваются еще на год.

Другая форма подтверждения статуса медицинского работника – аккредитация специалиста – была освобождена от моратория в июне 2021 года, все медработники, в том числе подлежащие [периодической аккредитации](https://vademec.ru/news/2021/05/31/s-1-iyunya-nachnetsya-akkreditatsiya-dlya-rabotayushchikh-bez-razreshitelnykh-dokumentov-medikov/) раз в пять лет, а также [иностранные](https://vademec.ru/news/2021/09/23/minzdrav-propishet-pravila-akkreditatsii-dlya-medikov-iz-drugikh-stran/) специалисты были включены в процедуру.

*UPD. В новость от 22 октября 2021 года о проекте Порядка проведения аттестации 30 ноября 2021 года были внесены изменения в связи с выпуском приказа Минздрава РФ № 1083н от 22 ноября 2021 года«О порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории».*

<https://vademec.ru/news/2021/10/22/poryadok-provedeniya-attestatsii-medrabotnikov-budet-obnovlen/>

# Минздрав оставит минимум образовательных часов для аккредитации медработников

Минздрав передумал резко увеличивать суммарное количество часов, которые медицинские специалисты будут тратить на профподготовку для периодической аккредитации в течение пяти лет. Общую образовательную нагрузку планируется оставить на уровне 144 часов.

Минздрав планирует оставить на прежнем уровне суммарное количество часов, которые фарм- и медспециалисты будут тратить на непрерывное медицинское образование (НМО) в течение пяти лет. Это следует из доработанного проекта ведомственного приказа «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов», обратил внимание «МВ». [Проект документа](https://regulation.gov.ru/projects#npa=120680) был доработан в средине ноября и доступен на портале regulation.gov.ru.

Два месяц назад Минздрав [предлагал увеличить](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-razrabotal-proekt-novogo-Polojeniya-ob-akkreditacii-specialistov.html) суммарное количество часов, которые медицинские специалисты будут тратить на непрерывное образование в течение пяти лет, с 70 до 106. При этом дополнительные часы, необходимые для допуска к периодической аккредитации с 2023 года, не должны были входить в суммарные 144 часа подготовки. В Координационном совете по развитию НМО Минздрава такую необходимость [объясняли](https://medvestnik.ru/content/news/Uvelichenie-kolichestva-chasov-dlya-akkreditacii-v-Minzdrave-obyasnili-ravneniem-na-mirovoi-opyt.html) растущими требованиями к специалистам и мировым опытом.

Новым проектом приказа предусмотрены вариативные способы предоставления сведений об освоении образовательных активностей: 144 часа только за счет программ повышения квалификации, при этом допускается освоение программ, не включенных в перечень портала НМО или те же 144 часа в рамках НМО, из которых на программы повышения квалификации нужно потратить не менее 74 часов.

Документ еще проходит процедуру оценки регулирующего воздействия (ОРВ). При этом накануне Минюст зарегистрировал приказ Минздрава [№ 1082н от 22.11.2021](https://medvestnik.ru/content/documents/1082n-ot-22-11-2021.html), которым устанавливается порядок выдачи свидетельства об аккредитации специалиста или выписки из государственного реестра о прохождении этой процедуры. Документ вступит в силу с 1 марта 2022 года.

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-ostavit-minimum-obrazovatelnyh-chasov-dlya-akkreditacii-medrabotnikov.html>

# Хтонь кого: как фонды ОМС выбивают друг из друга деньги, следующие по всей стране за пациентами

В октябре Верховный суд (ВС) РФ поддержал отказные решения предыдущих инстанций арбитража по делу об оплате медпомощи, оказанной «иногородним» пациентам без направления, выданного по месту жительства и страхования. Кейс вполне конкретный. Жители Самарской области пролечились на 8,6 млн рублей в Оренбурге, где им и были выписаны пресловутые справки по форме №057/у-04. ТФОМС Оренбургской области, обратившись к Самарскому терфонду за компенсацией расходов, получил отказ и ввязался в многоэтапную арбитражную тяжбу, точку в которой поставил Верховный суд. Особенный смысл истории придает даже не то, что ВС РФ кардинально изменил свою прежнюю позицию относительно межтерриториальных расчетов в системе ОМС, а то, что федеральный ФОМС пытается теперь возвести это судебное решение в прецедент, на основании которого можно будет управлять маршрутизацией пациентов и финансовыми потоками. Vademecum проанализировал схожую арбитражную практику и постарался разобраться в мотивации сторон.

Как следует из материалов Арбитражного суда Самарской области (дело № А55-18333/2020), летом 2020 года Оренбургский ТФОМС пытался получить от Самарского терфонда средства за оказанную самарцам специализированную медпомощь на общую сумму 8,6 млн рублей. По всем выставленным за 2017–2020 годы счетам Оренбург получил отказ в связи с отсутствием у пациентов направления «из медицинской организации прикрепления» – именно этот дефект с кодом 53 (некорректное заполнение счетов) Самарский ТФОМС выявил посредством медико-экономического контроля. Как сочли затем все инстанции арбитража, получившие медуслуги в оренбургских больницах самарские пациенты должны были получать направления на лечение исключительно в Самарской области. В октябре 2021 года отказные решения арбитражей поддержал и Верховный суд РФ, подчеркнув, что «иное толкование фондом [истцом, Оренбургским ТОФМС. – Vademecum] положений законодательства применительно к установленным фактическим обстоятельствам дела <…> не является основанием для отмены обжалуемых судебных актов».

Дело это, может быть, и не вызвало бы особого резонанса (пусть даже нынешнее решение ВС РФ спорит с его же предыдущим определением и тематической арбитражной практикой, но об этом позже), если бы не ФФОМС, выступивший по той же проблематике с абсолютно идентичным мнением: направление 057/у-04 «работает» лишь в том случае, если выдается пациенту по месту прикрепления. К слову, в публичное поле это утверждение ФФОМС попало, можно сказать, по случайному стечению обстоятельств. Некоторое время назад представители ТФОМС Московской области обратились к ФФОМС с просьбой подтвердить возможность неоплаты счетов по межтерриториальным расчетам, а полученный из ФФОМС ответ выложили в открытый доступ.

В [письме](http://www.mofoms.ru/upload/iblock/b0a/%D0%9F%D0%B8%D1%81%D1%8C%D0%BC%D0%BE%20%D0%A4%D0%9E%D0%9C%D0%A1%20%D0%BE%D1%82%2008.09.2021_00-10-30-2-06_5050.pdf) за подписью зампредседателя ФФОМС Светланы Кравчук фонд разъясняет подмосковным коллегам, что без направления лечащего врача амбулаторной медорганизации, к которой прикреплен пациент, медпомощь в регионе его пребывания не оплачивается. То есть, согласно 323-ФЗ, направление 57/у-04 вправе выписать только тот, кто выполняет «функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медпомощи в период наблюдения за ним и его лечения», а такой специалист находится в организации, которую застрахованный выбрал для получения первичной медико-санитарной помощи.

Директор ТФОМС Самарской области **Владислав Романов** трактовку ФФОМС, разумеется, поддерживает, а заодно ссылается на приказ Минздрава РФ №1342н от 21 декабря 2012 года, где описан порядок выбора пациентом медорганизации при выезде из региона.

«В желании больше заработать недобросовестные медицинские организации могут утяжелять диагноз пациента для оказания более дорогостоящих услуг, проводить гипердиагностику, назначать излишние процедуры и медикаменты. Все это, в конечном счете, может негативно отразиться на здоровье пациентов», – рассуждает Романов в своем ответе на запрос **Vademecum**. После появления приказа №1342н, подчеркивает он, сотрудники ТФОМС неоднократно напоминали медорганизациям Самарской области, что оказание медпомощи возможно только при наличии направления из поликлиники: «Это позволило избежать проблем при оплате медицинской помощи при межтерриториальных расчетах».

Солидарны с тезисами ФФОМС и в терфонде Ставропольского края, ратуя при этом за устойчивость системы ОМС, которой угрожают неконтролируемые самостоятельные обращения граждан в организации других субъектов. В таких случаях, поясняют свою позицию в Ставропольском ТФОМС, оплата медпомощи производится дважды: в первый раз по подушевому нормативу финансирования, во второй – напрямую в организации другого региона, где было получено лечение.

Кроме того, отмечают собеседники Vademecum из Ставрополя, когда поток граждан, выехавших на лечение за пределы региона, увеличивается, это приводит к превышению стоимости терпрограммы, не предусматривающей сверхплановое количество случаев лечения, и такая практика приводит к недофинансированию местных медорганизаций.

#### ТЕРРИТОРИИ ЗАБЛУЖДЕНИЙ

С такой оценкой сложившейся в системе ОМС с «межтерами» ситуации согласно большинство опрошенных представителей терфондов, однако изучение судебной практики позволяет увидеть эту картину иначе. Проведенный [Аналитическим центром Vademecum](http://analytics.vademec.ru/) мониторинг арбитражных споров, проходивших между ТФОМС с 1 января 2018 года по 1 октября 2021 года и касавшихся межтерриториальных расчетов, выявил всего 13 дел с вынесенными решениями. Удовлетворены были претензии заявителей (то есть претендентов на оплату) по 11 искам на общую сумму 120,4 млн рублей, по четырем из них ответчиками предпринимались безуспешные попытки оспорить решение арбитража в апелляции. И только два спора на общую сумму 16,8 млн рублей, включая упомянутое дело № А55-18333, завершились отказами истцам.

Еще один иск, уже рассматривающийся в первой инстанции, но в выборку Vademecum по завершенным спорам не попавший, претендует на особое положение в связи с суммой заявленных претензий – с октября 2020 года Кировский ТОФМС в Арбитражном суде Самарской области пытается отбить у того же Самарского ТФОМС 80,3 млн рублей по межтерриториальным расчетам.

Чаще всего судьи, вынося вердикты в пользу истца, ссылаются на уже не раз озвученные (в частности, в делах по [сверхобъемам](https://vademec.ru/article/obem_-_znachit_lyubim/)) аргументы: гражданин вправе самостоятельно выбирать, куда обратиться за медпомощью, а медорганизация не вправе ему отказать. Кроме того, как подчеркивается, например, в деле А64-136/2021 между ТФОМС Воронежской и Тамбовской областей, основанием для оплаты «межтеров» является не наличие направления, а наступление страхового случая, то есть «совершившегося события – заболевания, травмы, иного состояние здоровья застрахованного лица, при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по ОМС».

«Нормы закона № 323-ФЗ и Положения №543н (об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению), приводят к выводу о том, что гражданин вправе самостоятельно обратиться в медицинскую организацию за оказанием первичной специализированной медико-санитарной помощи. При этом ограничений по территориальному признаку или необходимости получить направление от врача медицинской организации по месту жительства гражданина <…> законодательство не содержит», – говорится в определении Арбитражного суда Республики Калмыкия. Такое решение, подчеркивают в суде, «соответствует принципам доступности медицинской помощи, приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи и недопустимости отказа в оказании медицинской помощи».

Представители ТФОМС Оренбургской области, комментируя **Vademecum**свой проигрыш в деле против самарских коллег, тоже недоумевают, почему в их случае суды приняли решение вопреки складывавшейся прежде арбитражной практики и высказанное ранее позиции ВС РФ по «межтерам».

Выбор медорганизации, настаивают специалисты оренбургского терфонда, – право гражданина, а не обязанность, а основанием для получения медпомощи в других регионах, согласно действующему законодательству, считается только наличие полиса ОМС.

И лечащий врач, по мнению собеседников, не тот, кто находится в организации прикрепления, а тот, кого выбрал сам пациент. В поддержку своей позиции специалисты терфонда приводят тезисы из письма Минздрава от декабря 2018 года «О формировании и экономическом обосновании терпрограммы госгарантий на 2019 год»: по их трактовке этого документа, регулятор не считает прикрепление к поликлинике юридически значимым при межтерриториальных расчетах.

Руководитель страховой практики Onegin Group адвокат **Алексей Николаев** разделяет точку зрения специалистов ТФОМС Оренбургской области: судебная практика, по его оценке, давно сложилась в пользу взыскания средств за лечение без направления, однако ФФОМС и солидарные с центром терфонды намерены ситуацию изменить и в будущем ограничить передвижение пациентов по России.

Николаев как раз напоминает, что еще несколько лет назад Верховный суд РФ (определение № 305-ЭС17-15050 от 25 октября 2017 года, Апелляционное определение коллегии по административным делам № 57-АПГ18-16 от 21 декабря 2018 года) трактовал законодательные нормы иначе, чем в споре Оренбурга и Самары, а именно: застрахованные граждане вправе самостоятельно обратиться за первичной специализированной помощью в любую медицинскую организацию, работающую в системе ОМС, без какого-либо направления.

По поводу письма ФФОМС, отреагировавшего на обращение терфонда Московской области, у адвоката Николаева есть особое мнение: «Федеральный фонд всегда льет воду на мельницу региональных фондов. В данном конкретном письме ФФОМС намерен, ссылаясь на прецедент, переломить устоявшуюся практику необязательности направлений, но при этом не комментирует уже существующую позицию Верховного суда РФ и другие дела, основанные на позиции ВС РФ».

Единообразия, продолжает юрист, в решениях одной и той же проблемы в арбитражах разных регионов может и не быть – все зависит от конкретного судьи либо от позиции Верховного суда РФ. Например, по аналогии с Москвой, где суды [принялись](https://vademec.ru/article/moshna_vremeni-_s_kakikh_por_sudy_massovo_otkazyvayut_klinikam_v_oplate_sverkhobemov/) массово отказывать истцам во взыскании сверхобъемов, где-то могут последовать сложившейся традиции, а могут и отойти от нее. В Санкт-Петербурге, например, и в ряде других территорий позиция судов по сверхнормативной медпомощи осталась прежней: помощь оказана, за нее придется платить.

«Сейчас все участники процесса ждут, какую позицию по этим двум вечным проблемам – по сверхобъемам и по лечению без направления – займет Верховный суд, который пока держит паузу, – говорит Алексей Николаев. – Как я предполагаю, ВС РФ до поры до времени не будет препятствовать формированию различных позиций в арбитражных судах в различных округах».

#### УВИЛИВАНИЯМИ ПО ВОДЕ

Попытки разрешить проблему маршрутизации пациентов на законодательном уровне или хотя бы через федеральные подзаконные акты, конечно же, предпринимались. Достаточно вспомнить о вышедшем в апреле 2020 года на фоне первой волны распространения COVID-19 постановлении Правительства РФ №432, которым оказание медпомощи за пределами региона (кроме экстренных случаев, онкологической, кардиологической медпомощи, эндокринных заболеваний и заместительной почечной терапии) ограничивалось получением направления – именно от лечащего врача по месту прикрепления.

Еще раньше Белого дома на коронавирусную угрозу отреагировало правительство Москвы, предупредившее руководителей медорганизаций о том, что с 1 апреля Московский городской фонд ОМС будет оплачивать только ту плановую медпомощь, которая оказана в Москве по направлению №057/у-04, выданному лечащим врачом по месту прикрепления пациента или региональным органом власти. Исключения были сделаны для случаев лечения по профилям «онкология» и «гемодиализ».

К началу июня Москва свои ограничения сняла, а в постановлении Правительства РФ появилась оговорка, что новый порядок актуален только для тех регионов, где введен режим повышенной готовности.

И все же, как еще в начале 2020 года рассказывал **Vademecum**на условиях анонимности руководитель одного из дислоцированных в Москве федеральных центров, проблемы с получением средств по межтерриториальным расчетам при отсутствии справок по форме 57/у-04 случались и до пандемии.

«Дело в том, что сегодня, к сожалению, многие регионы дают указания своим клиникам об ограничении направления в федеральные учреждения, – сетовал наш собеседник. – Приезжают пациенты к нам, а им не дают направления – с указаниями с самого высокого уровня, чтобы деньги не уходили из региона». Более того, из-за участившихся случаев неоплаты со стороны МГФОМС возглавляемому им медцентру пришлось ограничить прием пациентов без направления, предложив взамен платные услуги.

Свое право на оказание медпомощи без декларации 057/у-04 клиники отстаивают в арбитражных судах. Одно из последних подобных решений, вынесенное в сентябре 2021 года кассационной инстанцией – Арбитражным судом Западно-Сибирского округа, прямо указывает, что наличие или отсутствие направления не является значимым при оплате медпомощи за пределами региона прикрепления, а принципиальное значение имеет наступление страхового случая. В этом деле, инициированном клиникой «Абсолютно здоров» против ТФОМС Кемеровской области о взыскании 29 млн рублей, и первая, и вторая инстанции вынесли решения в пользу истца.

Последнее слово в затянувшемся споре всех со всеми, убежден директор ТФОМС Самарской области Владислав Романов, должно остаться не за арбитражными традициями и не за Верховным судом, а за буквой закона. «Мы полагаем, что ФЗ-323 необходимо дополнить нормой о том, что получение медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара в плановой форме и назначение отдельных инструментальных и лабораторных исследований осуществляются по направлению врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях в медицинской организации, выбранной гражданином для получения первичной медико-санитарной помощи», – предельно подробно формулирует Романов.

По идее, подобная формулировка должна содержаться в тексте [законопроекта](https://vademec.ru/news/2021/03/25/strana-zadolzhala-zdravookhraneniyu-investory-o-posledstviyakh-zapreta-svobodnogo-raskhodovaniya-sre/) №875655-7 о внесении изменений в ФЗ-326, с июля 2020 года зависающего в Госдуме между первым и вторым чтениями. По информации Vademecum, в одном из черновиков этого документа говорилось, кроме прочего, и о том, чтобы загодя определять объемы медпомощи, которая будет оказана за пределами региона и вписывать эти прогнозируемые лимиты в терпрограмму ОМС. В октябре 2021 года законопроект был передан на рассмотрение **группе депутатов нового VIII созыва.**

<https://vademec.ru/article/khton_kogo-_kak_fondy_oms_vybivayut_drug_iz_druga_dengi-_sleduyushchie_po_vsey_strane_za_patsientami/?fbclid=IwAR2iLjsmCZKRD4gJcFZ7ugO8hgqxvlkvPhvAkWkRLpbbNRDMYPdP0nqM-wg>

**Страховщики представили данные о регионах с высоким дефицитом средств в системе ОМС**

Всероссийский союз страховщиков сообщил об 11 регионах с наибольшим уровнем дефицита территориальных программ госгарантий. Речь идет о дополнительных субвенциях, выделяемых из резервного фонда Правительства России и Федерального фонда ОМС (ФОМС). В лидерах этого рейтинга Санкт-Петербург, Ленинградская, Новосибирская, Свердловская и Ярославская области, следует из презентации ВСС (есть в распоряжении «МВ»).

Максимальный размер задолженности по состоянию на 1 ноября в Санкт-Петербурге — 2,2 млрд руб. и Свердловской области - 2 млрд руб., минимальный в Ульяновской и Амурской области — 10 и 9,6 млн руб. соответственно.

Несмотря на значительное сокращение задолженности по итогам 9 месяцев 2021 года сохраняется неурегулированная задолженность страховых медицинских организаций (СМО) в размере 3,2 млрд руб. за 2020 год (на 01.10.2021) по счетам, принятым к оплате, перешедшая в обязательства 2021 года. Такая ситуация, по оценкам Союза страховщиков, свидетельствует о дефиците средств в системе ОМС.

<https://medvestnik.ru/content/news/Strahovshiki-predstavili-dannye-o-regionah-s-vysokim-deficitom-sredstv-v-sisteme-OMS.html?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**КОНФЛИКТНЫЕ ТЕМЫ**

# Генпрокуратуру попросят проверить новый приказ об аттестации московских медиков

Профсоюз «Действие» попросит Генпрокуратуру проверить законность приказа Департамента здравоохранения Москвы (ДЗМ) о периодической и внеплановой аттестации медработников. По оценкам юристов организации, документ носит потенциально репрессивный характер.

Межрегиональный профсоюз работников здравоохранения (МПРЗ) «Действие» готовит обращение в Генпрокуратуру, Минздрав и Росздравнадзор с просьбой проверить на соответствие нормам Трудового кодекса приказ руководителя Департамента здравоохранения Москвы **Алексея Хрипуна**, которым вводится регулярная и внеплановая аттестация столичных медработников по решению работодателя. Об этом сообщил «МВ» сопредседатель профсоюзной организации **Андрей Коновал**. Юридическая служба МПРЗ обнаружила в документе риски необоснованного увольнения нелояльных администрации ЛПУ специалистов.

Приказ ДЗМ [№ 1050 от 26.10.2021](https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/document.html) «Об оценочных мероприятиях, проводимых в отношении медицинских работников в городе Москве» регламентирует порядок допуска к профессиональной деятельности сотрудников подведомственных организаций. В перечне таких мероприятий — первичная специализированная и периодическая аккредитация, профессиональная оценка квалификации при трудоустройстве, аттестация на присвоение квалификационной категории, а также аттестация медработников по решению работодателя.

### **Какие претензии к документу**

Вопрос у медработников и профсоюзов вызвал пункт приказа об аттестации по решению работодателя, особенно внеплановой, которая, может быть назначена на основании двух жалоб пациентов.

Трудовой кодекс предусматривает независимую оценку квалификации работника по инициативе работодателя на условиях и в порядке, которые определяются коллективным договором, соглашениями, трудовым договором. Но, во-первых, в ТК не установлена обязанность работодателя оценивать квалификацию всех работников. А, во вторых, для всех медицинских работников на федеральном уровне установлена процедура проверки знаний и навыков – аккредитация, пояснил Коновал.

Идею с аттестацией в профсоюзе считают избыточной. Тем более в том виде, в котором ее расписали в приказах главные врачи по инструкциям, которые им спустили, уточнил он.

«Мы видим в этом документе риски субъективной и произвольной оценки. Особенно большие вопросы к так называемому собеседованию. А также к чрезвычайно расширенному кругу оснований для назначения внеплановой аттестации», — пояснил Коновал.

По его словам, Трудовой кодекс четко регламентирует возможности работодателя для увольнения сотрудников. Непройденная аттестация может служить одним из таких оснований.

«Внеплановая аттестация должна проводиться в случае каких-то чрезвычайных происшествий, которые дают основания предполагать некомпетентность работника. А вот плановая аттестация кажется мерой избыточной с учетом действующей процедуры аккредитации медработников. Такой приказ нивелирует все механизмы, предусмотренные Трудовым кодексом для защиты сотрудников от произвола работодателя», — считает Коновал.

### Какие риски для медработников

В сооветствии с приказом № 1050, профессиональная оценка проводится в несколько этапов: теоретический экзамен в виде компьютерного тестирования, проверка практических навыков с применением симуляторов или стандартизованных пациентов, решение ситуациационных задач в процессе профессионального собеседования.На прохождение всех этапов кандидату дается три попытки. Пересдать экзамен можно только через месяц. При этом срок действия свидетельства об аттестации — всего один год.

Требование о прохождении аттестации не касается соискателей на руководящие должности; обладателей сертификата «Московский врач» и «Московская медсестра», выпускников «Школы профессионального роста»; студентов, завершивших целевое обучение; сотрудников, временно работающих по срочному трудовому договору.

Решение о частоте плановой и внеплановой аттестации для штатных сотрудников принимается приказом руководителя медорганизации. По ее итогам специалист может быть признан соответствующим или не соответствующим занимаемой должности «вследствие недостаточной квалификации».

«В медучреждениях Москвы появились совершенно одинаковые приказы о прохождении плановой и внеплановой аттестации работников. Плановая — каждые два года, внеплановая — столько раз, сколько потребуется. Повод для внеплановой аттестации, например, поступление двух жалоб на действия (бездействие) медработника. Не удивлюсь, если некоторым придется проходить аттестацию ежемесячно или еженедельно», — прокомментировала ситуацию на своей странице в Facebook акушер-гинеколог женской консультации № 3 Центра планирования семьи и репродукции ДЗМ **Мария Губарева**.

По ее словам, сотрудники, уже побывавшие на аттестации, получили замечания от членов комиссии, которые были удивлены, что врачи женской консультации не дежурят в свободное от основной работы время в роддоме.

В приказе главного врача Психиатрической клинической больницы № 4 им. П.Б. Ганнушкина **Ларисы Бурыгиной** от 3 ноября 2021 года (есть в распоряжении «МВ») установлена частота проведения плановой аттестации врачей, среднего и младшего медперсонала — один раз в два года. А внеплановая аттестация может быть назначена при выявлении случаев ненадлежащего оказания работником медицинской помощи; по результатам служебной проверки; в случае выявления фактов, свидетельствующих о низкой квалификации сотрудника; по решению главного врача учреждения в случае выявления ненадлежащего исполнения медработником профессиональных обязанностей, а также после принятия решения о сокращении численности или штата или об изменении системы оплаты труда; в случае поступления двух и более жалоб пациентов на действие (бездействие) работника.

При неудовлетворительном результате оценки работник может быть направлен на профпереподготовку или повышение квалификации с последующей аттестацией через год. Если откажется — ему грозит перевод на другую должность или увольнение.

«Нет оговорки, что речь идет о жалобах, подтвердившихся в ходе врачебной комиссии, то есть признанных обоснованными в ходе служебного расследования. Администрация может спровоцировать такие жалобы в отношении любого работника, который неудобен руководству медицинской организации», — уверен Коновал.

По его словам, такие прецеденты уже были. В Республике Ингушетия в сентябре 2020 года были уволены несколько десятков сотрудников станции скорой помощи из-за неудовлетворительных результатов аттестации. Но, по мнению самих медиков, реальной причиной непройденной атттестации и последующего увольнения стали жалобы в прокуратуру на несправедливое начисление стимулирующих выплат за работу с пациентами с COVID-19. Только некоторые сотрудники впоследствии смогли восстановиться по суду.

«МВ» направил официальный запрос в Департамент здравоохранения Москвы с просьбой прокомментировать, получили ли руководители медицинских организаций инструкции по утверждению условий и частоты периодической аттестации для действующих сотрудников; каким образом будет проверяться обоснованность жалоб пациентов, которые могут быть основанием для назначения внеплановой аттестации сотрудника; будут ли частые внеплановые аттестации, даже если их результат был в пользу сотрудников, основанием для расторжения трудового договора.

<https://medvestnik.ru/content/news/Genprokuraturu-poprosyat-proverit-novyi-prikaz-ob-attestacii-moskovskih-medikov.html?utm_source=main&fbclid=IwAR0vgfLBX2pq4kpf0vKf-nc-39mq5KBIg93xGUN55hZqGJejl0nX81j4InY>

# Депздрав Москвы разъяснил смысл спорного приказа об аттестации медработников

В Департаменте здравоохранения Москвы (ДЗМ) прокомментировали вызвавший вопросы у медработников и профсоюзных организаций приказ об аттестации специалистов городских медицинских организаций. Документ соответствует всем нормам Трудового кодекса, заявили в ведомстве.

Департамент здравоохранения Москвы ответил «МВ» за запрос о причинах и законности введения регулярной и внеплановой аттестации столичных медработников по решению работодателя. Приказ ведомства № 1050 [вызвал вопросы](https://medvestnik.ru/content/news/Genprokuraturu-poprosyat-proverit-novyi-prikaz-ob-attestacii-moskovskih-medikov.html) у юристов Межрегионального профсоюза работников здравоохранения (МПРЗ) «Действие».

«Приказ нацелен на стимулирование профессионального развития и совершенствование навыков специалистов. Все аккредитационные, оценочные и проверочные мероприятия и процедуры проводятся в строгом соответствии с трудовым законодательством РФ», — говорится в ответе ДЗМ.

При поступлении жалоб на медработника от пациентов в медицинской организации проводится проверка. Если факты подтверждаются, работодатель вправе провести внеплановую оценку уровня знаний, навыков и умений сотрудника и направить его на обучение. Данное право установлено Трудовым кодексом, утверждается в сообщении.

Ответы на вопросы «МВ», получили ли руководители московских медорганизаций инструкции по утверждению условий и частоты периодической аттестации для действующих сотрудников и будут ли частые внеплановые аттестации, даже если их результат был в пользу сотрудника, основанием для расторжения трудового договора, ДЗМ, предоставлены не были.

Профсоюз «Действие» на прошлой неделе сообщил о намерении направить обращение в Генпрокуратуру, Минздрав и Росздравнадзор с просьбой проверить приказ ДЗМ на соответствие нормам Трудового кодекса. Юридическая служба МПРЗ обнаружила в документе риски необоснованного увольнения нелояльных администрации ЛПУ специалистов. Вопрос у медработников и профсоюзов вызвал пункт приказа об аттестации по решению работодателя, особенно внеплановой, которая может быть назначена на основании двух жалоб пациентов. Идею с плановой аттестацией в профсоюзе посчитали избыточной с учетом того, что для всех медицинских работников на федеральном уровне уже существует процедура подверждения знаний и навыков медицинских работников — аккредитация.

<https://medvestnik.ru/content/news/Depzdrav-Moskvy-razyasnil-smysl-spornogo-prikaza-ob-attestacii-medrabotnikov.html>

**РАЗНОЕ**

**ВОЗ зафиксировала 1 млн осложнений на нервную систему после прививки**

Более миллиона осложнений на нервную систему после прививки от COVID-19 зафиксировали в базе данных ВОЗ VigiBase 22 ноября.

ВОЗ стало известно о 1 083 522 случаях осложнений на нервную систему.

660 тыс. человек пожаловались на головные боли, а 206 тыс. — на головокружения.

Медики зафиксировали также 77 тыс. случаев парестезии (один из видов расстройства чувствительности, характеризующийся спонтанно возникающими ощущениями жжения, покалывания, ползания мурашек).

52 тыс. привитых пожаловались на гипоэстезию (расстройства ощущений).

Напомним, проект VigiAccess был запущен Всемирной организацией здравоохранения в 2015 году для обеспечения публичного доступа к информации VigiBase — глобальной базе данных ВОЗ. В базе накапливаются данные о сообщаемых потенциальных побочных эффектах лекарственных средств.

VigiAccess группирует результаты поиска как по активному ингредиенту, так и по региону, не позволяя получить данные для конкретных торговых марок.

Напомним также, в мае 2021 года 57 вирусологов, иммунологов и врачей из разных институтов мира обратились с призывом остановить массовую вакцинацию от COVID-19, которая, по их мнению, может принести больше вреда, чем пользы.

Против массовой вакцинации от COVID-19 выступают вирусолог, нобелевский лауреат Люк Монтанье, бывший вице-президент Pfizer Майкл Йидон, профессор медицины США Питер Маккалоу и даже изобретатель технологии мРНК-вакцин Роберт Мэлоун.

<https://rossaprimavera.ru/news/439c8e94>

# Комздрав Петербурга отказался раскрывать статистику по смертям среди привитых от COVID-19

Санкт-Петербург, 26 ноября. Петербургский комитет по здравоохранению не стал раскрывать статистику по летальным исходам среди привитых против коронавирусной инфекции горожан.

Также в ведомстве не смогли подтвердить данные о количестве смертей. Ранее их озвучил главный врач больницы святого Георгия Валерий Стрижелецкий в рамках прямого эфира на странице губернатора Петербурга Александра Беглова во «ВКонтакте».

Представители комздрава заявили, что они не ведут сбор данных о том, как переносят коронавирус вакцинированные и невакцинированные пациенты. При этом эксперты сослались на невозможность получить новую выгрузку из-за неких технических сложностей. Также в комитете посоветовали обращаться за подобной статистикой в Росстат.

Число вакцинированных в Петербурге существенно уступает количеству привитых в Москве. Кроме того, [заявления](https://riafan.ru/1561019-zayavlenie-glavy-goroda-protivorechat-realnomu-kolichestvu-vakcinirovannyh-peterburzhcev) главы города Александра Беглова противоречат реальному количеству вакцинированных петербуржцев.

<https://riafan.ru/region/spb/1561317-komzdrav-peterburga-otkazalsya-raskryvat-statistiku-po-smertyam-sredi-privityh-ot-covid-19>

**В регионах стали в 2 раза чаще жаловаться на качество и доступность медпомощи**

Страховые медицинские организации (СМО) зафиксировали двукратное увеличение количества обращений по вопросам оказания медицинской помощи в рамках территориальных программ ОМС в региональных учреждениях здравоохранения. Об этом было сказано на круглом столе «Доступность и качество медпомощи в системе ОМС: оценка удовлетворенности и факторы ее повышения», который состоялся 26 ноября 2021 года в рамках XII Всероссийского конгресса пациентов.

По данным Всероссийского союза страховщиков, в сентябре 2021 года в СМО поступило 145 тыс. обращений, что составило более 208% от аналогичного показателя за январь (70 тыс.), при этом без учета обращений, связанных с COVID-19 прирост зафиксирован на уровне 129%. Впервые за 9 месяцев отмечено снижение количества обращений по вопросам медпомощи в федеральных клиниках. При этом в августе прирост относительно января составил 161%.

В 20 субъектах Российской Федерации отмечается наибольшая частота нарушений прав граждан получивших медицинскую помощь по территориальным программам обязательного медицинского страхования.

<https://yar.mk.ru/politics/2021/11/27/v-regionakh-stali-v-2-raza-chashhe-zhalovatsya-na-kachestvo-i-dostupnost-medpomoshhi-po-oms.html?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&nw=1638221079000>

**Регионы стали выявлять рак на более поздней стадии**

Аудиторы указывают на возможные проблемы с диспансеризацией больных

За девять месяцев 2021 г. злокачественные новообразования выявили у 791 389 россиян, но в нескольких регионах доля пациентов, у которых онкология была обнаружена на поздней стадии, существенно превысила общероссийский показатель (19,3%). Об этом говорится в материалах Счетной палаты (СП). В Дагестане такая доля составляет 35,06% от всех пациентов, впервые получивших диагноз «онкология», в регионе. В Туве – 35,55%, Ульяновской области – 35,86%, Смоленской области – 40,81% и Удмуртии – 42,19%, выявили аудиторы.

Nакже, по данным СП, за девять месяцев 2021 г. стало больше пациентов, которым при первичной постановке диагноза вовсе не указывают стадию рака. Таких случаев больше, чем в среднем по стране, в девяти регионах. В девяти субъектах Федерации доля пациентов с впервые выявленным раком без указания стадии превысила планку в 50%. Хуже всего ситуация обстоит в Москве (91,61%) и Владимирской области (72,28%). «Ведомости» направили запрос в депздрав Москвы и региональные органы здравоохранения.

Выявленные в регионах проблемы могут свидетельствовать о ненадлежащем проведении диспансеризации и требуют анализа со стороны Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС), говорится в заключении аудиторов. В ФФОМС и Минздраве не ответили на вопросы «Ведомостей» о возможном влиянии на смертность граждан от злокачественных новообразований качества диспансеризации.

<https://www.vedomosti.ru/society/articles/2021/11/29/898141-regioni-viyavlyat-rak?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**Помощь по реабилитации пациентов прекратили в 14 субъектах страны**

В 14 регионах пациентам не оказываются услуги по медицинской реабилитации. Об этом сообщила главный внештатный специалист по медицинской реабилитации Минздрава, зав. кафедрой медицинской реабилитации Российского национального исследовательского медицинского университета (РНИМУ) им. Н.И. Пирогова Галина Иванова на V Всероссийской научно-практической конференции «Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции», передает корреспондент «МВ».

«По данным Фонда ОМС, 22 субъекта РФ сократили помощь по реабилитации до 90%, 14 субъектов прекратили любую реабилитационную помощь», — уточнила она.

Сегодня в России реабилитационную помощь оказывают 1628 организаций. Это небольшая цифра для такого количества пациентов, отметила Иванова.

Она подчеркнула, что пациентам с тяжелым течением COVID-19 начинать медреабилитацию необходимо как можно раньше. Для этого нужно максимально использовать телемедицинские информационные технологии.

<https://medvestnik.ru/content/news/Pomosh-po-reabilitacii-pacientov-prekratili-v-14-subektah-strany.html>

**Увеличилась доля переболевщих COVID-19, готовых пройти углубленную диспансеризацию**

В восемь раз увеличилась доля переболевших коронавирусной инфекцией пациентов, которых удается убедить пройти углубленную диспансеризацию. Как рассказала заместитель председателя Федерального Фонда ОМС Светлана Кравчук, если летом отклик пациентов на предложение страховых компаний пройти диспансеризацию составлял порядка 2%, то сегодня по некоторым страховым компаниям отклик составляет до 38%. В среднем это 16%, добавила она.

Как отметила замглавы ФФОМС, в настоящий момент система ОМС переходит на новые модели взаимодействия с пациентами. «Эти модели конечно у нас отрабатываются страховыми медицинскими организациями, совместно с Территориальными фондами ОМС и органами управления здравоохранением. Определяют группы риска, которые должны пройти диспансеризацию первоочередным порядком, и страховые компании, имея эту информацию уже персонифицировано, индивидуально могут работать с каждым застрахованным лицом, не просто информируя о том, что можно пройти диспансеризацию, а с указанием, где конкретно, в какое время и, если есть необходимость, помочь человеку записаться для прохождения диспансеризации», - сообщила Светлана Кравчук.

<https://remedium.ru/news/uvelichilas-dolya-perebolevshi/?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop>