****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период 8 - 14 февраля 2022)**

**ПРАВИТЕЛЬСТВО**

**ПУТИН ПОРУЧИЛ УСКОРИТЬ ВНЕДРЕНИЕ СЕРВИСА ПО ВЫЗОВУ ВРАЧА НА ДОМ НА ПОРТАЛЕ ГОСУСЛУГ**

Президент РФ Владимир Путин поручил правительству до 31 марта 2022 года осуществить техническую реализацию онлайн-сервиса «вызов врача на дом» на едином портале госуслуг, а с 1 июля такая услуга должна быть доступна в каждом регионе страны. Начиная с 2017 года такой функционал на портале госуслуг работает для жителей 52 регионов России, отмечали в Минцифры в январе.

Ответственным за полное внедрение сервиса «вызов врача на дом» на портале госуслуг назначен премьер-министр РФ Михаил Мишустин. После того как функционал станет доступен во всех субъектах РФ, главы регионов должны будут обеспечить для граждан возможность с помощью заявки на портале вызвать специалиста на дом или записаться на прием в медучреждение (сейчас некоторые регионы предоставляют такие услуги только после обращения по телефону).

В июле 2017 года бывший в то время премьер-министром РФ Дмитрий Медведев [утвердил](https://vademec.ru/news/2017/07/21/vyzyvat-vracha-na-dom-mozhno-budet-cherez-internet/) подготовленные Минздравом поправки к перечню госуслуг, которые можно получить на едином портале в электронной форме. В список был добавлен сервис по вызову врача на дом и записи на прием к специалисту. По [данным](https://ria.ru/20220118/vyzov-1768452580.html) Минцифры на 18 января 2022 года, сервис «вызов врача на дом» работал на портале госуслуг в 52 регионах страны. При определенных условиях люди с подозрением на COVID-19 для вызова врача на дом могут звонить по номеру 122 или обращаться в службу скорой помощи.

По итогам прошедшего 26 января 2022 года совещания с членами Правительства РФ Владимир Путин также поручил представить предложения по оснащению медорганизаций «современными системами цифровой телефонии и формированию масштабируемой схемы приема и обработки поступающих в медицинские организации вызовов». Доклад должен быть представлен до 1 апреля 2022 года. Ответственными назначены Михаил Мишустин и главы регионов.

В начале 2021 года в некоторых регионах страны был запущен [пилотный проект](https://vademec.ru/news/2021/01/12/svedeniya-ob-okazannoy-medpomoshchi-stanut-dostupny-na-portale-gosuslug/) по автоматической выгрузке данных об оказанной за счет государства медпомощи на портале госуслуг. В декабре Минздрав и Минцифры РФ [сообщили](https://vademec.ru/news/2021/12/02/informatsiyu-ob-okazannoy-medpomoshchi-po-oms-v-federalnykh-tsentrakh-pogruzili-na-gosuslugi/) об интеграции на портале части документооборота для получения пациентом медпомощи в федеральных медорганизациях. Застрахованному по ОМС пациенту предоставили возможность отслеживать онлайн данные о том, примут ли его на госпитализацию, и смотреть отчеты о расходах системы ОМС на лечение. Такое нововведение призвано «минимизировать посещение медучреждений» и снять излишнюю нагрузку с медперсонала.

<https://vademec.ru/news/2022/02/09/putin-poruchil-uskorit-vnedrenie-servisa-po-vyzovu-vracha-na-dom-na-portale-gosuslug/>

**ПРАВИТЕЛЬСТВО ВНОВЬ РАЗРЕШИЛО РЕГИОНАМ УВЕЛИЧИВАТЬ СРОКИ ОЖИДАНИЯ МЕДПОМОЩИ ПО ОМС**

Согласно выпущенному 8 февраля правительственному постановлению об особенностях оказания в пандемию медпомощи по ОМС, регионы до конца года получили право приостанавливать первичную медико-санитарную медпомощь в плановой форме и увеличивать сроки ожидания стационарного лечения. Как и в похожем постановлении №432, действовавшем в 2020 году, ограничения не касаются онкологических больных и пациентов на диализе.

Главы субъектов могут «при необходимости» отложить проведение профосмотров и диспансеризации (включая углубленную), организовать дистанционное диспансерное наблюдение за пациентом, а также принять решение о «привлечении к оказанию медпомощи ведомственных и частных медорганизаций». В список профилей медпомощи, подлежащих исключению из правил, не попали сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания.

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко [назвал](http://government.ru/news/44509/) это «вынужденными мерами». Плановая медпомощь в первичном звене, отмечает он, может быть отложена в «неблагоприятный» период в пользу дистанционных форматов. Мера нужна, чтобы в том числе обезопасить хронических пациентов от заражения инфекцией. Вся неотложная и скорая медпомощь сохраняется.

Приостановку плановой амбулаторной медицинской помощи еще до постановления Правительства РФ произвели в ряде регионов. Одним из первых такой способ борьбы со штаммом коронавируса «омикрон» [использовали](https://vademec.ru/news/2022/01/21/v-gosklinikakh-peterburga-priostanovili-planovoe-ambulatornoe-lechenie/) в Санкт-Петербурге. Несмотря на предпринимаемые меры, рост заболеваемости COVID-19 в стране до более чем 180 тысяч новых случаев в сутки приводит к [сбоям](https://vademec.ru/news/2022/02/08/polikliniki-ne-spravlyayutsya-s-potokom-patsientov-s-simptomami-orvi-i-covid-19-opyt-regionov/) в работе поликлинического звена – очередям, выходящим из помещения на улицу, а также многодневному ожиданию врачей на дому.

В начале эпидемии COVID-19 в России правительство также ограничило на федеральном уровне получение медпомощи по ОМС. Постановление №432, однако, [вводило](https://vademec.ru/news/2020/04/06/bazovaya-programma-oms-versiya-covid-19/) более жесткие ограничения, чтобы минимизировать передвижение граждан между регионами. Например, лечение могло оказываться исключительно по направлению лечащего врача (чаще всего это сотрудник поликлиники, куда пациент прикреплен территориально). Документ утратил силу в начале 2021 года и продлен не был.
<https://vademec.ru/news/2022/02/09/pravitelstvo-vnov-razreshilo-regionam-uvelichivat-sroki-ozhidaniya-medpopomoshchi-po-oms/>

**ПОЛОЖЕНИЕ О ЕГИЗ ПРЕТЕРПЕЛО СУЩЕСТВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ**

Проект нового Положения о Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) был опубликован правительством в мае 2021 года и к моменту принятия претерпел существенные изменения. «МВ» проанализировал документ.

Новое положение о Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения предполагает расширение охвата отрасли цифровыми системами на централизованной основе. Постановление Правительства РФ [№ 140 от 9.02.2022](https://medvestnik.ru/content/documents/140-ot-9-02-2022.html) опубликовано 12 февраля.

Прежнее положение, утвержденное Постановлением Правительства РФ [№ 555 от 05.05.2018](https://medvestnik.ru/content/documents/555-ot-05-05-2018-g.html), отменено вместе с рядом сопутствующих нормативных актов. «МВ» проанализировал новый документ.

Положение от 2018 года предполагало прежде всего обработку и хранение обезличенных сведений о пациентах, новое закрепляет также функцию обработки и хранения медицинской документации и (или) сведений о состоянии здоровья гражданина, предоставленных с его согласия или размещенных гражданином (его законным представителем), в том числе посредством федеральной ГИС «Единый портал государственных и муниципальных услуг» (ЕПГ). Гражданам будут предоставлены «услуги в сфере здравоохранения в электронной форме посредством использования ЕПГ, иных информсистем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг». Ранее эта возможность не была явно сформулирована, однако как она будет реализована, станет ясно лишь после публикации дополнительных документов.

В новом Положении впервые сформулированы отдельные функции электронной медицинской карты (ЭМК) пациента. Она, в частности, должна обеспечивать «получение, проверку, обработку и хранение медицинской документации и (или) сведений о состоянии здоровья гражданина… а также предоставление с согласия пациента (его законного представителя) доступа к ним медицинским работникам». ЭМК будет служить не только задачам взаимодействия медучреждения и пациента, но также целям отработки алгоритмов искусственного интеллекта (ИИ). Карта требует хранения наборов обезличенных медицинских данных для их использования в целях создания алгоритмов и методов машинного обучения для формирования систем поддержки принятия врачебных решений, создания и применения технологических решений на основе ИИ; поддержки разметки и подготовки наборов обезличенных медицинских данных, а также их верификации для решения конкретной задачи, в том числе с использованием методов машинного обучения; поддержки разработки технологических решений на основе ИИ; хранения, функционирования и верификации технологических решений на основе ИИ; доступа медицинских организаций к технологическим решениям на основе ИИ.

Медработник должен получить доступ к медицинской документации, сформированной по результатам приема, в том числе в форме консультаций и консилиумов с применением телемедицинских технологий, проведения профилактических медосмотров, диспансеризации, содержащейся в федеральной интегрированной ЭМК и (или) федеральном реестре электронных медицинских документов. Введена норма ведения личного кабинета медицинского работника с целью обеспечения его информационного взаимодействия с единой системой, а также для получения и передачи сведений и документов.

Кроме ранее существовавших реестров врачей и медорганизаций предполагается ведение госреестров специалистов по клиническим исследованиям биомедицинских клеточных продуктов, а также лекарственных препаратов.

Проект нового Положения был опубликован правительством в мае 2021 года и с этого времени претерпел существенные изменения, став полем борьбы лоббистов и иных групп влияния. Так, изначально предполагалось включение в перечень пользователей и поставщиков информации в систему страховых медорганизаций, но в окончательном варианте упоминания о СМО исчезли, и страховые функции в системе будет выполнять лишь Федеральный фонд ОМС.

При этом среди пользователей появилась Федеральная налоговая служба, не интегрированная в ЕГИСЗ. Поэтому получать информацию она будет через свою автоматизированную информсистему «Налог-3». Кто именно в системе здравоохранения будет передавать налоговикам информацию и какую, Положение не конкретизирует.

Проект предполагал также ведение в составе ЕГИСЗ вертикально интегрированных МИС (ВИМИС) по отдельным профилям оказания медицинской помощи, заболеваниям, состояниям, но этот пункт в явном виде не вошел в Положение. При этом [ВИМИС продолжают](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-poobeshal-razrabotchikam-cifrovyh-sistem-otkryt-dostup-k-bolshim-dannym.html) активно развиваться Минздравом.

<https://medvestnik.ru/content/news/Polojenie-o-EGISZ-preterpelo-sushestvennye-izmeneniya.html>

**МИНЗДРАВ/ФОМС**

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В ОМС ОЦЕНЯТ БАЛЛАМИ**

В [методических рекомендациях](https://www.ffoms.gov.ru/upload/iblock/349/3496b00f7d7f1d570beedf91cbc9e91b.pdf) по оплате медпомощи за счет ОМС на 2022 год появился специальный раздел с методикой финансового поощрения амбулаторных медорганизаций, если они работают достаточно эффективно. Результативность клиник, а это достижение целевых значений по предупреждению болезней прикрепленного населения, диспансерному наблюдению и уровню смертности, будет оцениваться по балльной системе раз в квартал комиссией по разработке терпрограммы ОМС.

Размер дополнительных средств амбулаторным медорганизациям (в случае достижения показателей) добавляется к их базовому подушевому финансированию. Клиника получит стимулирующую выплату, если ей удастся выполнить минимум 50% от установленных в тарифном соглашении показателей (то есть по каждому из них должно быть набрано хоть сколько-то баллов). В федеральных рекомендациях содержится 28 критериев. Финальный размер премии зависит от совокупного количества баллов. Также отдельно оговорено, что учреждению нужно освоить минимум 90% от годовых объемов амбулаторной медпомощи по ОМС (без учета простоя во время пандемии).

Все показатели делятся на три группы: результативность профилактических мероприятий, эффективность диспансерного наблюдения и уменьшение уровня смертности среди взрослых и детей. Среди детализированных требований – количество выявленных болезней системы кровообращения, онкозаболеваний и сахарного диабета, охват населения прививками против COVID-19 и другие. Специальный раздел предусмотрен для оказания медпомощи по профилю «акушерство и гинекология». Так, среди обязательных критериев значится прирост числа женщин, отказавшихся от абортов после консультации.

Уточняется, что критерии и предельная сумма баллов могут варьироваться от региона к региону. Оценки эффективности должны проходить не реже одного раза в квартал. По прогнозу Федерального фонда ОМС на премирование поликлиник в 2022 году уйдет около 20 млрд рублей.

Обновленную систему оценки поликлинического звена в начале февраля 2022 года анонсировала председатель ФФОМС Елена Чернякова, отвечая в интервью «Российской газете» на вопрос, «станут ли лучше работать поликлиники после увеличения финансирования», поскольку к ним сейчас «много претензий со стороны пациентов». «Создаются условия для финансовой заинтересованности медицинских работников поликлиник в раннем выявлении заболеваний, их качественном лечении, уровне здоровья людей, продолжительности жизни пациентов», – [прокомментировала](https://rg.ru/2022/02/03/kak-dorogo-obhoditsia-lechenie-bolnyh-covid-19.html) она.

Ранее размер подушевого финансирования амбулаторных медорганизаций также зависел от результативности их работы, однако большую часть методик позволялось разрабатывать регионам. Сейчас впервые на федеральном уровне описан четкий перечень показателей эффективности и как именно необходимо оценивать их достижение.

Медорганизации с прикрепленным населением в последние годы также получают премии за счет средств ОМС в случае внедрения «бережливых» технологий. Вместе со стартом модернизации первичного звена медпомощи в Минздраве начали делать акцент именно на «[облике](https://vademec.ru/news/2021/07/28/minzdrav-rf-propishet-edinyy-oblik-poliklinik/)» поликлиник и создали соответствующие [методические рекомендации](http://vocmp.oblzdrav.ru/metodicheskiye-rekomendatsii-dlya-rukov.html).

Кроме того, Правительство РФ намерено [прописать](https://vademec.ru/news/2021/09/29/pravitelstvo-propishet-trebovaniya-dlya-pretendentov-na-status-berezhlivaya-poliklinika/) специальные требования, которым должна соответствовать медорганизация, если она претендует на внедрение «технологий пациентоориентированной системы оказания медицинских услуг и благоприятной производственной среды» (то же, что «новая модель оказания медпомощи» и «бережливые технологии»). Непосредственно отбором клиник займется Росздравнадзор и его территориальные органы, на что ведомству потребуется дополнительно 402,2 млн рублей до 2024 года. <https://vademec.ru/news/2022/02/11/effektivnost-raboty-pervichnogo-zvena-v-oms-otsenyat-ballami/>

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ МИНЗДРАВ НАЗВАЛ ВИДЫ МЕДПОМОЩИ, КОТОРЫЕ НЕЛЬЗЯ ПРИОСТАНАВЛИВАТЬ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ**

В их числе — помощь детям, пациентам с онкологическими заболеваниями и нуждающимся в гемодиализе

Федеральное правительство утвердило постановление, которое вносит изменения в базовую программу обязательного медицинского страхования.

В соответствии с ними в период распространения коронавируса главы регионов при необходимости могут временно приостанавливать оказание плановой амбулаторной медицинской помощи, но только по некоторым профилям и только в зависимости от эпидемиологической ситуации. Как только обстановка в регионе стабилизируется, плановая помощь должна быть возобновлена в полном объеме, подчеркнули в пресс-служба Минздрава РФ.

Временно приостановлено может быть проведение диспансеризации и профилактических осмотров. При этом за состоянием пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении в связи с хроническими заболеваниями, должно быть организовано дистанционное наблюдение.

Важно, что в случае принятия решения о временной приостановке плановой помощи в амбулаторных условиях, в регионе должен быть утвержден четкий перечень медицинских организаций, которые временно не оказывают плановую медпомощь. Также должна быть определена новая временная маршрутизация пациентов. Это позволит сохранить доступность медицинской помощи для граждан.

Детям, а также пациентам с онкологическими, онкогематологическими заболеваниями, пациентам, нуждающимся в проведении заместительной почечной терапии, в указанный период плановая медицинская помощь должна оказываться в полном объеме — этот вопрос находится на особом контроле Минздрава России. Также без ограничений будет осуществляться выдача направлений на высокотехнологичную медицинскую помощь и на санаторно-курортное лечение.

Постановлением Минздраву также поручается утвердить временный порядок организации и проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи больным коронавирусом. Для повышения качества оказания медицинской помощи, экспертиза может проводиться уже во время лечения пациентов с COVID-19 в амбулаторных и стационарных условиях.

<https://pravdasevera.ru/2022/02/10/6204aac0318ffff8ff611672.html?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**СЧЕТНАЯ ПАЛАТА ПРОВЕРИТ ФИНОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ ГОСГАРАНТИЙ В 2021 ГОДУ**

Принципы формирования и финансового обеспечения программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ПГГ) в 2021 году станут объектом проверки Счетной палаты России.

Счетная палата проведет оценку формирования и финансового обеспечения программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2021 году. Контрольное мероприятие включено в план проверок на текущий год, [сообщила](https://ach.gov.ru/news/plan-proverok-2022) пресс-служба ведомства.

«Результаты, которые мы планируем получить, позволят нам глубоко проработать вопросы формирования [программы госгарантий](https://medvestnik.ru/content/news/V-programmu-gosgarantii-gotovyat-dopolneniya-o-stacionarah-na-domu.html) и тарифообразования в системе ОМС», — приводятся в сообщении слова зампреда Счетной палаты Галины Изотовой. Она уточнила, что первоочередные цели проверки – оценка критериев и требований, установленных ПГГ, на предмет их достаточности и актуальности, а также анализ роли стандартов оказания помощи в системе здравоохранения и механизма их формирования.

По словам Изотовой, для многих заболеваний, входящих в базовую программу ОМС, до сих пор не разработаны стандарты медпомощи, на основе которых определяются объемы медицинских услуг, учитываемые при расчете тарифов. Это делает невозможным оценку расчета реальной потребности регионов в финансировании базовой программы ОМС.

Кроме того, аудиторы планируют оценить риски цифровой трансформации здравоохранения, а также фактическое состояние информатизации отрасли и практику применения информационных систем и технологий, в том числе на предмет возможности достижения стратегических задач в данной сфере, рассказала Изотова [ТАСС](https://tass.ru/ekonomika/13644551).

На прошлой неделе Счетная палата представила отчет по итогам анализа формирования системы защиты прав граждан в сфере ОМС. В частности, аудиторы предложили наделить страховые медицинские организации (СМО) правом представлять пациентов в суде, [сообщал «МВ»](https://medvestnik.ru/content/news/Schetnaya-palata-predlojila-pozvolit-medicinskim-strahovshikam-soprovojdat-pacientov-v-sude.html).

Всего в 2022 году контрольное ведомство планирует провести 394 аудиторских мероприятия, 23 из которых — по поручениям Президента РФ.

<https://medvestnik.ru/content/news/Schetnaya-palata-proverit-finobespechenie-programmy-gosgarantii-v-2021-godu.html>

**МИНЗДРАВ ПРОДЛИЛ МОРАТОРИЙ НА АТТЕСТАЦИЮ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ**

Минздрав России продлил еще на год срок действия присвоенных ранее квалификационных категорий медицинских и фармацевтических работников. Пройти аттестацию по-прежнему могут только те, кто делает это впервые, или претенденты на более высокую квалификационную категорию.

Минюст зарегистрировал Приказ Минздрава России [№ 59н от 07.02.2022](https://medvestnik.ru/content/documents/59n-ot-07-02-2022.html) «Об особенностях прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории». Документ опубликован 8 февраля на портале publication.pravo.gov.ru.

В соответствии с приказом, приостанавливается проведение аттестации мед- и фармработников на получение квалификационной категории до 1 января 2023 года за исключением случаев, когда аттестация проводится впервые или когда необходима для присвоения более высокой квалификационной категории.

На 12 месяцев продлен срок действия присвоенных квалификационных категорий при истечении срока их действия в период с 1 января по 31 декабря 2022 года, в том числе срок действия присвоенных им квалификационных категорий, которые были продлены начиная с 1 февраля 2020 года в соответствии с приказами Минздрава [№ 394н от 30.04.2020](https://medvestnik.ru/content/documents/394n-ot-30-04-2020-g.html) и [№ 41н от 02.02.2021](https://medvestnik.ru/content/documents/41n-ot-02-02-2021.html).

В конце прошлого года Минздрав разработал новый порядок прохождения мед- и фармработниками аттестации для получения квалификационной категории, [сообщал «МВ»](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-obnovit-poryadok-prisvoeniya-kvalifikacionnyh-kategorii.html). Приказ [№ 1083н от 22.11.2021](https://medvestnik.ru/content/documents/1083n-ot-22-11-2021.html) вступил в силу с 1 января 2022 года и заменил действовавший ранее приказ № 240н от 23.04.2013.

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-prodlil-moratorii-na-attestaciu-dlya-podtverjdeniya-kvalifikacionnoi-kategorii.html>

**РАЗНОЕ**

**В РОСЗДРАВНАДЗОРЕ ПОДДЕРЖАЛИ ЧАСТИЧНУЮ ДЕКРИМИНАЛИЗАЦИЮ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Росздравнадзор предложил рассмотреть возможность частичной декриминализации преступлений, связанных с негативными последствиями при оказании медицинской помощи. Служба считает важным оценить альтернативу наказаниям для врачей, связанным с реальным лишением свободы.

В Росздравнадзоре предложили проработать возможность частичной декриминализации преступлений, связанных с негативными последствиями при оказании медицинской помощи. Когда речь идет о добросовестном заблуждении врача при отсутствии у него достаточного практического опыта или знаний, в Уголовный кодекс целесообразно ввести виды наказаний, альтернативные лишению свободы, заявил начальник отдела организации контроля медицинских экспертиз Росздравнадзора **Антон Колоколов** на II Всероссийском форуме «Вопросы медицинского права» 11 февраля, передает корреспондент «МВ».

Элементы неосторожной формы вины (небрежность, невнимательность) при условии отсутствия субъективной стороны не образуют состава преступления. Было бы справедливым внести в законодательство норму права, позволяющую органам правосудия временно отстранять медицинского работника от профессиональной деятельности без сохранения заработной платы в случаях причинения тяжкого вреда здоровью по неосторожности при оказании медицинской помощи.

В дальнейшем такой работник смог бы приступить к работе после прохождения цикла повышения квалификации с последующим экзаменом в своей профессиональной области, пояснил Колоколов.

В ряде случаев вклад в ситуацию неблагоприятных исходов при оказании медпомощи вносят сами пациенты, допускающие асоциальное поведение, нарушение схемы приема лекарственных препаратов или отказ от лечения, самолечение; неоднократно меняющие врача, уточнил специалист. Сейчас данные факты нередко не получают должной интепретации в ходе расследования уголовного дела.

«Не вызывает сомнения, что в случае причинения вреда жизни и здоровью в процессе оказания медицинской помощи врач должен нести ответственность, в том числе уголовную. Но при этом ответственность все-таки должна зависеть от степени тяжести причиненного вреда пациенту», — подчеркнул представитель Росздравнадзора.

В прошлом году Российское общество хирургов (РОХ) направляло обращение в Конституционный суд с просьбой [прекратить](https://medvestnik.ru/content/news/Mediki-snova-budut-prosit-Konstitucionnyi-sud-o-dekriminalizacii-vrachebnoi-deyatelnosti.html) применять ст.238 УК РФ (оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности) в отношении медицинских работников. В нем отмечалось, что практика уголовного преследования врачей за осложнения после операций или консервативного лечения не применяется нигде в мире.

В 2018 году на похожих по смыслу поправках — декриминализации лечебной деятельности — настаивала Национальная медицинская палата. Но тогда эти инициативы поддержки не получили. В 2018 году Следственный комитет России (СКР) создал отдельное подразделение, специализирующееся на расследовании «ятрогенных» преступлений. В 2019 году Госдума приняла законопроект, наделяющий СКР правом проводить собственные экспертизы: молекулярно-генетическую, компьютерно-техническую, фоноскопическую, медико-криминалистическую, баллистическую и др. под предлогом повышения качества следствия и сокращения его сроков.

По данным, которые приводил в 2019 году на «круглом столе» в Госдуме главный внештатный хирург Минздрава России, директор НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского **Амиран Ревишвили,** больше всего среди специалистов, осужденных в связи с врачебными ошибками и ненадлежащим оказанием медицинской помощи, врачей-хирургов (40%). На втором месте акушеры-гинекологи (21%) и анестезиологи-реаниматологи (13%).

<https://medvestnik.ru/content/news/V-Roszdravnadzore-podderjdali-chastichnuu-dekriminalizaciu-vrachebnoi-deyatelnosti.html>

**Неестественная убыль: почему в России за год умерло свыше миллиона человек**

Какие уроки для социальной политики мы можем извлечь из опыта пандемийных лет. Об этом сообщил представитель группы «Европейский диалог» Евгений Гонтмахер

Как стало недавно известно, Россия завершила 2021 год рекордной естественной убылью населения — 1,04 миллиона человек. Эта цифра даже больше, чем в «лихих» 90-х. Недаром пресс-секретарь президента назвал эту статистику «печальной».

Было бы, конечно, очень просто объяснить такое положение коронавирусной пандемией, которая очень серьезно — на сотни тысяч человек за год — увеличила смертность. Но есть и другие причины. Одна из них — перегрузка нашей системы здравоохранения, которая бросила все силы на борьбу с ковидом, оголив другие участки. Например, оказание плановой медицинской помощи хронически больным людям в целом ряде регионов резко сократилось, что не могло не повлечь тяжелые последствия, в том числе преждевременные смерти. Естественно, что в условиях пандемической чрезвычайщины многие семьи в лучшем случае отложили появление своих детей. Для этого у многих перестало хватать денег, да и общая тревожность атмосферы пугает потенциальных родителей. Поэтому общее число рождений в 2021 году снизилось на 2,3% и составило 1,4 млн человек — минимум с 2002 года.

Сейчас, когда появились первые робкие надежды на то, что пик пандемии мы прошли и скоро вернутся доковидные времена, настало время задуматься: а как мы здесь, в России, будем исправлять эту нашу «печальную» демографию? Какие уроки для социальной политики мы можем извлечь из испытаний 2020–2021 годов?

Прежде всего, начну с медицины, которая последние два года находится фактически в мобилизационном состоянии. Это не только российская ситуация. Пандемия застала врасплох все страны, даже те из них, где здравоохранение наиболее качественное. Но нас волнует страна, в которой мы живем. Что-то в организации нашей медицинской помощи надо менять. И не только сохраняя срочно открытые специализированные инфекционные койки.

И до пандемии было понятно, что, несмотря на регулярные вливания денег в систему здравоохранения, ничего в ней в лучшую сторону не меняется. В 2019 году, когда ковидной напасти еще не было, социальный вице-премьер Татьяна Голикова заявила, что «и качество, и доступность услуг в здравоохранении резко ухудшились».

Почему это происходит? Классика менеджмента большими системами подсказывает, что в организации российского здравоохранения есть какая-то глубинная проблема. Некоторые считают, что это продолжающееся недофинансирование медицины. Сейчас, на пике дополнительных государственных финансовых вливаний в эту сферу, они составляют всего лишь 4% ВВП. При этом, согласно проектировкам правительства, эта доля будет в 2024 году снижена до 3,5%. В странах, где, благодаря в том числе усилиям медицины, продолжительность жизни уже пересекла рубеж 80 лет, эта доля (если учитывать только расходы государства) не менее 6–7%.

В России же приведенные выше весьма скромные цифры предопределяют нехватку врачей, особенно узких специалистов, острейший дефицит медицинских сестер и санитарок, отсутствие необходимого оборудования, убогое состояние зданий многих больниц и поликлиник. Да, такую картинку не увидишь в Москве, ряде других крупных городов, но вся остальная Россия неудовлетворительное качество и низкую доступность квалифицированной медицинской помощи чувствует на себе.

Так, казалось бы, в чем дело? Давайте дадим здравоохранению больше денег, и ситуация качественно улучшится. Но такие попытки делались раньше, а воз и ныне там. Глубинная проблема организации нашего здравоохранения в том, что она загнана в тиски «обязательного медицинского страхования». Когда в начале 90-х вводили ОМС, целью было создать дополнительный целевой источник поступления денег в медицину. Этим источником определили заработную плату, с которой работодатель определенный процент стал переводить в Фонд обязательного медицинского страхования. Тогда это было экстренным шагом для того, чтобы хотя бы частично восполнить просевшие бюджетные расходы. Но теперь, согласно законодательству, у нас через ОМС финансируется практически вся медицина. Для этого изымается 5,1% фонда оплаты труда. А учитывая низкие размеры российской зарплаты (в прошлом году ее медианное значение было чуть больше 40 тыс. рублей в месяц), эти отчисления, даже в совокупности с региональными платежами за неработающее население, и дают нам упомянутые выше 3,5% ВВП. До нынешних 4% дотянуть помог федеральный бюджет, выступивший в качестве «скорой помощи», которая, как известно, приезжает только в исключительных случаях.

Ситуацию можно переломить, только если отказаться от ОМС, которое, кстати, как неоднократно было заявлено Владимиром Путиным, так и не стало страховым механизмом. Альтернатива давно известна и успешно работает в странах, где международные рейтинги эффективности здравоохранения наивысшие: Испания, Италия, Великобритания, Дания, Ирландия. Это бюджетная модель организации медицинской помощи, в основе которой лежат наличие единственного страховщика — государства и финансирование за счет налогов (как общих, так и целевых).

Эта модель актуальна именно для России — потому что наш в целом низкий уровень зарплат не позволяет обеспечить достойную медицину за счет страховых платежей. Можно, конечно, предложить увеличить размер страхового взноса с нынешних 5,1 до 7–8 и более процентов, но в реальной жизни это нанесет мощнейший удар по и без того стагнирующей российской экономике.

Зато отмена обязательного страхового платежа в ОМС может стать очень хорошим стимулом для экономической активности. Выпадающие средства для здравоохранения вполне могут быть найдены в нашей бюджетной системе, остро нуждающейся в переориентации на более массивную поддержку «человеческого капитала». Эта задача облегчится при условии качественного экономического роста, продуцируемого не только экспортом минеральных ресурсов, но и высокотехнологическим сектором, что даст дополнительные налоговые поступления в бюджеты всех уровней.

Еще один урок ковидных лет для социальной политики — как помочь людям пережить сложные времена. В 2020–2021 годах расцвела практика ручного управления выдачи денег населения сверху. Выступает президент и объявляет, что каждый ребенок в стране получит по 10 тыс. рублей. Потом этот приятный сюрприз повторяется, распространившись на школьников, пенсионеров. Или предлагается в дополнение к запланированному в соответствии с законом повышению прожиточного минимума подкинуть еще 1000 рублей. Все это хорошо, так как люди получают нежданные дополнительные деньги.

Но стоит ли делать такую практику «раздач сверху» постоянной? Если это так, то это означает признание, что чрезвычайщина становится нормой жизни. С таким подходом, очевидно, мы ничего не сдвинем в той же экономике, которая в конечном счете является источником средств для социального развития.

Нужно приводить в порядок, делать действительно системной социальную помощь. И дело здесь сводится не только к раздаче денег, пусть даже и на постоянной основе. Демографические тренды, и прежде всего неизбежное старение населения, диктуют необходимость в формировании сети, предоставляющей услуги по постороннему уходу не только бедным, но и всем остальным нуждающимся в этом людям.

На фоне сокращения численности трудоспособного населения крайне актуальным становится выведение на рынок труда людей с ограниченными возможностями. Здесь мы качественно отстаем от лучших мировых практик.

Что касается семей с несовершеннолетними детьми, то, несмотря на разнообразные формы их поддержки, все равно именно эта важнейшая часть нашего общества имеет наибольшую вероятность упасть в зону бедности. Там, видимо, требуется введение с использованием современных IT-технологий индивидуального отслеживания условий жизни каждого ребенка — от рождения до взросления, с тем чтобы оперативно купировать возникающие провалы.

Потрясение ковидной пандемией нам дорого обошлось. Мы потеряли сотни тысяч жизней, поплатились снижением более чем на 3 года ожидаемой продолжительности жизни, не говоря уже о падении доходов у значительной части населения. Единственный плюс, который можно извлечь из этой печальной ситуации, — извлечь правильные уроки на будущее, которое уже наступает.

<https://www.mk.ru/social/2022/02/07/neestestvennaya-ubyl-pochemu-v-rossii-za-god-umerlo-svyshe-milliona-chelovek.html?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>