МОО «Российская диабетическая ассоциация» ( врач эндокринолог М. Богомолов) является членом «Национальной Медицинской Палаты» ( проф. Л.М. Рошаль) и поддерживает большинство ее инициатив.

Счетная палата сообщила о неуклонном росте просроченной задолженности государственных медицинских организаций.

**МИНЗДРАВ/ФОМС**

**Счетная палата сообщила о неуклонном росте просроченной задолженности медорганизаций**

Счетная палата указала на проблемы финансирования системы здравоохранения. Базовая часть программы госгарантий, обеспечение которой осуществляется за счет бюджета ОМС, не обеспечена достаточными средствами.
Недостаток средств в дотационных регионах приводит к дефициту территориальных программ госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, что создает предпосылки для роста просроченной кредиторской задолженности медорганизаций. За период с 2019 по 2021 год она уже выросла более чем на 50%, сообщила и.о. председателя Счетной палаты Галина Изотова на расширенном заседании Комитета Госдумы по охране здоровья и Комитета Госдумы по контролю 29 июня.

Она отметила, что федеральная Программа госгарантий (ПГГ) формируется при отсутствии законодательно установленных механизмов, сроков, методики формирования и расчета средних нормативов объемов и финобеспечения медпомощи. Кроме того, ПГГ принимается уже после утверждения федерального бюджета и бюджета Фонда ОМС, что создает предпосылки для формирования нормативов финзатрат, устанавливаемых под утвержденный бюджет.
«В итоге мы видим картину, когда территориальные программы госгарантий доходят до субъектов во II квартале следующего финансового года и наши регионы выполняют соответствующие полномочия без основополагающего документа», – подчеркнула Изотова.

Она добавила, что ПГГ должна реализовываться в соответствии со стандартами оказания медпомощи. При этом на данный момент актуальными стандартами охвачено только 25,6% нозологий, включенных в Международную классификацию болезней.

Базовая часть ПГГ, обеспечение которой осуществляется за счет бюджета ОМС, не обеспечена достаточным финансированием. По мнению Изотовой, действующий механизм уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения имеет ряд серьезных недостатков, которые приводят к недофинансированию системы ОМС и излишней нагрузке на бюджеты регионов. В связи с этим Счетная палата предлагает рассмотреть вопрос о поэтапной передаче на федеральный уровень полномочий по уплате страховых взносов на ОМС неработающего населения за детей и пенсионеров.

https://medvestnik.ru/content/news/Schetnaya-palata-soobshila-o-neuklonnom-roste-prosrochennoi-zadoljennosti-medorganizacii.html

**Мурашко рассказал о мерах по снижению кредиторской задолженности клиник**

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко рассказал, что, по его мнению, необходимо предпринимать субъектам, чтобы снизить объем просроченной кредиторской задолженности, а также о шагах министерства по решению проблемы. В числе прочего глава Минздрава призвал переходить на централизованные закупки и «оптимизировать» инфраструктуру больниц, чтобы снизить дополнительные непрофильные расходы.

Мурашко прокомментировал вопрос на расширенном заседании Комитета Госдумы по охране здоровья и Комитета по контролю 29 июня, реагируя на информацию Счетной палаты РФ о росте просроченной кредиторской задолженности в 2019-2021 годах более чем вполовину. Министр назвал проблему «вопросом управления экономикой» и предложил несколько путей ее решения.

Благодаря созданию ГИС ОМС, считает Мурашко, растет прозрачность тарифообразования и расходования средств ОМС, а, значит, у ведомства есть возможность индексировать тарифы либо корректировать их для получения клиниками большей выгоды.

Еще одним методом является дофинансирование территориальных фондов ОМС из бюджета регионов. По информации министра, часть субъектов решили проблему именно так.
Тем территориям, где проблема остается, Михаил Мурашко советует создавать централизованную систему закупок. За счет снижения цены на предметы закупок такой подход даст «достаточно приличную» экономию – это следует из аналитики Минздрава РФ.

Другим эффективным шагом министр называет «оптимизацию инфраструктуры» клиник для снижения административных расходов и затрат, не относящихся к оказанию медпомощи. «Большое количество юрлиц создают дополнительную неэффективность и расходы идут не на медицинскую помощь», замечает Мурашко. Успешный опыт такой оптимизации фиксируется ведомством в Магаданской области.

Немаловажным фактором экономического благополучия клиники является повышение финансовой грамотности управляющего персонала. За обучение главврачей и министров, вспомнил глава Минздрава, уже взялись в ЦНИИОИЗ.

В начале 2023 года все больше регионов заявили о росте просроченной кредиторской задолжнности клиник. Например, по итогам 2022 года просроченная задолженность медорганизаций Ярославской области по линии ОМС, несмотря на усилия учредителей, увеличилась у 14 организаций, причем у некоторых клиник долгов до 2022 года не было. К отрицательным показателям, считают в местном ТФОМС, привела неоптимальная

структура организации медпомощи, в том числе избыточный коечный фонд и штаты с неполной загрузкой отделений. Также отмечен высокий объем удержания средств страховыми медорганизациями по случаям лечения COVID-19 и необходимость выполнять «майские» указы президента.

В Дагестане проблему попробовали решить административными мерами – через поручение главврачам с намеком на увольнения, в Забайкальском крае заявили о необходимости получения допфинансов из федерального бюджета. В Красноярском крае местная Счетная палата посчитала, что к росту долгов привела неэффективная работа минздрава.

Административными мерами снизить сумму задолженности решили и в Свердловской области. Министерство здравоохранения региона поставило размер премии главврачей в зависимость от размера долга. В случае если задолженность клиники составит менее 100 тысяч рублей, руководитель потеряет 5% от размера премии, если от 100 до 500 тысяч рублей, – 15%, свыше 501 тысячи (включительно) – 25%.

В Счетной палате России периодически собирают данные об объеме просроченной задолженности региональных медорганизаций. В 2021 году аудиторы проверили кредиторскую задолженность в 17 субъектах. Выяснилось, что в большинстве из них клиникам не удалось полностью погасить долги перед контрагентами в течение трех лет, а в отдельных регионах этот показатель увеличился в разы. Ситуацию могли бы исправить транзакции из региональных бюджетов, однако 53 региона на тот момент не дофинансировали ТФОМС.

Кроме того, не у всех регионов есть возможность дофинансировать медицину. По итогам 2022 года, сообщал Минздрав, дефицит терпрограмм госгарантий по линии регионального бюджета без учета средств ОМС был зафиксирован в 14 субъектах и составил 28,1 млрд рублей.

https://vademec.ru/news/2023/06/30/murashko-rasskazal-o-merakh-po-snizheniyu-kreditorskoy-zadolzhennosti-klinik/

**Счетная палата заявила о некачественном планировании бюджета в сфере**

**здравоохранения**

Счетная палата заявила, что качество планирования бюджета в сфере здравоохранения находится «на недостаточном уровне»: прогнозные показатели либо чрезмерно перевыполняются, либо недовыполняются. Основной объем нарушений исполнения бюджета пришелся на Минздрав и ФМБА.

Счетная палата России отчиталась о результатах проверки бюджета в сфере здравоохранения. Основной объем нарушений, выявленных в ходе проверки в ФМБА (4,2 млрд руб.) и Роспотребнадзоре (413 млн руб.), связан с ведением бухгалтерского учета и отчетности, в Минздраве — с предоставлением субсидий юрлицам (6,1 млрд руб.).

По сравнению с аудитом 2021 года Минздрав и Росздравнадзор «улучшили показатели управления государственными финансами», однако общее качество планирования доходов пока остается на недостаточном уровне: у всех объектов контроля отмечено как перевыполнение, так и недовыполнение прогнозных показателей. Так, ФМБА, Минздрав и Роспотребнадзор существенно перевыполнили план по доходам (210% — ФМБА, 207% — Минздрав и 118% — Роспотребнадзор). А в Росздравнадзоре поступления по доходам составили только 86% плана.

Исполнили бюджет в ФМБА — на 99,1%, в Росздравнадзоре — на 99%, в Минздраве — на 97,7%. В Роспотребнадзоре исполнение по расходам составило 96,8%, что ниже показателя 2021 года.

При этом аудиторы отметили невысокое освоение средств в рамках федеральной инвестиционной программы: 78,6% у Минздрава и 60,4% у Роспотребнадзора. Минздраву не удалось ввести в эксплуатацию 11 объектов здравоохранения или 55,6% от запланированного. По словам главы Счетной палаты Галины Изотовой, это «создает риски затягивания сроков сдачи объектов».

О том, что сроки сдачи крупных проектов в здравоохранении переносятся на годы, «МВ» писал ранее. Из-за чего медицинское строительство так затянулось, вы можете прочитать здесь.

https://medvestnik.ru/content/news/Schetnaya-palata-zayavila-o-nekachestvennom-planirovanii-budjeta-v-sfere-zdravoohraneniya.html

**Счетная палата предупредила о возможности отказа от внедрения подсистем ГИС ОМС**

Фонд ОМС разрабатывает прототипы сервисов государственной информационной системы без взаимодействия с реальными данными. В перспективе может потребоваться существенная их доработка и не исключен отказ от внедрения программного обеспечения, предупредила Счетная палата.

Намеченные Федеральным фондом ОМС (ФОМС) в 2022 году мероприятия по развитию функционала государственной информационной системы обязательного медицинского страхования (ГИС ОМС) в полном объеме не завершены. При этом установлены многочисленные недостатки в работе системы, говорится в заключении Счетной палаты на отчет об исполнении бюджета фонда.

Например, в отчете ФОМС отражено, что в рамках реализации госконтрактов с ПАО «Ростелеком» создано три сервиса ГИС ОМС (информирования застрахованных о правах в области ОМС; проактивного уведомления по направлениям и назначениям; маршрутизации пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи, в том числе с использованием цифровых помощников), а также разработано и внедрено в эксплуатацию шесть подсистем («Аналитическая база данных», «Риск-ориентированный отбор случаев медицинской помощи на проведение контрольно-экспертных мероприятий», «Оценка профиля риска», «Анализ и прогнозирование медицинской помощи», «Прогнозирование потребления лекарственных средств», «Визуализация данных»). Но, как показала проверка Счетной палаты, в 2022 году вместо создания подсистем (сервисов) велась работа по созданию прототипов (макетов), а не законченных программных продуктов.
«Таким образом, направление бюджетных ассигнований фонда на создание прототипов не соответствует мероприятиям Перспективного плана работы ФОМС за 2022 год», — сказано в заключении.

Специалисты Счетной палаты указывают, что прототипы (макет, черновая и пробная

версия) — только модель программного обеспечения без взаимодействия с реальными данными, в связи с чем существуют риски существенной их доработки или отказа от внедрения.

Кроме того, анализ реализации «Ведомственной программы цифровой трансформации» ФОМС на текущую трехлетку показал, что отраженный фондом результат по итогам 2022 года (создание алгоритмов подбора персонифицированных рекомендаций по профилактике и ранней диагностике заболеваний и разработка алгоритмов ведения хронических пациентов с онкозаболеваниями и болезнями системы кровообращения) не может считаться достигнутым. Реализация заключенного в ноябре госконтракта с ПАО «Ростелеком» по созданию прикладного ПО по персонифицированному учету сведений о медицинской помощи, оказанной таким застрахованным, не закончена в прошлом году, так как проводится в два этапа. Первый этап был принят и оплачен ФОМС на сумму 230 млн руб., но по второму этапу срок выполнения работ — 31 марта 2023 года, и на момент проведения проверки они не были приняты и не оплачены. Эту систему Счетная палата также называет не законченным программным продуктом, а его прототипом (макетом).

Постепенную цифровизацию ФОМС анонсировал в октябре 2020 года. Модернизация ГИС ОМС и ее интеграция с единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения — одно из приоритетных направлений расходов бюджета фонда.

В конце 2021 года правительство дополнительно направило на модернизацию ГИС ОМС 1,8 млрд руб. В сентябре прошлого года единственным поставщиком (исполнителем) контрактов фонда по разработке подсистем был назначен «Ростелеком», сообщал «МВ».

https://medvestnik.ru/content/news/Schetnaya-palata-predupredila-o-vozmojnosti-otkaza-ot-vnedreniya-podsistem-GIS-OMS.html

**Треть регионов отказалась от выплат врачам за онконастороженность**

Механизм поддержки медицинских работников за счет средств ОМС реализуется неэффективно, сообщила Счетная палата. В прошлом году на эти цели были

использованы далеко не все средства нормированного страхового запаса.
Счетная палата констатирует сохранение тенденции к низкому освоению средств нормированного страхового запаса (НСЗ) Фондом ОМС на стимулирующие выплаты врачам за выявление онкологических заболеваний. Механизм поддержки медицинских работников реализуется неэффективно, говорится в заключении контрольного органа на отчет об исполнении бюджета ФОМС за 2022 год (имеется в распоряжении «МВ»).

Средства фонда, направленные в 2022 году на эти цели (66,2 млн руб.), использованы медорганизациями только на 3,2% (2,1 млн руб.). При этом в 35 субъектах врачи не получили за онконастороженность ни одного рубля.
На 2023 год правительство выделило на выплаты медицинским работникам за выявление онкозаболеваний меньшую сумму — 53,9 млн руб. Но и это гораздо больше традиционной потребности.

В конце прошлого года Минздрав предложил изменить схему данных стимулирующих выплат, сообщал «МВ». С 2020 года 1000 руб. за выявление онкозаболевания у пациента в ходе диспансеризации и профилактического медицинского осмотра должны были делиться на трех медработников, теперь всю сумму предложено отдавать одному врачу, первым назначившему консультацию онколога или проведение исследования

Счетная палата сообщила также, что на софинансирование расходов медорганизаций на оплату труда врачей и среднего медперсонала из НСЗ было направлено в 2022 году только 24,6% средств. Главным образом денежный резерв ФОМС расходовался по двум направлениям: на финобеспечение специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой федеральными медорганизациями (ФМО), в рамках базовой программы ОМС (156,2 млрд руб.), а также на предоставление бюджетам территориальных фондов трансфертов для дополнительного финансового обеспечения медпомощи пациентам с COVID 19 (35,1 млрд руб.).

Аудиторы также указывают, что федеральные медцентры не получали в 2022 году средства НСЗ на финансирование мероприятий по организации повышения квалификации сотрудников, закупку и ремонт медоборудования, несмотря на то, что они пополняли резерв ФОМС в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля за объемами, сроками, качеством и условиями предоставления медицинской помощи. Это создает риски неисполнения ФМО обязательств по организации дополнительного профессионального образования медработников, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского

оборудования, говорится в отчете.

https://medvestnik.ru/content/news/Tret-regionov-otkazalas-ot-vyplat-vracham-za-onkonastorojennost.html

**Зарплаты медработников в системе ОМС не достигли установленных показателей**

Средний заработок медработников, которые оказывают медпомощь в рамках ОМС, не достиг установленных майскими указами показателей. К такому выводу пришли специалисты Счетной палаты.
Соотношение заработной платы медработников за счет всех источников финансирования к средней зарплате в регионе составило по итогам 2022 года для врачей 201,6%, для среднего медицинского персонала — 97,9%. Об этом говорится в заключении Счетной палаты на отчет об исполнении бюджета ФОМС за 2022 год.

Отмечается, что при этом в региональных медорганизациях по врачам показатель составил 195,1%. Самый низкие соотношения в Забайкальском крае — 165,8%, Республике Тыва — 179,6%, Мурманской области — 181%.
В Счетной палате обратили внимание, что при оценке соотношения зарплат учитываются все источники доходов медработников. Нормативные акты не определяют, какими должны быть доли этих источников при расчете показателя. Аудиторы подсчитали, что если взять средние зарплаты только в системе ОМС, то установленные майскими указами показатели не были бы достигнуты.

Как сообщал «МВ», в 2022 году обеспечить зарплаты врачам в размере 200% от средних по экономике не смогли в 27 регионах, средним медработникам — в 18. Для сравнения: в 2021 году целевые показатели по зарплатам не были достигнуты в 35 и 19 субъектах соответственно.
По данным Росстата, в 2022 году среднемесячная номинальная зарплата врачей за счет всех источников составила 102,2 тыс. руб., что больше по сравнению с 2021 годом на 10,5%. Средний доход среднего медицинского персонала в прошлом году вырос на 7,6% до 49,6 тыс. руб., младшего персонала — на 10,5% до 43,2 тыс. руб.

https://medvestnik.ru/content/news/Zarplaty-medrabotnikov-v-sisteme-OMS-ne-dostigli-ustano

vlennyh-pokazatelei.html

**Центр Минздрава разработал методику оценки организации медпомощи по четырем профилям**

Специалисты ЦЭККМП Минздрава РФ, а также национальные исследовательские медицинские центры (НМИЦ) взялись за выработку критериев оценки работы региональных служб здравоохранения по конкретным профилям. Vademecum изучил первые результаты работы специалистов по четырем профилям медпомощи – сердечно-сосудистой хирургии, педиатрии, офтальмологии и эндокринологии – и выяснил, зачем потребовались новые подходы к аудиту региональных медорганизаций.

В 2022-2023 годах Центр экспертизы в соавторстве с НМИЦ выпустил серию научных публикаций, в которых призвал переосмыслить действующую формулу аудита региональных систем здравоохранения по отдельно взятым профилям, проводимого самим министерством и федеральными медцентрами. Специалисты ЦЭККМП пришли к выводу о несовершенстве существующих систем оценки организации медпомощи и предложили свою методику.
Авторы концепции досконально изучили отчеты НМИЦ об итогах оргметодработы в 2019–2021 годах и привели поддающиеся стандартизации критерии «в соответствие с международными принципами, используемыми при построении систем бенчмаркинга». На первом этапе систему оценки создали для четырех профилей медпомощи – педиатрии, офтальмологии, эндокринологии (сахарный диабет) и сердечно-сосудистой хирургии. Экспертами по дисциплинам, соответственно, выступили сотрудники НМИЦ здоровья детей, НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза им. академика С.Н. Федорова», НМИЦ эндокринологии и НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева.

В зависимости от профиля, перечни критериев состоят из 13–25 пунктов. В их числе – показатели работы на стационарном (операционная активность, осложнения, занятость коек) и амбулаторном (диспансерный охват, обеспеченность медизделиями и лекарствами) этапах. К общим для всех профилей позициям можно отнести заболеваемость (выявляемость) на уровне региона, количество профильных коек и смертность.

Рецензенты, подводя итоги проделанной исследователями работы, нередко замечали, что выбранные экспертами критерии отличаются от общепризнанных в мире. Например,

в профиле «сахарный диабет» высокую оценку получила обеспеченность пациентов медизделиями (тест-полосками, системами непрерывного мониторирования уровня глюкозы в крови или инсулиновыми помпами и расходными материалами), с которыми в нашей стране, к слову, действительно не все хорошо. Тогда как за рубежом во главу угла преимущественно ставятся клинические диагностические показатели.

Еще одно противоречие обнаружилось в профиле «сердечно-сосудистая хирургия»: несмотря на то что доля послеоперационных осложнений признается одним из главных показателей в классификации ОЭСР, российские врачи эту позицию в критерии не включили, что, в принципе, объяснимо. В отечественной практике послеоперационные осложнения фиксируются редко, а потому предоставляемые регионами сводные данные по этой позиции могут оказаться недостоверными. Похожую тенденцию рецензенты выявили и в профиле «офтальмология».

Опрошенные Vademecum эксперты по-разному отнеслись к идее Центра экспертизы. Одни заявили, что критерии адекватно отражают признанные профсообществом принципы организации медпомощи и пришло время пересмотреть устаревшие методики и их содержание. Другие же раскритиковали авторскую систему за отсутствие многих действительно важных критериев и за отрыв от реальности региональной специфики.

https://vademec.ru/news/2023/07/07/tsentr-minzdrava-razrabotal-metodiku-otsenki-organizatsii-medpomoshchi-po-chetyrem-profilyam/

**Меры моральной поддержки: психологи начали принимать по ОМС**

С 1 июля у россиян появилась возможность бесплатно обратиться к психологу. Минздрав включил их консультации в список услуг по ОМС. По замыслу чиновников, кабинеты психологов и психоаналитиков должны появиться в городских поликлиниках во всех регионах до конца года.

С июля, согласно решению Минздрава, психологи и психоаналитики стали доступны по ОМС, то есть бесплатно.

Лариса Соловьёва, начальник отдела по организации амбулаторной медицинской помощи взрослому населению комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга: «Они предназначены для обычных наших пациентов, у которых есть какие-то проблемы коммуникативного характера или какие-то расстройства настроения, психологические. Прежде всего кабинеты планируются для посещения участниками СВО и членами их семей».

Виолетта Сычева, психолог поликлиники: «В основном приходят пациенты разные и их родственники, которые вернулись с военных действий. Приходят с чувством тревоги, с эмоциональной лабильностью, колебаниями настроения, депрессивными эпизодами, нарушениями сна».

Клинические психологи могут также помочь пациентам после тяжелых заболеваний. Ждут и тех, кто столкнулся с тяжелыми последствиями ковида. Психологи полезны и самим врачам, помогают справиться коллегам со стрессом и выгоранием.

Оперативно отреагировать на нововведение получилось не у всех. Чиновники признают, что реализовать проект Минздрава во многих регионах полностью получится лишь к концу года. Самая главная проблема — кадры. Заняться подготовкой и переподготовкой специалистов готовы ведущие вузы страны.

Психологи в поликлиниках — это большой шаг вперед. На такую же поддержку государства в будущем рассчитывают и онкоцентры, там такие специалисты необходимы. Но если услуги психологов в поликлиниках буду оплачивать из ОМС, то в онкосфере вопрос с финансированием пока не решен. В центре Блохина службу психолого-психиатрической помощи открыли за счет собственных средств. Планируется, что психологи и психоаналитики будут работать и уже работают в крупных городских поликлиниках. Попасть к ним можно как через терапевта, так и напрямую, записавшись на прием. В стандартные 20 минут разговор явно не уложится, поэтому сеанс, по всем правилам, будет длиться около часа.

https://www.ntv.ru/novosti/2775866/?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D

РАЗНОЕ

**Критерии финансирования медучреждений вынуждают врачей заниматься приписками к плану**

Врачи-педиатры в очередной раз заговорили об абсурдных правилах, по которым больница или поликлиника получает финансирование из Федерального фонда обязательного медицинского страхования в зависимости от выполнения плана по принятым за день пациентам. Наиболее сильно эти правила «бьют» по детским лечебным учреждениям в летний период, когда дети, по большей части, разъезжаются на отдых, а если и остаются дома, то болеют не так часто, как осенью и весной из-за вирусных инфекций и зимой из-за переохлаждения. В результате летом детские поликлиники и больницы вынуждены идти на разные ухищрения, чтобы «выполнить план» на бумаге и не остаться без денег. Подробности – в материале FederalCity.

Санкт-Петербургский врач детской бригады скорой помощи Станислав Андриянов рассказал телеграм-каналу «Медицинская Россия», что раньше работал в детской поликлинике, и там у каждого педиатра была минимальная «норма выработки» - 28 пациентов в день. Зимой и в межсезонье выполнить ее было несложно – иногда число юных больных, которых каждый врач принимал в течение дня, доходило до 50, но в летнее время в поликлинику иногда заходили всего 5-10 человек в день. Руководство же требовало, чтобы план выполнялся каждый день, и в результате педиатры оформляли фиктивные посещения «прикрепленных» к их участку детей, которые давно не посещали врача, писали в отчетах, что те якобы приходили в поликлинику на осмотр или за какой-нибудь справкой.

Подобное, по словам Андриянова и других медиков, комментирующих его рассказ, происходит в большинстве поликлиник, и не только в Петербурге, но и в других городах. Кроме того, планы по количеству пациентов есть и в больницах, в том числе детских, которые летом тоже могут стоять полупустыми. Если в них случается «недобор», врачи оформляют тех детей, кого привозили к ним с не очень серьезной проблемой, не требующей госпитализации, как пациентов, пролежавших в стационаре один день. Те же медики, кто отказывается подделывать документы – за что их, к слову, могут привлечь к ответственности, если это станет известно – при невыполнении плана лишаются части своей и без того обычно небольшой зарплаты.

Большинство врачей не хотят терять деньги и получать выговоры от начальства, так что часть своего рабочего времени тратят на оформление фиктивных больных. Хотя работы у них хватает даже в те периоды, когда у них мало пациентов – ведь они еще должны делать множество разных отчетов, на бумаге и в компьютере, а также заниматься самообразованием, изучать новые методы лечения, готовиться к повышению квалификации.

- Врачи, которые горят медициной и пытаются реально помогать пациентам, быстро гаснут в таких условиях – наступает выгорание, - рассказывает Станислав Андриянов. – А еще подмечу интересный парадокс: одна из целей государства заключается в том, чтобы люди меньше болели. При этом фонд ОМС требует, чтобы койки в стационарах не пустовали, и очереди в кабинет не знали своего конца и края.

Требования выполнять план при приеме пациентов абсурдно само по себе, так как от врача не зависит, сколько людей на его участке заболеет, но кроме этого, оно, вместе с оптимизацией, еще и вредит российской медицине в целом, так как мешает медикам сосредоточиться на их главной работе – оказании помощи заболевшим.

https://federalcity.ru/16599-kriterii-finansirovanija-meduchrezhdenij-vynuzhdajut-vrachej-zanimatsja-pripiskami-k-planu.html