****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период с 13 по 19 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>

**Голикова сообщила о планах привлечь врачей для работы вахтовым методом**

В медорганизации в удаленных районах с кадровым дефицитом планируется привлекать на работу медиков-вахтовиков. При этом они смогут сохранить основное рабочее место.

Решать проблему кадрового дефицита в удаленных сельских населенных пунктах будут, привлекая медицинских работников вахтовым методом, сообщила 13 мая кандидат на должность заместителя председателя правительства [**Татьяна Голикова**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Golikova-Tatyana-Alekseevna.html) на пленарном заседании Госдумы.

По ее словам, в некоторых стационарах существует профицит врачебного персонала и среднего медперсонала. «Мы предполагаем, что эти врачи и этот средний медицинский персонал может работать, в том числе вахтовым методом, сохраняя за собой рабочие места», — пояснила Голикова.

Вопрос о кадрах в медорганизациях попросил прокомментировать зампред Комитета Госдумы по охране здоровья Алексей Куринный.  Детали и количество медработников, которых планируется направлять в «командировки», не уточнялись. Голикова также заявила, что существенный вклад в решение кадрового вопроса должно сыграть привлечение на работу в медорганизации ординаторов второго и следующих лет обучения в качестве [врачей-стажеров](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-raskryl-dannye-o-chislennosti-vrachei-stajerov.html).

Ранее премьер-министр Михаил Мишустин поручил [создать](https://medvestnik.ru/content/news/Tatyana-Golikova-vmeste-s-Minzdravom-i-Gosdumoi-sozdast-rabochuu-gruppu-po-medkadram.html) совместную рабочую группу по проблеме кадрового дефицита в здравоохранении, писал ранее «МВ». По данным Минздрава, [дефицит](https://medvestnik.ru/content/news/Murashko-nazval-realnyi-deficit-vrachei-v-Rossii.html) врачей в России составляет около 25—26 тыс. человек, среднего медперсонала — около 50 тыс.

По [оценкам](https://medvestnik.ru/content/news/VShE-sformulirovala-rekomendacii-po-likvidacii-kadrovogo-deficita-v-zdravoohranenii.html) экспертов Высшей школы экономики (ВШЭ), в качестве главных инструментов по ликвидации кадрового дефицита в здравоохранении должны рассматриваться повышение оплаты труда, усиление социальных программ, а также перемещение части врачебного персонала из стационаров в поликлиники.

UPD: Депутаты 13 мая одобрили кандидатуру Татьяны Голиковой на пост заместителя председателя правительства, отвечающего за социальный блок. Она вступит в должность после того, как указ подпишет президент Владимир Путин. Голикова курирует в правительстве социальную сферу с мая 2018 года.

<https://medvestnik.ru/content/news/Golikova-soobshila-o-planah-privlech-vrachei-dlya-raboty-vahtovym-metodom.html>

**Голикова сообщила о недофинансировании «скорой» в регионах в размере 9 млрд рублей**

Проверки в регионах в связи с массовыми обращениями работников скорой помощи выявили недофинансирование службы в размере приблизительно 9 млрд руб. Субъектам поручено устранить перекосы.

Проверки организации финансирования службы скорой медицинской помощи (СМП) в регионах выявили существенное недофинансирование службы в объеме приблизительно 9 млрд руб. Субъектам поручено устранить перекосы, которые у них образовались, сообщила 13 мая кандидат на должность заместителя председателя правительства [**Татьяна Голикова**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Golikova-Tatyana-Alekseevna.html) на пленарном заседании Госдумы.

Минздраву поручено представить доклад по этому вопросу до 1 июня.

«Министерством здравоохранения проведены консультации со всеми регионами, по которым обращались работники скорой медицинской помощи. Выявлены существенные отклонения в финансировании», — уточнила Голикова.

Вопрос о работе службы скорой помощи попросил прокомментировать зампред Комитета Госдумы по охране здоровья [Алексей Куринный](https://medvestnik.ru/directory/persons/Kurinnyi-Aleksei-Vladimirovich.html). По его словам, «ситуация, мягко говоря, критическая» — депутатам поступает огромное количество обращений, связанных с новым порядком начисления специальных социальных выплат (ССВ). «Мы настаиваем на том, что справедливость в отношении повышения соцвыплат работникам «скорой» должна быть восстановлена», — подчеркнул Куринный.

Голикова напомнила, что в 2024 году были увеличены на 13,6% субвенции, которые предоставляются на оплату медпомощи в рамках ОМС, – почти на 400 млрд руб. Существенный рост объемов получила амбулаторная помощь –на 25%, около 176 млрд руб. «Это без средств, которые отдельно предоставляются на проведение диспансеризации и профилактических осмотров, а это еще порядка 28 млрд рублей», — уточнила Голикова. По ее данным, на увеличение финансирования центральных районных и районных больниц поступило около 98 млрд руб.

Ранее Межрегиональный профсоюз работников здравоохранения (МПРЗ) «Действие» представил [результаты](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) опроса 1100 работников «скорой» из 74 регионов о реальных зарплатах и нагрузке — они 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.

В Постановлении Правительства № 343, регулирующем новый порядок назначения ССВ медработникам с 1 марта 2024 года, выплаты не назначили сотрудникам станций и отделений СМП в городах с населением до 100 тыс. жителей и стационаров межрайонных и городских больниц. В связи с этим сотрудники «скорой» начали записывать [массовые обращения](https://medvestnik.ru/content/news/V-Minzdrave-nachali-sobirat-dannye-o-nagruzke-rabotnikov-skoroi-iz-za-massovyh-obrashenii.html).

«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», — пояснил «МВ» сопредседатель МПРЗ «Действие» Андрей Коновал.

UPD: Депутаты 13 мая одобрили кандидатуру Татьяны Голиковой на пост заместителя председателя правительства, отвечающего за социальный блок. Она вступит в должность после того, как указ подпишет президент Владимир Путин. Голикова курирует в правительстве социальную сферу с мая 2018 года.

<https://medvestnik.ru/content/news/Golikova-soobshila-o-nedofinansirovanii-skoroi-v-regionah-v-razmere-9-mlrd-rublei.html>

**Госдума попросит Счетную палату провести аудит бюджетных расходов на скорую помощь**

В Госдуме сообщили о планах попросить нового главу Счетной палаты провести аудит бюджетных расходов в службе скорой помощи. Средняя зарплата на «скорой» не должна быть меньше средней по региону, заявил первый зампред Комитета Госдумы по контролю Дмитрий Гусев.

Комитет Госдумы по контролю планирует попросить нового руководителя Счетной палаты **Бориса Ковальчука** провести аудит бюджетных расходов на скорую медицинскую помощь (СМП), [сообщил](https://tv.rbc.ru/archive/chez/66463cb42ae59639f4231e46) в эфире программы «Что это значит?» на РБК 16 мая первый зампред комитета **Дмитрий Гусев**.

Ведущие обсуждали с экспертами причины ситуации с массовым [увольнением](https://medvestnik.ru/content/news/Tumenskaya-prokuratura-proverit-prichiny-massovogo-uvolneniya-medrabotnikov-oblastnoi-bolnicy.html) сотрудников отделения СМП и приемного покоя Областной больницы № 15 в селе Нижняя Тавда в Тюменской области. По данным СМИ, в медучреждении возник конфликт с администрацией из-за сокращения зарплат и урезания стимулирующих выплат. По состоянию на 17 мая стало известно, что после встречи с представителями Департамента здравоохранения, профсоюза и прокуратуры медработники отозвали заявления на увольнение.

Как сообщил Гусев, он планирует попросить надзорный орган исследовать эффективность расходов и дать Госдуме отчет, как тратятся деньги на скорую помощь, сколько не хватает и что делать при планировании бюджета на следующий год. «Они сейчас обладают инструментами, позволяющими почти онлайн контролировать бюджет и возможностью выдавать достаточно быстрые решения. Мы на следующей неделе, думаю, это сделаем. Это проблемная ситуация, которой надо заниматься», — подчеркнул он.

Средняя зарплата на «скорой», учитывая уровень ответственности, по его словам, не должна быть меньше средней по региону. «Скорая помощь — это, вообще-то, элита врачебная. Конечно, эти люди должны получать больше. Деньги есть, их нужно просто взять и перераспределить из текущего бюджета», — пояснил Гусев.

Проверки организации [финансирования](https://medvestnik.ru/content/news/Golikova-soobshila-o-nedofinansirovanii-skoroi-v-regionah-v-razmere-9-mlrd-rublei.html) службы скорой медицинской помощи в регионах выявили существенное недофинансирование в объеме приблизительно 9 млрд руб. Субъектам поручено устранить перекосы, которые у них образовались. Минздрав должен представить доклад в правительство по этому вопросу до 1 июня, сообщила на пленарном заседании в Госдуме 13 мая вице-премьер **Татьяна Голикова**.

Как заявил сопредседатель Межрегионального профсоюза работников здравоохранения (МПРЗ) «Действие» **Андрей Коновал**, часть этих средств в виде федеральных субвенций медицинские учреждения, скорее всего, уже потратили на другие цели и «никакая отчетность эти 9 млрд людям, которые сидят без денег, не вернет». Текущие конфликтные ситуации в регионах, как он считает, связаны исключительно с позицией правительства, которое, «видимо, не готово выделить серьезные средства на то, чтобы ввести единую отраслевую систему оплаты труда и реально подтянуть [зарплаты](https://medvestnik.ru/content/news/Namcmedpalata-soobshila-ob-ottoke-medrabotnikov-v-malye-goroda-iz-za-specvyplat.html) всех медицинских работников до достойного уровня» [старт единой отраслевой системы оплаты труда [отложен](https://medvestnik.ru/content/news/Murashko-poprosil-na-reshenie-kadrovoi-problemy-v-otrasli-4-5-let.html) до 2027 года].

Ранее профсоюз «Действие» представил [результаты](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) опроса 1100 работников «скорой» из 74 регионов о реальных зарплатах и нагрузке — они 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.

<https://medvestnik.ru/content/news/Gosduma-poprosit-Schetnuu-palatu-provesti-audit-budjetnyh-rashodov-na-skoruu-pomosh.html>

**МИНЗДРАВ/ФОМС**

**Мурашко попросил на решение кадровой проблемы в отрасли 4–5 лет**

Кандидат на должность министра здравоохранения Михаил Мурашко сообщил, что на решение кадровой проблемы в отрасли потребуется не менее пяти-шести лет при условии 100% привлечения обучающихся по целевым направлениям. Комплекс мер для решения этой задачи проработан Минздравом.

На решение проблемы врачебного [кадрового дефицита](https://medvestnik.ru/content/news/V-Gosdume-sprosyat-kandidata-v-ministry-zdravoohraneniya-o-srokah-likvidacii-deficita-medrabotnikov.html) в здравоохранении требуется не менее 5-6 лет, комплекс мер для решения этой задачи проработан, заявил 14 мая [**Михаил Мурашко**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Murashko-Mihail-Albertovich.html)на пленарном заседании в Госдуме. Ликвидация кадрового дефицита в отношении среднего медперсонала может занять 4-5 лет.  «Важнейший ресурс — это кадры. Мы должны в срок до 2026 года разработать и апробировать новую справедливую отраслевую систему оплаты труда медработников и приступить к ее внедрению», – сообщил он.

По словам Мурашко, в прошлом году впервые произошел прирост численности врачей — их стало больше на 10 тыс. Для закрепления положительного результата необходимо продолжать все меры социальной поддержки медработников и увеличивать контрольные цифры приема в вузы, расширять возможности для профессиональной переподготовки врачей и повышать качество медицинского образования.

Проблема дефицита медработников «все более кричащая», заявил накануне спикер Госдумы **Вячеслав Володин**. По его словам, в российских больницах не хватает 30 тыс. врачей, а в сельских ЦРБ дефицит кадров доходит до 80%. В ходе пленарного заседания Володин также посоветовал Мурашко навести порядок в сфере постдипломного мед- и фармобразования, вернув сертификацию специалистов под контроль госвузов.

Среди основных достижений Минздрава Мурашко отметил успешное преодоление санкционных вызовов; увеличение высокотехнологичной помощи на 16%; полномасштабное внедрение маркировки лекарственных средств; модернизацию первичного звена, которая затронула каждый третий объект здравоохранения в стране; эффективную работу совместно с фондом «Круг добра»; достижение исторического минимума в снижении младенческой смертности и старт нового проекта по медицинской реабилитации граждан.

Приоритетом здравоохранения на ближайшие годы он назвал достижение показателя ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) до 78 лет к 2030 году. Для этого потребуется «планомерное расширение охвата населения профилактическими осмотрами и диспансеризацией при их высоком качестве и эффективности», «формирование у людей культуры заботы о собственном здоровье». Кроме того, планируются модернизация сети перинатальных центров и женских консультаций, расширение доступности вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), повышение качества школьной медицины.

Член Комитета Госдумы по охране здоровья **Николай Осадчий** попросил прокомментировать шансы на увеличение доли расходов на здравоохранение в доле ВВП, заявив, что в развитых странах она достигает 5% и более, тогда как в России этот показатель не превышает 3,7%. Мурашко ответил, что задача повышения расходов на здравоохранение поставлена президентом, но «нужна работа с бюджетной составляющей в каждом регионе».

Профильный комитет Госдумы ранее [рекомендовал](https://medvestnik.ru/content/news/Deputaty-podderjali-kandidaturu-Murashko-dlya-utverjdeniya-na-post-ministra-zdravoohraneniya.html) поддержать кандидатуру Мурашко на пост министра здравоохранения на второй срок. Он впервые вошел в состав правительства в 2020 году, когда кабинет министров возглавил **Михаил Мишустин**. До этого Мурашко с 2013 года возглавлял Росздравнадзор.

<https://medvestnik.ru/content/news/Murashko-poprosil-na-reshenie-kadrovoi-problemy-v-otrasli-4-5-let.html>

**Минздрав может начать контролировать подготовку медкадров в непрофильных вузах**

Роль Минздрава в совершенствовании системы медицинского образования усилится — планируется, что ведомство будет согласовывать объемы подготовки медиков по направлениям даже с частными университетами.

В Госдуме готовится законопроект, направленный на повышение качества медицинского образования в России. Планируется расширить полномочия Минздрава в этой сфере, [пишут](https://www.vedomosti.ru/politics/articles/2024/05/14/1036908-vlasti-usilyat-kontrol-za-kachestvom-meditsinskogo-obrazovaniya) «Ведомости».

Сейчас Минздрав устанавливает стандарты и требования к подготовке медицинских кадров только в подведомственных университетах. Депутаты предлагают, чтобы ведомство совместно с Минобрнауки определяло целесообразность создания профильных образовательных организаций или их подразделений, а также согласовывало объемы подготовки медработников по направлениям, в том числе в частных вузах.

Соавтор законопроекта глава Комитета Госдумы по охране здоровья **Бадма Башанкаев**пояснил, что негосударственные вузы в первую очередь ориентированы на коммерчески успешные специальности (например, дерматологов), «а стране сейчас столько дерматологов не требуется, нужно больше врачей первичного звена». «На наш взгляд, распределение объемов подготовки – вне зависимости от источников финансирования – по всем уровням медицинского образования должно согласовываться с Минздравом», — рассказал депутат.

Другой соавтор законопроекта председатель Комитета по науке и высшему образованию **Сергей Кабышев**считает, что Минздрав и Рособрнадзор должны учитывать конкретные региональные потребности в медицинских кадрах и прогнозировать будущую занятость выпускников при создании новых образовательных программ.

Кабышев и Башанкаев 6 мая направили премьер-министру **Михаилу Мишустину** письмо с просьбой проверить качество медицинского образования в частных вузах. Депутаты рекомендуют обратить внимание на то, как в них проходит учебный процесс, есть ли там необходимая инфраструктура и условия для прохождения студентами практики. По данным «Ведомостей», в Госдуме теперь обсуждается необходимость проведения проверок в 20 организациях, которые реализуют программы медицинского образования, включая частные вузы.

Ранее ректор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова **Петр Глыбочко** [заявлял](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-predlojili-nadelit-polnomochiyami-ustanavlivat-trebovaniya-k-podgotovke-medkadrov.html), что Минздрав должен сформировать единый стандарт качества медобразования. С таким предложением выступили Совет ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений и Координационный совет по области образования «Здравоохранение и медицинские науки». Глыбочко предложил наделить советы полномочиями по разработке типовых образовательных программ высшего образования по всем медицинским и фармацевтическим специальностям.

В апреле спикер Госдумы **Вячеслав Володин** [высказал претензии](https://medvestnik.ru/content/news/Mishustin-poobeshal-prokontrolirovat-kachestvo-podgotovki-vrachei.html) правительству по поводу несовершенства системы подготовки медицинских специалистов. Он заметил, что в последнее время в стране в большом количестве вузов открываются медфакультеты. По данным Володина, в России 163 вуза готовят медицинские кадры, 46 из них находятся в ведении Минздрава, а 117 открыты сравнительно недавно как медицинские факультеты, они подведомственны Минобрнауки. Часто новые медицинские факультеты не имеют ни научной школы, ни опытного профессорско-преподавательского состава, ни специализированно оснащенных анатомических залов, ни собственной клинической базы, что может негативно сказаться на подготовке будущих врачей.

По мнению спикера, правильно, чтобы именно Минздрав устанавливал стандарты и конкретные требования к обучению медицинских кадров. «Нам надо думать о качестве медобразования, и, наверное, было бы правильно, чтобы Мурашко за это отвечал. Потому что сейчас Министерство высшей школы понаоткрывает факультетов, а кто там потом выпустится — неизвестно», — указал он.

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-mojet-nachat-kontrolirovat-obuchenie-vo-vseh-medvuzah.html>

**В России обновили рекомендации по лечению туберкулеза у взрослых**

Российские фтизиатры разработали обновленное клиническое руководство по ведению взрослых с туберкулезом. Длительность химиотерапии может быть сокращена у пациентов с впервые выявленным заболеванием с подтвержденной чувствительностью к лекарственным препаратам, а также при множественной, преширокой и широкой лекарственной чувствительности.

Российское общество фтизиатров и Национальная ассоциация некоммерческих организаций фтизиатров «Ассоциация фтизиатров» разработали обновленные клинические рекомендации по лечению туберкулеза у взрослых пациентов. Документ [опубликован](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/16_3) на сайте Минздрава. Предыдущая версия рекомендаций вышла в 2022 году.

Изменения коснулись проведения химиотерапии при туберкулезе с лекарственной чувствительностью. Так, в фазе продолжения лечения вместо двух препаратов первого ряда (изониазида и рифампицина) эксперты рекомендуют назначать комбинацию минимум трех препаратов: изониазида, рифампицина и пиразинамида или этамбутола. При этом длительность терапии при впервые выявленном заболевании и подтвержденной чувствительностью возбудителя к изониазиду, рифампицину и фторхинолонам (с помощью молекулярно-генетических или культуральных методов) можно сократить до четырех месяцев. Такое решение следует принимать на врачебной комиссии строго индивидуально.

Также, согласно документу, длительность химиотерапии возможно сократить при лечении туберкулеза с множественной, преширокой и широкой лекарственной устойчивостью. В случае заболевания с множественной и преширокой лекарственной устойчивостью химиотерапию следует проводить длительностью не менее девяти месяцев, а при широкой лекарственной устойчивости — не менее 18 месяцев.

В обновленном руководстве подробно рассматриваются показания и противопоказания к оперативному лечению. Так, показаниями к операции служат туберкулема, кавернозный туберкулез, фиброзно-кавернозный туберкулез, осложнения туберкулеза (легочное кровотечение, пневмоторакс, бронхиальный свищ, эмпиема плевры). Кроме того, оперативное вмешательство показано для проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями.

Противопоказаниями к операции служат значительное поражение легочной ткани туберкулезным процессом, не позволяющее добиться прекращения бактериовыделения и (или) ликвидации полостей распада ни одним из рекомендуемых хирургических методов, туберкулез бронха по предполагаемой линии пересечения или бронхов, дренирующих часть легкого, которую планируется подвергнуть коллапсу, легочно-сердечная недостаточность III—IV степени по классификации NYHA, амилоидоз внутренних органов и сопутствующие заболевания: сахарный диабет в стадии декомпенсации, обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, печеночная, почечная недостаточность. Также в документе подробно описаны показания к каждому виду оперативного вмешательства.

В раздел «Патогенетическая и симптоматическая терапия» эксперты добавили рекомендацию по назначению пациентам с туберкулезом интерферона гамма человеческого рекомбинантного в качестве адьювантной противотуберкулезной терапии. Назначение препарата может усиливать антибактериальный эффект изониазида, повышая вероятность полного и максимально раннего абациллирования пациентов, отмечено в документе. Интерферон гамма повышает эффективность противотуберкулезной терапии, стимулируя клеточное звено иммунитета, усиливая фагоцитоз и активность макрофагов, что позволяет ускорить гибель внутриклеточных микобактерий. Также в разделе впервые указаны все группы препаратов, которые могут назначаться пациентам с туберкулезом.

<https://medvestnik.ru/content/news/V-Rossii-obnovili-rekomendacii-po-lecheniu-tuberkuleza-u-vzroslyh.html>

**РАЗНОЕ**

**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>

**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>

**Куда исчезли врачи, кем их заменили, и где бюджетные деньги на медицину**

Медицина купается в деньгах, а врачи вынуждены перерабатывать, чтобы выжить

Очереди в поликлиниках уменьшились, но легче не стало: записаться к нужному врачу порой просто невозможно. «НИ» изучили вместе с экспертом отчеты Счётной палаты и выяснили, почему дефицит врачей растет, они вынуждены перерабатывать, а пациенты не получают медпомощь в должном объеме.

Недавно «НИ» [рассказали](https://newizv.ru/news/2024-05-08/auditory-schetnoy-palaty-priznali-glavnye-problemy-rossiyskoy-meditsiny-429969) о том, почему людей из региональных больниц не направляют на лечение в федеральные медцентры, и почему современное медицинское оборудование простаивает и не приносит пользы. Теперь же спикер Госдумы **Вячеслав Володин**при обсуждении кандидатуры на пост министра здравоохранения (этот пост остаётся за **Михаилом Мурашко**) [напомнил](https://www.vedomosti.ru/politics/news/2024/05/10/1036495-krichaschuyu), что в стране не хватает 30 тыс. врачей и 63 тыс. средних медицинских работников.

Почему в стране растет дефицит врачей, а россияне даже в больших городах до сих пор жалуются на недоступность медицинской помощи? Эти и другие проблемы здравоохранения «НИ» обсудили с экспертом в области общественного здравоохранения **Николаем Прохоренко**.

Куда исчезли врачи

Оценка **Вячеслава Володина** по дефициту врачей ещё очень скромная. Только в 2022 году государственная медицина лишилась более 8,5 тыс. врачей и почти 38 тыс. человек среднего медицинского персонала.

На 834655,8 штатных единиц приходится только 528670 врачей. Реальный дефицит докторов в России составляет почти 306 тыс. человек! Данные Счетной палаты на порядок больше, чем озвучил спикер Госдумы.

Формально дефицит врачей компенсируют закрытием вакансий. В 2022 году так закрыли 49,4 тыс. штатных должностей. Если врач не полагается, то и нет проблем с его поиском. Но болеть от этого люди меньше не стали.

Врачи часто вынуждены перерабатывать. Имеющийся штат занимает более 687,2 тыс. должностей. В среднем каждый врач работает на 1,3 ставки.

Особенно много врачи вынуждены работать в Еврейской АО — у каждого выходит в среднем по 2,4 ставки. Следом идёт Псковская область с 2 ставками, Республика Коми с 1,8 ставки и Ульяновская область с 1,6 ставки.

Если врач вынужден работать за двоих, то это очень плохо для медицины — уверен **Николай Прохоренко**.

— Врач не может оказать качественную медицинскую помощь, даже если будет работать на разрешённые полторы ставки.

По мнению эксперта, существующие нормы нагрузки на врачей и так завышены, а ещё в поликлиниках часто число закреплённых пациентов превосходит нормативы. Ситуация усугубляется, если кто-то из врачей заболеет или уйдёт в отпуск. **Прохоренко** поясняет, что так накапливается усталость, пропадает возможность, желание и мотивация проходить обучение и повышать квалификацию.

— Переработки — это вред и в моменте оказания медпомощи, это вред тактический (выгорание и потеря интереса), и это вред стратегический — мы обрекаем систему здравоохранения на полуавральную работу в режиме мощнейшего износа.

Кем заменили российских врачей

Нехватка врачей — это медицинский факт.

Аудиторы пришли к выводу, что только пятая часть (19,5%) всех сотрудников в системе здравоохранения — это врачи. Зато в ком точно нет недостатка — это в административно-управленческом персонале (АУП), на который приходится почти треть (31,9%) всех сотрудников.

Полтора администратора на одного врача — это ещё цветочки. В Курганской области врачи составляют 11,1% от всех сотрудников, а на АУП приходится 43,3% сотрудников. 4 администратора на одного врача — это рекорд страны.

Порой содержание такого раздутого штата АУП выходит в копеечку. На Сахалине администраторы и управленцы с лёгкостью проедают 61,1% от всего зарплатного фонда.

**Николай Прохоренко** рассказал, что есть категория лечащих управленцев — клинико-экспертная служба, начмеды, главные медсёстры и т. д. Они и процесс организуют, и сами могут лечить. Однако большинство АУПа — это вспомогательный персонал, обслуживающий интересы контролёров и бюрократов.

— В системе здравоохранения, которая сейчас существует, есть огромное количество требований к больницам, часто совершенно необоснованно завышенных, связанных с ведением статистики, желанием проверяющих получить сразу готовые данные, не ударив палец о палец. Это приводит к необходимости содержать дополнительный штат бухгалтеров, IT-специалистов. Это огромный штат вспомогательного персонала, который обеспечивает сбор статистики, переносит бумажки с места на место.

Эксперт привёл случай из своего опыта, когда прокуратура потребовала от больницы распечатать все договоры за год, подписать и поставить печать на каждом листе, которых набралось более 8000.

АУП стабильно съедает примерно треть всего зарплатного фонда. При этом число регионов, где не выполняются майские указы от 2018 года (врачи должны получать не менее 200% от средней по региону зарплаты) за 3 года выросло с 35 до 55. И это ещё с учётом того, что работа на 1 ставку — это редкость.

Куда уходят деньги, выделенные на медицину

Как вышло, что в России просто некому лечить людей, и врачи вынуждены перерабатывать, чтобы хоть как-то уравновесить дефицит медиков и прокормиться самим?

С финансами в здравоохранении большая беда: формально государство может увеличивать объём выделенных средств, но их всё равно катастрофически не хватает. По [данным](https://ach.gov.ru/upload/iblock/dc3/0hm8l9phz27mt0m9rf5zg4b22jeewyfl.pdf) аудиторов Счётной палаты, отечественные медучреждения очень быстро наращивают просроченную кредиторскую задолженность.

Если в 2021 году просроченные долги, которые больницы не могли погасить, составляли 13,22 млрд рублей, то к октябрю 2023 года они выросли почти в 2 раза и превысили 25,64 млрд рублей.

Но вот что удивительно: деньги в системе здравоохранения есть и немалые. В 2021 году неиспользованные остатки субвенций от Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) составляли почти 26,58 млрд рублей, а к октябрю 2023 года они выросли до 175,82 млрд рублей. Колоссальные деньги лежат мёртвым грузом и никак не работают.

То есть, с одной стороны, в стране масса должников, с другой — тех, кто не может освоить выделенные средства.

Особенно отличилась в этом плане Москва. За 9 месяцев 2023 года остатки накопились на сумму 34,8 млрд рублей. Это пятая часть от всех неиспользованных остатков по стране. Где-то разваливаются бревенчатые больницы, где и врачей-то не осталось, а в Москве тем временем просто складируются десятки миллиардов рублей.

**Николай Прохоренко** поясняет, что есть масса причин, по которым могут копиться остатки. Например, деньги выделяются в конце года и за отчётный период их просто невозможно потратить.

Но Москва — особый случай, тут нет таких задержек в выделении средств. В данном случае всё наоборот: Москва, по мнению эксперта, поглощает слишком большую долю от всех расходов на здравоохранение. Бюджет столичной медицины — 1,1 трлн рублей при общих расходах по всей стране на 6,7 трлн рублей. На этом фоне неиспользованные остатки — сущая мелочь.

*— Москва потребляет порядка 15% всех средств. Уровень финансового обеспечения в Москве, конечно, неизмеримо выше, и 35 млрд рублей — это немногим более 3% от финансирования столичной медицины.*

Можно было отнять субвенции у Москвы и поделить их между нуждающимися регионами. Но вряд ли это поможет. Счётная палата выявила 7 регионов, где остатки субвенций существенно превосходят размер просроченной задолженности. Это Владимирская, Калужская, Тульская, Челябинская области, республики Дагестан и Марий Эл, а также Забайкальский край. Почему выделенные деньги не используются?

**Николай Прохоренко** рассказывает, что это не просто недоработка на местах — это системная проблема распределения финансов. Эксперт поясняет, что ФОМС финансирует исключительно оказание медицинской помощи. Обслуживание долгов в эту категорию не входит. Если направить деньги на оплату просроченной задолженности, то может не хватить средств на оплату медикаментов или зарплат.

— *Субвенции есть, а основания для погашения кредиторской задолженности нет* — резюмирует эксперт.

Одним из вариантов решения проблемы могло быть повышение тарифов на оказание медицинской помощи, чтобы поликлиники и больницы получали больше денег и не влезали в долги — уточняет **Прохоренко**. Но тогда пришлось бы увеличивать расходы для всех, и это пока непреодолимая преграда.

*— Деньги размажутся по всем медучреждениям, включая те, у которых нет проблем с просроченной задолженностью. В системе здравоохранения не хватает денег на то, чтобы сделать тарифы экономически обоснованными.*

В здравоохранении пока не создан механизм балансировки расходов. Кто-то получает всё, а кто-то — ничего.

Аудиторы очень хорошо выявили приоритеты в системе здравоохранения: на первом месте бумажки и бюрократия, строгое следование финансовым правилам без возможности отступить от них ради решения насущных проблем. А врачи и качество оказания медицинской помощи вторичны. Главное, чтобы в отчётах Минздрава всё было красиво.

<https://newizv.ru/news/2024-05-13/kuda-ischezli-vrachi-kem-ih-zamenili-i-gde-byudzhetnye-dengi-na-meditsinu-430100?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>