****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период с 10 по 16 февраля 2025 года)**

**ПРАВИТЕЛЬСТВО/СФ/ГД**

**В ГД выступили против предложений Минздрава по решению проблемы медкадров**

Миронов выступил против идеи об отработке выпускников медвузов в клиниках ОМС

МОСКВА, 14 фев – РИА Новости. Лидер партии "Справедливая Россия – За Правду" Сергей Миронов выступил против предложений Минздрава РФ по решению проблемы дефицита медицинский кадров.

"Минздрав РФ предложил радикальный метод для решения проблемы дефицита кадров в отрасли: обязать выпускников профильных учебных заведений отработать некоторое время в больницах или поликлиниках, встроенных в систему госгарантий. Именно такие поправки министерство предлагает внести в федеральный закон "Об образовании в Российской Федерации"... Если смотреть на ситуацию с практической точки зрения, к предложению Минздрава возникает ряд вопросов", - сообщил РИА Новости [Миронов](https://ria.ru/person_Sergejj_Mironov/).

Он отметил, что согласно поправкам министерства, для врачей отработка будет три года, а для среднего медперсонала – два. По словам лидера эсеров, эта идея, "вброшенная в общественный дискурс", вызвала противоречивые суждения. "Во-первых, выпускникам предлагается в течение года после окончания учебы устроиться в одну из клиник, работающих в системе ОМС. При этом парни и девушки смогут самостоятельно выбрать регион и конкретное учреждение. И вот тут начинается интересное. В тексте проекта говорится, что "порядок и правила мониторинга трудоустройства граждан, завершивших обучение… устанавливаются правительством Российской Федерации". Какими они будут? Этого мы пока не знаем. Но ведь именно в них вся соль", - сказал Миронов.

Он подчеркнул, что отработать три года в [Москве](https://ria.ru/location_Moskva/) или в другом регионе [России](https://ria.ru/location_rossiyskaya-federatsiya/), например, в [Саранске](https://ria.ru/location_Saransk/) — это совсем не одно и то же, равно как и не вполне равноценна по условиям работа в областной столице и в отдаленном селе, и если молодым специалистам планируется предоставить право выбора, то очевидно, что они будут искать предложения с лучшими условиями. Поэтому, по мнению депутата [Госдумы](https://ria.ru/organization_Gosudarstvennaja_Duma_RF/), необходимо продумать механизм защиты от злоупотреблений, иначе высок риск создания "черного рынка" выгодных вакансий.

"Во-вторых, среди предлагаемых мер я пока вижу только кнут – существенные штрафы для тех, кто рискнет нарушить требование о трудоустройстве в соответствующее медучреждение. И это правильно: нарушителей закона необходимо наказывать. Но ведь должен же быть и пряник! Таким пряником, кстати, вполне может стать скорейшее введение единой для всей страны системы оплаты труда медработников – тогда, собственно, молодым специалистам не нужно будет выбирать между хорошим и плохим. Да и почвы для возможных злоупотреблений практически не останется", - добавил Миронов.

Парламентарий заключил, что регионы для привлечения лучших, смогут "нанизывать" на единую методику расчета зарплат собственные "плюшки": к примеру, льготное выделение жилья или земельных участков, которые спустя время можно оформить в собственность, и тогда предлагаемая система будет "эффективной, сбалансированной и справедливой".

<https://ria.ru/20250214/vrachi-1999397759.html?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch>

**Минздрав и Счетная палата обсудили подходы к формированию тарифов ОМС. Главные тезисы**

На прошедшем 12 февраля заседании Комитета Госдумы по охране здоровья зампредседателя Счетной палаты (СП) РФ Галина Изотова представила депутатам результаты аудита тарифной политики в системе ОМС. Основными недостатками, как считают в СП, являются несбалансированность размера тарифов между регионами и видами медпомощи, а также дефекты и пробелы в методике их формирования. На тезисы Галины Изотовой на мероприятии ответил первый замминистра здравоохранения РФ Владимир Зеленский, курирующий в ведомстве развитие отечественной системы ОМС. Главные тезисы межведомственной дискуссии – в обзоре Vademecum.

Отчет, содержащий подробные выводы, СП передала на изучение в Правительство, Минздрав, Минфин, Совет Федерации и депутатам Госдумы. Для составления документа в СП рассмотрели тарифы в разрезе видов медпомощи: специализированной (система КСГ), высокотехнологичной (тарифы ВМП), амбулаторной (подушевое финансирование), скорой медпомощи, а также диагностики.

Методика формирования тарифов

В сегменте спецмедпомощи, например, выяснилось, что размеры КСГ в сопоставимых регионах существенно отличаются, в целом по РФ отсутствует методика формирования КСГ и расчета коэффициента затратоемкости, а количества КСГ, по сравнению со странами с аналогичной системой оплаты медпомощи, недостаточно.

Решение этих и других проблем аудиторы видят в подключении к формированию и просчету тарифов Федеральной антимонопольной службы. Также среди общих предложений Счетной палаты – изменение подходов к формированию тарифов.

Владимир Зеленский согласился 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. По его словам, важно соблюсти баланс, когда Минздрав устанавливает федеральные рекомендации, а регионы их интерпретируют в зависимости от своих особенностей.

Об изменении методики формирования тарифов Зеленский высказался сдержанно: «Наша политика консервативна». Из-за большого количества участников системы здравоохранения потребуется провести глубокий и масштабный анализ системы, отметил он, поскольку любые изменения скажутся на финансовом благополучии отдельно взятой клиники.

Чуть позже замминистра также вернулся к вопросу нехватки количества КСГ и сказал, что «делить до бесконечности» и максимально детализировать тарифы «было бы странно», учитывая, что групп уже более тысячи: «дальнейшая детализация требует большого переосмысления и анализа».

Недофинансирование медпомощи

Еще одним якорным тезисом выступления Галины Изотовой стало недофинансирование секторов здравоохранения, из-за того что бюджет ФФОМС и федбюджет принимаются до утверждения программы госгарантий на соответствующий год и не учитывают потребности этого документа. Особенно ситуация проявилась в амбулаторной медпомощи, куда средства ОМС поступают, по наблюдениям СП, «по остаточному принципу», после закрытия потребностей в стационарном звене.

Фразу «остаточный принцип» Владимир Зеленский предложил интерпретировать как «принцип сбалансированности бюджета». В качестве примера того, что уже сделано Минздравом в направлении ликвидации пробела, он привел введенный в 2025 году [**запрет**](https://vademec.ru/news/2025/01/13/pravitelstvo-utverdilo-programmu-gosgarantiy-na-2025-god-glavnoe/) на отправку целевых средств по сегменту скорой помощи на другие направления. Минздрав РФ в целом прорабатывает идею сделать «целевыми» отдельные направления расходов медпомощи и сейчас обсуждает введение такого же ограничения и на финансирование профилактических мероприятий.

Маржинальность тарифов

Зеленский назвал тезис отчета СП о недостаточности ряда тарифов и КСГ «дискутабельным» и предложил сосредоточиться на проблеме, с которой в министерстве согласны. Она заключается в том, что клиники могут искусственно «выбирать» наиболее дешевые схемы лекарственной терапии при высокой стоимости КСГ для получения маржинальности тарифа. Эту проблему Минздрав планирует исправить, хотя бы отчасти, с 2026 года, когда оплата некоторых видов химиотерапии [**будет происходить**](https://vademec.ru/news/2024/12/17/kliniki-stanut-otchityvatsya-o-realnom-potreblenii-khimiopreparatov-po-oms/) не по усредненному ценнику, а по фактическому потреблению препарата.

Инвестиционная составляющая тарифов

В ходе дискуссии эксперты затронули еще одну тему – возможность направлять средства ОМС на развитие клиник, закупку оборудования и другие цели. Владимир Зеленский напомнил, что, несмотря на то что тариф ОМС не предполагает прибыли, Минздрав пошел навстречу клиникам и с 2024 года [**разрешил**](https://vademec.ru/news/%3E/news/2023/12/15/gosduma-povysila-v-chetyre-raza-limit-na-zakupku-oborudovaniya-po-oms/) направлять остатки средств ОМС на ряд дополнительных мероприятий, которых нет в структуре тарифа ОМС. Сейчас ведомство апробирует эту схему и ждет первых результатов.

Включение в тарифы ОМС инвестиционной составляющей должно быть согласовано Минфином, поскольку в этом случае придется увеличивать страховые взносы и расходы субъектов на страхование неработающего населения.

Тарифы на ВМП

Недостатком существующей системы формирования [**тарифов ВМП**](https://vademec.ru/news/2025/01/16/kakie-klyuchevye-izmeneniya-proizoshli-v-spiskakh-vmp-na-2025-god-obzor/) в Счетной палате называют ограниченный перечень федеральных медцентров, на основании данных от которых формируется средний норматив затрат на один случай лечения. Кроме того, использование в расчетах сведений от учреждений Москвы приводит к завышению расценок.

Данные медорганизации Минздрав использует как референтные, парировал Зеленский. В случае использования расчетов по региональным клиникам федеральный центр рискует получить необъективные результаты, поскольку именно национальные медцентры первыми апробируют и внедряют в практику все передовые методы лечения, а также проводят операции по высоким стандартам.

<https://vademec.ru/news/2025/02/13/minzdrav-i-schetnaya-palata-obsudili-podkhody-k-formirovaniyu-tarifov-oms-glavnye-tezisy/>

**Депутаты предложили ограничить доходы страховых компаний от штрафов больниц**

В Госдуму внесен законопроект, ограничивающий возможность страховых медицинских компаний зарабатывать на штрафах. Речь идет о финансовых санкциях, которые назначаются медорганизациям за нарушения при оказании помощи по итогам проверок.

Группа депутатов из фракции «Новые люди» внесла в Госдуму законопроект об ограничении возможности страховых компаний использовать в качестве собственных средств доходы от штрафов, назначенных клиникам в ходе контрольных мероприятий. Поправки [предлагается внести](https://sozd.duma.gov.ru/bill/838423-8) в закон № 326-ФЗ «Об ОМС».

В 2023 году страховые медицинские организации (СМО) получили от финансовых санкций по результатам проверок медорганизаций больше 2 млрд руб. С 2021 по 2023 год сумма выросла на 65%, с 1,23 млрд руб., следует из ответа Федерального фонда ОМС (ФОМС) на депутатский запрос.

При этом, по данным авторов законопроекта, в виде штрафов от проверенных медорганизаций в СМО поступило в 2023 году 470,7 млн руб., что на 70,6% больше по сравнению с 2021 годом. Депутаты считают, что такой рост может свидетельствовать о возможных злоупотреблениях со стороны страховщиков.

Такая практика, полагают депутаты, с одной стороны, снижает эффективность использования средств ОМС, а с другой — может ухудшать финансовое положение медорганизаций и доступность бесплатной медпомощи. Полученные от штрафов средства следует направлять в нормированный страховой запас (НСЗ) территориальных фондов ОМС (ТФОМС), чтобы они передавали их на программы дополнительного профобразования и повышения квалификации медработников, а также на приобретение и ремонт медицинского оборудования.

Во Всероссийском союзе страховщиков (ВСС) «МВ» подтвердили, что осведомлены о подготовке законопроекта и готовят разъяснения по нему. На проблему чрезмерных штрафов недавно обратили внимание в Госдуме — депутаты[попросили](https://medvestnik.ru/content/news/Badma-Bashankaev-poprosil-strahovshikov-ne-koshmarit-melkie-bolnicy.html) страховщиков учитывать оснащение небольших больниц при назначении санкций. Налагаемые штрафы не должны ухудшать ситуацию с кредиторской задолженностью медорганизаций, заявил тогда замглавы Комитета по охране здоровья **Бадма Башанкаев**.

Ранее вице-президент ВСС [**Роман Щеглеватых**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Sheglevatyh-Roman-Vyacheslavovich.html) сообщил в интервью «МВ», что вопреки распространенному мнению объем штрафных санкций на протяжении многих лет [не превышает](https://medvestnik.ru/content/interviews/Roman-Sheglevatyh-effektivnost-raboty-medstrahovshikov-povysyat-vnutrennie-standarty-kachestva.html?utm_source=main&utm_medium=center-4) 2% от поступающих в распоряжение СМО средств. То есть контроль проводится исключительно в интересах пациентов и не приносит сверхдоходов страховой компании. Он отметил, что следует разделять санкции и штрафы. Санкции — это неоплата или неполная оплата медпомощи. Эти средства СМО не забирают себе — они остаются в системе ОМС и поступают в медорганизации для оплаты оказанной помощи. По данным представителя ВСС, доля санкций в системе ОМС составляла в 2024 году около 85%, примерно 16,5 млрд руб.

«Штрафы накладываются на медорганизации за существенные нарушения при оказании помощи. Например, при невыполнении, несвоевременном или ненадлежащем выполнении необходимых пациенту диагностических или лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями, которые привели к ухудшению здоровья, инвалидизации, летальному исходу. То есть это не формальные нарушения», — подчеркнул Щеглеватых.

<https://medvestnik.ru/content/news/Deputaty-predlojili-ogranichit-dohody-strahovyh-kompanii-ot-shtrafov-bolnic.html>

**МИНЗДРАВ/ФОМС**

**Минздрав установит новые критерии оценки качества медпомощи**

Новые критерии оценки качества медицинской помощи, разработанные Минздравом России на основе клинических рекомендаций, вступят в силу с 1 сентября 2025 года.

Минздрав разработал новые [критерии оценки](https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=154682) качества медицинской помощи и [Порядок экспертизы](https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=154639) качества медпомощи (ЭКМП), за исключением помощи, оказываемой в соответствии с законодательством РФ об обязательном медицинском страховании (ОМС). Проекты документов опубликованы на портале regulation.gov.ru.

Планируется, что новые критерии оценки качества медпомощи начнут действовать с 1 сентября 2025 года, тогда же утратит силу аналогичный приказ Минздрава № 203н от 10.05.2017. Необходимость этого ведомство объясняет актуализацией действующих клинических рекомендаций (КР). «Критерии оценки качества формируются по группам заболеваний или состояний ‎на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций», сказано в документе.

При этом, как пояснили в пресс-службе Минздрава, за врачом будет сохранено право выбора из предложенных ему в КР методов диагностики и лечения, схем лекарственной терапии наиболее подходящие пациенту с учетом его состояния, а также возможность направить пациента в другую медорганизацию, в том числе федеральную.

Экспертизу качества медицинской помощи планируется проводить по новому Порядку в целях государственного и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности. ЭКМП в рамках госконтроля должна проводиться аттестованными экспертами, привлекаемыми Росздравнадзором, в рамках ведомственного контроля – привлеченными федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ учеными и специалистами.

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-ustanovit-novye-kriterii-ocenki-kachestva-medpomoshi.html>

**Минздрав направил в регионы разъяснения по формированию программ госгарантий**

Минздрав и Федеральный фонд ОМС разослали в регионы письмо с разъяснениями по формированию и экономическому обоснованию территориальных программ госгарантий на 2025 год и плановый период 2026 и 2027 годов. На минувшей неделе в Госдуме критиковали занижение расходов на первичную медицинскую помощь в субъектах.

Минздрав и Федеральный фонд ОМС (ФОМС) выпустили совместные разъяснения о методике формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025—2027 годы. Документ [доступен](https://medvestnik.ru/content/documents/31-2-I-2-2286-ot-11-02-2025.html) на «МВ».

Как следует из разъяснений, подушевой норматив финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на одного жителя (без учета расходов федерального бюджета) в 2025 году составляет 5053,8 руб., в 2026 – 5468,4 руб. и в 2027 – 5795,3 руб. При этом должны учитываться региональные особенности и коэффициенты дифференциации и доступности медпомощи.

Утвержденная стоимость территориальной программы должна соответствовать расчетной потребности по обеспечению граждан бесплатной медпомощью, не включенной в территориальную программу ОМС, а также выполнению дополнительных социальных льгот и гарантий.

Отдельно оговаривается, что при оказании помощи в рамках территориальной программы ОМС недопустимо замещение гарантированных бесплатных медуслуг платными. В связи с этим рекомендуется информировать население о перечне заболеваний и состояний, а также диагностических обследованиях, которые входят в ОМС, их сроках и объемах. Прежняя версия письма не оговаривала отдельно этот момент.

Некоторые нормативы объема медпомощи и финансовых затрат в федеральной Программе госгарантий на 2025 год были увеличены. При этом средние нормативы объема медпомощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований, остались на уровне текущего года, [писал](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-predstavil-proekt-Programmy-gosgarantii-na-2025-god.html)«МВ».

В конце января Минздрав [включил](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-proverit-nalichie-lgotnyh-lekarstv-v-territorialnyh-programmah-gosgarantii.html) перечни льготных препаратов в критерии оценки территориальных программ госгарантий. Ведомство будет мониторить соответствие объема таких лекарств Перечню ЖНВЛП. А на минувшей неделе стало известно, что к расчетам тарифов в системе ОМС могут подключить Федеральную антимонопольную службу (ФАС). Инициатива принадлежит Счетной палате РФ. Наибольшую обеспокоенность у контрольного ведомства вызывает первичная медико-санитарная помощь — в ведомстве считают, что в субъектах их рассчитывают по остаточному принципу.

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-napravil-v-regiony-razyasneniya-po-formirovaniu-programm-gosgarantii.html>

**Минздрав хочет изменить правила прикрепления к поликлиникам**

Министерство здравоохранения предложило распространить по всей России возможность прикрепляться к поликлинике через «Госуслуги». В 2022 году услуга стала доступна для жителей 29 регионов.

Соответствующий [проект](https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=154648) приказа Минздрава опубликован на портале проектов правовых актов. Если документ утвердят, он вступит в силу с 1 сентября 2025 года.

Согласно проекту приказа, возможность подать заявление в бумажном виде при личном обращении в поликлинику сохранится. Заявление, поданное через «Госуслуги», будет заверяться неквалифицированной электронной подписью. Для онлайн-прикрепления к поликлинике необходимо предоставить данные паспорта, номер полиса ОМС и СНИЛС.

В 2022 году Минцифры, которое запустило сервис онлайн-прикрепления к поликлинике совместно с Минздравом, [уточняло](https://digital.gov.ru/ru/events/41689/), что сменить медицинское учреждение в своем регионе можно раз в год. При переезде в другой регион или ликвидации страховой компании ограничение не действует.

<https://www.kommersant.ru/doc/7513427?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch>

# **До 20% мест по целевому набору в медвузах России оставались незаполненными в прошлом году**

В ходе прошлогодней приемной кампании региональные медицинские вузы испытали серьезную проблему с закрытием целевых квот на обучение, несмотря на высокие конкурсы. В некоторых случаях недобор превышал 20% даже при том, что необходимый минимум баллов для зачисления по целевому приему в большинстве вузов оказался значительно ниже, чем по основному конкурсу.

Несмотря на растущую популярность медицинского образования, недобор на целевые места в региональных вузах в ходе приемной кампании 2024/2025 года достигал 20% и более, [пишут](https://iz.ru/1835606/sergei-guranov/klin-klinikoi-medvuzy-ispytyvaut-sloznosti-s-celevym-naborom) «Известия» со ссылкой на собственный анализ приказов о зачислении.

Так, в Пермском медицинском университете на «Лечебное дело» планировалось набрать по целевому направлению 285 студентов, но поступили только 222. На «Педиатрию» зачислено 88 абитуриентов вместо планируемых 135. Для поступления на специальность «Лечебное дело» по целевому набору оказалось достаточно 133 баллов. Для сравнения: минимальный балл по основному набору — 231.

В Ростовском государственном медицинском университете из 410 мест по направлению «Лечебное дело» 323 были отданы целевикам. Из них зачисленными оказались только 246 поступавших. Низший балл, с которым удалось поступить абитуриенту-целевику, — 140. В то же время по общему конкурсу взяли всего 18 человек, и здесь самый низкий проходной балл был 263. В «Педиатрии» аналогичные показатели: из 259 целевых мест занято 246, а низший балл — 125 (по общему конкурсу — 254 балла).

В Дальневосточном государственном медуниверситете по целевым договорам запланировали обучение 115 будущих врачей, но зачислены были 103. А низший балл при поступлении составил всего 125 против 217 в общем конкурсе. Практически полностью выполнил план Красноярский госмедуниверситет — там недобор целевиков на специальность «Лечебное дело» совсем небольшой — зачислено 225 из 235. Но и тут видна огромная разница в качестве абитуриентов по общему конкурсу и целевой квоте: нижний проходной балл в общем конкурсе 255 против 125 — у целевиков.

Как отмечает профессор Института образования НИУ ВШЭ **Ирина Абанкина**, значительная часть первокурсников, поступивших по целевым договорам, отчисляется на первом-втором году учебы, так как они не справляются с программой. «Ребята там очевидно слабее. Многие из них не осваивают образовательные программы, их подготовки не хватает», — сказала она.

Как сообщила «МВ» директор по развитию ООО «Фокус-М», председатель комиссии по лабораторной диагностике Московского отделения «Опоры России» **Евгения Ермолаева**, проблема с кадрами в медицине действительно серьезная. Из-за этого в поликлиниках и больницах, особенно небольших городов, даже если они будут оборудованы самой современной диагностической техникой, может сложиться ситуация, при которой работать на ней будет некому.

Одним из решений этой проблемы виделся целевой набор, но молодому врачу необходимо создать достойные условия работы и возможность профессионально развиваться. Поэтому важны материально-техническая база больниц, чистые отремонтированные кабинеты, современное оборудование. Кроме того, значимым фактором остаются условия для профессионального роста – возможность молодого специалиста участвовать в профильных конференциях, повышать квалификацию, отметила Ермолаева.

В марте прошлого года Минздрав поручил ректорам провести [мониторинг](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-rassmotrit-vvedenie-dopolnitelnyh-ispytanii-pri-prieme-v-medvuzy.html) причин отчисления обучающихся и оценить «целесообразность введения обязательного дополнительного вступительного испытания профильной направленности для поступающих на обучение по программам специалитета, чтобы принимать на обучение наиболее подготовленных абитуриентов». Также от них ждали предложений по популяризации маловостребованных у студентов специальностей ординатуры.

Ранее в ведомстве [раскрыли](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-obyasnil-dvukratnye-shtrafy-za-otkaz-ot-otrabotki-zloupotrebleniyami.html) причину введения повышенных штрафов за отказ от обязательной отработки выпускников бюджетных отделений медвузов и колледжей в государственных медучреждениях. Сложилась практика, когда абитуриенты, поступая на первый курс по целевому договору, изначально не планируют работать по направлению и фактически пользуются беспроцентной рассрочкой на обучение. В случае принятия законопроекта теперь в случае отказа они должны будут компенсировать стоимость обучения в двойном размере.

Регулятор анонсировал [инициативу](https://medvestnik.ru/content/news/V-Gosdume-vystupili-protiv-obyazatelnogo-raspredeleniya-vrachei-do-resheniya-voprosa-s-zarplatami.html), предусматривающую обязательную отработку для выпускников бюджетных отделений медицинских вузов и колледжей в течение двух-трех лет, на прошлой неделе. Предполагается, что выпускник сможет сам выбирать себе регион и медицинскую организацию, участвующую в реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Этим новая система будет отличаться от советской модели распределения. При этом нормы закона о целевом обучении также будут действовать. В пояснительной записке говорилось, что сейчас 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%.

https://medvestnik.ru/content/news/Do-20-mest-po-celevomu-naboru-v-medvuzah-Rossii-ostavalis-nezapolnennymi-v-proshlom-godu.html

**Баланин рассказал об увеличении объемов медпомощи для застрахованных в ОМС**

С начала текущего года в России стартовал национальный проект «Продолжительная и активная жизнь». В рамках его реализации акцент сделан на борьбу с онкологическими, сердечно-сосудистыми и другими заболеваниями — эти меры направлены на увеличение продолжительности жизни граждан.

Для достижения поставленных целей Правительство РФ расширило Программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи на 2025, 2026 и 2027 годы.

В новом регулировании предусмотрены дополнительные меры поддержки для участников специальной военной операции, которым необходима медицинская помощь, также будет проводиться оценка репродуктивного здоровья будущих родителей и ряд других значительных инициатив, пишет [kp.ru](https://www.kp.ru/daily/27659/5048028/).

В частности, запланировано увеличение финансирования службы скорой помощи на 16,5% по сравнению с прошлым годом, на амбулаторно-поликлиническую помощь — на 12,9%, на лечение в дневных стационарах — на 7,7% и в круглосуточных медицинских учреждениях — на 22,4%.

«Средства на реализацию программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в полном объеме предусмотрены в бюджете фонда на текущий год, это значит, что застрахованным в ОМС обеспечен доступ к качественной медицинской помощи, включая профилактику, диагностику, восстановление и лечение, своевременно и в необходимом объеме», — отметил председатель Федерального фонда ОМС Илья Баланин.

В этом году в рамках Программы государственных гарантий (ПГГ) запланировано выделение средств на диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры для более чем 100 миллионов граждан Российской Федерации. В этот перечень входят обследования, стоимость которых в частных клиниках может быть довольно высокой.

Одно из нововведений текущего года — добавление скрининга на вирусный гепатит С, который теперь смогут проходить мужчины и женщины с 25 лет раз в десять лет в рамках диспансеризации.

Заболевания сердечно-сосудистой системы, такие как инфаркты и инсульты, продолжают быть главной причиной преждевременной смертности. В связи с этим в рамках ПГГ значительно расширено количество медицинских услуг для пациентов с подобными недугами, что обеспечит более широкий доступ к жизненно важным операциям.

Система медицинской поддержки для будущих родителей также продолжает развиваться. В процессе диспансеризации проводятся профилактические обследования, которые помогают оценить репродуктивное здоровье как мужчин, так и женщин.

Кроме того, в Программе государственных гарантий был добавлен новый раздел «Порядок оказания медицинской помощи определенным категориям ветеранов боевых действий».

В этом году также увеличено финансирование на медицинскую реабилитацию, расширяется применение искусственного интеллекта в диагностике, а для поддержки здорового образа жизни по всей стране активно развивается система центров здоровья.

<https://newstracker.ru/news/2025-02-13/balanin-rasskazal-ob-uvelichenii-ob-emov-medpomoschi-dlya-zastrahovannyh-v-oms-5322495?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch>

**ФОМС: Кредиторская задолженность медорганизаций значительно снизилась**

По данным на 1 января 2025 года количество организаций, имеющих просроченную кредиторскую задолженность, составляет 6 процентов от числа медорганизаций, работающих в системе ОМС. Об этом заявил председатель Федерального фонда ОМС Илья Баланин на заседании Комитета Госдумы по охране здоровья 12 февраля.

По итогам 2024 года финансовое состояние медицинских организаций улучшилось, заявил Баланин. За предыдущий год просроченная кредиторская задолженность таких организаций сократилась почти на 25 процентов, добавил он.

«На сегодня, на 1 января, просроченная кредиторская задолженность составляет чуть больше 12 миллиардов рублей, — дополнил Баланин. — Притом что у нас субвенция в 2025 году 3,6 триллиона рублей. По отношению к этой сумме она незначительная. То есть количество организаций, имеющих просроченную кредиторскую задолженность, составляет всего лишь 6 процентов от медорганизаций, работающих в системе ОМС».

Баланин напомнил, что год назад задолженность составляла 10 процентов и ее сокращение до шести процентов говорит о том, что применяемая тарифная политика адекватная и покрывает основные затраты медицинских организаций на оказанную медицинскую помощь.

Баланин заверил, что фонд совершенствует тарифную политику. Например, средства, выделенные и полученные медорганизацией на скорую помощь, не могут расходоваться на другие виды помощи.

«Это тоже в том числе было ваше предложение, которое мы с вами обсуждали на комитете в 2024 году. Коллеги, мы готовы и дальше обсуждать эти предложения, но действительно, наша задача в том числе не довести до абсурда ситуацию с тарифами и их формированием», — обратился Баланин к участникам совещания.

Он подчеркнул, что полномочия по установлению конкретных тарифов на оплату медицинской помощи — полномочия региональные. По его мнению, чтобы урегулировать их неравномерность в регионах профильные ведомства, законодатели должны совместно задавать основные подходы к расчетам тарифов и установлению объемов.

Подробнее в ПГ: <https://www.pnp.ru/social/glava-fonda-oms-balanin-kreditorskaya-zadolzhennost-medorganizaciy-znachitelno-snizilas.html?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch>

**РАЗНОЕ**

**Опрос: 47% медиков не заметили изменений в работе после перехода на клинрекомендации**

Профессиональная соцсеть «Врачи РФ» провела опрос среди медиков с целью выяснить, как изменилась их работа после введения обязательных клинических рекомендаций (КР) и как врачи реагируют на новшества. Из всех респондентов 47% отметили, что в их клиниках никаких изменений не произошло, несмотря на то что официально с 1 января все должны работать по КР. Причем больше половины врачей до сих пор не понимают сути приказов Минздрава и не представляют, что нужно изменить в работе.

Опрос [**проходил**](https://vrachirf.ru/company-announce-single/158265) на сайте «Врачи РФ». Участниками стали 580 врачей из разных регионов, из них 317 работают в поликлиниках: 144 – в бюджетных региональных, 99 – в частных, 60 – в бюджетных федеральных и 14 – в ведомственных. Еще 193 респондента трудоустроены в стационарах, из них 123 – в бюджетных региональных, 50 – в бюджетных федеральных, 14 – в ведомственных, 6 – в частных. Сразу в нескольких учебных учреждениях работают 70 участников опроса.

«Если кратко о результатах: нас удивило отсутствие существенных различий в работе регионов, в частных и бюджетных учреждениях, амбулаторном и стационарном звене», – отметили составители опроса.

Согласно результатам, 32% респондентов признались, что на планерках регулярно слушают наставления руководителей об обязательности КР. Только 17% врачей уверяют, что знают о существовании в медучреждении соответствующего приказа об изменениях в работе. Аналитики утверждают, что соответствующая картина наблюдается практических во всех регионах, в том числе в Москве и Санкт-Петербурге, где руководители медучреждений не изменили требований к работе своих подчиненных.

Интерактивные образовательные модули (ИОМы) по клинрекомендациям освоили только 27% опрошенных, частично изучили их 57%, а еще 11% полностью проигнорировали приказ Минздрава. В комментариях к вопросу медики поясняли, что пройти ИОМы «подростку удалось с помощью бота», у некоторых нет на это времени, а другие проходят их, так как «руководство заставляет».

Почти половина медиков (42%) признались, что не стали ничего менять в своей работе, еще 36% уточнили, что «стали посматривать» в клинические рекомендации и несколько изменили свой подход к ведению пациентов. Всего 10% респондентов утверждают, что стали лечить строго по КР.

Авторы опроса поинтересовались у врачей, как их сотрудники реагируют на нововведения. 80% респондентов заявили, что «коллеги упорно имитируют бурную работу по клинрекам, но в работе ничего не изменили», еще 11% считают, что сотрудники игнорируют нововведения и даже поговаривают об увольнении. Только 7% утверждают, что их коллеги «послушно следуют клинрекам», а 2% сообщают об увольнениях врачей в связи с изменениями.

Больше половины медиков, участвующих в опросе, не понимают сути приказов Минздрава, не представляют, что нужно изменить в работе. У 22% респондентов нет вопросов к требованиям ведомства. Еще 15% врачей утверждают, что всегда следовали КР, поэтому спокойно продолжают работать.

С проверками работы по новым правилам большинство еще не сталкивались – так ответили 76% участников опроса. В то же время 17% врачей сообщили о внутренних проверках в своих медучреждениях, в том числе в частных клиниках. Еще 4% знают о том, что их руководство готовило документы по запросу Минздрава, но проверок пока не было.

«Большинство считает, что строгое следование клинрекомендациям не предусматривают индивидуального подхода к пациенту. Примерно столько же врачей обеспокоены отсутствием диагностического оборудования, медикаментов и других ресурсов в своем медучреждении. Например, не в каждой бюджетной поликлинике или больнице, особенно в регионах, есть магнитно-резонансные томографы. На этот серьезный недостаток указали даже врачи из лечебных учреждений крупных городов», – следует из результатов опроса.

В 2024 году профессиональные объединения и Минздрав обновили 261 КР и выпустили 120 новых документов. План на 2025 год – обновление 106 и выпуск порядка 160 рекомендаций. С учетом потерявших актуальность и объединенных рекомендаций к концу 2025 года в рубрикаторе [**должно быть**](https://vademec.ru/news/2025/01/28/minzdrav-zaplaniroval-za-god-narastit-na-25-chislo-utverzhdennykh-klinrekomendatsiy/) 700 КР.

Новость о вступлении в силу положения № 323-ФЗ об обязательном статусе клинических рекомендаций вызвала в конце 2024 года широкий резонанс в обществе и профессиональной среде. Врачи и депутаты Госдумы потребовали от Минздрава ответить на сомнение в их юридическом статусе и степени обязательности этих документов. Юристы в свою очередь подтвердили, что рекомендации уже давно обязательны для выполнения с точки зрения судебной практики. Подробнее об обстоятельствах обновления федерального законодательства и мнения сторон – в [**материале**](https://vademec.ru/article/direktivnyy_serial-_gotova_li_industriya_nachat_s_1_yanvarya_2025_goda_rabotat_po_klinicheskim_rekom/) Vademecum.

<https://vademec.ru/news/2025/02/11/opros-47-medikov-ne-zametili-izmeneniy-v-rabote-posle-perekhoda-na-klinreki/>