****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период с 9 по 15 декабря 2024 года)**

Госдума 17 декабря приняла сразу во втором и третьем чтениях законопроект о запрете применения в отношении медицинской помощи и медработников ст.238 УК РФ, в которой идет речь о выполнении работ или оказании услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей. Поправки были поддержаны депутатами единогласно.

**МИНЗДРАВ/ФОМС**

**Минздрав направил проект поправок о применении клинических рекомендаций в Госдуму**

Минздрав передал в Госдуму пакет поправок в законодательство о правовом статусе клинических рекомендаций. Ключевой тезис — национальные гайдлайны не могут использоваться для контроля качества и безопасности медицинской деятельности и при экспертизе качества помощи.

Заместитель министра здравоохранения [**Евгений Камкин**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Kamkin-Evgenii-Gennadevich.html) 9 декабря направил на имя председателя Комитета Госдумы по охране здоровья **Сергея Леонова** проект приказа Минздрава России об утверждении порядка применения [клинических рекомендаций](https://medvestnik.ru/content/news/Uchastnikam-otrasli-gotovyat-instrukcii-po-perehodu-na-klinicheskie-rekomendacii.html) (копия есть в распоряжении «МВ»). Его подлинность подтвердили в пресс-службе комитета.

Документ разработан ведомством в связи с подготовкой проекта федерального закона № 646601-8 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» к рассмотрению во втором чтении. В письме сказано, что «клинические рекомендации основаны на анализе научных данных, доступных во время их подготовки, имеют практическую направленность и являются ориентиром для врача при оказании медицинской помощи в конкретных ситуациях». При этом все медорганизации вне зависимости от формы собственности или ведомственной принадлежности обязаны следовать им.

Как уже было [известно ранее](https://medvestnik.ru/content/news/Alla-Samoilova-soobshila-o-vozmojnosti-ispolneniya-klinrekomendacii-na-vseh-urovnyah-medpomoshi.html), в случае невозможности выполнения медицинского вмешательства, предусмотренного клинрекомендациями (отсутствие лицензии на медицинскую деятельность, на работы (услуги), показанные пациенту, медизделий, лекарственных средств, прочих расходных материалов, прочих материальных запасов, требуемых для осуществления показанного медицинского вмешательства, специалистов требуемой квалификации), медорганизация должна перенаправить пациента в рамках маршрутизации в другую клинику, участвующую в территориальной программе госгарантий, в которой такая возможность есть, либо организовать оказание медпомощи с применением телемедицинских технологий.

Назначение и применение лекарственных препаратов, медизделий и специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией (КР), допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

Самый спорный тезис: КР не могут применяться для федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности; не являются обязательными требованиями и не могут быть использованы при экспертизе качества медицинской помощи (ЭКМП). По мнению члена Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, президента НП «Национальное агентство по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе» профессора **Алексея Старченко**, в таком виде проект ущемляет конституционные права пациентов на возмещение вреда в гражданских процессах.

«В последние три года в аналогичных делах Верховный суд РФ нередко принимал заключения ЭКМП, выданные экспертами страховой компании, как основное доказательство вины медорганизации. Запрет ссылаться на клинреки означает, что пациентов хотят лишить права на доказательства, чтобы было меньше исков. Какой результат мы получим — рост числа уголовных дел против врачей, так как лишенные инструментов защиты в гражданском процессе больные будут чаще обращаться в Следственный комитет», — заявил он «МВ».

Несогласие с позицией Минздрава не применять КР при ЭКМП, по данным источников «МВ» в профильном комитете, высказывают и другие участники медсообщества. В Госдуме ждут версию поправок в законодательство относительно клинрекомендаций от правительства.

Регулятор [не планирует](https://medvestnik.ru/content/news/V-Minzdrave-oprovergli-otsrochku-perehoda-na-obyazatelnye-klinrekomendacii.html) переносить дату полного перехода к оказанию медицинской помощи на основе КР на 2026 год, сообщил на этой неделе Камкин. По его словам, бюджет системы ОМС в 2025 году позволит в полной мере выполнить положения клинрекомендаций.

На прошлой неделе на сайте «Единой России» появилось сообщение о том, что по результатам заседания принято решение о внесении необходимых изменений в закон «Об основах охраны здоровья граждан» для конкретизации места и роли в системе организации и оказания медицинской помощи клинрекомендаций и формирования единой системы качества медицинской помощи. Комиссия партии совместно с депутатами должна была изучить разработанные Минздравом поправки, которые должны будут внести в законодательство уже в этом году. Если этого не произойдет, предлагалось отложить ввод нормы об обязательном применении КР еще на год — до 1 января 2026 года.

Актуальную подборку мнений страховщиков, главных врачей и представителей пациентского сообщества о клинических рекомендациях можно прочитать[здесь](https://medvestnik.ru/content/news/Trudnosti-perehoda-uchastniki-otrasli-rasskazali-pro-glavnye-strahi-iz-za-klinrekomendacii.html).

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-napravil-proekt-popravok-o-primenenii-klinicheskih-rekomendacii-v-Gosdumu.html>

**Мурашко призвал не ждать возврата к бюджетной модели при внедрении пилота по зарплатам**

Министр здравоохранения Михаил Мурашко обозначил приоритеты в рамках апробации новой отраслевой системы оплаты труда. Планов возвращения к бюджетной модели финансирования медицинских организаций нет.

 Внедрение новой модели оплаты труда в здравоохранении не предполагает перезапуск [бюджетной модели](https://medvestnik.ru/content/news/Perspektivy-razvitiya-sistemy-Semashko.html) финансирования медорганизаций, так как такой подход не ориентирован на результат, заявил глава Минздрава России [**Михаил Мурашко**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Murashko-Mihail-Albertovich.html) на Пленуме Профсоюза работников здравоохранения 12 декабря.

Повышение компенсации за труд невозможно без учета производительности труда, эффективности и качества медицинской помощи, сказал министр. Именно по такому пути — повышения эффективности использования человеческого ресурса с повышением уровня заработанной платы — сегодня идут многие регионы, отметил он.

«По [поручению](https://medvestnik.ru/content/news/Putin-podtverdil-plany-po-vnedreniu-novoi-sistemy-oplaty-truda-v-zdravoohranenii-v-2025-godu.html) президента мы должны перейти на новую модель оплаты труда. Нам важно выстроить эффективную, справедливую и, главное, нацеленную на результат — здоровье пациента и доступность медицинской помощи — систему. Такая система не может существовать без привязки к эффективности. В одной из недавних поездок в страны СНГ я видел, как расхолаживает бюджетная система. У медицинского персонала просто нет желания внедрять эффективное и современное», — подчеркнул Мурашко.

При этом важно, чтобы коллективные договоры не были настроены на какие-то популистские решения. В первую очередь они должны быть основаны на понимании эффективности работы каждой медорганизации. «У нас есть бюджет, мы четко должны понимать наши возможности финансовые», — предупредил министр.

Президент Владимир Путин в апреле [подтвердил](https://medvestnik.ru/content/news/Putin-podtverdil-plany-po-vnedreniu-novoi-sistemy-oplaty-truda-v-zdravoohranenii-v-2025-godu.html) планы начать пилотный проект по внедрению новой системы оплаты труда в здравоохранении в 2025 году. Его должны были отработать в нескольких регионах, но пока ни списка участников, ни параметров проекта в открытом доступе нет. Как сообщили «МВ» в пресс-службе Минтруда в начале декабря, соответствующими данными они не располагают. При обсуждении бюджета Федерального фонда ОМС депутаты отмечали, что [расходы](https://medvestnik.ru/content/news/Za-chto-v-Gosdume-kritikovali-proekt-budjeta-FOMS.html) на реализацию пилота в нем не заложены.

Проект по внедрению новой системы оплаты труда в здравоохранении призван сократить значимый разрыв в доходах и обеспечить медработникам адекватные зарплаты. Его планировали начать еще в ноябре 2021 года, но готовившие методическое обоснование ведомства — Минздрав и Минтруд — дважды его переносили, а потом и вовсе [отложили](https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-otlojilo-zapusk-novoi-sistemy-oplaty-truda-medrabotnikov-eshe-na-tri-goda.html?utm_source=main&utm_medium=center-main-right) на 2025 год. С 1 февраля 2023 года частично выпадающие из-за инфляции доходы медработникам компенсировали с помощью специальных социальных выплат (ССВ).

Только небольшая часть врачей (9,6%) оценивают шансы на реализацию проекта по внедрению новой отраслевой системы оплаты труда как высокие и ожидают быстрого увеличения зарплат, [показал опрос](https://medvestnik.ru/content/news/Rosta-zarplat-posle-zapuska-novoi-sistemy-oplaty-truda-ojidaet-tolko-kajdyi-desyatyi-vrach.html) «МВ». Многие респонденты были более пессимистичны.

<https://medvestnik.ru/content/news/Murashko-prizval-ne-jdat-vozvrata-k-budjetnoi-modeli-pri-vnedrenii-pilota-po-zarplatam.html>

**РАЗНОЕ**

**Кадрам — резервы: на сколько планируют повысить зарплаты врачам**

Могут ли сэкономленные средства стать ресурсом для роста доходов медиков

Министр здравоохранения Михаил Мурашко выступил на X пленуме ЦК профсоюза работников здравоохранения РФ. На мероприятии говорили о профильном бюджете на 2025 год, а также о том, как увеличить зарплаты врачей за счет правильной организации работы и экономии. Вопрос становится тем актуальнее, что на следующий год намечен старт пилота проекта по созданию единой системы оплаты труда бюджетников, в том числе медработников, которая с 2027 года должна работать повсеместно. Однако пока нет перечня ясных параметров проекта и регионов, которые примут участие в апробации, не появились они и в ходе пленума. Подробнее о том, чего ждать в материальном плане от следующего года медикам, — в материале «Известий».

Как растет бюджет на здравоохранение

В своем выступлении Михаил Мурашко рассказал, что с 2019 года бюджет Фонда обязательного медицинского страхования увеличился более чем в 2,2 раза; также более 1 трлн рублей составили инвестиции в медицинскую инфраструктуру в рамках национального и федерального проектов.

В следующем году бюджет на здравоохранение возрастет по всем трем источникам: средствам обязательного медицинского страхования, федерального бюджета и бюджетов регионов, — в совокупности на 13%, сказала «Известиям» руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением, д.м.н. Гузель Улумбекова.

— Это плюс 865 млрд рублей относительно 2024 года, — отметила она. — Если вычесть инфляцию, по которой в бюджет заложен прогноз на уровне 4,5%, то увеличение составит 8%.

По ее словам, дополнительные деньги пойдут в том числе на индексацию оплаты труда медицинских работников на 13%, чтобы зарплата соответствовала требованиям майских указов президента.

— Хорошая новость в том, что бюджет не сокращается, но, с другой стороны, средств на новую систему оплаты труда, которая должна стартовать по всей стране с 2027 года, пока не заложено, — подчеркнула эксперт.

Когда начнется пилотный проект

На пленуме Михаил Мурашко напомнил, что пилотный проект должен стартовать в 2025 году, а полный переход на новую систему оплаты труда — в 2027-м. По словам министра, этот переход будет «обсуждаться отдельно» с участием профсоюза. На вопрос корреспондента «Известий» о том, когда и в каких регионах стартует проект, министр не дал дополнительной информации.

Директор департамента оплаты труда, трудовых отношений и социального партнерства Минтруда РФ Марина Маслова в выступлении на пленуме заявила, что работа по разработке новых систем оплаты и в здравоохранении, и в других отраслях социальной сферы «сложна как в моделировании, так и в последующей реализации».

Напомним, запуск пилота [обсуждается](https://iz.ru/1769724/sergei-guranov/tri-goda-zdut-kogda-zarabotaet-novaa-sistema-oplaty-truda-medrabotnikov) с 2021 года, однако он уже был несколько раз отложен по разным причинам. Сопредседатель профсоюза «Действие» Андрей Коновал в разговоре с «Известиями» допустил, что проект запустят только в IV квартале 2025 года.

У профсоюза работников здравоохранения РФ более оптимистичный взгляд на ситуацию. Председатель профсоюза Анатолий Домников отметил, что скептики, которые сомневались в том, что проект запустят, оказались неправы.

— Сейчас на федеральном уровне обсуждается, насколько ранее утвержденная, но не реализованная по ряду объективных причин концепция станет основой для разработки нового варианта. И мы, разумеется, вновь активнейшим образом будем участвовать в этом процессе, — сказал он в выступлении на пленуме.

При этом поручение президента повысить долю оклада в зарплате медиков до 50% в 2024 году исполнено далеко не везде, отмечают в профсоюзе, ссылаясь на оперативные данные.

— Мы провели анонимный блиц-опрос в онлайн-формате в соцсетях: из 6,6 тыс. респондентов почти треть отметила снижение своей заработной платы в результате изменения механизма ее формирования, — заявил Анатолий Домников на пленуме. — Даже учитывая, что это непроверенные ответы, важно подчеркнуть, что работники воспринимают ситуацию именно так. Поэтому нужно обстоятельно доносить смысл этой работы и анализировать ее, взаимодействуя с управленцами всех уровней.

Что предлагает Минздрав

В своем выступлении Михаил Мурашко сосредоточился, по сути, на управлении процессами в здравоохранении: качественная организация деятельности на всех этапах позволит сэкономить деньги в том числе для зарплаты медперсонала, подчеркнул министр.

Один из резервов он видит в использовании технологий в диагностических и лечебных центрах.

— Речь идет именно об организационных принципах. Когда медицинская помощь становится высокоэффективной — в регионах появляются высокопотоковые центры без простоя оборудования, где проводят гастроскопию, колоноскопию и другие исследования в поточном варианте, — сказал министр. — Если параллельно внедряется цифровой контур, тогда время врача и медсестры используется максимально эффективно.

По его словам, «бережливые технологии», при которых минимизируются временные затраты персонала, в конечном итоге влияют и на фонд оплаты труда.

Следующий аспект, на который указал чиновник, — это минимизация цен на медицинскую продукцию за счет использования препаратов и изделий российского производства.

— Мы пришли к тому, что 70% препаратов из списка жизненно важных — отечественные. На этом уже получена колоссальная экономия финансовых ресурсов, — заявил министр. — Эффективность в большинстве своем складывается на уровне цифр в пределах 20%. Поэтому для нас развитие производства, науки является экономической составляющей, которая влияет в том числе на нашу заработную плату, поскольку мы эффективно используем ресурсы системы закупок. Всё это в конечном итоге — наша с вами заработная плата.

Сэкономить позволит лечение в соответствии с клиническими рекомендациями и централизованной закупкой препаратов, которые там прописаны, считает глава Минздрава. По его словам, это также поможет оценить эффективность использования ресурсов и «исполнительскую дисциплину» в лечебных учреждениях.

Отметим, что клинические рекомендации, хоть и будут носить рекомендательный характер, но привязанные к ним критерии оценки качества медицинской помощи остаются обязательными для исполнения. Гузель Улумбекова объясняет, что во врачебной среде многие воспринимают эти изменения с настороженностью, поскольку это может привести к росту количества судебных дел в их отношении. По ее мнению, лучше при оценке качества медицинской помощи ориентироваться на итоговые показатели, как во всех развитых странах: здоровье, выживаемость и удовлетворенность пациентов, внутрибольничные осложнения и др.

Михаил Мурашко также призвал в своей речи к выстраиванию системы планирования потребности в лекарственных препаратах и в оборудовании. По его словам, списание медпрепаратов «должно быть крайне редким», а заказывая оборудование, главврачи должны четко понимать, какая должна быть на него нагрузка.

Еще один аспект, который может положительно сказаться на экономии средств, — это основной акцент на первичном звене, который позволит остановить поток пациентов в последующих этапах здравоохранения. Сейчас стоимость лечения на этапе стационара раздувается, поэтому эффективность системы здравоохранения резко падает на финальных показателях, обратил внимание министр.

Можно ли повысить зарплату за счет экономии

Андрей Коновал полагает, что ресурсов для существенного повышения зарплаты в существующей системе здравоохранения уже нет. По его словам, доля фонда оплаты труда в общих расходах на медицинскую отрасль слишком велика, чтобы экономия оставшихся средств высвободила какие-то серьезные деньги на надбавку к зарплатам медиков. По данным Гузель Улумбековой, этот показатель составляет около 70%. Она также считает, что сэкономленные деньги не станут серьезным подспорьем для решения кадрового вопроса, тем более что далеко не всегда они идут именно медикам: часто приходится решать проблемы с ремонтом помещений, покупкой дополнительных медизделий и т.д.

Эксперт «Народный фронт. Аналитика» Сергей Войтюк подчеркивает, что бюджет ФОМС ежегодно исполняется с профицитом, хотя планово закладывается его дефицит. По итогам 2023 года профицит составил 104,8 млрд рублей вместо планируемого дефицита в сумме 147,08 млн рублей.

— Эти средства могли бы пойти в регионы на повышение зарплат медработникам, но, по данным Счетной палаты РФ, ежегодно медицинские организации в регионах недополучают средства ОМС за оказанную медицинскую помощь в связи с превышением объемов оказания медицинской помощи, распределенных комиссией по разработке территориальной программы ОМС, — заявил он «Известиям».

Это в том числе может быть связано со скрытым дефицитом территориальных программ ОМС, считает он: «Например, за 2023 год общий размер сверхобъемов, не оплаченных медицинским организациям, составил 23 млрд рублей».

Эксперты подчеркивают, что сами по себе призывы к эффективному расходованию средств правильны. Однако, считает Сергей Войтюк, проблема требует «не только локальных оптимизаций, но и пересмотра федеральной политики распределения и использования бюджетных средств». В частности, увеличения расходов на здравоохранение в России как минимум до 5% ВВП с уровня примерно в 3,5% ВВП, на котором финансирование здравоохранения в России будет в 2025 году.

— Чтобы поэтапно увеличить этот показатель до 5% к 2030 году, нужно каждый год дополнительно к уровню инфляции вливать в отрасль около 700 млрд – 1 трлн рублей, — сказала Гузель Улумбекова. — Из них минимум 500 млрд рублей нужно на реализацию новой системы оплаты труда.

<https://iz.ru/1806879/sergei-guranov/kadram-rezervy-na-skolko-planiruut-povysit-zarplaty-vracam?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch>

**Счетная палата сообщила о недостаточно широком охвате химиотерапией в ряде регионов**

Счетная палата представила данные о регионах с минимальным доступом к химиотерапии для онкологических пациентов. В круглосуточном стационаре в пяти субъектах назначались менее 15% схем из одобренных к применению.

Счетная палата назвала TOP5 регионов с самым низким уровнем доступности химиотерапии при онкологическом лечении в круглосуточном стационаре. Данные опубликованы в [оперативном докладе](https://ach.gov.ru/upload/iblock/bf0/wism7o0atuzpsaaofhw7usouwig8mnfg.pdf) об исполнении бюджета Федерального фонда ОМС (ФОМС) за 9 месяцев 2024 года, с которым ознакомился «МВ».

Наименьшее количество применяемых схем для проведения противоопухолевой терапии в круглосуточном стационаре зафиксировано в Ненецком автономном округе (29, или 5,2% общего количества утвержденных схем лечения); Чукотском автономном округе (37, или 6,7%); Еврейской автономной области (68, или 12,3%); Республике Марий Эл (75, или 13,5%) и Севастополе (82, или 14,8%).

В среднем по России в круглосуточных стационарах применялись 554 схемы лечения.

В дневных стационарах применялось в среднем 800 схем. На минимальном уровне этот показатель оказался в девяти регионах, в которых ассортимент доступных лекарственных средств не превышал 15%. Минимальными эти значения были в Чукотском автономном округе (три схемы лечения, 0,4% от общего количества утвержденных), Ненецком автономном округе (31, или 3,9%), Республике Калмыкия (66, или 8,3%), Республике Алтай (69, или 8,6%), Республике Ингушетия (72, или 9%), Еврейской автономной области (76, или 9,5%).

Как пояснили в Минздраве, низкие показатели применения схем противоопухолевой терапии отмечаются в субъектах с небольшим количеством населения и, соответственно, имеющих незначительный контингент онкопациентов. Вместе с тем на примере Кировской области (1,1 млн населения), имеющей низкие показатели как по количеству схем, применяемых для проведения противоопухолевой терапии в дневном стационаре (14,5%), так и по кратности госпитализаций (3,46), прослеживается тенденция, когда субъекты, имеющие примерно равное количество населения, достигают гораздо более высоких показателей в анализируемой области, отмечают в выводах аудиторы.

По их оценкам, указанные факты требуют дополнительной проработки и анализа со стороны Минздрава и ФОМС.



По данным Счетной палаты, объем медицинской помощи пациентам с онкозаболеваниями в январе — сентябре текущего года вырос в сравнении с аналогичным периодом 2023 года на 17,8 млрд руб. (297 млрд руб.), или на 6%. Общее число оплаченных случаев медицинской помощи в амбулаторных условиях выросло на 15,8%, в дневном стационаре — на 9,3%, в круглосуточном стационаре — на 1,3%.

Две трети (68%) опрошенных врачей-онкологов сообщают о сложностях с назначением лечения и связывают проблемы с недоступностью лекарственных препаратов, необходимых пациенту, согласно требованиям клинических рекомендаций (КР). Чаще всего респонденты указывали на проблемы с препаратами для таргетной и иммунотерапии (60%), а также сопроводительной терапии (29%) онкобольных. О сложностях с назначением необходимой химиотерапии сообщали 28% опрошенных, с обезболиванием — 13%, [писал](https://medvestnik.ru/content/news/Dve-treti-vrachei-onkologov-soobshali-o-problemah-s-naznacheniem-preparatov-pacientam.html) «МВ».

Первые сообщения о [проблемах](https://medvestnik.ru/content/news/Pacientam-ambulatornyh-onkocentrov-dostupno-5-garantirovannoi-v-OMS-terapii.html) с ассортиментом лекарств для химиотерапии в Центрах амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) были в середине 2021 года. Летом 2022-го онкологи [попросили](https://medvestnik.ru/content/news/Onkologi-poprosili-otregulirovat-tarify-na-oplatu-terapii-v-CAOP.html) отрегулировать тарифы на оплату терапии, так как норматив ОМС, по которому финансируются ЦАОП, не учитывал эпидемиологические данные и применение новых противоопухолевых препаратов. По данным мониторинга профильного федерального проекта, в 2020 году разнообразие схем противоопухолевой лекарственной терапии в ЦАОП исчислялось пятью-шестью позициями. Таким образом пациентам таких центров было доступно только 5% гарантированной в ОМС терапии.

<https://medvestnik.ru/content/news/Schetnaya-palata-soobshila-o-nedostatochno-shirokom-ohvate-himioterapiei-v-ryade-regionov.html>

**Врачи получили за онконастороженность лишь треть выделенных на это средств**

Изменение порядка выплат в 2024 году пока коренным образом не поменяло ситуацию

Российские врачи за девять месяцев 2024 г. получили за выявление онкологических заболеваний во время диспансеризации 12,8 млн руб. – лишь треть (33,7%) от выделенных на эти цели средств. Такие выводы приводятся в оперативном докладе Счетной палаты (СП) об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС).

Всего ФОМС выделил за январь – сентябрь территориальным фондам ОМС (ТФОМС) 37,9 млн руб. В двух регионах за этот период средства на выплаты за онконастороженность не использовались. Речь идет о Хабаровском крае и Еврейской автономной области, уточнил представитель пресс-службы СП.

С 1 января 2024 г. за выявление онкологических заболеваний выплату в размере 1000 руб. получает один медицинский работник вместо трех, как это было ранее. Такой врач должен назначить пациенту консультацию специалиста, диагностические инструментальные или лабораторные исследования. Выплата полагается за каждый случай впервые выявленного онкозаболевания, который подтвержден результатами исследований.

Эти показатели говорят о положительной динамике по сравнению с показателями аналогичного периода 2023 г., делают выводы аудиторы.

Порядок осуществления выплат за выявление онкозаболеваний изменился только с 7 мая 2024 г., то есть, по сути, он действует не 11, а семь месяцев, сообщил «Ведомостям» представитель пресс-службы ФОМС. За этот период наблюдается значительный рост использования предусмотренных Фондом средств на выплаты. На 1 декабря 2024 г. в медицинские организации уже направлено 33,7 млн руб. Тогда как за 11 месяцев 2023 г. эта сумма составляла только 4,7 млн руб., сказал он.

Раньше за обнаружение онкологического заболевания, подтвержденного исследованиями, была предусмотрена выплата 1000 руб. При этом она делилась между врачом, проводившим диспансеризацию (500 руб.), и еще двумя медработниками. Тому, кто направил пациента к онкологу, полагалось 250 руб., и столько же – тому, кто вовремя установил за больным диспансерное наблюдение.

Этот механизм работал неэффективно. За январь – сентябрь 2023 г., когда еще действовала данная норма, больницы израсходовали только 13,8% средств, поступивших из ФОМС в ТФОМС, на такие выплаты врачам (всего – 23,8 млн руб.). При этом в 30 субъектах за девять месяцев 2023 г. выделенное финансирование на эти цели не использовалось.

Доля онкологии, выявляемой на ранних стадиях (I–II, всего их четыре), за девять месяцев 2024 г. в России составила 61% от всех выявленных злокачественных новообразований, следует из того же доклада СП.

В январе – сентябре прошлого года, по данным аудиторов, доля выявленных на I–II стадиях злокачественных новообразований в РФ составляла 60,3%. В середине ноября 2023 г. глава Минздрава Михаил Мурашко заявил, что в планах ведомства увеличить показатель выявляемости опухолей «на ранних стадиях, когда прогноз лечения максимально благоприятный», с 60 до 80%. Этот показатель удалось увеличить с 54,9% в 2019 г. до 60,5% в 2023 г.

Рак – вторая по значимости причина смертности в РФ после сердечно-сосудистых заболеваний. В 2023 г. почти 198 человек на 100 000 населения умерло из-за новообразований. По данным ежегодных сборников «Состояние онкологической помощи населению России», чаще всего на ранних стадиях выявляют рак губы, мочевого пузыря и меланому, у женщин – рак тела матки, молочной железы и шейки матки, у мужчин – рак предстательной железы. На поздних стадиях – рак желудка и поджелудочной железы, глотки, легких и др. Заболевания, плохо выявляемые на ранней стадии, чаще всего находят уже в запущенной, IV, стадии и имеют высокую летальность в первый год после постановки диагноза.

Определить, кто именно из специалистов первым обнаружил рак у человека трудно, а сложность порядка выплат за онконастороженность отпугивает врачей от подачи заявок на такие выплаты, рассказала «Ведомостям» директор Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ Лариса Попович. К тому же, денежные поощрения за онконастороженность достаточно маленькие, и не мотивируют врачей, отметила она.

Как отмечал профессор Финансового университета Александр Сафонов, для эффективной работы данного механизма нужно более четко формализовать чек-листы для обнаружения онкологии, а также усилить работу менеджеров в здравоохранении, которые регулярно напоминали бы врачам об этой задаче.

Кроме того, врачи не направляют людей на дополнительные, порой дорогостоящие, обследования, так как они не всегда завершаются подтвержденным диагнозом, добавлял он. Так происходит потому, что нецелесообразное расходование средств не поддерживается финансовым менеджментом медучреждений, пояснил Сафонов.

Читайте подробнее: <https://www.vedomosti.ru/society/articles/2024/12/13/1081085-vrachi-poluchili-za-onkonastorozhennost-lish-tret-videlennih-sredstv?from=copy_text>

**В России снова сократилось число станций скорой помощи**

В России продолжают закрывать отделения и станции скорой медицинской помощи. По итогам 2023 года их стало на 55 меньше. При этом общее количество медорганизаций осталось прежним, а число поликлиник выросло.

В 2023 году в России было закрыто больше полусотни отделений и станций скорой медицинской помощи (СМП). По итогам года работало 1876 таких организаций против 1931 в 2022 году, следует из опубликованной Росстатом статистики о показателях системы здравоохранения, с которой ознакомился «МВ».

Для сравнения: в 2020 году в стране насчитывалось 2113 отделений СМП, в 2021-м — 2035. Динамика сокращения службы скорой помощи наблюдается с 2001 года. Тогда в стране насчитывалось 3212 организаций СМП. Статистики в разрезе регионов по данному разделу в отчетности нет.

Общее количество медорганизаций по итогам прошлого года осталось прежним — 5,2 тыс. Больниц насчитывалось по состоянию на конец 2023 года 5177. Показатель 2022 года — 5167. Некоторое уменьшение числа больничных организаций наблюдалось в Дальневосточном и Сибирском федеральных округах одновременно с ростом их количества в Южном, Северо-Западном и Северо-Кавказском.

Общее число амбулаторий и поликлиник выросло до 22719 (в 2022 году — 22146).

Результаты опроса 1100 работников станций СМП из 74 регионов показали удручающее состояние службы в малых городах и сельской местности. Большая часть респондентов сообщили, что работают на 1,5 ставки или чуть меньше, а многие бригады укомплектованы одним медработником вместо двух, [писал](https://medvestnik.ru/content/news/Profsouz-Deistvie-predstavil-rezultaty-oprosa-o-realnyh-zarplatah-i-nagruzke-na-skoroi.html?utm_source=main&utm_medium=center-main-left) «МВ» со ссылкой на мониторинг независимого профсоюза «Действие» в конце мая.

Позднее Минздрав [подтвердил](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-priznal-nedostatki-v-finansovom-obespechenii-skoroi-pomoshi-v-regionah.html) недостатки в финансовом обеспечении службы скорой медицинской помощи в большинстве регионов. При этом отмечалось, что фактические расходы на оказание СМП превышают рассчитанные в соответствии с территориальной программой ОМС нормативы, а целевые значения заработной платы у медработников, участвующих в оказании скорой помощи, не достигнуты. На фоне проблем в системе СМП депутаты попросили правительство о «принятии срочных управленческих мер на всех уровнях», в том числе по повышению уровня зарплат и регулированию нагрузок на «скорой».

В службе скорой помощи продолжает [сокращаться](https://medvestnik.ru/content/news/V-Rossii-sokratilos-kolichestvo-vrachei-na-stanciyah-skoroi-pomoshi.html) число специалистов с высшим медицинским образованием. В 2022 году только 10,6% работавших на станциях и в отделениях СМП были врачами. Из презентации главного внештатного специалиста по скорой медицинской помощи Минздрава России, ректора ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, академика РАН **Сергея Багненко,** представленной на конгрессе «Скорая медицинская помощь 2022», следовало, что число врачей (физических лиц) на станциях и в отделениях СМП последовательно снижается с 2012 года. Тогда число специалистов достигало 17 877 человек, в 2020-м — 13 602, в 2021-м — 13 070.

<https://medvestnik.ru/content/news/V-Rossii-snova-sokratilos-chislo-stancii-SMP.html>

**Вопросы применения клинических рекомендаций обсудят на онлайн-марафоне**

Минздрав России подготовил для врачей серию онлайн-встреч с ведущими специалистами сферы здравоохранения, чтобы обсудить вопросы применения клинических рекомендаций. Напомним, обязательность использования этих рекомендаций должна вступить в силу со следующего года, и это вызвало много вопросов со стороны медицинского сообщества. В министерстве пообещали провести разъяснительную работу и сообщили: с 12 по 23 декабря 2024 года на площадке Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования пройдет образовательный онлайн-марафон "Клинические рекомендации: объясняют эксперты", на котором будет обсуждаться переход к клинической практике на основе новых правил.

"Знание клинических рекомендаций позволяет врачам выбирать наиболее эффективные и безопасные методы лечения конкретного пациента с его индивидуальными особенностями. В рамках образовательного онлайн-марафона будут обсуждаться вопросы, касающиеся клинических рекомендаций как в общем, так и по отдельным профилям оказания медицинской помощи", - сообщили в Минздраве.

В серии встреч примут участие главные внештатные специалисты Минздрава России; разработчики клинических рекомендаций, юристы.

Принять участие в образовательном проекте может любой врач. Для этого нужно зарегистрироваться в личном кабинете на сайте [webinars-rmanpo.ru](https://webinars-rmanpo.ru/), выбрать в календаре один или несколько вебинаров по своему профилю и подтвердить участие, нажав кнопку "Регистрация". <https://rg.ru/2024/12/11/voprosy-primeneniia-klinicheskih-rekomendacij-obsudiat-na-onlajn-marafone.html?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch>