****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период с 31 марта по 6 апреля 2025 года)**

**ПРАВИТЕЛЬСТВО/ГД/СФ**

**Правительство снова попросили ужесточить ответственность целевиков за неотработку**

Госдума поддержала инициативу о повышении ответственности студентов-целевиков за отказ от отработок. В прошлом году доля исполнивших обязательства по трехлетней отработке среди окончивших медицинские вузы по программам специалитета составляла чуть более 65%.

В Госдуме рекомендовали правительству дополнительно проработать вопрос о совершенствовании механизма целевого обучения в части повышения ответственности лиц, заключивших договоры о целевом обучении, за неисполнение обязательств. Рекомендации сформированы по итогам больших парламентских слушаний о [кадровой ситуации](https://medvestnik.ru/content/news/Mintrud-ocenil-potrebnost-v-novyh-medrabotnikah-v-100-tys-chelovek-ejegodno.html) в социальной сфере, которые прошли в начале марта.

В частности в рекомендациях предлагается закрепить норму о поступлении выпускника, окончившего медицинский вуз по целевому договору, в ординатуру только на места в пределах установленной квоты на [целевое обучение](https://medvestnik.ru/content/news/Minobrnauki-raskrylo-pokazateli-effektivnosti-celevogo-nabora-v-medvuzy.html) и при условии заключения нового договора с тем же заказчиком целевого обучения. Заказчикам предлагается вменить обязанность по сопровождению студента-целевика в период прохождения практической подготовки наставником из числа работников медицинской организации или образовательной организации, в которые его планируется трудоустроить, прописав эту норму в целевом договоре.

Минздраву дополнительно предписано проводить мониторинг трудоустройства выпускников медицинских вузов и колледжей.

В документе также говорится о необходимости усиления работы по информированию обучающихся образовательных организаций о предложениях заказчиков целевого обучения, размещенных на Единой цифровой платформе в сфере занятости и трудовых отношений «Работа в России», и привлечении главных врачей и ректората к популяризации целевого обучения; повышении стипендии для студентов, аспирантов и оплаты труда профессорско-преподавательского состава медицинских и педагогических вузов и усилении мер поддержки молодых специалистов и их семей «с учетом лучших региональных практик».

Министерству просвещения совместно с Минздравом предлагается проработать вопрос о наделении правом на первоочередное [зачисление](https://medvestnik.ru/content/news/V-Gosdume-predlojili-uvelichit-kvoty-na-celevoe-obuchenie-v-medkolledjah.html) на обучение по программам среднего профессионального медицинского образования лиц, заключивших целевые договоры. Кроме того, следует продолжать работу по развитию профильных классов в школах с углубленным изучением химии, биологии и организации профориентационной работы с обучающимися для ознакомления их с медицинскими профессиями.

В документе также идет речь и о дальнейшем совершенствовании системы медицинского образования. В частности о проведении профессиональной переподготовки медицинских работников исключительно в государственных научных центрах и вузах и дополнительном финансировании государственных вузов и колледжей «с учетом их потребностей».

По данным Минздрава, в прошлом году от обязательств по целевому договору [отказался](https://medvestnik.ru/content/news/V-Minzdrave-predstavili-svejie-dannye-po-celevikam-uklonistam.html) каждый третий выпускник, окончивший специалитет в медицинском вузе: из 8791 прошедшего обучение исполнили обязательства 5777 человек (65,7%). Среди 7876 специалистов, окончивших обучение по программам ординатуры, таких было 6907 (87,6%). Показатели приверженности обязательной отработке немного выросли по сравнению с 2021 годом.

Минздрав планирует ввести [обязательную отработку](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-obyasnil-dvukratnye-shtrafy-za-otkaz-ot-otrabotki-zloupotrebleniyami.html) для всех выпускников бюджетных отделений медицинских вузов и колледжей в течение двух-трех лет. В случае отказа им придется выплачивать штрафы в двукратном размере от фактической стоимости обучения. При этом нормы о целевом обучении, закрепляющие обязательства студента, также продолжат действовать. Эксперты [оценили](https://medvestnik.ru/content/news/Vybrali-knut-vmesto-pryanika-eksperty-pro-obyazatelnuu-otrabotku-posle-medvuza.html) инициативы неоднозначно, хотя многие отмечают, что сами в свое время отработали по распределению и ничего страшного в этом нет. В то же время выпускникам могут [разрешить](https://medvestnik.ru/content/news/Celevikam-molodojenam-razreshat-menyat-region-otrabotki.html) менять регион отработки после окончания обучения при вступлении в брак, наличии тяжелобольных родственников или супруга-военнослужащего.

В Национальной медицинской палате [заявили](https://medvestnik.ru/content/news/V-Nacmedpalate-nazvali-obyazatelnoe-uslovie-raspredeleniya-molodyh-vrachei.html) о концептуальной поддержке идеи обязательного распределения выпускников медвузов и колледжей ради ликвидации кадрового дефицита, однако отметили, что законопроект не должен рассматриваться без гарантированного соцпакета. В том числе должны быть предусмотрены возможности для достойной оплаты труда молодых специалистов.

<https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvu-predlojili-dopolnitelno-prorabotat-vopros-ob-usilenii-otvetstvennosti-celevikov.html>

**В Госдуме отклонили инициативу о штрафах за оскорбление медработников**

Законопроект о введении штрафов за оскорбление мед– и фармработников отправлен в архив. Документ признан не соответствующим Конституции РФ и регламенту Госдумы из-за отсутствия четкого субъекта законодательной инициативы и финансового обоснования.

Комитет Госдумы по государственному строительству и законодательству отправил в архив законопроект, которым предлагалось ввести административную ответственность за оскорбление медицинских и фармацевтических работников. Решение [было принято](https://sozd.duma.gov.ru/bill/870325-8) 28 марта, обратил внимание «МВ».

Документ [был внесен](https://medvestnik.ru/content/news/V-Gosdume-rassmotryat-zakonoproekt-o-shtrafah-za-oskorblenie-medrabotnikov.html) в Госдуму неделей ранее. Его авторы предлагали ввести штрафы за оскорбление медработников в размере до 500 тыс. руб. и больше. В пояснительной записке отмечалось, что такие наказания способны сформировать уважительное отношение россиян к представителям медицинской и фармацевтической отрасли, укрепить их социальный статус и обеспечить им безопасность.

Однако выяснилось, что законопроект не соответствует требованиям ст.104 Конституции РФ, согласно которой право законодательной инициативы принадлежит строго определенному кругу субъектов. Как сообщил «Фармацевтическому вестнику» председатель Ассоциации по защите прав в сфере здравоохранения **[Асад Юсуфов](https://medvestnik.ru/directory/persons/Usufov-Asad-Mahachevich.html)**, в документе отсутствует указание на то, что он внесен от имени одного из этих субъектов.

«Хотя документ подписан группой депутатов, требуется четкое оформление инициативы: например, решение фракции или официальное письмо от имени депутатов. В противном случае это может быть расценено как нарушение процедуры», — пояснил юрист.

Также документ нарушил ст.105 регламента Госдумы, которая касается финансово-экономического обоснования. Дело в том, что в законопроекте указано, что дополнительные бюджетные расходы не потребуются. Однако регламент Госдумы требует детального обоснования финансовых последствий, включая возможные поступления от штрафов и затраты на реализацию норм.

Несмотря на то, что в пояснительной записке содержится статистика и обоснование актуальности, в ней нет ссылок на правовой анализ возможных коллизий с другими нормами КоАП РФ. Например, с общей статьей об оскорблении — 5.61. Это может быть расценено как недостаточная проработка, отметил Юсуфов.

Он также обратил внимание на другие проблемы, в том числе с юридической техникой. По его словам, если авторы законопроекта устранят нарушения, вероятность его принятия увеличится.

<https://medvestnik.ru/content/news/V-Gosdume-otklonili-iniciativu-o-shtrafah-za-oskorblenie-medrabotnikov.html>

**В Госдуме разъяснили случаи законного права врачей отступать от клинреков**

Группа депутатов внесла в Госдуму законопроект о праве лечащего врача назначать лечение, которое выходит за рамки клинических рекомендаций. Речь идет о ситуациях, когда этого требуют интересы пациента, например, при выявлении индивидуальных особенностей организма или лекарственной непереносимости.

В Госдуму внесен [законопроект](https://sozd.duma.gov.ru/bill/880232-8#bh_histras), который дает возможность медицинской организации отступать от норм клинических рекомендаций (КР), если этого требуют интересы пациента, такие как индивидуальные особенности организма, сопутствующие заболевания или подтвержденная лекарственная непереносимость.

Авторы законопроекта — депутаты **Федот Тумусов** и **Юрий Григорьев**. Поправками предлагается дополнить пункт 14 статьи 37 закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подпунктом следующего содержания: «Медицинская организация имеет право принять решение о персонализированной тактике лечения исходя из сопутствующих заболеваний пациента (учет коморбидности и полиморбидности), особенностей протекания заболевания, аномальной (дизергической) реактивности организма, лекарственной непереносимости, жизненных показаний, на основе имеющегося у врачей организации уровня квалификации, подтвержденного квалификационными документами».

При этом допускается «методически обоснованное оказание медицинских услуг, не включенных в Номенклатуру, назначение зарегистрированных лекарственных средств и биологически активных добавок, не указанных в порядках, стандартах медицинской помощи, клинических рекомендациях, протоколах лечения, при условии их включения в информированное согласие и медицинскую документацию».

Таким образом, в случае принятия законопроекта медицинская организация сможет обоснованно отступать от норм клинических рекомендаций и назначать не включенные в них лекарственные препараты, при условии, что они зарегистрированы в России и включены в Государственный реестр лекарственных средств (ГРЛС), а медицинские изделия — в Реестр медицинских изделий Росздравнадзора.

«Многие негативные отзывы о врачах и медицинских учреждениях зачастую связаны с отсутствием такого персонифицированного подхода, когда врач лечит лишь основное заболевание, без учета сопутствующих. В существующей редакции статьи 37 закона № 323-ФЗ, клинические рекомендации — это утвержденная типовая тактика [лечения](https://medvestnik.ru/content/news/Schetnaya-palata-ukazala-na-otsutstvie-u-klinik-finansovoi-motivacii-sobludat-klinrekomendacii.html) без учета вышеперечисленных особенностей, которые есть практически у каждого», — говорится в пояснительной записке к документу.

С 1 января 2025 года все медучреждения и врачи России [обязаны](https://medvestnik.ru/content/news/Lechit-po-shablonu-chego-jdut-pacienty-i-boyatsya-vrachi-v-svyazi-s-obyazatelnostu-klinrekomendacii.html) оказывать медицинскую помощь на основе клинрекомендаций. Таким образом Минздрав гарантировал гражданам единый стандарт лечения в любой больнице и поликлинике. Но не все клиники в состоянии следовать ему на фоне дефицита бюджетов и медперсонала.

Клинрекомендации не имеют статуса нормативно-правового акта и не могут быть использованы при контроле. Соответствующие поправки скоро будут внесены в федеральное законодательство, [сообщила](https://medvestnik.ru/content/news/V-Minzdrave-podtverdili-zapret-na-ispolzovanie-klinirekomendacii-pri-proverkah.html) в конце марта заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава Валерия Гульшина. Речь идет о наделении Минздрава правом утверждения порядка применения клинических рекомендаций, в котором предполагается, в том числе, прописать ограничения на использование КР при оценке качества медпомощи — в Госдуму он пока не внесен.

Против запрета на использование КР при экспертизе качества медпомощи высказались пациентские и страховые сообщества — по их оценкам, в этом случае вырастет количество обращений пациентов в правоохранительные органы, а достичь национальных целей по увеличению общей продолжительности жизни будет тяжело.

<https://medvestnik.ru/content/news/V-Gosdumu-vnesen-zakonoproekt-o-prave-meduchrejdenii-otstupat-ot-norm-klinicheskih-rekomendacii.html>

**В Госдуме подготовили рекомендации по борьбе с дефицитом медкадров**

Госдума на пленарном заседании 3 апреля приняла постановление, касающееся вопросов кадрового обеспечения медорганизаций. Проект рекомендаций Правительству РФ составил Комитет по охране здоровья по итогам прошедшего в марте 2025 года «правительственного часа». Среди предложений парламентариев – установление требования о профпереподготовке медиков исключительно в государственных образовательных и научных организациях, допфинансирование таких юрлиц, введение льготной ипотеки для медработников, увеличение выплат по программам «Земский доктор» и «Земский фельдшер». Вовлеченным ведомствам рекомендовано апробировать в пилотных регионах новую отраслевую систему оплаты труда.

Помимо этого, Правительству России рекомендовано повысить стипендии студентам и зарплаты преподавателям медколледжей и вузов. Также депутаты вернулись к вопросу о необходимости введения модели обязательного трудоустройства выпускников с выбором конкретного места работы, поднята тема возможного создания модели сбора статистических данных и единой объективной методики определения дефицита кадров. Традиционно парламентарии затронули вопрос об обязательствах целевиков.

Минздраву предложено улучшить нормативную базу для практической подготовки студентов-медиков, включая доступ к кадаверному материалу на клинических базах, ввести систему мониторинга трудоустройства выпускников профильных университетов. Также парламентарии предлагают разработать единый информационный портал для медиков с образовательными модулями по военно-специальной подготовке (с учетом опыта СВО). Рекомендовано ввести стимулирующие меры для ректоров медвузов – привязать выплаты для них к уровню трудоустройства выпускников.

Министерству здравоохранения совместно с Росздравнадзором парламентарии советуют ужесточить требования к иностранным медикам: повысить уровень владения русским языком для допуска к аккредитации, усилить контроль за внесением данных о медработниках в федеральный регистр (особенно в частных клиниках).

Говоря о привлечении выпускников в медорганизации, министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко отметил, что тема кадрового обеспечения «самая острая и самая важная». Он подчеркнул, что «отработку нельзя рассматривать как кабалу, у медицинского работника должно быть чувство собственного достоинства», поэтому необходимо обеспечить профильных специалистов жильем. Другим «важным моментом» Мурашко назвал целевое обучение среднего персонала, подчеркнув, что закон о среднем образовании «не предусматривает четкую привязку «целевика» к медорганизации. По его словам, законодательство в этой сфере требуется доработать.

С критикой проекта постановления выступил зампредседателя Комитета Госдумы по охране здоровья Алексей Куринный. По его мнению, документ не решает «ключевые вопросы» в системе здравоохранения: «Почему медики и педагоги не идут работать в государственную систему? Мы все причины с вами выявили: низкая оплата труда, огромные перегрузки, психоэмоциональные в том числе, отсутствие нормального социального пакета. Где эти предложения внутри нашего постановления?»

По мнению депутата, жилищную проблему «большинство регионов решить не смогут», поэтому он призвал к тому, чтобы «этот социальный стандарт» был закреплен на федеральном уровне: «Тем самым будет оказываться помощь молодым специалистам. А есть ли деньги сегодня на эксперимент? Ни на 2025 год, ни на 2026 год, ни на пилот, ни вообще на реализацию [финансирования. – Vademecum] мы не предусмотрели. Единственный вариант, который остается, который был здесь предложен, – распределение. Но распределение само по себе тоже не заработает, не Советский Союз сейчас. Для того чтобы молодой специалист поехал, ему нужно обеспечить жилье и тот уровень оплаты труда, который позволит ему в этом месте работать и существовать. И это тоже опять же задача государства, а не регионов».

Куринный также обратил внимание на то, что в постановлении не зафиксированы пункты о повышении фонда оплаты труда и выравнивания зарплат врачей между регионами. Несмотря на это, депутат заверил, что его партия – КПРФ – поддержит проект постановления, но отметил, что «он довольно беззубый, чтобы с него потом что-то спрашивать».

«Правительственный час», по итогам которого парламентарии подготовили проект постановления, прошел 5 марта 2025 года. Участники обсудили тему кадрового обеспечения медицинских и образовательных организаций, причины нехватки медиков и меры для преодоления кадрового дефицита. Основные тезисы с мероприятия – в [**обзоре**](https://vademec.ru/news/2025/03/05/v-gosdume-proshel-pravitelstvennyy-chas-na-temu-kadrovogo-obespecheniya-medorganizatsiy-glavnoe/) Vademecum.

<https://vademec.ru/news/2025/04/03/v-gosdume-podgotovili-rekomendatsii-po-borbe-s-defitsitom-medkadrov/>

**В Госдуме подготовили рекомендации по борьбе с дефицитом медкадров**

Госдума на пленарном заседании 3 апреля приняла постановление, касающееся вопросов кадрового обеспечения медорганизаций. Проект рекомендаций Правительству РФ составил Комитет по охране здоровья по итогам прошедшего в марте 2025 года «правительственного часа». Среди предложений парламентариев – установление требования о профпереподготовке медиков исключительно в государственных образовательных и научных организациях, допфинансирование таких юрлиц, введение льготной ипотеки для медработников, увеличение выплат по программам «Земский доктор» и «Земский фельдшер». Вовлеченным ведомствам рекомендовано апробировать в пилотных регионах новую отраслевую систему оплаты труда.

Помимо этого, Правительству России рекомендовано повысить стипендии студентам и зарплаты преподавателям медколледжей и вузов. Также депутаты вернулись к вопросу о необходимости введения модели обязательного трудоустройства выпускников с выбором конкретного места работы, поднята тема возможного создания модели сбора статистических данных и единой объективной методики определения дефицита кадров. Традиционно парламентарии затронули вопрос об обязательствах целевиков.

Минздраву предложено улучшить нормативную базу для практической подготовки студентов-медиков, включая доступ к кадаверному материалу на клинических базах, ввести систему мониторинга трудоустройства выпускников профильных университетов. Также парламентарии предлагают разработать единый информационный портал для медиков с образовательными модулями по военно-специальной подготовке (с учетом опыта СВО). Рекомендовано ввести стимулирующие меры для ректоров медвузов – привязать выплаты для них к уровню трудоустройства выпускников.

Министерству здравоохранения совместно с Росздравнадзором парламентарии советуют ужесточить требования к иностранным медикам: повысить уровень владения русским языком для допуска к аккредитации, усилить контроль за внесением данных о медработниках в федеральный регистр (особенно в частных клиниках).

Говоря о привлечении выпускников в медорганизации, министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко отметил, что тема кадрового обеспечения «самая острая и самая важная». Он подчеркнул, что «отработку нельзя рассматривать как кабалу, у медицинского работника должно быть чувство собственного достоинства», поэтому необходимо обеспечить профильных специалистов жильем. Другим «важным моментом» Мурашко назвал целевое обучение среднего персонала, подчеркнув, что закон о среднем образовании «не предусматривает четкую привязку «целевика» к медорганизации. По его словам, законодательство в этой сфере требуется доработать.

С критикой проекта постановления выступил зампредседателя Комитета Госдумы по охране здоровья Алексей Куринный. По его мнению, документ не решает «ключевые вопросы» в системе здравоохранения: «Почему медики и педагоги не идут работать в государственную систему? Мы все причины с вами выявили: низкая оплата труда, огромные перегрузки, психоэмоциональные в том числе, отсутствие нормального социального пакета. Где эти предложения внутри нашего постановления?»

По мнению депутата, жилищную проблему «большинство регионов решить не смогут», поэтому он призвал к тому, чтобы «этот социальный стандарт» был закреплен на федеральном уровне: «Тем самым будет оказываться помощь молодым специалистам. А есть ли деньги сегодня на эксперимент? Ни на 2025 год, ни на 2026 год, ни на пилот, ни вообще на реализацию [финансирования. – Vademecum] мы не предусмотрели. Единственный вариант, который остается, который был здесь предложен, – распределение. Но распределение само по себе тоже не заработает, не Советский Союз сейчас. Для того чтобы молодой специалист поехал, ему нужно обеспечить жилье и тот уровень оплаты труда, который позволит ему в этом месте работать и существовать. И это тоже опять же задача государства, а не регионов».

Куринный также обратил внимание на то, что в постановлении не зафиксированы пункты о повышении фонда оплаты труда и выравнивания зарплат врачей между регионами. Несмотря на это, депутат заверил, что его партия – КПРФ – поддержит проект постановления, но отметил, что «он довольно беззубый, чтобы с него потом что-то спрашивать».

«Правительственный час», по итогам которого парламентарии подготовили проект постановления, прошел 5 марта 2025 года. Участники обсудили тему кадрового обеспечения медицинских и образовательных организаций, причины нехватки медиков и меры для преодоления кадрового дефицита. Основные тезисы с мероприятия – в [**обзоре**](https://vademec.ru/news/2025/03/05/v-gosdume-proshel-pravitelstvennyy-chas-na-temu-kadrovogo-obespecheniya-medorganizatsiy-glavnoe/) Vademecum.

<https://vademec.ru/news/2025/04/03/v-gosdume-podgotovili-rekomendatsii-po-borbe-s-defitsitom-medkadrov/>

# **В Госдуме предложили ввести льготную ипотеку для медработников**

Депутаты предложили установить единую процентную ставку льготной ипотеки для медиков, фармацевтов и педагогов. Вопрос доступного жилья остается одним из важнейших для повышения привлекательности работы в социальной сфере.

В Госдуме предложили установить единую процентную ставку льготных ипотечных кредитов для медицинских и фармацевтических работников и педагогов — такие рекомендации сформированы по итогам больших парламентских слушаний о [кадровой ситуации](https://medvestnik.ru/content/news/Mintrud-ocenil-potrebnost-v-novyh-medrabotnikah-v-100-tys-chelovek-ejegodno.html) в социальной сфере, которые прошли в начале марта. Депутаты рекомендовали правительству РФ «расширить перечень реализуемых мер социальной поддержки, <...> принять меры по обеспечению жильем медицинских и фармацевтических работников, педагогических работников, в том числе проработать вопрос о реализации льготного ипотечного кредитования с определением единой процентной ставки».

Кроме того, депутаты попросили также рассмотреть вопрос об увеличении финансирования программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер». Особое внимание следует уделить медицинским работникам, переезжающим в регионы Дальневосточного федерального округа, районы Крайнего Севера и приравненные к ним местности, а также в Арктическую зону и на территории новых субъектов Российской Федерации.

Кроме этого депутаты рекомендовали Минтруду, Минпросвещения, Минобрнауки и Минздраву «разработать и апробировать в пилотных регионах новую отраслевую систему оплаты труда медицинских работников и педагогических работников», а после апробации ознакомить с результатом Госдуму. Сроков реализации инициативы в документе нет.

О намерении запустить льготную ипотеку для учителей, врачей и других категорий госслужащих летом 2025 года [сообщила](https://ufa.cian.ru/novosti-lgotnuju-ipoteku-dlja-uchitelej-i-vrachej-mogut-zapustit-letom-2025-goda-337431/) в прошлом году сенатор **Ольга Епифанова.** Речь шла о фиксированной ставке в 12%, а разницу с ключевой ставкой планировалось компенсировать из бюджета. «До 2027 года такая программа будет работать в экспериментальном режиме, а далее правительство может принять решение о ее продолжении», — отметила сенатор.

В 2023 году на «прямой линии» президента **Владимира Путина** [попросили](https://medvestnik.ru/content/news/Putin-anonsiroval-lgoty-dlya-privlecheniya-vrachei-v-novye-regiony.html) разработать дополнительные меры по привлечению медработников в новые регионы — по словам главврача Мелитопольского онкодиспансера, сейчас на одного специалиста в стационаре приходится минимум 20 пациентов. По его словам, желающих работать там нет даже «при конкурентной зарплате». В ответ на это президент предложил повысить подъемные по программе «Земский доктор» и расширить льготную ипотеку.

В 2022 году правительство распространило на медработников программу «Дальневосточная ипотека» — по условиям программы [взять кредит](https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-rasprostranilo-na-medikov-programmu-Dalnevostochnaya-ipoteka.html) по льготной ставке до 2% на строительство или покупку жилья могут проработавшие на Дальнем Востоке не меньше пяти лет. Кроме того, кабмин разрешил призывникам-медикам работать по специальности на Дальнем Востоке в качестве альтернативы армии.

Свежих сведений об эффективности госпрограмм по покупке жилья медработниками нет. В 2020 году только 930 врачей из 12 305, официально нуждающихся в решении жилищного вопроса, [смогли приобрести жилье](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-raskryl-dannye-ob-effektivnosti-gosprogramm-po-pokupke-jilya-medrabotnikami.html) с помощью государственных льгот и субсидий (с использованием единовременной безвозмездной выплаты на компенсацию части стоимости приобретаемого или строящегося жилья или части платежа по ипотечному договору или льготного кредитования). Еще 3580 получили социальное жилье: 1058 воспользовались договором соцнайма и 2522 человека получили служебные квартиры. Среди медработников со средним образованием покупал недвижимость в собственность только каждый 15-й специалист, писал «МВ».

<https://medvestnik.ru/content/news/Kabminu-predlojili-ustanovit-edinuu-stavku-lgotoi-ipoteki-dlya-medikov.html>

**МИНЗДРАВ/ФОМС**

**Минздрав готовит приказ о стандартизации работы школьных врачей**

Минздрав поддержал предложение о введении единого подхода к работе школьных врачей. Школьным врачам гарантируют льготы для врачей-педиатров, в том числе досрочную пенсию.

Минздрав готовит приказ о введении новой должности медсестры для оказания помощи обучающимся. Также будут конкретизированы обязанности школьных медработников и требования к школьным медпунктам. Сотрудники школьных медпунктов смогут получать льготы наравне с другими медработниками. Письмо за подписью министра здравоохранения **Михаила Мурашко** направлено вице-спикеру Госдумы **Ирины Яровой**, предложившей единый подход к работе школьных врачей, [сообщает](https://tass.ru/obschestvo/23553803) ТАСС.

Мурашко сообщает, что после проработки предложений Яровой будут актуализированы требования к оснащению школьных медпунктов. Медицинские структурные подразделения в образовательных организациях переименуют в медицинские пункты.

Планируется введение новой должности «медицинская сестра — специалист по оказанию медицинской помощи обучающимся». Также будут разработаны единые обязанности школьного врача. Новый приказ Минздрава позволит медработникам образовательных организаций воспользоваться правом на досрочную трудовую пенсию и другие льготы и преференции для врачей-педиатров.

Яровая [предложила](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-podderjal-ideu-vvesti-doljnost-medsestry-vo-vseh-shkolah.html) стандартизировать работу медработников в школах осенью 2023 года, в том числе закрепить школьных врачей за медицинскими организациями, чтобы привлечь к работе высококвалифицированных специалистов и обеспечить справедливый уровень оплаты их труда. В январе 2025 года Ирина Яровая в письме вице-премьеру **Татьяне Голиковой** [предложила](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-podderjal-ideu-vvesti-doljnost-medsestry-vo-vseh-shkolah.html) наделить школьных врачей всеми льготами и преференциями для врачей-педиатров.

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-gotovit-edinyi-podhod-k-rabote-shkolnyh-vrachei.html>

**РАЗНОЕ**

**Счетная палата проанализировала тарифную политику в сфере ОМС. Главные выводы**

Счетная палата РФ (СП) поделилась результатами объемного аудита системы формирования тарифов для оплаты медпомощи по ОМС по состоянию на 2023-2024 годы. СП уже представляла краткие итоги своего мероприятия в Госдуме в феврале 2025 года, теперь размещен подробный отчет с углубленным анализом. Главные тезисы аудиторов – непрозрачность, недостаточность и неэффективность методик формирования различных видов тарифов для оплаты высокотехнологичной, специализированной, амбулаторной медпомощи, диагностики и стоматологических услуг. По мнению Счетной палаты, в результате системных недочетов одни тарифы превышают фактические затраты клиник, а стоимости других тарифов, по предположению экспертов, не хватает для адекватного возмещения клиникам. Для исправления ситуации предложено подключить к формированию стоимости медпомощи ФАС, доработать алгоритмы расчета стоимости услуг и сделать процесс формирования тарифов максимально прозрачным и оцифрованным. Подробнее – в обзоре Vademecum.

Регуляторы и регионы

Исследовав текущую систему оплаты медпомощи, в Счетной палате отметили, что в действительности в РФ отсутствует единый и подробный регламент по формированию тарифов – алгоритм доводится до регионов ежегодно в виде методических рекомендаций. В 2025 году такой документ был разослан в регионы только в конце января. Аудиторы отмечают: учитывая разную степень описания и детализации способов оплаты и алгоритмов расчета тарифов в рекомендациях, в субъектах заметно отличается практика по формированию стоимости тарифов.

Кроме того, методическими рекомендациями не предусмотрены разъяснения по определению объема средств на специализированную медпомощь, что приводит к дифференциации размера базовой ставки в сопоставимых субъектах.

Все это в совокупности приводит к дифференциации тарифов на одни и те же случаи лечения в сопоставимых регионах и в сопоставимых кластерах клинико-статистических групп (КСГ).

Были обнаружены противоречия и в работе комиссий по разработке терпрограммы ОМС. Например, по регламенту комиссия должна предложить тарифную сетку на следующий год до 15 декабря, притом что программа госгарантий утверждается только в конце декабря.

Эксперты из СП проследили, как формировались тарифы в нескольких сегментах оказания медпомощи на примере оказания медпомощи в 2023 году, запросив Минздрав РФ и ФФОМС.

Тарифы на ВМП в базовой программе ОМС (ВМП-I)

В Счетной палате покритиковали Минздрав РФ за отсутствие методики расчета норматива финансовых затрат для создания тарифов ВМП, а также за то, что теряется прозрачность формирования стоимости случая медпомощи. Так, по данным отчета, созданием тарифов ВМП занимается только ЦЭККМП Минздрава совместно с рядом федеральных медцентров преимущественно по своим внутренним регламентам и данным, без учета, например, среднероссийского значения расходов по заработной плате в структуре норматива на ВМП и учета нужды региональных клиник.

Минздрав ранее отреагировал на критику, [**заявив**](https://vademec.ru/news/2025/02/13/minzdrav-i-schetnaya-palata-obsudili-podkhody-k-formirovaniyu-tarifov-oms-glavnye-tezisy/), что расчет данных по показателям федеральных медцентров позволяет приблизить стоимость к объективной, поскольку именно эти медцентры являются референтными для высокотехнологичных видов лечения.

Получив подробную выкладку по тому, как формировались тарифы ВМП, в Счетной палате заметили, что при расчетах медцентрами включаются неидентичные специальности врачей и отличающиеся друг от друга перечни лекарственных препаратов. Собственные расчеты СП на примере группы №39 ВМП профиля «Педиатрия», в которых учли статистические данные регионов, показали, что в среднем стоимость одного случая завышена ЦЭККМП и федеральными клиниками на 11,6 тысячи рублей (92,4 тысячи против расчетных 80,8 тысячи рублей).

Завышение по ряду других выборочных тарифов было в диапазоне 1,8–7,6%. Учитывая проблему, аудиторы считают, что бюджет ОМС мог бы сэкономить миллионы рублей. Так, по четырем группам профиля «Сердечно-сосудистая хирургия» № 42, 46, 47, 48 экономия бы составила 275 млн рублей за 2023 год, по группе № 58 профиля «Травматология и ортопедия» – 378,2 млн рублей.

Спецмедпомощь и клинико-статистические группы

На сегмент медпомощи в 2023 году ушла большая часть средств ОМС – 1,6 трлн рублей, или 56,7%.

Одной из претензий СП к системе КСГ стало недостаточное количество групп для оплаты медпомощи. Этот вывод сделан на основе анализа аналогичных систем оплаты в Великобритании (где выделено 1 404 группы), Германии (1 137), Нидерландах (свыше 5 тысяч) и Канаде (3,4 тысячи), в то время как в РФ было только 645 КСГ на 2024 год.

Другой проблемой, как считают аудиторы, является недостаточная проработка мотивации клиник оказывать качественную медпомощь по КСГ. Клиники заинтересованы в оказании как можно большего количества госпитализаций, чтобы покрыть свои издержки. Порой без должных механизмов контроля лечения это сказывается на качестве услуг, как гласит отчет.

Выборочный анализ СП, как и в случае с ВМП, показал превышение стоимости ряда тарифов. Например, только по 37 стандартам медпомощи размер оплаченной медпомощи по КСГ превысил расчетную (приближенную к реальной) стоимость на 41,6 млрд рублей.

Среди причин, почему стоимость тарифа отличается от реальных затрат, в СП называют учет средневзвешенной цены определенной терапии, которая заметно отличается от стоимости КСГ. Аналитика СП выявила, что дифференциация затрат на лечение разных заболеваний, включенных в одну группу КСГ, может варьироваться от 28,5% до 206,5% от тарифа. Именно принцип усреднения лежит в основе отечественной системы КСГ, он неоднократно подвергался критике со стороны клиник, однако в Минздраве и ЦЭККМП также неоднократно отмечали, что это единственно верный для РФ способ оплаты медпомощи.

Амбулаторные услуги и диагностика

Подушевой принцип финансирования медорганизаций, исходя из количества прикрепившихся лиц, по мнению СП, получил статус «компенсационного». То есть финансирование этого сегмента сокращается в пользу более затратных частей системы ОМС – стационарной медпомощи и ВМП. Об этом говорит аналитика Счетной палаты, согласно которой фактические доходы первичного звена здравоохранения ниже необходимых затрат на оказание медицинской помощи с учетом необходимости достижения целевых показателей по уровню заработной платы.

Не регламентировано на федеральном уровне, по утверждению СП, установление размера тарифа на диагностические исследования. Например, тариф на МРТ в Приволжском экономическом округе отличается от региона к региону в диапазоне от -26,6% до +40,4%. В избранных девяти регионах эксперты Счетной палаты обнаружили тарифы на КТ и МРТ выше рыночной стоимости услуг, что могло привести к перерасходу средств ОМС в размере 182,1 млн рублей.

Рекомендации

СП настаивает на том, чтобы к процессу формирования и согласования тарифов подключилась Федеральная антимонопольная служба. Соответствующую рекомендацию получило Правительство РФ, причем позиция самой ФАС в отчете не представлена. Минздраву рекомендовано дополнить в 2025 году пункт 5.4 приказа о типовой структуре тарифного соглашения (приказ Минздрава России № 44н от 10 февраля 2023 года), оформить и утвердить методику определения стоимости одной условной единицы трудоемкости, а также продумать механизм для сохранения стабильного объема средств ОМС, заложенных в первичном звене медпомощи.

Отдельным пунктом аудиторы рекомендовали ФФОМС доработать ГИС ОМС и заняться цифровизацией процесса создания тарифов в регионах. Сейчас только в пяти регионах процесс создания тарифов автоматизирован, в большинстве же субъектов тарифы рассчитываются в «ручном» режиме, «что создает дополнительные риски расчета тарифов с завышенными или заниженными значениями».

Ранее в Минздраве РФ уже высказывались по поводу критики Счетной палаты. Так, первый замминистра здравоохранения РФ Владимир Зеленский выступил за осторожную модернизацию системы оплаты медпомощи и за сохранение текущего количества КСГ. Он [**согласился**](https://vademec.ru/news/2025/02/13/minzdrav-i-schetnaya-palata-obsudili-podkhody-k-formirovaniyu-tarifov-oms-glavnye-tezisy/) с тем, что в Минздраве «давно не подходили подробно к истории тарифной политики», но заметил, что в первую очередь полномочия по утверждению тарифов переданы в регионы – в местные профильные органы власти и комиссии по разработке терпрограмм ОМС.

<https://vademec.ru/news/2025/04/03/schetnaya-palata-proanalizirovala-tarifnuyu-politiku-v-sfere-oms-glavnye-vyvody/>

**Счетная палата указала на отсутствие у клиник финансовой мотивации соблюдать клинрекомендации**

Способы оплаты стационарной помощи не предусматривают стимулы для медицинских организаций по соблюдению клинических рекомендаций и стандартов. К таким выводам пришла Счетная палата.

Способы оплаты стационарной медпомощи по клинико-статистическим группам, а также высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), за исключением летальных случаев, не предусматривают стимулы для медицинских организаций по соблюдению клинических рекомендаций (КР) и стандартов, следует из анализа Счетной палаты (копия отчета есть у «МВ»).

По итогам проведенной в 2023 году аудиторами оценки формирования и финансового обеспечения Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи установлено, что медорганизации выполняют 67% услуг, предусмотренных стандартами специализированной помощи, и не назначают предусмотренные ими лекарственные препараты.

В первичном звене при оплате амбулаторной медпомощи принимаются в расчет показатели результативности (охват диспансерным наблюдением, вакцинацией, снижение числа абортов и госпитализаций из-за обострений хронических заболеваний. — Прим. ред.). Но нет градации по сложности их достижения, в результате высокие оценки медучреждения получают за счет более легких позиций. В первую очередь это касается клиник, обслуживающих детское население, обратила внимание Счетная палата.

С 1 января 2025 года все медучреждения и врачи России [обязаны](https://medvestnik.ru/content/news/Lechit-po-shablonu-chego-jdut-pacienty-i-boyatsya-vrachi-v-svyazi-s-obyazatelnostu-klinrekomendacii.html) оказывать медицинскую помощь на основе клинрекомендаций. Таким образом, Минздрав гарантировал гражданам единый стандарт лечения в любой больнице и поликлинике. Но не все клиники в состоянии следовать ему на фоне дефицита бюджетов и медперсонала.

При использовании КР пациент получает определенный гарантированный объем медпомощи и лекарственной терапии. Так как Программа госгарантий формируется на основе клинрекомендаций, граждане вправе рассчитывать получить эти услуги по полису ОМС, поясняла «МВ» гендиректор Национального института медицинского права, председатель Комитета по законодательству в медицине и правовой поддержке медработников и организаций Ассоциации онкологов России, юрист **Юлия Павлова.**

При этом норма об использовании КР при оценке качества медпомощи все еще остается дискуссионной. Клинрекомендации не имеют статуса нормативно-правового акта и не могут быть использованы при таком контроле. Поправки скоро будут внесены в федеральное законодательство, [сообщила](https://medvestnik.ru/content/news/V-Minzdrave-podtverdili-zapret-na-ispolzovanie-klinirekomendacii-pri-proverkah.html) в конце марта заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава**Валерия Гульшина.** Против запрета на использование КР при экспертизе качества медпомощи высказались пациентские и страховые сообщества — по их оценкам, в этом случае вырастет количество обращений пациентов в правоохранительные органы, а достичь национальных целей по увеличению общей продолжительности жизни будет тяжело.

<https://medvestnik.ru/content/news/Schetnaya-palata-ukazala-na-otsutstvie-u-klinik-finansovoi-motivacii-sobludat-klinrekomendacii.html>

**В критериях оценки качества оказания медицинской помощи наметился разнобой**

В России идет формирование нормативной правовой базы по критериям качества оказания медицинской помощи. От того, что получится на выходе, зависит работа врачей и возможность разрешения конфликтов, которые, к сожалению, в нашей работе неизбежны.

Критерии качества оказания медпомощи наравне с клиническими рекомендациями (КР) оказались в последнее время наиболее острой темой в медицинской и околомедицинской среде. Они нужны всем: органам управления здравоохранением и Росздравнадзору для оценки качества оказания медуслуг; структурам, финансирующим здравоохранение (фондам ОМС и страховым медорганизациям), правоохранительным органам. Задачи у всех разные, поэтому интересы врачебного сообщества не всегда берутся в учет.

Медицинские специалисты понимают критерии качества как совокупность характеристик, отражающих своевременность помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степень достижения запланированного результата. Но это понимание имеет небольшое, но очень важное уточнение: с учетом современных знаний и возможностей конкретной медорганизации, так как многое зависит от оснащенности клиники оборудованием и кадрового обеспечения.

Сегодня все современные знания о лечении конкретного заболевания собраны в КР, которые во многом замещают клинические руководства. Это объяснимо: кто как не лучшие специалисты должны определять критерии качества оказания медицинской услуги (помощи). Но КР — не нормативно-правовой акт, и критерии оценки качества медпомощи утверждены отдельным приказом Минздрава России ([№ 203н от 10.05.2017](https://medvestnik.ru/content/documents/Ob-utverjdenii-kriteriev-ocenki-kachestva-medicinskoi-pomoshi-2.html)).

Что происходит сейчас? На сайте regulation.gov.ru ведомством размещены два проекта нормативных правовых актов: «Об утверждении Порядка [осуществления экспертизы](https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=154639) качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством РФ об обязательном медицинском страховании» (взамен приказа Минздрава № 226н от 16.05.2017) и [«Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»](https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=154682). Как следует из названия первого документа, утверждаемые критерии качества не будут применяться при оказании медпомощи в системе ОМС, а значит, где-то и кем-то готовятся критерии оценки качества в системе ОМС. То есть получается, что у одного заболевания будет две системы критериев качества медицинской услуги (или помощи)!

Но и это не предел! Сейчас обсуждается проект приказа Минздрава «Об утверждении порядка применения клинических рекомендаций», в котором мы читаем: п.13. «На основе положений клинических рекомендаций формируются критерии оценки качества медицинской помощи, которые утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти». Обратите внимание, что критерии оценки качества медпомощи формируются «на основе» положений КР, а не «в соответствии» с ними! Как русские люди мы понимаем, что то, что написано в КР, будет отличаться от того, что пропишет Минздрав в приказе «Об утверждении порядка применения клинических рекомендаций».

Таким образом, появляются третьи критерии качества медицинской помощи при лечении одного и того же заболевания! Но, позвольте, дамы и господа, товарищи, качество оно или есть или его нет! Три разных критерия качества оказания медицинской помощи — это уже слишком. Как говорил один из главных героев всем известного романа знаменитого классика: «Свежесть бывает только одна — первая, она же и последняя...»! (М. Булгаков «Мастер и Маргарита»).

Таким образом, медработники могут столкнуться с ситуацией, когда по одному случаю оказания медицинской помощи могут быть применены три разных группы критериев, по каждой из которых предусмотрены штрафные санкции. Не может быть качественно пролечен больной для Росздравнадзора и при этом некачественно для страховой компании! В случае судебных разбирательств подготовленный судья будет обращаться в Минздрав, отвечающий за выработку и реализацию госполитики и нормативно-правовое регулирование сферы здравоохранения и ОМС с вопросом: на какие критерии качества ему ссылаться в судебном решении? Мое мнение: закон должен быть прост и одинаково понятен и для врача, и для академика, и для следователя, и для судьи.

Итак, резюмируя, какие все же критерии качества определяют качественную медицинскую помощь (услугу)? Подготовленные коллективом ученых, создавших КР, которые согласованы комиссией Минздрава России? Или разработанные главными специалистами ведомства? Или критерии качества, подготовленные страховыми медицинскими организациями? Вопрос трудный, но лучше на него ответить сейчас.

<https://medvestnik.ru/content/news/V-kriteriyah-ocenki-kachestva-okazaniya-medicinskoi-pomoshi-nametilsya-raznoboi.html>

# **ИИ успешно сдал экзамены по педиатрии и неврологии в ПИМУ**

Нейросетевая модель GigaChat прошла процедуру аккредитации по двум специальностям в ПИМУ. Об этом сообщает пресс-служба вуза.

Искусственный интеллект проходил первичную аккредитацию по педиатрии и первичную специализированную аккредитацию, то есть на уровне ординатуры, по неврологии. Перед экзаменами ИИ дополнительно обучали на датасете по профильным направлениям.

Цифра активно заходит в сферу медицины и в образовательную среду университетов, обучающих профессии врача, и ПИМУ без преувеличения можно назвать флагманом цифровизации современного образования, — отметил ректор ПИМУ Николай Карякин.

Он рассказал, что в университете регулярно обновляется лекционный материал и технологии обучения. Также вуз сотрудничает с ведущими компаниями-разработчиками медицинского программного обеспечения и разрабатывает собственные IT-продукты для здравоохранения, например web-приложение «Медицинский атлас».

Уверен, взаимодействие между медициной и IT-сферой, показательным примером которого стало проведение процедуры аккредитации для ИИ, приведет к новым возможностям и новым продуктам, способствующим более высокому качеству медицинской помощи, — подчеркнул глава медвуза.

https://www.vgoroden.ru/novosti/ii-uspeshno-sdal-ekzameny-po-pediatrii-i-nevrologii-v-pimu-id411048