****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период 17 – 28 февраля 2022)**

**ПРАВИТЕЛЬСТВО**

**Силуанов заявил о миллиардном дефиците фондов ОМС и соцстраха из-за «Омикрона»**

Высокая заболеваемость COVID-19 требует покрытия дефицита бюджетов Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) и Фонда социального страхования (ФСС), который отвечает за выдачу населению больничных листов. Речь идет о миллиардах рублей.

На покрытие дефицитов бюджетов ФОМС и ФСС в 2022 году потребуются миллиарды рублей дополнительных средств. Об этом заявил глава Минфина **Антон Силуанов**, [сообщает](https://tass.ru/ekonomika/13727605) ТАСС. Причиной дополнительных расходов он назвал распространение варианта коронавируса «Омикрон».

Несмотря на сокращение срока карантина с 14 до 7 дней для граждан, контактировавших с больными COVID-19, в России ежедневно открывают около 600 тыс. новых больничных листов, отметил Силуанов. Поэтому дефицит ФОМС и ФСС придется покрывать за счет дополнительных средств федерального бюджета, сказал министр.

В начале февраля председатель ФОМС **Елена Чернякова** [сообщала](https://medvestnik.ru/content/news/V-2021-godu-na-lechenie-koronavirusa-iz-sredstv-OMS-potratili-530-mlrd-rublei.html), что в 2021 году система ОМС потратила на лечение COVID-19 порядка 530 млрд руб., на 2022 год на эти цели было запланировано больше 220 млрд руб.

<https://medvestnik.ru/content/news/Siluanov-zayavil-o-milliardnom-deficite-fondov-OMS-i-socstraha-iz-za-Omikrona.html>

**Мишустин призвал возвращать оказание плановой медпомощи в полном объеме**

Оказание плановой медицинской помощи в регионах должно возвращаться в полном объеме по мере улучшения ситуации с коронавирусом, сообщил глава кабмина Михаил Мишустин. Некоторые регионы уже начали восстанавливать плановый режим работы.

Премьер-министр РФ **Михаил Мишустин** заявил о необходимости возвращать плановую медицинскую помощь в полном объеме по мере улучшения эпидемиологической ситуации в стране. Об этом он [сообщил](http://government.ru/news/44630/)на заседании президиума координационного совета при правительстве по борьбе с коронавирусом.

При этом он попросил руководителей субъектов РФ о том, чтобы региональные системы здравоохранения были готовы к любому сценарию.

Так, 21 февраля плановое оказание медпомощи возобновили в Московской области. По словам министра здравоохранения региона **Алексея Сапанюка**, для пациентов снова открыли самозапись к врачам-специалистам и терапевтам, возобновили профилактические осмотры и диспансеризацию населения, а также работу всех профилей дневных стационаров.

Кроме того, в Москве к плановому режиму работы [возвращается](https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/news/default/card/6362.html) часть городских больниц, которые ранее были перепрофилированы для оказания помощи пациентам с COVID-19, также к плановой работе приступят 8 КТ-центров. В общей сложности вернут более 2 тыс. коек, всего в городе развернуто около 14 тыс. коек для пациентов с COVID-19, заявила заммэра столицы по социальным вопросам **Анастасия Ракова**.

Она отметила, что плановую и экстренную помощь начнут оказывать в больницах через две недели после проведения специализированной санитарной обработки и тестирования сотрудников на коронавирусную инфекцию. Также в полном объеме возобновляется оказание плановой медицинской помощи в детских стационарах, не перепрофилированных для приема пациентов с COVID-19.

Ранее «МВ» [писал](https://medvestnik.ru/content/news/Regiony-smogut-priostanavlivat-planovuu-ambulatornuu-pomosh.html), что главы регионов получили право приостанавливать оказание плановой первичной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе проведение профилактических осмотров и диспансеризации. Исключение составит оказание плановой медпомощи детям, пациентам с онкологическими заболеваниями, а также нуждающимся в гемодиализе.

<https://medvestnik.ru/content/news/Mishustin-prizval-vozvrashat-okazanie-planovoi-medpomoshi-v-polnom-obeme.html>

**МИНЗДРАВ/ФОМС**

# Более 75% врачей назвали отмену интернатуры причиной снижения уровня подготовки специалистов

Более 75% российских врачей считают, что отмена интернатуры привела к резкому снижению качества подготовки молодых специалистов. Большинство опрошенных поддерживают возвращение прежней формы обучения, — следует из опроса 2,3 тыс. врачей, проведенного «Медвестником» совместно с аналитической компанией RNC Pharma.

Три четверти российских врачей считают, что отмена интернатуры привела к снижению качества подготовки специалистов. Об этом сообщили 75,3% респондентов — участников исследования, проведенного аналитической компанией RNC Pharma и порталом «Медвестник» среди интернет-аудитории.

Исследование проводилось среди интернет-аудитории с 3 по 18 февраля 2022 года. Общая выборка составила 2358 человек. В качестве респондентов выступили врачи 76 специальностей из 348 городов России.

Большинство участников опроса заявили, что отмена интернатуры привела к резкому снижению качества подготовки молодых специалистов и ее необходимо вернуть. Уровень поддержки данной инициативы оказался выше в старшей возрастной аудитории. В группе от 46 лет и старше за него проголосовали 78%. Среди участников опроса в возрасте от 23 до 45 лет его поддерживают 69% респондентов.

Еще 14,8% врачей считают, что факт наличия интернатуры мало что меняет, и проблема, по их мнению, в низком качестве образовательного процесса. Его и необходимо реформировать. Данный вариант ответа был более популярен в «молодежной» аудитории (23—45 лет). Только 3,7% опрошенных заявили, что подготовки специалистов в рамках обучения в ординатуре достаточно. За вариант ответа: «сомневаюсь, что инициативу «пропустят», поскольку усугубится дефицит кадров», высказались 3,2% участников.

В оставленном варианте свободной формы ответа большинство участников исследования также выступали за возврат интернатуры. Но там же были и иные точки зрения. Например, по мнению одного из экспертов, ординатура однозначно лучше и не стоит из молодого специалиста делать «докторишку на побегушках» у врача-куратора, что и происходило в интернатуре.

В конце января в Национальной медицинской палате сообщили, что [недовольны](https://medvestnik.ru/content/news/V-Nacmedpalate-zayavili-o-neobhodimosti-vernut-internaturu.html) системой подготовки студентов-медиков, особенно в вузах, подведомственных Минобрнауки. Врачи-терапевты и педиатры не получают навыков, необходимых в профессиональной деятельности, из-за нехватки реального опыта работы с пациентами, — считают члены НМП. Среди вариантов решения проблемы предлагается рассмотреть возвращение интернатуры, отмененной в 2016 году.

**Поддерживаете ли вы предложение Нацмедпалаты вернуть интернатуру? (исследование предполагало возможность одного ответа)**



<https://medvestnik.ru/content/news/Pochti-75-vrachei-nazvali-otmenu-internatury-prichinoi-snijeniya-urovnya-podgotovki-specialistov.html?utm_source=FBpost&utm_medium=Group&utm_campaign=Pochti-75-vrachei-nazvali-otmenu&fbclid=IwAR102MGYRF3ogUypPLa6DDA07wSorrXQrjvJc2y18AvP6xIyhT9l8_PEQYw>

# Сообщение пациенту «плохих новостей» могут погрузить в практический этап аккредитации

Проверку того, умеет ли медработник сообщать неприятные новости родственникам либо самому пациенту о его состоянии, могут погрузить в список практических задач в симуляционных условиях при проведении аккредитации специалиста в 2022 году. Параметры соответствующего пилотного проекта уже определены, сообщил телеграм-канал «Медкадры».

По данным канала, доведение до пациента «плохих новостей» станет отдельной станцией, то есть одним из этапов практического сегмента первичной или первичной специализированной аккредитации медработников. По текущей версии Положения об аккредитации, выпускник с высшим медобразованием обязан сдать минимум пять практических заданий, а прошедшим экзамен считается выполнивший верно 70% от общего числа заданий.

Базовыми задачами является проверка навыков сердечно-легочной реанимации, оказания экстренной медпомощи и сбор жалоб и анамнеза. При общении с пациентом оценивается, кроме прочего, вежливость работника и его зрительный контакт с больным, однако не содержится отдельных указаний по соблюдению принципов деонтологии (врачебной этики).

Среди мирового онкологического сообщества распространен протокол SPIKES, который содержит шесть принципов, как сообщить пациенту его диагноз. Разработанная в 2000 году инструкция предписывает детально распланировать будущую беседу, в первую очередь спрашивать пациента о его состоянии, а не нагружать информацией. Также важно, чтобы пациент сам захотел узнать новости и подробности о своем состоянии, а при эмоциональной реакции больного врачу следует ему посочувствовать.

Практические задания – обязательный этап первичной аккредитации, однако в последующем медработник каждые пять лет проходит только периодическую аккредитацию – заочно с формированием портфолио.

Для проверки навыков на базе аккредитационных комиссий организуются специальные комнаты с необходимым для этого оборудованием, причем на выполнение одной задачи у аккредитуемого с высшим образованием есть 10 минут, у среднего медперсонала – 30 минут. С 1 марта 2022 года единые требования о лимите времени и количестве заданий будут [отменены](https://vademec.ru/news/2021/12/01/minimalnyy-porog-obrazovatelnykh-chasov-dlya-akkreditatsii-budet-deystvovat-tolko-god/) – параметры этого этапа будут устанавливаться индивидуально для каждой специальности.

<https://vademec.ru/news/2022/02/18/soobshchenie-patsientu-plokhikh-novostey-mogut-pogruzit-v-prakticheskiy-etap-akkreditatsii/>

# Новый порядок денежных выплат за выявление онкологических заболеваний

Приказ Минздрава России от 26.01.2022 N 25н вступает в силу с 26 февраля 2022 года

[Приказом Минздрава России от 26.01.2022 N 25н](http://pravo-med.ru/legislation/fz/16727/) утвержден новый порядок и условия осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения.

Процедура выплат:

1. ТФОМС не позднее 10 рабочего дня месяца, следующего за отчётным, представляет в медицинскую организацию сведения по установленной форме по каждому случаю, впервые выявленного в ходе диспансеризации и (или) профилактического медицинского осмотра онкологического заболевания, подтвержденного инструментально (лабораторно).
2. Сведения формируются из реестра счетов от медицинских организаций, выставляемых на оплату медицинской помощи.
3. Медицинская организация в течение 3 рабочих дней рассматривает сведения и на их основе формирует заявку на получение денежных средств из ТФОМС.
4. ТФОМС не позднее 10 рабочих дней со дня поступления заявки принимает решение о предоставлении средств за каждый случай выявления заболевания либо об отказе с указанием причины и не позднее 15 рабочих дней со дня получения заявки перечисляет деньги в учреждение здравоохранения.

Ранее действующий размер выплат в 1000 рублей за один случай сохранен.

500 рублей получит врач, ответственный за проведение диспансеризации, и по 250 рублей медработники, которые направили пациента к врачу-онкологу или поставили его на диспансерное наблюдение.

Приказ Минздрава России от 26.01.2022 N 25н вступает в силу с 26 февраля 2022 года.

<http://pravo-med.ru/news/16730/?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**Доходы ФОМС в 2021 году выросли на 9,9% по сравнению с 2020 годом**

В прошлом году доходы Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) составили около 2,6 трлн руб., а расходы исполнили на сумму 2,57 трлн руб. Их наибольшая часть приходится на раздел «Здравоохранение», а именно на субвенцию бюджетам территориальных ФОМС – 2,28 трлн рублей. Эта субвенция используется для оказания медпомощи в рамках ОМС.

Доходы ФОМС в 2021 году составили около 2,6 трлн руб. и выросли по сравнению с 2020 годом на 9,9%. Об этом [говорится](https://ach.gov.ru/audit/oper-funds-2021#foms) в оперативном докладе Счетной палаты об исполнении бюджета ФОМС за январь – декабрь 2021 года.

Отмечается, что основную часть доходов (88,1%) в 2021 году составили страховые взносы на обязательное медицинское страхование. Наибольшая доля поступлений приходится на страховые взносы работающего (1,5 трлн руб.) и неработающего (783,34 млрд руб.) населения.

Расходы ФОМС в 2021 году были исполнены на 100,9% (2 569 533,8 млн руб.), что на 1,2% превысило уровень исполнения по расходам за 2020 год (99,7%). Основная доля неисполненных средств приходилась на расходы на изготовление полисов ОМС, нормированный страховой запас бюджета ФОМС, расходы на мероприятия по модернизации ГИС ОМС, оплату врачам-экспертам за проведение экспертизы качества, организацию информационного взаимодействия с ЕГИСЗ.

В Счетной палате также подсчитали траты на медпомощь из-за COVID. Так, расходы на оказание медицинской помощи россиянам с коронавирусом или подозрением на него за 12 месяцев 2021 года составили 557,1 млрд руб, что на 196,2 млрд руб., или на 54,3%, больше показателя по итогам девяти месяцев 2021 года (360,9 млрд руб.).

В докладе также приводят цифры по расходам на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). За 2021 год они составили 32 933,7 млн руб., или 24,8 % общей суммы расходов на ВМП в рамках базовой программы ОМС в целом по стране (132,6 млрд руб.). При этом специалисты СП отмечают, что анализ данных об оказании специализированной помощи «может свидетельствовать о том, что планирование объемов оказания медицинской помощи осуществляется без учета фактической потребности медицинских организаций».

<https://medvestnik.ru/content/podcasts/Gleb-Arslanov-o-populyarizacii-oftalmologii-i-sovremennyh-standartah-konsultacii-vracha.html?utm_source=medvestnik&utm_medium=banner&utm_campaign=1>

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ МЕДЦЕНТРЫ ОКАЗАЛИ В 2021 ГОДУ СПЕЦМЕДПОМОЩЬ НА 94 МЛРД РУБЛЕЙ**

Федеральный фонд ОМС (ФФОМС) раскрыл для Счетной палаты (СП) РФ параметры исполнения своего бюджета в 2021 году. Федеральные медцентры, впервые переведенные под одноканальное финансирование из ФФОМС, освоили 93,9 млрд рублей на оказание специализированной медпомощи, а также 141,1 млрд рублей на высокотехнологичную медпомощь (ВМП) – вне базовой программы ОМС и за ее счет. По прогнозам фонда, ведомственные клиники, которые в течение года начали перевыполнять плановые объемы, должны были потратить на 17,5 млрд рублей больше.

На оказание ВМП в базовой программе ОМС (ВМП-I) федцентры получили 33 млрд рублей (четверть от всего финансирования этого сегмента), на ВМП второго перечня – 108 млрд рублей. Отдельно отмечено, что клиники пролечили онкопациентов за счет ОМС на 25,9 млрд рублей (8% от всех профильных объемов).

Объемы специализированной медпомощи и ВМП-I медорганизаций с 2021 года стал вместо территориальных фондов распределять Минздрав РФ. По заявлениям регулятора, это [должно было](https://vademec.ru/news/2021/12/28/murashko-nazval-unikalnym-rost-obemov-medpomoshchi-v-federalnykh-klinikakh/) скомпенсировать федклиникам нехватку средств ОМС на уровне регионов. Годовой план в 119,4 млрд рублей центры [начали](https://vademec.ru/news/2021/09/02/golikova-soglasuet-obemy-finansirovaniya-federalnykh-medtsentrov-po-oms/) в середине года перевыполнять, поэтому из резервного фонда ФФОМС поступили еще 25 млрд рублей. Часть этих средств (17,5 млрд рублей), однако, не понадобились.

В СП уверены, что объемы медпомощи федеральных центров были запланированы все же «без учета фактической потребности». Аудиторы сравнили исполнение объемов в разрезе профилей медпомощи и выяснили, что некоторые организации не израсходовали и половины заложенных средств, а другие превысили план на 10% и более.

<https://vademec.ru/news/2022/02/22/federalnye-medtsentry-okazali-v-2021-godu-spetsmedpomoshch-na-94-mlrd-rubley/>

**ТФОМСы должны ежемесячно отчитываться перед ФФОМС по профилю "Медицинская реабилитация"**

Территориальные фонды ОМС должны ежемесячно (до 20 числа месяца, следующего за отчетным месяцем) и ежегодно (до 15 марта) отчитываться в ФФОМС об объемах оказания и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация", оказанной медорганизациями сферы ОМС (на основе реестров счетов) в рамках терпрограмм ОМС ([Приказ ФФОМС от 7 февраля 2022 г. № 11н (зарег. в Минюсте 10 февраля 2022 г.)](https://base.garant.ru/403512138/).

Установлена [форма отчета](https://base.garant.ru/403512138/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/#block_1000), она учитывает помощь, оказанную в амбулаторных условиях, стационарных и в дневном стационаре. Отчетность формируется и передается в ГИС ОМС.

Аналогичная обязанность установлена и для самого ФФОМС – в отношении федеральных медцентров, оказавших медпомощь в рамках базовой программы ОМС.

<https://www.garant.ru/news/1529421/?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**РАЗНОЕ**

**ВЦИОМ: медосмотры в связи с постковидным синдромом прошли только 4% россиян**

Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) провел опрос среди 1,6 тысячи россиян старше 18 лет, «болевших или, возможно, болевших COVID-19», и выяснил, что только 4,2% респондентов проходили медицинский осмотр после проявления симптомов постковидного синдрома, а 80% столкнувшихся с этим состоянием «не проводили специальные реабилитационные мероприятия по восстановлению после болезни». В России с 1 июля 2021 года переболевшие коронавирусной инфекцией могут пройти углубленную диспансеризацию, на эти цели уже было выделено почти 6 млрд рублей. Кроме того, в бюджете Федерального фонда ОМС предусмотрено 9,2 млрд рублей на медицинскую реабилитацию после COVID-19.

Опрос проводился при участии фармкомпании «Гриндекс» методом телефонного интервью по случайной выборке стационарных и мобильных номеров.

Из общего числа опрошенных 20% заявили, что «занимались восстановительными процедурами»: 64% из них чаще принимали лекарственные средства, 54% гуляли на свежем воздухе, 42% занимались дыхательной гимнастикой, 41% – лечебной физкультурой, 33% – обращали внимание на здоровье и образ жизни, а 21% (или 4,2% от общего количества респондентов) прошли медицинский осмотр.

Более половины участников опроса (61%) считают, что при слабости и снижении работоспособности после перенесенного COVID-19 требуется специальное обследование и консультация врача, 19% полагают, что прием препаратов и витаминов ускорит восстановление, 11% опрошенных заявили, что специально что-либо делать не нужно – восстановление будет длительным, «но все пройдет само».

<https://vademec.ru/news/2022/02/18/vtsiom-medosmotry-v-svyazi-s-postkovidnym-sindromom-proshli-tolko-4-rossiyan/>

**Свердловские больницы недополучили миллионы за лечение пациентов**

Свердловские больницы недополучили деньги за лечение пациентов. Средства должны были перечислить из Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС). Однако, по словам источника URA.RU в медицинских кругах, деньги выплачиваются только за больных коронавирусом.

«ТФОМС не оплатил мне более двухсот коек, это почти семь миллионов рублей. Речь идет о плановых госпитализациях, которые больница провела по заранее оговоренной схеме. То есть мы лечили нековидных больных, как и договаривались, мы не отказывались от плановой госпитализации», — рассказывает URA.RU источник из медицинской среды.

Собеседник также уточнил, что финансирование так и не получил. «Мне сказали, что денег нет и „те двести с небольшим коек даже не заявляйте“. Причин никто не пояснил. Но в медицинской среде говорят, что причина отсутствия денег в том, что все потрачено на коронавирус», — уточняет собеседник URA.RU.

В пресс-службе ТФОМС по Свердловской области информацию URA.RU подтвердили, но уточнили, что деньги выплачены будут. «Суть в том, что из-за пандемии приходится оставаться в должниках. Мы оплачиваем лечение пациентов с коронавирусом, за остальных за нами числится задолженность. Разумеется, это не единичный случай», — сообщила корреспонденту URA.RU пресс-секретарь ТФОМС Елена Денисламова.

На лечение свердловчан от коронавируса по итогам 2021 года было потрачено около 13 млрд рублей, заявляли на коллегии свердловского минздрава. В эту сумму включалось и амбулаторное, и стационарное лечение пациентов с COVID-19. На коллегии также заявили, что задолженность ТФОМС перед больницами региона составляет порядка шести млрд рублей. Уже тогда фонд сообщил, что в первую очередь деньги будут выплачиваться тем, у кого они закончились на счетах.

В пресс-службе ТФОМС по Свердловской области информацию URA.RU подтвердили, но уточнили, что деньги выплачены будут. «Суть в том, что из-за пандемии приходится оставаться в должниках. Мы оплачиваем лечение пациентов с коронавирусом, за остальных за нами числится задолженность. Разумеется, это не единичный случай», — сообщила корреспонденту URA.RU пресс-секретарь ТФОМС Елена Денисламова.

На лечение свердловчан от коронавируса по итогам 2021 года было потрачено около 13 млрд рублей, заявляли на коллегии свердловского минздрава. В эту сумму включалось и амбулаторное, и стационарное лечение пациентов с COVID-19. На коллегии также заявили, что задолженность ТФОМС перед больницами региона составляет порядка шести млрд рублей. Уже тогда фонд сообщил, что в первую очередь деньги будут выплачиваться тем, у кого они закончились на счетах.

<https://ura.news/news/1052534477?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**Тарифные соглашения – 2022: на что обратить внимание бухгалтеру и экономисту медицинского учреждения**

Новый финансовый год в сфере ОМС означает принятие в регионах новых Тарифных соглашений. Это ежегодный документ субъекта РФ, регламентирующий основные правила исполнения Территориальной программы ОМС:

перечень и объемы медицинских услуг, оказываемых по страховым случаям,

размер и структуру произведенных медорганизацией затрат, подлежащих компенсации за счет средств ОМС,

ответственность медицинской организации за неисполнение своих обязанностей по выполнению объемов, сроков, качества и условий предоставления гарантированной бесплатной медицинской помощи населению по системе ОМС.

Что же нового включили регионы в свои Тарифные соглашения 2022 года?

Во-первых, практически все субъекты РФ указали, что тариф на оплату медицинской помощи в системе ОМС – это денежная сумма, определяющая размер возмещения и состав компенсируемых расходов медицинским организациям за оказание медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС. Следовательно, уже на стадии планирования расходы, которые будут покрываться за счет средств ОМС, т.е. по КФО 7, должны соответствовать следующим условиям:

быть направленными на оказание медицинских услуг по Территориальной программе;

быть поименованными в структуре тарифа.

Любое же отвлечение средств ОМС (в денежной или натуральной форме) может рассматриваться контролирующими органами как нецелевое использование, даже если впоследствии эти средства будут восстановлены.

Обратите внимание, что такой позиции придерживаются и суды. Например, Арбитражный суд Краснодарского края в [решении от 2 июля 2021 г. по делу № А32-12837/2021](https://www.garant.ru/files/5/9/1529395/reshenie_arbitragnogo_suda_krasnodarskogo_kraya_ot_2_iyulya_2021_g_po_delu_n_a32_128.rtf) указал, что временное отвлечение средств ОМС на цели, не предусмотренные документами, регламентирующими порядок их использования, а к таким документами следует относить и Тарифное соглашение, нарушает принцип целевого назначения этих средств.

Во-вторых, структура тарифа во всех регионах теперь определена в строгом соответствии с [ч. 7 ст. 35 Закона № 326-ФЗ](https://base.garant.ru/12180688/5cb260c13bb77991855d9c76f8d1d4c8/#block_357) об обязательном медицинском страховании и [Методикой](https://base.garant.ru/72243038/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/#block_1184) расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС. Большинство Тарифных соглашений содержат даже прямые ссылки на упомянутые нормативные документы. Это обстоятельство указывает, что перечень допустимых затрат, покрываемых за счет средств ОМС по любой программе – базовой или территориальной – соответствует установленным на федеральном уровне нормам и отражает единый подход к определению расходов в системе ОМС.

Для специалистов финансово-экономических отделов медорганизаций такая "стандартизация" расходов очень удобна, так как позволяет пользоваться разъяснениями не только ФФОМС или своего ТФОМС, но и применять рекомендации ТФОМС других субъектов РФ. Такой подход однозначно расширяет спектр прокомментированных вопросов и, как следствие, уменьшает риск осуществить нецелевой расход.

В- третьих, в некоторых Тарифных соглашениях встречается детализация нецелевых расходов. На наш взгляд, это связано не с особенностью формирования расходов в конкретном субъекте РФ, а с решением сторон, принявших Тарифное соглашение, исключить наиболее часто повторяющиеся ошибки в деятельности медицинских организаций, оказывающих услуги по программе ОМС.

Мы провели анализ принятых территориями Тарифных соглашений на 2022 год и сгруппировали наиболее значимые правила формирования расходов. Так, не включаются в структуру тарифа и не подлежат оплате за счет средств ОМС следующие расходы:

|  |  |
| --- | --- |
| **Перечень нецелевых расходов по ОМС** | **Какие регионы предусмотрели** |
| Содержание структурных подразделений и служб, финансируемых за счет средств бюджетов | [Омская](https://ivo.garant.ru/#/document/403358469/paragraph/1:0), [Смоленская](http://ivo.garant.ru/#/document/403478516/paragraph/1:0), [Новгородская](http://ivo.garant.ru/#/document/403466292/paragraph/1:0), [Липецкая](http://base.garant.ru/29794411/), [Курганская](http://ivo.garant.ru/#/document/403376743/paragraph/1:0) области |
| Расходование средств ОМС при отсутствии подтверждающих документов |
| Оплата собственных обязательств, не связанных с деятельностью по ОМС |
| Проведение капитального ремонта НФА, в том числе зданий / сооружений, оборудования, автомобилей  Приобретение материалов для проведения капремонта  Оплата труда работников, задействованных в проведении капремонта  Составление и экспертиза проектно-сметной документации | Республики [Крым](http://ivo.garant.ru/#/document/403447140/paragraph/1:0) и [Тыва](http://ivo.garant.ru/#/document/403510412/paragraph/1:0) |
| Услуги и работы для целей капитальных вложений |
| Содержание имущества, сдаваемого в аренду и/или используемого в коммерческой деятельности | Республики [Крым](http://ivo.garant.ru/#/document/403447140/paragraph/1:0) и [Адыгея](http://ivo.garant.ru/#/document/403466516/paragraph/1:0), [Приморский край](http://ivo.garant.ru/#/document/403510412/paragraph/1:0) |
| Приобретение матзапасов:  строительных материалов и других расходных материалов,  запасных и/или составных частей для проведения капитального ремонта, – строительства, модернизации и реконструкции объектов НФА,  для проведения научно-исследовательских работ | [Республика Адыгея](http://ivo.garant.ru/#/document/403466516/paragraph/1:0) |
| Приобретение иммунобиологических препаратов для вакцинации населения в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям | Республики [Крым](https://ivo.garant.ru/#/document/403447140/entry/0), [Адыгея](https://ivo.garant.ru/#/document/403466516/entry/0), [Дагестан](https://ivo.garant.ru/#/document/403471874/entry/0) и [Тыва](https://ivo.garant.ru/#/document/403510412/entry/0), [Приморский край](https://ivo.garant.ru/#/document/403370099/entry/0), [Новгородская область](https://ivo.garant.ru/#/document/403466292/entry/0) |
| Оплата получения высшего и/или средне-специального образования, обучение в ординатуре, интернатуре | Республики [Крым](https://ivo.garant.ru/#/document/403447140/entry/0) и [Тыва](https://ivo.garant.ru/#/document/403510412/entry/0), [Приморский край](https://ivo.garant.ru/#/document/403370099/entry/0) |
| Оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи при проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) | Республики [Адыгея](https://ivo.garant.ru/#/document/403466516/entry/0)и [Мордовия](https://ivo.garant.ru/#/document/403460274/entry/0), [Калужская область](https://ivo.garant.ru/#/document/403397231/entry/0) |
| Проведение медицинского наблюдения и контроля за состоянием здоровья лиц, занимающихся спортом и выступающих на соревнованиях в составе сборных команд, оценка уровня их физического развития, выявление состояний и заболеваний, являющихся противопоказаниями к занятиям спортом | [Новгородская область](http://ivo.garant.ru/#/document/403466292/paragraph/1:0) |
| Расходы на оплату труда медработников, участвующих в медицинском освидетельствовании в целях определения годности граждан к военной или приравненной к ней службе  Такие расходы оказываются на договорной основе в соответствии с [Положением](http://base.garant.ru/70411156/#block_10021) о военно-врачебной экспертизе | [Республика Адыгея](http://ivo.garant.ru/#/document/403466516/paragraph/1:0) |

В ближайших новостных выпусках мы продолжим анализировать региональные Тарифные соглашения на текущий год и расскажем о предусмотренных в них нюансах расходования средств ОМС на приобретение основных средств, выплату зарплаты и уплату штрафов. **Не пропустите важные детали!**

<https://www.garant.ru/news/1529395/?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**В России стремительно сокращается количество врачей и больниц**

«АН» часто освещают реформу здравоохранения, начатую в конце 2000-х. Итоги её неутешительны: по сравнению со временами СССР количество врачей и больниц, особенно в провинции, сократилось в разы. В 60% населённых пунктов нет доступа к любым видам медицинской помощи, а в уцелевших больницах чуть ли не за всё приходится платить. «Оптимизацию» признали неудачной сами же её организаторы вроде Татьяны Голиковой и Вероники Скворцовой. А как расплата за ошибки – пришёл коронавирус, принеся дикую избыточную смертность в миллион человек за полтора года. По идее, до каждого чиновника теперь должно дойти, что на здоровье граждан экономить негоже, и в обнищавшее здравоохранение скоро пойдут щедрые бюджетные вливания. Да и частников будут мотивировать инвестировать в медицину налоговыми льготами. Но ничего подобного не происходит. Более того, на период 2022–2024 гг. запланированы жёсткие сокращения расходов по линии Минздрава.

Это не маргинальное предложение какого-нибудь депутата-острослова, это «дорожная карта» правительства, и Минфин рулит по ней прямо сейчас. Стало быть, федеральные **расходы на здравоохранение в 2022 г. сократятся в реальном выражении на 12, 1%, а к 2024 г. – на 18, 6%**. Как будто не было «оптимизации», обогатившей кладбища на миллион «незапланированных» надгробий!

Некая логика в действиях правительства есть. Мы, мол, не по живому режем, а возвращаем в бюджет «излишки», выделенные на борьбу с пандемией. В 2019 г. доля расходов на здравоохранение в федеральном бюджете составила 3, 9%, а в 2020–2021 гг. подскочила до 5, 8%. Поэтому намечено её завалить до 4, 9% в 2023–2024 годах. Всё равно же доля медицины в казне вырастет на целый процент.

Нам, простым смертным, впору вылупить глаза. А что, в стране уже ковид побеждён и поставлен на колени, что мы сворачиваем выделенные на него расходы? В правительстве говорят, что так и есть. Из профильных институтов Минздрава бодро рапортуют, что уровень вакцинации населения растёт и уже виден свет в конце тоннеля. Но эти же чиновники много чего обещали. Сначала, что привитые не болеют. Потом болеют, но в лёгкой форме. Потом болеют, но не умирают. Потом умирают, но только старики. Между тем **именно в январе-феврале 2022 г. в России поставлены суточные рекорды по заражениям коронавирусом – около 200 тыс. заболевших в сутки**. А во времена первого локдауна весной 2020 г. и 10 тыс. называли катастрофой.

Тем временем очередная экономия на медицине запущена. И никто, похоже, не собирается системно и энергично решать проблемы здравоохранения, которые пандемия выявила. Их, наоборот, стараются «замылить». Петербургский минздрав отчитался о достижении 100%-ного коллективного иммунитета. В Челябинской области прошлым летом отметили такой симптом «нормализации»: время ожидания «скорой» сократилось с 7 до 3 суток. Возможно, на фоне этого прорыва реальные расходы правительства РФ на «скорую» за 2022–2024 гг. сократятся на 6, 0%, на санитарно-эпидемиологическую помощь – на 7, 3%, на дневные стационары – на 8, 4%, на донорскую кровь – на 10, 0%, на амбулаторную помощь – на 13, 2%, на стационарную помощь – на 15%. Хотя **коронавирусная «сверхсмертность» 2021 г. унесла больший процент населения, чем репрессии 1937 года**.

Чиновник любит расставлять акценты иначе. Вот смотрите: по звонку в хвалёную американскую 911 через 8–12 минут появляются не врачи, а парамедики, которые прошли только курсы первой помощи. Их основная обязанность – довезти больного до больницы. При этом вызов 911, разрекламированный во всех голливудских фильмах, платный – от 400 долларов за поездку до больницы плюс фиксированная сумма за каждую милю. И если у пациента нет страховки, за такое путешествие придётся платить из своего кармана. В беднейших странах Азии вообще не существует понятия «скорая помощь». Хотите быстро и до больницы – вызывайте такси.

А в России система «скорой помощи» входит в ОМС – вызов бесплатный. Это же явная роскошь! И чиновникам явно не даёт покоя этот пережиток социального государства. Забывается, что на халяву пациент не может ничего требовать – ни у «скорой», ни в больнице. Например, приезд бесплатной бригады может зависеть от настроения диспетчера службы. Как правило, диспетчеры стараются по максимуму отсеивать тех, чьи симптомы недостаточно страшно звучат. А кое-где, по слухам, «скорая» не везёт в больницы пациентов старше 70 лет, потому что на молодых работоспособных людей коек не хватает. А где-то ребёнок не может дождаться помощи, потому что к нему должен приехать не обычный врач, а педиатр. И он один на весь 300-тысячный город. Другой вопрос, **кто создал ситуацию, что на 36 машин один педиатр? Кто больше всех говорит об оптимизации?**

В одной из псковских газет опубликовали письмо женщины, которая уверена, что «скорую» в России сделали платной – так ей сказала соседка. Она и не вызывала помощь, опасаясь разорения. Вон в столице частная «скорая» стоит 5 тысяч рублей в час, а в провинции это полпенсии. В Вологодской области правительство заключило с частниками договор на оказание транспортных услуг на три года. Имеется в виду, что подрядчик будет всего лишь поставлять на «скорые» водителей, но народ ведь слышит по-своему. **Люди же чувствуют: начальство мечтает, чтобы медицина приносила им прибыль, а не расходы.**

 Насмотревшись на ужасы оптимизации, народ начинает видеть эталон в советской системе здравоохранения. И считает лучшим решением её возрождение, забывая, каково было сверлить зубы без анестезии и как выглядели пломбы.

Но советская система строилась на другой экономической и социально-политической основе. Её и реформировать взялись потому, что патерналистский подход в медицине перестал отвечать реалиям задолго до крушения Союза. Деньги на реформу появились только в нулевых годах. Но вместо организации доступной медицины её решили централизовать: построить высокотехнологичные центры, врачей-специалистов собрать в крупных поликлиниках, закупить для них современное оборудование. Чиновники уверяли: да, туда придётся поездить, зато и помощь будет качественной. Из уравнения выпали немыслимые российские расстояния, ужасные дороги, ходящие раз в неделю автобусы. А также нищенские ставки врачей и региональные власти, которым выгоднее закрыть больницу, чем повышать медикам зарплаты, как того требуют кремлёвские указы.

Одной рукой разрушая провинциальные больницы и разгоняя врачей, «оптимизаторы» с пафосом долго позируют перед объективами с ножницами и красной лентой, открывая в областных столицах медицинские центры. И им совершенно сиренево, что в таком центре у приехавшего за 300 км пациента возьмут анализы и скажут зайти послезавтра.Где он будет жить, на какие деньги питаться – никого не волнует. Точно так же никто не подумал, что 60% женщин в провинции воспитывают детей одни и поехать куда-то лечиться позволить себе не могут. Поэтому в России будущего вся надежда на соседку-знахарку бабу Нюру и хорошую наследственность.

**Уже к середине 2010-х Россия оказалась на дне главных мировых рейтингов здравоохранения.** Выше нас оказались все бывшие советские республики, включая Таджикистан и Кыргызстан. За каких-то пять лет погром медицины, цинично именуемый «оптимизацией», отбросил доступность помощи в отдельных районах на уровень XIX века. Глава Счётной палаты **Татьяна Голикова** в мае 2016 г. довела до сведения депутатов Госдумы: из 130 тыс. сельских населённых пунктов только в 45 тыс. можно получить хоть какую-то медицинскую помощь. И ладно бы мы сегодня восстанавливались после тяжёлой войны или получили нынешнюю ситуацию от разорительных 1990‑х. Наоборот, советская система здравоохранения кое-как пережила бескормицу, а таять начала в годы нефтяного изобилия, когда из недр правительства вдруг вырвалась мысль, что здравоохранение должно быть рентабельным.

По подсчётам фонда «Здоровье», смертность на селе стала аж на треть превышать городскую. Количество госпитализаций в 2014 г. снизилось на 32 тыс., а в 2015-м – уже десятикратно, на 312 тысяч. Люди в глубинке, часто пожилые, вдруг перестали болеть? Но, по словам президента «Общества фармакоэкономических исследований» Павла Воробьёва, **у 40% жителей деревень есть признаки катаракты или глаукомы, около половины не имеют зубов**. Просто их шансы получить в городе квоту на необходимую операцию близки к нулю – слишком сложный это процесс, требующий постоянного присутствия под рукой у распределяющего квоты чиновника.

До поры высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) была священной коровой Минздрава. Во-первых, новейшее оборудование служило хорошей рекламой министерству в СМИ, «на него» удобно приглашать первых лиц. Во-вторых, импортная на 100% техника сулила хорошие откаты, поскольку даже на томографах для рядовых больниц в 2008–2010 гг. накручивали 200–300% цены. При этом медоборудование на миллиарды рублей годами закупалось без гарантийного обслуживания. А позднее не стало денег на запчасти. Плюс появилось «патриотичное» требование закупать запчасти к импортному оборудованию у отечественного производителя, словно это картофель или брюква.

После 2015–2016 гг. резко снизился ввод в строй высокотехнологичных центров, а больницы продолжили снимать с финансирования, невзирая на последствия. В посёлке Береславка Волгоградской области закрыли лечебницу, построенную местным «Волго-Доном», ремонт которой оплачивали местные фермеры в складчину и в которую тут же въехали чиновники из соцзащиты. В Псковской области всего за несколько лет исчезли более 600 койко-мест. В Дедовичах после закрытия районной больницы только за один год 38 человек умерли, не дождавшись врача.

– Если у человека вечером случился инсульт, его доставят в преобразованный из больницы медпункт, где нет врача, – рассказывает врач из Дедовичей. – В реальности раньше утра за ним не поедут. Каковы его шансы выжить? Почти нулевые, ведь при кровоизлиянии дорога каждая минута. Или быстротечные роды – это 20–30 минут. Значит, принимать роды придётся в «скорой». Каковы шансы довезти ребёнка, если зимой в нашей «буханке» – ноль градусов даже с печкой.

**В этих условиях правительство**разрабатывает критерии «ответственного самолечения», ссылаясь на опыт развитых стран. Минздрав пытается ухватиться за термин, введённый Всемирной организацией здравоохранения в 1983 г., хотя ВОЗ имела дело с иной ситуацией. В Европе, например, очень строг оборот антибиотиков и даже обычных препаратов, которые мы давно привыкли покупать от простуды. И ассоциации производителей лекарств стали продвигать «ответственное самолечение», чтобы человек не бегал к врачу с головной болью, а самостоятельно выпил аспирин, понимая, каково его фармакологическое действие и с какими препаратами его лучше не совмещать. В России месседж совсем другой: **лечитесь сами и отстаньте с вашими проблемами от государства – оно вам ничего не должно**.

Эта ситуация могла бы дать мощный толчок развитию качественной платной медицины. Но из-за бесконечных согласований, поборов, высоких пошлин на импортные лекарства и оборудование цены на мало-мальски сложную медпомощь бьют все рекорды. Например, развитие трансплантологии сдерживает запрет на пересадку детских органов. Крупных инвесторов закошмарили, а на приличную больницу нужны миллиарды, которые никто не собирается вкладывать. Как следствие, обеспеченные россияне предпочитают лечиться за границей.

В итоге с начала нулевых поток пациентов из России в Германию вырос в семь раз. Всё правильно: немецкое правительство регулирует цены на все виды лечения, хирургического вмешательства и протезирования. Прайсы на услуги стабильны по всей стране, тем более закон запрещает брать с иностранцев больше, чем с немцев. Вся история с установкой искусственного коленного сустава обойдётся вам примерно в 800 тыс. рублей – разве это дорого, если вы желаете снова ходить. Даже в Белоруссии в 2010–2016 гг. выручка с иностранных пациентов возросла с 9 до 35 млн долларов. А аналитики Минздрава озвучили сумму, которую **россияне тратят на лечение за рубежом, – около 100 млрд рублей ежегодно**.

А если у гражданина денег на лечение нет, приходится заваривать кору дуба по совету незабвенного депутата Петра Толстого, который из патриотических побуждений хотел запретить в России заграничные лекарства. Сегодня в сельской местности проживают 38 млн человек – более четверти населения. Здесь с**1990‑х годов в пять раз сократилось число больниц**. Согласно исследованию ВШЭ, 89% сельчан, попавших на стационарное лечение, сами оплачивают требуемые для него лекарства, шприцы и перевязочные материалы. Услуги платной медицины потянули всего 0, 9% сельских жителей, зато к самолечению прибегали 68, 4%. От болей в пояснице – горячие камни, лечение крапивницы – крапивой, заговорённая земля – от зубной боли.

По факту получается, что бесплатно попасть к врачу очень непросто, а попытка получить консультацию в аптеке часто оборачивается покупкой самого дорогого лекарства. Попав в реанимацию с осложнением, больной объясняет: «Соседу выписали, и я стал то же самое принимать». А если он умеет пользоваться Интернетом, то долго морщит лоб, вспоминая, какие загуглил симптомы, на каком сайте прочитал, что у него сибирская язва, и когда начал принимать «рекомендованные» препараты. Власть не пытается сделать ничего для кардинального изменения этой ситуации. Например, много лет сохраняется идиотское правило, по которому врач стационара не может выписывать рецепты – пациент должен пройти ещё один квест и пробиться к участковому терапевту. А в той же сельской местности их отделяют друг от друга сотни километров.

Системный итог «ответственного самолечения» в том, что болезнь часто не диагностируется врачом в начальной стадии. По данным ВОЗ, в общей смертности в России **доля предотвратимых смертей – 30–40%**. Отсюда и невысокая продолжительность жизни, которую постоянно призывают повышать. Например, по продолжительности жизни мы сегодня во второй сотне, а задача стоит увеличить её за пятилетку с 72 до 78 лет и выйти на уровень Польши и Албании – то есть в седьмой десяток.

В итоге в России сложилась настолько многоукладная система здравоохранения, что даже специалисты не знают, как снимать с неё мерки. Глава всероссийской Лиги защитников пациентов**Александр Саверский** считает, что у врача не должно быть материальной заинтересованности, какую именно болезнь лечить. А сегодня ему выгоднее диагностировать гнойный перитонит, чем аппендицит, потому что Фонд ОМС заплатит за него больнице больше денег. А врачи, наоборот, уверены, что именно маленькая и стабильная зарплата, отсутствие стимулов работать лучше более всего «вымораживает» их коллег.

Около 4 тыс. медиков подписали Декларацию независимости российских врачей, в которой назван основной порок российской медицины – несвобода её главных действующих лиц, врачей. Кардиолог из Тарусы Михаил Осипов объясняет: «Я бы начал реформу здравоохранения в России с того, что полностью либерализовал бы медицинскую деятельность, вернул бы врачу независимость. Потому что существующие правила никак не мешают плохим врачам раотать плохо, а хорошим – мешают лечить хорошо. В большой степени искусство врачевать в России состоит в том, чтобы обходить многочисленные запреты и глупые правила».

Чиновника, правда, не нужно считать абсолютным злом. В начале оптимизации он хотел здравых вещей: чтобы, как на Западе,**коек было мало, а главным стало амбулаторное звено**. Однако начали не с того конца: нужно было сначала развить амбулаторный блок, а уже потом сокращать койки. Но деньги тратились неэффективно: старый мир разрушен, новый толком не построен. А сегодня уже нет тех денег, которые тратились на здравоохранение в нулевых, и приходится не вынашивать планы реформ, а экономить на всём подряд. Например, опубликован новый проект Программы государственных гарантий оказания медицинской помощи на 2022 год, который сократит и без того куцый перечень болезней, от которых будут лечить современными биопрепаратами. В том числе детей.

Невозможность получить квалифицированную медицинскую помощь – это ещё и один из главных признаков бедности. Хотя о бедности государства говорить вряд ли уместно. Оно убого разве что в моральном плане, если жизнь и здоровье граждан являются приоритетом только на словах.

**Врача на них нет**

**Пандемия чрезвычайно разогнала спрос на телемедицину, под которой ВОЗ понимает любое «лечение на расстоянии». Подчас по-другому помощь не получить: больницы и поликлиники за годы «оптимизации» «отдалились» от населения.**

До поры отрасль была падчерицей здравоохранения, услугами которой пользовались только в условиях крайней нужды. Например, когда нужно как-то лечить моряков или космонавтов, с которыми не полетишь на орбиту в соседней ракете. Интернет дал новые возможности, а специалисты отметили, что **телемедицинские услуги для компаний могут быть дешевле традиционных в 10 раз**. Уровень проникновения телемедицины в Европе и до пандемии составлял около 30%. То есть почти треть всех обращений к врачу.

Естественно, самый бурный рост отрасль пережила в странах с преобладанием частной медицины. Там быстренько **приравняли виртуальный приём к реальному**, прописали стандарты.Об эффективности такого лечения можно судить только в каждом конкретном случае. Когда врач не может вживую «пощупать» пациента, заглянуть ему в горло, а вынужден оценивать смазанное цифровое изображение – это не просто минус, это категорически неприемлемый халатный подход к лечению. С другой стороны, немало ситуаций, когда «щупать» не нужно, зато необходимо правильно трактовать результаты КТ или МРТ.

Врачу районной больницы часто не хватает для этого знаний и опыта, а возможность привлечь по видеосвязи мнение светил – настоящее спасение. Или у пациента нашли что-то серьёзное, назначили лечение антибиотиками. Но, прежде чем начать их принимать, он хочет подстраховаться – попросить оценить постановку диагноза и назначенное лечение врача со стороны.

Применение сетевых видеокамер позволяет организовать **прямую трансляцию хирургической операции**. А более опытный врач может дистанционно одёрнуть коллегу, если в его действиях наметилась ошибка. Появились и мобильные телемедицинские комплексы для «скорых»: по дороге в больницу фельдшер может выйти на связь и спросить совета более квалифицированного коллеги. Давно известны цифры: дистанционная видеоконсультация дешевле поездки пациента в Москву для жителей Урала в 20 раз, для Якутии и Забайкалья – в 40 раз. Это даже без сопровождения медработником, без носилок, колясок и т.д.

Всё это очень симпатично выглядит в теории. Главный вопрос – где и как внедрено. Если под видом развития телемедицины продолжить дальнейшую оптимизацию здравоохранения, сокращать специалистов в поликлиниках, чтобы учить бабушек-пациенток рассказывать о болячках по скайпу, то **до пенсии будет доживать ещё меньше россиян**.

Закон о телемедицине в России приняли только в 2017 году. На стадии разработки закона разгорелся сыр-бор между Минздравом и интернет-отраслью: **дистанционный приём приравнивается к очному или нет?** Но Минздрав был против до конца и победил: строчка в закон не попала. Министр здравоохранения Вероника Скворцова не уставала повторять, что в России 83 тыс. населённых пунктов, в которых проживает менее 100 тыс. человек, причём в большинстве из них нет даже фельдшеров. А потому до каждого ФАПа и населённого пункта важно довести оптоволокно, чтобы каждый россиянин был подключён к единому пространству телемедицины.

И тут невольно возникает дежавю. Вспоминается феерический распил 30–50 млрд рублей, связанный с задачей обеспечить телефоном-автоматом каждую российскую деревню. В 2007–2008 гг. Дмитрий Медведев страстно поддержал и эту инициативу Министерства информационных технологий и связи – благо казна была полна. И телефоны с дорогущими оптоволоконными кабелями провели в сотни деревень, где жителей не было уже много лет.

Конечно, для обоснования таких трат нужны весомые поводы, а телемедицина в регионы пока не идёт. По данным ВЦИОМ за май 2020 г., **около половины россиян вообще не знают о возможности получить дистанционную консультацию врача**, а пользовались подобными услугами 8% респондентов. И это в основном Москва – Питер.

90% нашего здравоохранения – это государство. А врач – не самостоятельное юридическое лицо, он может оказывать услуги только как сотрудник организации. И зачем главврачу какой-нибудь больницы соваться на толком не обследованное поле. А вдруг там мины? Да и оплату по ОМС за оказанные телемедицинские услуги пока не получить.

<https://argumenti.ru/society/2022/02/760662?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>