****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период с 23 по 29 июня 2025 года)**

**ПРАВИТЕЛЬСТВО/ГД/СФ**

**Президент подписал закон об увеличении расходов федбюджета на здравоохранение в 2025 году**

Президент Владимир Путин подписал закон с поправками в федеральный бюджет на 2025 год – изменения в Госдуму вносило Правительство России. Среди прочего увеличены бюджетные ассигнования по разделу «Здравоохранение» – на 28,614 млрд рублей по сравнению с прежней редакцией закона. Наибольшая индексация зафиксирована в разделе лекобеспечения подопечных фонда «Круг добра» – 16,2 млрд рублей сверх плана, также увеличены расходы на льготное лекобеспечение граждан и тематические пункты программы «Научно-технологическое развитие РФ». Кроме того, регионы получат больший объем межбюджетных трансфертов на строительство медобъектов и неонатальный скрининг.

Законопроект с поправками в федбюджет правительство внесло на рассмотрение Госдумы 12 мая, а 11 июня проект был принят с минимальными правками.

Как объяснила директор Департамента бюджетной политики в отраслях социальной сферы и науки Минфина РФ Светлана Гашкина на заседании Комитета Госдумы по охране здоровья 21 июня, поправки федбюджета в целом вызваны уточнением прогноза социально-экономического развития России в 2025 году, а также новой повышенной оценкой инфляции (с 4,5% до 7,6%).

Корректировки по разделу «Здравоохранение» в основном связаны с увеличением расходов на ряд мероприятий. По сравнению с прежней редакцией закона расходы по разделу увеличены с 1,843 трлн до 1,872 трлн рублей.

Больше проиндексированы ассигнования для поддержки подопечных фонда «Круг добра» – расходы станут выше на 16,2 млрд рублей. Почти 4 млрд рублей дополнительно предусмотрено для обеспечения отдельных категорий граждан лекарствами. На финансирование потребностей регионов по выдаче федеральным льготникам препаратов и медизделий выделены дополнительные 2,2 млрд рублей. Замминистра здравоохранения РФ Наталья Хорова уточняла, что 1,7 млрд рублей из этих средств заложены на дополнительную вакцинопрофилактику населения, прежде всего на закупку Пентаксима.

Более 1,5 млрд рублей сверху предусмотрели на создание, ремонт и оснащение медобъектов в регионах (в первую очередь на завершение строительства родильного дома в Магадане), порядка 1 млрд рублей – на реализацию профильных мероприятий программы «Научно-технологическое развитие Российской Федерации».

Также получат больше средств организации, осуществляющие санаторно-курортное лечение (+863 млн рублей), организации Роспотребнадзора (+562 млн рублей). На более чем 440 млн рублей увеличивается бюджет на проведение неонатального скрининга на территории РФ.

Финальную редакцию федбюджета на 2025 год Владимир Путин [**утвердил**](https://vademec.ru/news/2024/12/02/putin-podpisal-zakony-o-federalnom-byudzhete-i-byudzhete-ffoms-na-2025-god/) в начале декабря 2024 года. Тогда в документе на сферу здравоохранения в общей сложности закладывалось порядка 1,9 трлн рублей. В 2024 году изначально по этому направлению в федбюджете было 1,6 трлн рублей, однако к середине прошлого года регуляторы решили увеличить финансирование до 1,7 трлн рублей.

В 2025 году начали действовать несколько системных национальных проектов, затрагивающих сферу здравоохранения и финансируемых из федерального бюджета. Самый ресурсоемкий из них – «Продолжительная и активная жизнь». На его реализацию до 2030 года планируется [**направить**](https://vademec.ru/news/2024/11/06/na-natsprekt-prodolzhitelnaya-i-aktivnaya-zhizn-napravyat-2-trln-rubley-do-2030-goda/) 2 трлн рублей, конкретно в 2025 году – 370 млрд рублей. Стартовал в текущем году и нацпроект «Семья», часть программ которого посвящена развитию системы охраны здоровья матери и ребенка. На эти цели в 2025 году в документе предусмотрено финансирование в размере 25,6 млрд рублей.

В принятой редакции федбюджета предусмотрено финансирование и нацпроекта «Новые технологии сбережения здоровья» – эта статья расходов  установлена на уровне 4,8 млрд рублей. Национальный проект [**предполагает**](https://vademec.ru/news/2025/01/30/golikova-utochnila-parametry-natsproekta-novye-tekhnologii-sberezheniya-zdorovya/) предоставление господдержки организациям, проводящим клинические исследования оригинальных лекарств для лечения онкозаболеваний, острого инфаркта миокарда, болевого синдрома, поражения легких, сахарного диабета, когнитивных нарушений.

Еще 215,8 млрд рублей регуляторы заложили в федбюджете на ведомственные проекты (202,7 млрд рублей на финансирование фонда «Круг добра»), также 20 млрд рублей отправится на смежное со здравоохранением направление – создание системы долговременного ухода за пожилыми.

В сравнении с 2024 годом, по данным Счетной палаты РФ, в 2025 году общий бюджет на здравоохранение увеличится, но его доля в структуре всех госрасходов останется на прежнем уровне. Все профильные расходы по проекту 2025 года составляют 3,5% от ВВП и 9,7% от всех бюджетных расходов государства. При подготовке бюджета 2024 года показатели составляли соответственно 3,7% и 10%.

*UPD. В новость от 12 мая 2025 года о подготовке Правительством РФ*[***законопроекта***](https://sozd.duma.gov.ru/bill/914318-8)*об изменении федерального бюджета*– *2025 внесены изменения 25 июня 2025 года в связи с*[***подписанием***](http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202506240051)*закона президентом Владимиром Путиным.*

<https://vademec.ru/news/2025/05/12/pravitelstvo-uvelichit-raskhody-fedbyudzheta-na-zdravookhranenie-v-2025-godu-na-28-6-mlrd-rubley/>

**Правительство разрешит Минздраву утверждать специальный порядок применения КР**

Правительство РФ собирается внести поправки в № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», необходимые для принятия Минздравом порядка применения клинических рекомендаций (КР). Так, планируется уточнить, что министерство вправе не только прописывать сроки и алгоритм утверждения КР, но и тонкости их применения в клинической практике. Профсообщество ожидает принятия окончательной версии Порядка применения КР от регулятора с 1 января 2025 года – с этой даты по тому же № 323-ФЗ «клинреки» стали основными документами для выбора тактики лечения и формирования системы оценки качества медпомощи. Из-за нечетких рамок степени выполнения КР врачи опасаются излишне пристального внимания аудиторов ОМС и следственных органов к буквальному исполнению КР, однако в Минздраве заверили, что допустят в Порядке отклонение от формальной линии лечения при наличии показаний.

Корректировки в № 323-ФЗ правительство внесло отдельной статьей через не связанный с темой КР законопроект «О биологической безопасности». Поправки гласят, что Минздрав будет утверждать не только сроки, принципы и формы разработки клинрекомендаций, но и порядок их применения на территории РФ. Комитет Госдумы по охране здоровья 25 июня поддержал эту новацию и одобрил ее к оперативному рассмотрению во втором чтении в июле.

Основной вопрос среди профсообщества, юристов и организаторов здравоохранения в том, какой будет финальная версия самого Порядка применения клинических рекомендаций. Содержание этого документа, по задумке федерального регулятора, должно прояснить ряд противоречий, которые обнаружили врачи, депутаты и эксперты.

Например, КР не являются нормативными документами, но формально именно на них строится вся система проверки качества медпомощи. Также остается неясным, будет ли наказываться отход от КР, написанных для применения в идеальных условиях, если фактически прописанного в рекомендации препарата, оборудования либо врачей в больнице не окажется. Свои версии ответа на этот вопрос в конце 2024 года публично [**представляли**](https://vademec.ru/news/2024/12/04/v-profsoobshchestve-vozobnovilas-diskussiya-o-primenenii-klinicheskikh-rekomendatsiy-argumenty-storo/) в Госдуме, юридическом и профессиональном сообществе, Росздравнадзоре.

Минздрав в течение 2025 года представлял несколько итераций проекта Порядка для профессионального обсуждения. В [**версии**](https://vademec.ru/news/2025/01/16/predstavlen-poryadok-primeneniya-klinicheskikh-rekomendatsiy/) документа от января 2025 года, в частности, содержится план действий при невозможности выполнения КР, а также способ «обхода» таких предписаний консилиумом врачей, учитывающий индивидуальные медицинские показания пациентов.

В более [**поздней версии**](https://vademec.ru/news/2025/03/20/minzdrav-obnovil-proekt-poryadka-primeneniya-klinicheskikh-rekomendatsiy/) от марта 2025 года ряд формулировок ужесточили, оставив при этом алгоритм действий медиков при невозможности проведения медицинского вмешательства, предусмотренного клинрекомендациями. В таких случаях пациенту должна быть предоставлена либо медпомощь с применением телемедицинских технологий, либо необходимое лечение за пределами субъекта.

Мнения экспертов о том, какой статус могут иметь клинические рекомендации и какие риски несет их обязательное применение, – в [**опросе**](https://vademec.ru/article/znat_kachestva-_kak_v_profsoobshchestve_otsenili_novyy_perechen_kriteriev_otsenki_okazaniya_medpomoshch/) Vademecum.

<https://vademec.ru/news/2025/06/26/pravitelstvo-razreshit-minzdravu-utverzhdat-spetsialnyy-poryadok-primeneniya-kr/>

**Отменят ли в России клинические рекомендации для врачей? Зачем нужны и почему нарушаются «золотые» правила диагностики и лечения**

Эксперты связали 80% нарушений качества медпомощи с человеческим фактором

Комитет [Госдумы](https://lenta.ru/tags/organizations/gosduma/) по охране здоровья одобрил поправки в Закон «Об основах охраны здоровья граждан РФ». Нововведения касаются клинических рекомендаций (КР) - научно обоснованных правил диагностики и лечения различных заболеваний. «Клинреки» отменяют, они перестанут быть обязательными для врачей - волна таких сообщений прокатилась в интернете и соцсетях. Однако на самом деле речь идет о другом. Поправки, не отменяя обязательность клинических рекомендаций, дают важное полномочие [Минздраву России](https://lenta.ru/tags/organizations/minzdrav-rf/). Ведомство наделяется правом утвердить порядок применения «клинреков». Пока рано говорить о том, что новый документ ослабит роль КР - он еще не утвержден и не обнародован. Насколько важно соблюдение правил, чем может обернуться отступление от них и почему на самом деле они нарушаются, разбиралась «Лента.ру».

В российском обществе существует немало стереотипов о бесплатной медицине. Например, считается, что проблемы с качеством лечения могут быть вызваны дефицитом финансирования, нехваткой современного оборудования, недостатками в системе образования врачей. Однако в реальности около 80 процентов нарушений качества медпомощи связаны с отступлением от клинических рекомендаций из-за так называемого «человеческого фактора». Об этом говорит статистика страховых медицинских организаций, основанная на результатах проверок историй болезни пострадавших пациентов. Понятие «человеческий фактор» означает, что предписания «клинреков» игнорируются из-за организационных недочетов, невнимательности, небрежности или равнодушного отношения отдельных медработников к пациентам.

Согласно статистике, большая часть нарушений и врачебных ошибок совершается не во время сложных операций, а при обычных осмотрах в поликлиниках. Первичное звено в системе здравоохранения должно обеспечивать раннюю диагностику опасных заболеваний. Но когда врачи игнорируют клинические рекомендации, происходит сбой. Нарушение схем диагностики и лечения часто приводит к развитию у больных серьезных осложнений. Именно так произошло с одним из пациентов.

Типичный случай

Сергею Александровичу было 62 года, когда он обратился в поликлинику с жалобами на боль в горле, дискомфорт при глотании и заложенность в ушах. Оториноларинголог поставил диагноз «серная пробка» и выписал лекарство. Состояние не улучшилось, и при повторном осмотре специалист «выявил» хронический назофарингит, изменил схему лечения и назначил полоскание и антисептические препараты. Именно на этом этапе было совершено роковое отступление от клинических рекомендаций.

По итогам экспертизы медицинской документации, проведенной страховой компанией, было установлено, что врачом при первичном осмотре не была проведена пальпация лимфатических узлов. Это критически важный этап при диагностике новообразований уха, ротовой полости и носоглотки. Иногда первичная опухоль настолько мала, что ее трудно выявить даже специальными методами. В таких случаях сначала обнаруживают увеличенный шейный лимфоузел, и только через некоторое время первичную опухоль. Казалось бы, проверить за ушами – это такая мелочь. Но в случае с Сергеем Александровичем ею пренебрегли.

Назначенное лечение не помогло. Но опять же вопреки клиническим рекомендациям пациенту не были назначены инструментальные обследования – УЗИ, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография шеи. Не было проведено и цитологическое исследование.

Состояние пациента ухудшалось: стало трудно глотать, появились поперхивания, твердая пища начала вызывать дискомфорт. Только через 10 месяцев необходимые исследования были, наконец, назначены. У пациента обнаружили «злокачественное новообразование боковой стенки ротоглотки» III стадии.

По данным научных исследований, прогрессирование заболевания из I стадии во II и из II в III происходит ориентировочно за пять-шесть месяцев. Болезнь Сергея Александровича вполне укладывается в эти сроки. Получается, что I и II стадии, которые легче поддаются терапии, в поликлинике просто упустили. Пациент получил необходимую медицинскую помощь, когда болезнь была уже сильно запущена, а значит риск летального исхода выше, лечение труднее, а реабилитация дольше.

На III стадии заболевания опухоль токсически воздействует на все жизненно важные органы, что приводит к сердечным и дыхательным нарушениям, вторичным иммунодефицитам, нарушениям со стороны печени и почек. Могут появиться общие осложнения – слабость, резкое снижение веса, анемия, истощение. И все это – результат небрежности и невнимательности при первичном осмотре.

Игра по правилам

Выявление онкологических заболеваний на ранних стадиях имеет решающее значение в лечении злокачественных новообразований. Это приоритетное направление федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями».

«Роль врачей поликлиник крайне важна в своевременном выявлении злокачественных новообразований на ранней стадии. Ошибки дифференциальной диагностики могут направить врача первичного звена по ложному пути», – рассказал «Ленте.ру» врач-онколог, кандидат медицинских наук, эксперт качества медицинской помощи Бениамин Бохян. Эксперты качества проводят независимую оценку для госорганов или когда пациент обращается с претензией в страховую медицинскую компанию или в суд. По словам Бохяна, при проведении экспертиз он предметно знакомится с заключениями врачей и результатами обследований из поликлиник, чтобы проследить пациентский путь от момента первого обращения больного за медицинской помощью.

«В последние годы, - дополняет эксперт, - ситуация с выявлением онкозаболеваний на ранней стадии улучшается. Обязательное применение клинических рекомендаций играет важную роль в предоставлении высокоэффективной терапии пациентам. Выявление рака на ранних стадиях резко увеличивает шансы на полное выздоровление. Между тем, отклонения от клинических рекомендаций могут привести к фатальным ошибкам как диагностики, так и лечения».

Несоблюдение клинических рекомендаций создает проблемы на всех уровнях оказания медицинской помощи. «Не зная современных клинических рекомендаций, врачи могут допустить ошибки при оказании медицинской помощи, неверно определяя показания к лекарственной и лучевой терапии, радикальному лечению, необходимому объему хирургического вмешательства», – отмечает Бениамин Бохян. Лечение вне клинических рекомендаций создаст серьезные трудности в продолжении начатой терапии в других медицинских организациях.

Бывает и так, что правила оказания медпомощи, гарантирующие ее качество, игнорируются намеренно. «Если врач будет руководствоваться исключительно личным мнением, не основанным на научных доказательствах клинических рекомендаций Минздрава, то будут допускаться дефекты диагностики и лечение начнется без полноценной гистологии, без проведения молекулярно-генетических исследований», – пояснил эксперт. В будущем недостаток этих данных существенно затруднит лечение, особенно если болезнь начнет прогрессировать.

Также, по словам специалиста, имея возможность выбирать способ лечения, врачи иногда предпочитают «доступные, порой несложные в исполнении, а не трудоемкие, но более эффективные режимы лечения». Человеческий фактор имеет большое значение.

Что такое клинические рекомендации

Разработку клинических рекомендаций Минздрав инициировал в 2012 году, а в 2014 году был принят ГОСТ Р 56034-2014, определяющий требования к этим нормативам. По сути «клинреки» – это систематизированные данные о диагностике, лечении и профилактике заболеваний, основанные на научных доказательствах. Эти предписания должны помочь врачам и обеспечить качественное оказание медицинской помощи.

В 2018 году клинические рекомендации были включены в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». А в 2025 году они в полной мере стали обязательными для медицинских организаций с момента публикации на Интернет-ресурсе Минздрава.

Теперь все врачи должны лечить пациентов в соответствии с утвержденными «клинреками». Онкологи начали использовать такой подход давно, одними из первых. Опыт показал, что лечение по клиническим рекомендациям более эффективно и безопасно для пациентов.

«Основанные на доказательной медицине рекомендации научных обществ в онкологии появились десятилетия назад – это были европейские и американские протоколы, к которым мы часто обращались в 1990-2000 годы. Появление отечественных клинических рекомендаций, придание им статуса официального документа резко изменило качество онкологической помощи в России. Рекомендации написаны авторским коллективом, состоящим из ведущих онкологов нашей страны во главе с главными внештатными специалистами Минздрава. Они основаны на результатах опубликованных научных исследований и содержат полноценную информацию по диагностике и лечению всех форм рака при достаточном уровне убедительности и доказательности. Я всегда рекомендую молодым специалистам клинические рекомендации в качестве учебника», – поделился эксперт-онколог.

Распространение практики использования клинреков на всю медицину – закономерный процесс. Ведь способы диагностики и лечения стремительно развиваются, и медицинская помощь становится все более технологичной. С помощью Нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь» (до 2025 года – Нацпроекта «Здравоохранение») и других программ государство инвестирует в оснащение специализированных клиник и центров. Поликлиники в новой ситуации выполняют функцию маршрутизаторов, которые распределяют потоки пациентов: выявляют подозрительные симптомы и направляют больных на более глубокие обследования к узким специалистам и в стационары.

Работа по общим правилам позволяет избежать ошибок, связанных с человеческим фактором, и делает всю систему прозрачной. По словам Бениамина Бохяна, клинические рекомендации – это «полноценный эталон» для контроля качества медицинской помощи.

«Экспертиза качества в рамках ОМС – четко организованный процесс по проверке соблюдения клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи», – пояснил специалист. Именно следование «клинрекам» и независимый контроль за их выполнением являются ключевыми условиями качественного лечения пациентов.

<https://lenta.ru/articles/2025/06/27/otmenyat-li-v-rossii-klinicheskie-rekomendatsii-dlya-vrachey/?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch>

**МИНЗДРАВ/ФОМС**

# **Минздрав привяжет отработку выпускников медвузов к аккредитации**

Не отработавшим три года после окончания медвузов специалистам, обучавшимся за счет бюджета, придется повторно проходить первичную аккредитацию. При этом штрафы за разрыв целевого контракта предлагается установить в двукратном размере, а не в трехкратном.

Минздрав России разработал поправки в законы «Об основах охраны здоровья граждан» и «Об образовании», касающиеся аккредитации выпускников медицинских вузов, которым предстоит пройти обязательную отработку в государственной системе здравоохранения. Изменения направлены на повышение качества медобразования и решение вопроса кадрового дефицита, говорится в пояснительной записке к [документу](https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=157620), обратил внимание «МВ».

Минздрав предлагает закрепить в законе № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», что выпускники мед- и фармвузов, обучавшиеся за счет бюджета и впервые прошедшие первичную либо первичную специализированную аккредитацию специалиста, должны будут три года отработать ‎в медорганизациях, участвующих в Программе госгарантий. На этот срок за ними должны закрепить наставников. Только после трехлетней отработки молодые врачи получат право на прохождение периодической аккредитации специалиста. Без этого им придется повторно проходить первичную либо первичную специализированную аккредитацию.

Законопроектом предлагается наделить Минздрав новым полномочием по выдаче заключения о максимальном значении контрольных цифр приема (КЦП) для вузов медицинского и фармацевтического профиля. Это необходимо для усиления мер по устранению кадрового дефицита и кадрового дисбаланса в отрасли. По данным ведомства, в России 154 образовательных и научных организаций ведут образовательную деятельность по программам ординатуры за счет средств федерального бюджета и 16 – за счет региональных и местных.

Законопроектом также вносятся поправки в закон «Об образовании», касающиеся участников и заказчиков целевого обучения. При этом штрафы за разрыв такого контракта предлагается установить в двукратном размере, а не в трехкратном, [как предлагалось ранее](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-predlojil-povysit-shtrafy-za-otkaz-ot-otrabotki-molodyh-specialistov.html).

Аргументы у Минздрава все те же: от работы в госмедучреждениях ежегодно [уклоняется](https://medvestnik.ru/content/news/Celevikam-molodojenam-razreshat-menyat-region-otrabotki.html) примерно 35% выпускников с высшим образованием. Среди окончивших медицинские коллежи – до 40%. Еще часть выпускников-целевиков заключают с заказчиками новые целевые договоры о продолжении образования в ординатуре. Дефицит врачей в системе государственного здравоохранения по состоянию на 2023 год оценивался в 29 тыс. и средних медработников в 63 тыс.

Инициатива с обязательным распределением спровоцировала широкое общественное обсуждение. Актуальные комментарии представителей индустрии на эту тему «МВ» опубликовал [здесь](https://medvestnik.ru/content/news/Vybrali-knut-vmesto-pryanika-eksperty-pro-obyazatelnuu-otrabotku-posle-medvuza.html) — некоторые специалисты отмечают, что сами работали по распределению после окончания обучения и ничего страшного в этом нет. В то же время руководитель фракции «Справедливая Россия — За правду» в Госдуме **Сергей Миронов** [заявил](https://medvestnik.ru/content/news/V-Gosdume-vystupili-protiv-obyazatelnogo-raspredeleniya-vrachei-do-resheniya-voprosa-s-zarplatami.html), что такое решение преждевременно и должно быть увязано с повышением зарплат и социальных льгот. Недавно в Госдуме также призвали регионы совместно решать вопросы обеспечения жильем молодых специалистов.

https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-privyajet-otrabotku-vypusknikov-medvuzov-k-akkreditacii.html

**РАЗНОЕ**

**Минтруд раскрыл детали новой системы оплаты труда врачей**

Минтруд раскрыл некоторые детали пилотных проектов по переходу на новые отраслевые системы оплаты труда в бюджетной сфере. Как и предполагалось изначально, для расчета базовых окладов будут использованы коэффициенты сложности работы и региональной дифференциации, а также начнет действовать единый перечень стимулирующих и компенсационных выплат.

В Минтруде представили в обобщенном виде некоторые параметры пилотного проекта новой системы оплаты труда бюджетников. Для всех должностей по всем сферам сделали дифференциацию по сложности работы и исходя из этого сформировали 25 групп. Уровень сложности труда будет регулироваться коэффициентом от одного до четырех, сообщил министр труда и социальной защиты **Антон Котяков** на Петербургском международном экономическом форуме (ПМЭФ), [пишет](https://tass.ru/obschestvo/24307377) ТАСС.

По словам главы Минтруда, отнесение к группам будет зависеть от уровня квалификации по соответствующей должности. Таким образом, базовый оклад работника будет расти при повышении в должности и переходе в новую группу. Кроме того, министерство разработало еще один показатель — коэффициент региональной дифференциации, который компенсирует разницу в стоимости жизни в разных регионах.

«Мы предложили единую расчетную величину — базовую для установления окладов. На основе этой единой расчетной величины, умноженной на коэффициенты сложности труда и региональной дифференциации, и предполагается устанавливать оклады», — добавил Котяков.

Различные компенсационные и стимулирующие выплаты также будут систематизированы в единые перечни. «Мы пришли к пониманию, что все компенсационные выплаты должны четко регулироваться нормативно. Никаких иных компенсационных выплат быть не должно», — подчеркнул министр.

Сократить значимый разрыв и обеспечить медработникам адекватные зарплаты должен был [пилотный проект](https://medvestnik.ru/content/news/Deputaty-i-profsouzy-predupredili-o-posledstviyah-otkaza-ot-novoi-sistemy-oplaty-truda-v-medicine.html) по внедрению новой системы оплаты труда, который планировали начать в ноябре 2021 года. Предполагалось, что тогда сотрудники медучреждений будут меньше мигрировать из дотационных регионов и проблема кадрового дефицита в них станет менее острой. Однако готовившие методическое обоснование проекта ведомства — Минздрав и Минтруд — два раза 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).

Как [сообщила](https://medvestnik.ru/content/news/Novuu-sistemu-oplaty-truda-medrabotnikov-nachnut-testirovat-v-mae-v-treh-regionah.html) в апреле вице-премьер [**Татьяна Голикова**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Golikova-Tatyana-Alekseevna.html), в мае разработанную методику планируется передать трем регионам, которые станут первыми участниками пилотного проекта по ее внедрению. Тестирование нового механизма выплат врачам будет проводиться в Якутии, Курганской и Липецкой областях. Полный переход всей отрасли на новую систему начисления зарплат планируется не ранее 2027 года.

В конце 2024 года министр здравоохранения [**Михаил Мурашко**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Murashko-Mihail-Albertovich.html) призвал не ждать возврата к [бюджетной модели](https://medvestnik.ru/content/news/Murashko-prizval-ne-jdat-vozvrata-k-budjetnoi-modeli-pri-vnedrenii-pilota-po-zarplatam.html) при внедрении пилота по зарплатам. По его словам, выстроить эффективную, справедливую и, главное, нацеленную на результат систему невозможно построить без привязки к оценке эффективности работы врачей. «В одной из недавних поездок в страны СНГ я видел, как расхолаживает бюджетная система. У медицинского персонала просто нет желания внедрять эффективное и современное», — считает глава Минздрава.

Лишь каждый десятый российский врач рассчитывает на быстрый рост зарплаты после запуска новой отраслевой системы оплаты труда. Многие респонденты были более пессимистичны. При этом почти половина опрошенных считают, что у «конкретных руководителей все равно останутся инструменты занижения расходов на персонал», следует из [опроса](https://medvestnik.ru/content/news/Rosta-zarplat-posle-zapuska-novoi-sistemy-oplaty-truda-ojidaet-tolko-kajdyi-desyatyi-vrach.html) «МВ».

<https://medvestnik.ru/content/news/Mintrud-raskryl-detali-novoi-sistemy-oplaty-truda-vrachei.html>

**В Счетной палате назвали причины оттока кадров из госмедицины**

Заместитель председателя Счетной палаты Галина Изотова назвала причины оттока кадров из госмедицины. По ее данным, система здравоохранения испытывает дефицит финансирования.

Счетная палата в ходе проверок отмечает признаки, указывающие на наличие дефицита финансирования территориальных программ ОМС и недостаточность средств для финансирования текущих расходов медорганизаций. В результате имеет место просроченная кредиторская задолженность у госклиник, недостижение установленного уровня заработной платы врачей и среднего медперсонала, неоплаченные сверхобъемы оказанной медпомощи, заявила заместитель председателя контрольного ведомства **Галина Изотова** в [интервью](https://tass.ru/interviews/24328801?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch) ТАСС.

По ее словам, Программа госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ПГГ) требует дополнительного финансирования. Так как сроки ее утверждения не установлены, ПГГ принимается после федерального бюджета и бюджета Федерального фонда ОМС без учета реальной потребности населения в медпомощи.

Изотова отметила, что установленный майскими указами президента уровень заработной платы (не менее 200% от средней по региону по врачам и не менее 100% – по среднему медперсоналу) выдерживается не на всех территориях. В 2024 году требуемого уровня по врачам не достигли в 21 субъекте, по среднему медперсоналу – в 19.

«Сохраняется значительная дифференциация по размеру заработной платы между соседними регионами, что способствует трудовой миграции медработников в более благополучные в социально-экономическом отношении субъекты России», – добавила зампред Счетной палаты.

Еще одной причиной оттока кадров из госмедицины она назвала недостаточность мер социальной поддержки медработников со стороны регионов, в первую очередь в виде обеспечения их жильем, в том числе служебным. Счетная палата ранее предлагала Минздраву разработать комплекс мер по обеспечению медработников жильем для регионов с низкой бюджетной обеспеченностью, в которых сохраняется значительный дефицит медицинских кадров, но до сих пор вопрос остается нерешенным, заключила Изотова.

<https://medvestnik.ru/content/news/V-Schetnoi-palate-nazvali-prichiny-ottoka-kadrov-iz-gosmediciny.html>