****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период с 1 по 12 мая 2024 года)**

**ПРАВИТЕЛЬСТВО/ГД/СФ**

**Путин поручил увеличить продолжительность жизни и рождаемость к 2030 году**

Президент после инаугурации обозначил новые национальные цели. Среди них — увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году и до 81 года к 2036 году.

Президент **Владимир Путин** [подписал указ](http://kremlin.ru/events/president/news/73986) о новых национальных целях развития на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года — сделано это было сразу после инаугурации 7 мая.

Среди целей обозначено увеличение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) до 78 лет к 2030 году и до 81 года к 2036 году, «в том числе опережающий рост показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни». Кроме того, обозначено, что в России необходимо повысить суммарный коэффициент рождаемости до 1,6 к 2030 году и до 1,8 к 2036 году, в том числе ежегодный рост суммарного коэффициента рождаемости третьих и последующих детей.

Кроме того, к 2030 году необходимо будет увеличить до 500 тыс. человек минимум пожилых и инвалидов, получающих услуги долговременного ухода.

Путин также среди национальных целей прописал переход на новую систему оплаты для врачей. Указывается, что необходимо «утвердить в 2026 году новую систему оплаты труда работников государственных и муниципальных организаций и внедрение таких систем с 2027 года в целях обеспечения роста доходов работников бюджетного сектора экономики».

Показатель ожидаемой продолжительности жизни в России составил в 2023 году 73,46 года — это стало историческим максимумом, [сообщил](https://www.interfax.ru/russia/947552) министр здравоохранения **Михаил Мурашко** в начале 2024 года. А в некоторых регионах, по данным министра, ОПЖ превысила 78 лет: это Ингушетия, Дагестан и Москва.

В феврале 2024 года в ходе послания Федеральному собранию Путин объявил о запуске нового нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь». Его цель будет заключаться в том, чтобы выйти на уровень ожидаемой продолжительности жизни 80+ лет.

В отличие от растущих показателей ОПЖ коэффициент рождаемости в стране падает — по итогам 2023 года он составил 1,41 — это минимум за последние 17 лет. В 2020 году коэффициент рождаемости 1,6 был зафиксирован у Румынии, Словении, Новой Зеландии.

<https://medvestnik.ru/content/news/Putin-poruchil-uvelichit-prodoljitelnost-jizni-i-rojdaemost-k-2030-godu.html>

**Правительство поручило Минздраву и регионам «изменить» оплату труда работников СМП**

Правительство России официально отреагировало на массовые публичные обращения сотрудников скорой медицинской помощи (СМП), выражающих недовольство из-за того, что они не попали в перечень получателей повышенных допвыплат за работу в первичном звене здравоохранения. Депутатский запрос с описанием проблемы федеральным чиновникам ранее направил зампред Комитета Госдумы по охране здоровья Алексей Куринный. В ответ ему заявили, что сейчас размер выплат медикам СМП действительно остается на прежнем уровне, но правительство уже дало Минздраву РФ и региональным властям поручение «о реализации мероприятий, направленных на изменение оплаты труда» работников СМП.

«Указанные поручения находятся на особом контроле, по результатам их исполнения будут выработаны соответствующие меры», – говорится в письме. В составлении ответа за подписью главы Минздрава Михаила Мурашко участвовали также Минфин и Минтруд России.

«В ответе министра здравоохранения РФ намекается на то, что медики «неправильно услышали» слова президента, и Минздрав РФ совместно с высшими исполнительными органами власти субъектов РФ будут реализовывать некие «мероприятия, направленные на изменение оплаты труда» недовольных медработников скорой помощи», – написал Алексей Куринный в своем телеграм-канале.

Депутат отметил, что «[**ушедшее**](https://vademec.ru/news/2024/05/07/mikhail-murashko-pereshel-v-status-i-o-ministra-zdravookhraneniya-rossii/) в отставку правительство не смогло (не захотело) устранять вопиющую несправедливость, проигнорировав прямое указание президента». Куринный намерен продолжить работу по данному вопросу с новым правительством.

По обновленной версии постановления Правительства РФ о введении системы соцвыплат, размер зарплат, например, у врачей центральных районных больниц и медсанчастей ФМБА [**увеличился**](https://vademec.ru/news/%3E/news/2024/03/21/pravitelstvo-uvelichilo-razmer-sotsvyplat-medikam-i-rasprostranilo-ikh-na-kliniki-fmba/) до 50 тысяч рублей в населенных пунктах, где проживает до 50 тысяч человек. Индексация обошла стороной сотрудников скорой помощи. Согласно документу, выплаты для медработников остались на прежнем уровне: 11,5 тысячи рублей в месяц – для врачей станций СМП, 7 тысяч рублей – для фельдшеров и медсестер.

Из-за этого с конца марта 2024 года коллективы СМП в регионах начали массово [**обращаться**](https://vademec.ru/news/2024/03/25/vrachi-i-fedlshery-skoroy-pozhalovalis-putinu-na-novuyu-sistemu-sotsvyplat/) к Владимиру Путину и другим федеральным чиновникам с просьбой увеличить выплату для сотрудников бригад и станций СМП. По состоянию на 7 мая минимум 79 коллективов из более 30 регионов России [**записали**](https://t.me/mediamedics/8905) письменные и видеообращения. В пользу выравнивания размера выплат также активно [**выступает**](https://t.me/medrabotnik_org/970) профсоюз медработников «Действие», откуда в Правительство РФ уже ушло два обращения.

В начале апреля Правительство России начало [**анализировать**](https://vademec.ru/news/2024/04/03/golikova-pravitelstvo-izuchaet-trebovaniya-sotrudnikov-skorykh-ob-uvelichenii-sotsvyplat-/) массовые обращения медиков службы скорой помощи. Об этом Алексею Куринному рассказала в личной беседе вице-премьер Татьяна Голикова во время [**отчета**](http://vademec.ru/news/2024/04/03/mishustin-otchitalsya-pered-deputatami-glavnoe-o-zdravookhranenii/) премьер-министра Михаила Мишустина в Госдуме. В ходе мероприятия, проходившего 3 апреля, депутат фракции КПРФ Олег Смолин также пытался поднять этот вопрос, но ответа на замечание не получил. На следующий день Голикова [**попросила**](https://t.me/vademecum_live/13743) регионы в незамедлительном порядке изучить уровень зарплаты медиков службы скорой помощи и принять «соответствующие меры».

<https://vademec.ru/news/2024/05/07/pravitelstvo-poruchilo-minzdravu-i-regionam-izmenit-oplatu-truda-rabotnikov-smp/>

**МИНЗДРАВ**

Минздрав и Минобрнауки не стали делить медицинское образование

Российский союз ректоров (РСР) обсудил качество медицинского образования в стране. Ранее спикер Госдумы Вячеслав Володин (ЕР) возмутился из-за большого количества медицинских факультетов в непрофильных вузах. По мнению господина Володина, это снижает качество образования, а нехватка врачей в стране все равно сохраняется. Однако ректоры не согласились с парламентарием. Они заявили, что факультеты в непрофильных вузах помогают и развитию медицинской науки, и решению кадровых проблем, поэтому губернаторы сами нередко инициируют их открытие. А главы Минздрава и Минобрнауки (с 7 мая в статусе врио) заверили, что не имеют претензий к работе друг друга, и сообщили, что им «удается успешно сотрудничать».

Заседание РСР прошло в понедельник в МГУ. Позицию парламентариев представил глава думского комитета по высшему образованию Сергей Кабышев. «Непонятно, кто готовит специалистов на этих постоянно открывающихся медицинских факультетах, какая там материальная база для обучения»,— переживал депутат. Он напомнил, что «здоровье граждан — вопрос конституционной важности», поэтому «необходимо создать единый контролирующий орган на базе Минздрава и юридическую основу для всех медицинских программ».

*По данным Минобрнауки, в России подготовку медицинских кадров осуществляют 127 вузов. Из них 49 подведомственны Минздраву, 56 — Минобрнауки, 3 — Минпросвещения, 3 — муниципалитетам, 2 — правительству РФ, а 14 — частные организации. Большинство студентов (72,6%) учатся в вузах Минздрава. В 13 регионах подготовка ведется как в вузах Минобрнауки, так и Минздрава; в 21 субъекте есть только вузы Минздрава, а в 26 регионах — только вузы Минобрнауки. По закону решение об открытии медицинского факультета принимает ученый совет вуза при согласовании с Рособрнадзором, а Минздрав не участвует в этом процессе.*

Президент РСР, ректор МГУ Виктор Садовничий заверил, что в России подготовка медицинских кадров «традиционно ведется совместными усилиями Минздрава и Министерства образования». «У нас далеко не во всех регионах есть собственный медвуз, а профильный факультет в классическом университете дает возможность отучиться на врача»,— объяснил он. Но главное, по мнению господина Садовничего,— это «междисциплинарные возможности классических вузов»

«Сегодня медицинские исследования находятся на стыке множества наук — физика, химия, биология,— и фундаментальное образование многопрофильных вузов тут особенно эффективно»,— сказал ректор МГУ.

Важность и востребованность медфакультетов в классических вузах подтвердила вице-губернатор Липецкой области Ольга Белоглазова. Она пожаловалась, что в регионе «наблюдается острый дефицит врачей». «Средний коэффициент обеспечения населения врачами, работающими в государственных и муниципальных организациях,— 41,2 на 10 тыс. человек. А у нас — 32,2»,— посетовала госпожа Белоглазова. Несмотря на программы поддержки врачей, молодежь не остается работать в регионе, рассказала она: «Даже "целевые" студенты нередко отрабатывают необходимый период и переезжают. А если они изначально учились в соседних областях, то вероятность возвращения в Липецкую область еще меньше».

Вот почему региональное правительство само попросило, чтобы в Елецком госуниверситете имени Бунина (ЕГУ) в 2021 году появился медицинский факультет — первый в области. Выступивший тут же ректор ЕГУ Сергей Щербатых рассказал, что университет обращается к «опыту коллег из медицинских школ, имеющих большую историю и опыт работы». А к преподаванию на факультете привлекают медицинских специалистов, практикующих в регионе и имеющих ученую степень.

Похожая ситуация сложилась и в Севастополе.

Ректор СевГУ Владимир Нечаев рассказал, что решение об открытии медицинского факультета также было принято совместно с правительством региона «для решения проблем с нехваткой медперсонала».

«Медицинские факультеты в непрофильных вузах открываются не только в последние годы. В РУДН такой факультет ведет историю с момента основания вуза»,— заступился за коллег директор медицинского института РУДН Алексей Абрамов.

Он похвастался, что в рейтинге медицинского образования RAEX в топ-10 фигурируют сразу три непрофильных вуза (помимо РУДН — МГУ и СПбГУ). А вступительные баллы на направлениях «Лечебное дело», «Педиатрия» и «Стоматология» в РУДН выше, чем в профильном Сеченовском университете. «Вообще, это и повод попросить увеличить нам количество бюджетных мест»,— как бы между делом добавил господин Абрамов.

Интересно, что в ведение вуза передали больницу имени Виноградова. «Теперь медучреждение официально находится под контролем образовательного учреждения, что вызывало много споров,— отметил директор мединститута.— Но мы сохраняем объем оказания услуг по ОМС, поэтому население не теряет врачей, а студенты практикуются в реальных условиях».

Позицию профильных медицинских вузов высказал ректор Первого МГМУ имени Сеченова Петр Глыбочко. «В медвузах сейчас тоже все исследования на стыке наук, тут мы ничуть не уступаем классическим университетам»,— заявил он.

Большое количество факультетов, появляющихся без одобрения Минздрава, вызывает у ректора Первого МГМУ Петра Глобочко беспокойство.

«У нас на всю страну 163 образовательных организации готовят медиков (Минобрнауки говорит про 127.— **“Ъ”**), и это много даже для России. Но назовите мне хоть один вуз, который полностью решил проблему подготовки и закрепления кадров в своем регионе»,— сообщил он. Тем не менее господин Глыбочко заявил коллегам, что «все мы делаем общее дело», и призвал «перестать делить полномочия между ведомствами и создать высокие стандарты».

Касательно последних ректор высказал целый ряд предложений. Так, он уверен, что стандарты подготовки медиков, разработанные координационным советом по медобразованию для вузов при Минздраве, должны быть расширены и на остальные медицинские образовательные учреждения. Также ректор предложил профсообществу «Медицинская лига России» проводить аудит медицинских образовательных программ, а в вузах, не относящихся к Минздраву, ввести обязательную профессионально-общественную аккредитацию.

В конце заседания выступили руководители Минобрнауки Валерий Фальков и Минздрава Михаил Мурашко (с 7 мая в статусе врио). Они единогласно заявили об отсутствии претензий друг к другу.

Валерий Фальков заверил, что именно Минздрав является «центром ответственности, решающим вопрос об объеме и структуре бюджетных мест на медспециальностях», а у Минобрнауки получается «удачно сотрудничать» с ним.

«Качество медобразования возможно повысить только сообща, работая двумя министерствами,— уверял господин Фальков.— Оно зависит не только от взаимоотношений вуза и учредителя, но и от того, насколько подготовленные дети выбирают там учиться, какая у вуза клиническая база и количество бюджетных мест». Решать эту проблему господин Фальков считает нужным с помощью классических мер поддержки вузов — «начиная от хорошего сайта и маркетинга и заканчивая уровнем общежитий и кадровой политикой региона в целом».

Вместе с этим Валерий Фальков признал: в регионах, где существует свой медвуз, необходимость открытия профильных факультетов в других университетах «неочевидна и требует глубокой экспертизы», потому что «может привести к лишней борьбе за преподавательский состав».

<https://www.kommersant.ru/doc/6688927?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**РАЗНОЕ**

**Врачи без ведомственных границ**

**ВШЭ сформулировала рекомендации по ликвидации кадрового дефицита в здравоохранении**

Эксперты Высшей школы экономики представили предложения по ликвидации кадрового дефицита в здравоохранении. Главными инструментами решения этой задачи названы повышение оплаты труда, усиление социальных программ, а также перемещение части врачебного персонала из стационаров в поликлиники.

Для решения проблемы дефицита кадров в здравоохранении следует прежде всего пересмотреть подходы к кадровому обеспечению и обучению специалистов для участковой службы, переместить часть врачебного персонала из стационаров в поликлиники, повысить оплату труда и расширять программы социальной поддержки. Такие рекомендации содержатся в докладе НИУ ВШЭ «Российское здравоохранение: перспективы развития», разосланного участникам страхового рынка (копия есть в распоряжении «МВ»).

В докладе проанализированы ключевые показатели системы здравоохранения в России, в том числе механизмы финансирования, ситуация с кадровым обеспечением и работа первичного звена. Авторы — группа экспертов Центра политики в сфере здравоохранения НИУ ВШЭ. Во введении уточняется, что 2024 год для российского общества и здравоохранения рубежный, так как в нем будет завершена серия нацпроектов, включая масштабный проект «Здравоохранение» (2018–2024). Поэтому было важно провести анализ современного состояния системы здравоохранения и перспектив ее дальнейшего развития.

«В первую очередь необходимо использовать экономические и неэкономические стимулы для поощрения работы в участковой службе и занятия общей врачебной практикой. Такие врачи должны получать устойчиво более высокое денежное вознаграждение, чем в среднем врачи поликлинического сектора здравоохранения, а нуждающиеся — иметь служебное жилье. Необходим также комплекс мер по повышению профессиональной привлекательности работы в качестве врача общей практики, особенно в сельской местности», — считают авторы доклада.

В вузах, в частности, предлагается создание специального направления подготовки врачей общей практики (ВОП) с момента поступления до окончания ординатуры с последующим трудоустройством только по этой специальности и с преимущественным правом зачисления на эти места жителей сельской местности и удаленных территорий.

Для решения проблемы дефицита кадров в здравоохранении следует прежде всего пересмотреть подходы к кадровому обеспечению и обучению специалистов для участковой службы, переместить часть врачебного персонала из стационаров в поликлиники, повысить оплату труда и расширять программы социальной поддержки. При этом предполагается, что получить допуск к практической деятельности в качестве врача общей практики можно будет только после двухлетней ординатуры по специальности «Общая врачебная практика», то есть придется отказаться от действующего порядка аккредитации выпускников для работы в качестве участковых терапевтов и педиатров после базового образования в рамках специалитета. Сейчас в России ординатуру по семейной медицине заканчивают около 2–3% участковых педиатров и терапевтов (для сравнения: во Франции 48% выпускников медицинских вузов идут в ординатуру по общей врачебной практике, в Англии — 40%).

Уже работающих участковых терапевтов и педиатров предлагается направить на переподготовку в рамках годичной учебной программы. Таким образом доля врачей общей практики в общей численности участковых врачей для взрослого населения должна вырасти к 2030 году до 30% (в 2022 году — 19%). Для снижения нагрузки на врачей первичного звена авторы доклада также предлагают рассмотреть расширение полномочий среднего медперсонала при оказании первичной медико-санитарной помощи.

«Мне странно слышать, что Высшая школа экономики сейчас дает рекомендации, как решить кадровый кризис в здравоохранении, учитывая, что это именно с их подачи проводились многие губительные реформы в российском здравоохранении. Это и лоббирование системы медицинского страхования, и отмена тарифной сетки с переходом на стимулирующие выплаты медицинским работникам, и так называемая оптимизация здравоохранения 2012-2018 годов, когда закрывали больницы и [сокращали](https://medvestnik.ru/content/news/Schetnaya-palata-soobshila-o-roste-doli-administrativno-upravlencheskogo-shtata-medorganizacii.html) медицинский персонал. В результате за эти годы количество врачей сократилось на 46 тысяч, а коек - на 160 тыс. Как следствие, мы пришли к пандемии COVID-19 без необходимых резервов и  это стоило стране дополнительных 180 тыс. смертей российских граждан. Поэтому им сейчас надо сидеть тихо, а еще лучше публично покаяться, а не раздавать советы, — прокомментировала «МВ» доклад ректор Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) [**Гузель Улумбекова**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Guzel-Ulumbekova.html). — То, что у нас в госмедицине сейчас кадровый кризис — давно не новость. Уже даже президент об этом сказал и предложил системные решения. Мое личное мнение: кадровую проблему невозможно решить без кардинального повышения зарплат, для чего потребуется поэтапно увеличить государственное финансирование с нынешних 3,5 до 5% ВВП, или на 2 трлн руб. ежегодно дополнительно».

Ранее премьер-министр **Михаил Мишустин** поручил создать совместную рабочую группу по проблеме [кадрового дефицита](https://medvestnik.ru/content/news/Tatyana-Golikova-vmeste-s-Minzdravom-i-Gosdumoi-sozdast-rabochuu-gruppu-po-medkadram.html) в здравоохранении. Курировать эту работу будет вице-премьер **Татьяна Голикова**, а также депутаты Госдумы, писал ранее «МВ».

По [данным](https://medvestnik.ru/content/news/Murashko-nazval-realnyi-deficit-vrachei-v-Rossii.html) Минздрава, дефицит врачей в России составляет около 25—26 тыс. человек, среднего медперсонала — около 50 тыс. Пока государственные учреждения проигрывают в конкуренции частным: как по условиям труда, так и в зарплатах. По оценкам независимых профсоюзов, отток персонала из отрасли не прекращается в первую очередь из-за низких зарплат и [переработок](https://medvestnik.ru/content/news/V-nezavisimom-profsouze-nazvali-vynujdennye-pererabotki-vrachei-pozorom-dlya-strany.html).

<https://medvestnik.ru/content/news/VShE-sformulirovala-rekomendacii-po-likvidacii-kadrovogo-deficita-v-zdravoohranenii.html>

**Профсоюз «Действие» представил результаты опроса о реальных зарплатах и нагрузке на «скорой»**

Результаты опроса работников станций скорой помощи из 74 регионов показали удручающее состояние экстренной службы в малых городах и сельской местности. Большая часть респондентов сообщили, что работают на полторы ставки или чуть меньше, а многие бригады укомплектованы одним медработником вместо двух.

Большая часть бригад скорой медицинской помощи (СМП) в малых городах и сельской местности укомплектована одним медработником вместо двух. Наблюдается неприемлемый для экстренной службы уровень переработок (коэффициент совместительства более 1,5) и почти полное отсутствие врачебных бригад, показал [интернет-опрос](https://vk.com/im?sel=9728984&w=wall-58482810_56735%2F4767bc4519e73c6a4d) 1100 сотрудников станций и отделений СМП, проведенный в апреле 2024 года Межрегиональным профсоюзом работников здравоохранения «Действие».

**Работа за двоих**

По данным исследования, коэффициент совместительства, отражающий уровень переработки сверх нормы рабочего времени, среди сотрудников скорой помощи из населенных пунктов, где проживает до 50 тыс. человек, составил 1,58 (631 анкета с корректными ответами по этому пункту опроса). «То есть в среднем медработники выездных бригад СМП вынуждены трудиться в 1,5 с лишним раза больше, чем предусмотрено нормами рабочего времени», — делают вывод в профсоюзе.

Средний уровень обеспеченности медработниками в общепрофильной бригаде «скорой» — 1,41 (785 корректных ответов) вместо нормативных 2. «Это означает, что более половины бригад в небольших городах с населением до 50 тыс. жителей) и сельской местности могут называться бригадами только на бумаге, а по факту на вызов к пациенту приезжает фельдшер в одном лице. С учетом данных об уровне совместительства можно смело говорить, что сотрудники СМП в малочисленных населенных пунктах работают с двойной нагрузкой», — пояснил «МВ» сопредседатель профсоюза «Действие» [**Андрей Коновал**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Konoval-Andrei-Petrovich.html).

Только каждый четвертый опрошенный работник СМП отвечал утвердительно на вопрос о наличии врачебных общепрофильных бригад. Количество вызовов — самый «плавающий» показатель. В основном респонденты указывали диапазон от 6 до 20 вызовов на бригаду (при сезонных обострениях от 30 до 40). При этом радиус обслуживаемой территории часто превышал 80 км.

Данные о размере окладов и зарплатах за март 2024 года в перерасчете на одну ставку (норму рабочего времени) прислали почти исключительно фельдшеры (населенные пункты с населением до 50 тыс. жителей). В регионах группы № 1 (54 субъекта, в которых в соответствии с федеральными нормами имеются «географические» надбавки и коэффициенты за работу в особых климатических условиях, составляющие 20% и более к окладу. Это большая часть регионов Сибири и Дальнего Востока и некоторые в европейской части страны. — Прим. ред.) средняя зарплата на одну ставку по итогам опроса (584 анкеты) составила 28 736 руб. За вычетом 13% подоходного налога (НДФЛ) это всего 25 тыс. руб. «на руки». Со специальной социальной выплатой (ССВ) в  тыс. руб. это дает доход в 32 тыс. руб.

«Если исключить анкеты сотрудников подстанций из Московской и Ленинградской областей, где зарплата существенно выше средней по «скорой», цифры получатся еще меньше. Для сравнения: среднемесячный трудовой доход наемных работников, к которому привязаны показатели майских указов для среднего медперсонала, по итогам 2023 года в среднем по стране составил 57 210 руб., то есть почти ровно в два (!) раза выше. Это показывает цену отчетам чиновников и Минздрава о высоких средних зарплатах скорой помощи», — приводят данные в профсоюзе.

В регионах группы № 2 (22 субъекта без «географических» надбавок и коэффициентов и регионы, в которых они в большей части районов не превышают 15% к окладу: большая часть европейских регионов, Урал, несколько регионов Сибири, например Алтайский край, всего 199 анкет) средняя зарплата по итогам опроса составила 40 560 руб. В условиях более высокой стоимости жизни и средних зарплат, характерных для этих регионов, это также выглядит не особенно впечатляющим и все равно не дотягивает до средних показателей по стране, считают в «Действии».

**Незначительная разница**

В более крупных населенных пунктах с численностью населения от 50 тыс. до 100 тыс. уровень переработки по времени сотрудников выездных бригад СМП оказался по итогам опроса несколько ниже — коэффициент совместительства 1,44 (71 анкета), а среднее число медработников на бригаду немного выше — 1,52 (91 анкета). Но в целом ситуация близка к той, что сложилась в малых городах и сельской местности. Здесь больше вызовов в пересчете на одну бригаду — от 10 до 30, в зависимости от сезонности, но радиус обслуживаемой территории меньше.

Уровень средней зарплаты сотрудников [выездных бригад](https://medvestnik.ru/content/news/Golikova-poruchila-glavam-regionov-uregulirovat-situaciu-s-vystupleniyami-skoropomoshnikov.html) в малых городах, по данным опроса, составил в марте 2024 года на одну ставку: в группе № 1 — 34 130 руб.; в группе № 2 — 42 281 руб.

По показателю обеспеченности врачебными общепрофильными бригадами ситуация в малых городах также далека от идеальной. Лишь менее чем в половине анкет (41 из 90) упомянуто наличие [врачебных бригад](https://medvestnik.ru/content/news/V-Rossii-sokratilos-kolichestvo-vrachei-na-stanciyah-skoroi-pomoshi.html). При этом даже там, где врачи есть, нередко их число не обеспечивает круглосуточное дежурство даже одной врачебной бригады, независимо от количества обслуживаемого населения. Что касается специализированных бригад — реанимационных, психиатрических, педиатрических, акушерских, то они практически отсутствуют.

Опрос проводился методом интернет-анкетирования среди представителей трудовых коллективов отделений и подстанций СМП в период в 13 по 27 апреля. Участников просили сообщить данные о месте работы, размере месячной зарплаты за март 2024 года в перерасчете на одну ставку, радиусе территории обслуживания и количестве населения, общее количество врачебных и фельдшерских бригад, среднее количество медработников (врачей, медсестер, фельдшеров) и количество вызовов на одну бригаду в сутки, уровень совместительства. За две недели поступило более 1100 анкет, сведения которых автоматически выкладывались в таблицу с открытым доступом.

Как пояснил «МВ» [Андрей Коновал](https://medvestnik.ru/directory/persons/Konoval-Andrei-Petrovich.html), результаты опроса подтверждают крайне тяжелое положение службы СМП в малых городах и сельской местности. По его мнению, на эти категории медработников необходимо распространить повышенные специальные соцвыплаты.

«Пока медработники СМП не понимают, почему их лишили повышенных выплат. В тех отписках, которые приходили и депутатам, которые такие запросы писали, и самим медикам, аргумент один — вы не первичное звено. Но это не ответ по существу вопроса. Наша позиция такая, что как раз на скорую помощь приходится повышенная нагрузка, а уж в сельской местности — 100%. Не секрет, что, если сложно попасть в поликлинику, вызывают «скорую». То есть «скорая» де-факто выполняет, в том числе, и часть функций участковой службы», — подчеркнул Коновал.

После повышения ССВ отдельным категориям медработников сотрудники городских больниц, а также диспансеров и отделений СМП [увольняются](https://medvestnik.ru/content/news/Namcmedpalata-soobshila-ob-ottoke-medrabotnikov-v-malye-goroda-iz-za-specvyplat.html) и переходят на работу в ЦРБ административных образований, расположенные в небольших населенных пунктах. Сведения об этом поступают из многих регионов, писал «МВ» со ссылкой на данные Национальной медицинской палаты.

Согласно постановлению № 343, регулирующему новый порядок назначения ССВ медработникам с 1 марта 2024 года, размер выплат увеличен для врачей ЦРБ и медсанчастей ФМБА до 50 тыс. руб. в населенных пунктах с населением до 50 тыс. человек. Врачи станций СМП по-прежнему получают надбавку в размере 11,5 тыс. руб. в месяц, фельдшеры и медсестры — 7 тыс. руб. Постановление № 343 обошло вниманием сотрудников станций и отделений скорой медицинской помощи в городах с населением до 100 тыс. жителей и стационаров межрайонных и городских больниц.

Несмотря на массовое [недовольство](https://medvestnik.ru/content/news/V-Minzdrave-nachali-sobirat-dannye-o-nagruzke-rabotnikov-skoroi-iz-za-massovyh-obrashenii.html) и акции протеста, Госдума[отказалась](https://medvestnik.ru/content/news/Gosduma-otkazalas-trebovat-ot-pravitelstva-rasshireniya-specialnyh-socvyplat-medikam.html) требовать от правительства расширения специальных соцвыплат для работников здравоохранения. Ситуацию, почему благое дело — повышение спецвыплат медработникам — обернулось скандалом, «МВ» разбирал [здесь](https://medvestnik.ru/content/news/Est-li-nadejda-na-peresmotr-specialnyh-vyplat.html).

<https://medvestnik.ru/content/news/Profsouz-Deistvie-predstavil-rezultaty-oprosa-o-realnyh-zarplatah-i-nagruzke-na-skoroi.html>

**Аудиторы Счетной палаты признали главные проблемы российской медицины**

Эксперты назвали последствия сокращения числа медучреждений и их укрупнения

Счетная плата выявила массу проблем как в российской системе здравоохранения в целом, так и в отдельных регионах в частности. Разбираемся вместе с экспертами, как они влияют на доступность медицинской помощи для простых людей.

Правительство ушло в отставку. Новый кабмин должны утвердить до 15 мая. В России может появиться в том числе новый министр здравоохранения. А промежуточные результаты последних лет работы **Михаила Мурашко** недавно подвела Счётная палата — аудиторы выпустили [бюллетень](https://ach.gov.ru/upload/iblock/dc3/0hm8l9phz27mt0m9rf5zg4b22jeewyfl.pdf) с анализом отечественного здравоохранения за 2021–2022 годы и 9 месяцев 2023 года.

Редакция «НИ» изучила бюллетень и выделила несколько проблем современной медицины в России, напрямую влияющих на ее доступность для населения.

Как это отражается на людях и их здоровье, «НИ» выяснили в разговоре с президентом «Лиги пациентов», членом Экспертного совета при Правительстве Российской Федерации **Александром Саверским**.

Последствия объединения и укрупнения больниц и поликлиник

Первое, что бросается в глаза — это сокращение количества государственных медучреждений. Если в 2021 году в России насчитывалось 5611 медучреждений, то ближе к концу 2023 года их осталось 5523. За это время Россия лишилась 88 медицинских учреждений. А объекты с муниципальным подчинением и вовсе почти полностью ликвидированы — на всю страну их осталось только шесть.

Но вот, что интересно: физически количество зданий, где лечат людей, практически не изменилось, а средняя площадь медучреждений в расчёте на одного жителя России даже немного увеличилась. То есть речь идёт о ликвидации больниц, поликлиник и фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) лишь на бумаге. Что же происходит на самом деле?

В России уже давно идёт процесс слияния и укрупнения медучреждений. Например, раньше были больница и поликлиника по отдельности, а теперь поликлиника юридически стала частью больницы.

Авторы идеи объединения считают, что оно позволит эффективнее лечить людей. Раньше врач первичного звена — терапевт или врач общей практики — при передаче пациента специалисту или на госпитализацию терял его из виду и не был в курсе необходимости дальнейшего лечения.

— *В результате усилия врачей стационара по спасению жизни человека часто девальвируются в амбулаторных условиях* — [поясняют](https://iq.hse.ru/news/281656701.html) эксперты НИУ ВШЭ.

К тому же укрупнение должно помочь эффективнее использовать больничные койки, чтобы не простаивали (за 2000–2016 годы оборот коек вырос в 1,5 раза), и повысить доступность узких специалистов — больше не приходится давать направление в другое медучреждение с собственным руководством и бюрократией.

На практике всё выходит иначе — поясняет **Александр Саверский**.

*— В результате исчезают из поликлиник специалисты с первого уровня. Если раньше у вас там были неврологи, лоры, кардиологи, то сейчас фактически ничего этого нет. Это все оказывается на втором уровне. Соответственно, помощь по месту жительства становится недоступна.*

Эксперт добавляет, что результатом невыполнения государством своих функций стала популяризация частных клиник. Люди вынуждены искать альтернативу государственному здравоохранению. Отчёт Счётной палаты эту тенденцию подтверждает: доля частных центров от всех медучреждений выросла до 38%.

*— То есть по факту у нас первичной медико-санитарной помощи, как это было раньше, нет. Она недоступна. Специализированные терапевты есть, а все остальное — проблема.*

Провинциальная ловушка. Почему людей из регионов не направляют лечиться в федеральные центры

Но если нет возможности получить квалифицированную помощь в городской больнице по месту прописки, то есть надежда на прохождение лечения в федеральном медицинском центре. Там и финансирование часто лучше, и специалистов туда привлекают более сильных.

Существуют специальные [приказы](https://protiv-raka.ru/analytics/cherez-ternii-k-nmiczam-kak-napravit-paczienta-v-federalnuyu-medorganizacziyu/) Минздрава, которые регулируют направление людей на лечение в федеральные медцентры: в одном случае лечение оплачивается исключительно за счёт ОМС, в другом — за счёт ОМС и федерального бюджета. Более того, больницы имеют план по количеству пациентов, проходящих лечение в стационаре, которые должны быть направлены на лечение в федеральные центры.

Но аудиторы Счётной палаты установили: получить направление на лечение в федеральное учреждение бывает непросто. Особенно в нескольких регионах. В Смоленской области план по отправке пациентов выполняется лишь на 1,7%, в Новосибирской области — на 1,8%, во Владимирской и Ивановской областях — на 3%, в Ленинградской области — на 3,6%, в Коми и Башкирии — на 5%.

Может быть там люди не болеют, или работают всемогущие врачи? **Александр Саверский** утверждает, что первичны иные причины.

— В федеральные центры не направляют, потому что это затратно, это деньги. Регион, направляя пациента в федеральное учреждение, должен за это заплатить. Поэтому, когда пациент просится в федеральный центр, ему говорят: «не-не-не, вот мы тебя сами полечим, у нас все для этого есть».

Также, по мнению эксперта, сказывается невозможность оказывать в регионе дальнейшее лечение, назначенное в федеральном центре. Проще сделать так, чтобы о сложном случае дальше местной больницы никто не знал.

— Пациенты возвращаются из этих ФГУ с назначенным лечением, с реально современными препаратами, например, против онкологических или орфанных заболеваний. Они приезжают из этих ФГУ с какими-то названиями препаратов, которых в регионе даже не знают, а стоят они сумасшедших денег. И региону приходится прикладывать серьезные усилия, чтобы это дезавуировать.

А более дешёвая и менее современная терапия может быть не такой эффективной и безопасной — напоминает эксперт.

С нормативной базой тоже не всё в порядке. Например, [не существует](https://protiv-raka.ru/analytics/cherez-ternii-k-nmiczam-kak-napravit-paczienta-v-federalnuyu-medorganizacziyu/) чёткого описания того, кто и каким образом должен определить наличие показаний для отправки пациента в федеральный центр, и как оно должно быть зафиксировано. В регионе могут дать направление, но федеральный центр его может не принять.

Бесполезное оборудование. Ржавеющие томографы и очереди на МРТ

Дорогие препараты в дефиците, но, судя по новостям, больницы сейчас активно комплектуются высокотехнологичным и дорогостоящим оборудованием. Например, в больнице села Питерка Саратовской области в рамках нацпроекта «Здравоохранение» недавно [установили](https://xn--80aapampemcchfmo7a3c9ehj.xn--p1ai/news/v-selskuyu-polikliniku-saratovskoy-oblasti-postupil-novyy-apparat) новый рентген-аппарат, а в больницу башкирского села Ермекеево поступил кольпоскоп.

Новое оборудование — это, безусловно, хорошо. Но Счётная палата заметила, что в 21 регионе высокотехнологичное оборудование простаивает. Причём половина из простаивающего оборудования — это рентгеновские томографы.

Наличие оборудования ещё не гарантирует проведение исследований на них. «Так, в 2021 году среднероссийский показатель по исследованиям, проводимым с использованием магнитно-резонансного томографа, составляет 10 исследований в сутки, при этом в Псковской области не проведено ни одного исследования, а в Вологодской области проведено 22 исследования. В 2022 году при среднероссийском показателе в 11 исследований в Чукотском автономном округе проведено только 2 исследования» — говорится в исследовании.

**Александр Саверский** считает, что низкая эффективность использования оборудования — это результат целого комплекса факторов. Оно ломается, не хватает персонала, способного с ним обращаться. Но главная причина кроется глубже.

*— У нас в здравоохранении нет планирования. Буквально госплана. Мы должны, во-первых, выяснить потребности населения, во-вторых, эти потребности соотнести с нашими ресурсами и возможностями.*

Также, по мнению **Саверского,** проблем добавляет попытка выстроить сразу две системы здравоохранения — бюджетную и платную, которые конкурируют друг с другом.

*— Здравоохранение — это не конкурентная среда, это не рынок шмотья. Это вопрос безопасности страны в прямом смысле. Врачи должны подчиняться единой системе и выполнять то, что нужно для пациентов без всяких рыночных игр. Поэтому томографы покупают, в частности, чтобы деньги смывать, например, на это. А что с техникой потом будет, никого совершенно не интересует.*

Эксперт приводит пример: раньше, когда только начали закупать аппараты МРТ, врачи тщательно исследовали все болевые точки, а теперь проводят исследование конкретной узкой зоны, конкретной части, например, головного мозга. Пациенты, естественно, не знают таких нюансов. Чем больше областей исследуют — тем дороже.

В СССР систему общедоступного здравоохранения построил **Николай Семашко**, она стала основой для бюджетной медицины Швеции, Ирландии, Великобритании, Дании, Италии и других стран, а теперь все переводят на коммерческие рельсы, что и приводит к перекосам.

В отчётах чиновников доступность медицины может повышаться, но в итоге чтобы люди могли получить какую-то помощь, по Нижегородской области иногда [курсируют](https://pravda-nn.ru/news/pochti-17-5-tysyachi-patsientov-poluchili-pomoshh-v-poezdah-zdorovya-s-nachala-goda/) «поезда здоровья», а в Барнауле организуют медосмотры в торговых центрах — существующая система не справляется с обеспечением здоровья людей.

<https://newizv.ru/news/2024-05-08/auditory-schetnoy-palaty-priznali-glavnye-problemy-rossiyskoy-meditsiny-429969?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**В ВШЭ представили варианты редизайна системы ОМС в России**

Группа экспертов Высшей школы экономики обрисовала перспективы отказа или частичного демонтажа системы обязательного медицинского страхования. Негативные последствия реформ могут значительно превзойти выгоду от сокращения административных расходов.

Возвращение к бюджетному финансированию здравоохранения позволит обеспечить сокращение расходов за счет закрытия фондов ОМС и вывода из системы страховых медицинских организаций (СМО). Однако экономия от их упразднения будет небольшой с учетом затрат на передачу этих функций органам управления здравоохранением, следует из доклада НИУ ВШЭ «Российское здравоохранение: перспективы развития», разосланного участникам страхового рынка (копия есть в распоряжении «МВ»).

В докладе проанализированы ключевые показатели системы здравоохранения в России, в том числе система финансирования здравоохранения, ситуация с кадровым обеспечением и работа первичного звена. Авторы — группа экспертов Центра политики в сфере здравоохранения НИУ ВШЭ.

«Вывод страховых компаний из ОМС успокоит медицинскую общественность, которая ошибочно расценивает проблемы взаимодействия медицинских учреждений со страховыми медицинскими организациями как главный деструктивный фактор развития российского здравоохранения. Но демонтаж системы ОМС в среднесрочной перспективе окажет сильное сдерживающее влияние на эффективность использования государственных средств», — говорится в докладе.

Сейчас регионы выравнивают расходы на медицинскую помощь по ОМС благодаря субвенциям из бюджета Федерального фонда ОМС (ФОМС). Отмена ОМС приведет к существенному повышению неравенства в финансировании отрасли из региональных бюджетов. Труднее станет получение медпомощи вне региона постоянного проживания. Это создаст дополнительные проблемы для реализации права граждан на выбор медорганизации.

«Таким образом, возвращение к бюджетной системе здравоохранения способно привести к незначительному сокращению потребности в государственном финансировании отрасли. Но негативные последствия могут значительно превзойти выгоду, получаемую в результате сокращения административных расходов», — прогнозируют эксперты.

В качестве варианта радикального изменения системы предлагается рассмотреть внедрение «рисковой модели ОМС». Она предполагает разделение финансовых рисков между государством, страховщиками, поставщиками медицинской помощи и застрахованными. Ее основное преимущество — развитие конкуренции между страховщиками и медорганизациями. Основные риски — угроза стабильности [финансирования](https://medvestnik.ru/content/news/U-bolnic-vyrosla-prosrochennaya-kreditorskaya-zadoljennost-v-2023-godu.html) медорганизаций и ухудшение доступности и качества помощи для отдельных групп населения из-за оппортунистического поведения ключевых участников, особенно на этапе внедрения и отладки, длительный процесс настройки.

Поэтому эксперты считают, что в среднесрочной перспективе (8–10 лет) целесообразно обеспечить развитие институтов системы ОМС при сохранении ее сложившегося дизайна. А для решения накопившихся проблем предлагается искать новые источники дополнительного финансирования, совершенствовать механизмы межтерриториальных расчетов и порядок распределения объемов медицинской помощи между медорганизациями, а также рассмотреть расширение возможностей участия частных медорганизаций в реализации территориальных программ ОМС.

Активные дискуссии о целесообразности расходов на содержание страховщиков идут с 2020 года. Ранее в Счетной палате заявили, что не видят необходимости в упразднении СМО. Такие выводы были сделаны, в том числе, по итогам работы здравоохранения в период пандемии COVID-19, [сообщила](https://medvestnik.ru/content/news/Glava-Schetnoi-palaty-zayavila-o-necelesoobraznosti-otkaza-ot-strahovshikov-v-sisteme-OMS.html) исполняющая обязанности председателя контрольного органа **Галина Изотова** на парламентском часе в Госдуме.

«Переход к сметному финансированию или упоминаемый авторами доклада «частичный демонтаж» (или «радикальная трансформация дизайна системы ОМС при сохранении ее формальной атрибутики и части институтов») — не только шаг к ухудшению положения потребителей медицинской помощи, но и вероятность уничтожения инструмента независимой оценки ее качества, в котором, как представляется, должно быть заинтересовано государство», — заявил «МВ» вице-президент Всероссийского союза страховщиков (ВСС) [**Дмитрий Кузнецов**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Kuznecov-Dmitrii-Urevich.html).

Несколько лет назад ВСС предлагал для обсуждения концепцию пилотной апробации комплекса мер, направленных на погружение классических страховых принципов в существующую модель ОМС. К сожалению, сначала пандемия, а в дальнейшем и существенные изменения в политико-экономической ситуации заморозили процесс, но к нему можно в любой момент вернуться, считает Кузнецов.

«Стоит рассмотреть и возможность запуска двух процессов параллельно — предлагаемого специалистами ВШЭ комплекса мер «развития институтов системы ОМС при сохранении ее сложившегося дизайна» и подготовку, а затем внедрение концепции пилотного проекта «рисковой модели». И при этом параллельно оценить эффективность расходования направляемых в систему финансовых средств», — предложил он.

Почему развитые страны все чаще обращаются к модели здравоохранения Николая Семашко, а ее демонтаж в России был ошибкой, «МВ» разбирался [здесь](https://medvestnik.ru/content/news/Veter-peremen-pochemu-razvitye-strany-vse-chashe-obrashautsya-k-principam-Nikolaya-Semashko.html) и [здесь](https://medvestnik.ru/content/news/Pochemu-demontaj-sistemy-Semashko-byl-oshibkoi-o-chem-umolchali-avtory-reform.html).

<https://medvestnik.ru/content/news/V-VShE-predstavili-varianty-redizaina-sistemy-OMS-v-Rossii.html>