****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период с 7 по 13 октября 2024 года)**

**ПРАВИТЕЛЬСТВО/ГД/СФ**

**Правительству предложили разрешить медикам приватизировать служебные квартиры**

Глава фракции «Справедливая Россия – За правду» Сергей Миронов обратился к Правительству РФ с просьбой разрешить медработникам приватизировать квартиры, выданные им на время за государственный счет. Целью такой инициативы парламентарий назвал улучшение престижа профессии.

Ссылаясь на доклад Высшей школы экономики «Российское здравоохранение», Миронов заявил, что в отечественной системе здравоохранения отмечается увеличение кадрового дефицита. В докладе сказано, что число врачей в госмедучреждениях снизилось с 608,7 тысячи в 2000 году до 541,5 тысячи в 2022-м. Тенденцию к сокращению имеет и численность среднего медперсонала.

Согласно докладу, это говорит о перемещении медработников из государственного в другие секторы – на данный момент около 28% врачей и 18% среднего медицинского персонала работают в частных и ведомственных медорганизациях.

Миронов подчеркнул, что особенно чувствительным для населения является дефицит врачей участковой службы (врачей-терапевтов, педиатров, врачей общей практики). В 2023 году укомплектованность медучреждений участковыми врачами составляла 79,1%.

«Для повышения престижа профессии и решения проблемы дефицита врачей необходимо ввести программу предоставления бесплатного жилья медицинским работникам. В первый год после трудоустройства жилье нужно предоставлять в рамках соцнайма, а потом разрешить его приватизировать через пять лет после начала работы в медучреждении», – полагает Миронов.

Депутат сообщил, что такая практика положительно зарекомендовала себя в Новгородской области, где ее реализуют по проекту «Развитие здравоохранения до 2025 года». Возможность приватизации квартир привела к снижению дефицита медицинских кадров в регионе.

О необходимости разрешить медикам приватизировать жилье, выданное государством, говорил в 2019 году и бывший тогда премьер-министром РФ Дмитрий Медведев. Он [**поручил**](https://vademec.ru/news/2019/04/30/medvedev-poruchil-rassmotret-vozmozhnost-privatizatsii-sluzhebnogo-zhilya-medikami/) Минздраву и Минэкономразвития рассмотреть возможность приватизации служебного жилья медработниками. Среди условий – продолжение работы на том же месте. Публично о ходе реализации поручения не сообщалось.

Приватизация служебного жилья медработниками на данный момент регулируется региональным законодательством. Например, в Ленинградской области для привлечения медкадров в регион [**закупаются**](https://t.me/vademecum_live/9721%20) служебные квартиры – в 2023 году власти приобрели 50 квартир. Губернатор области Александр Дрозденко отмечал, что обеспечение врачей жильем является серьезным подспорьем, поэтому необходимо сократить срок приватизации служебных помещений для медиков с 10 до 7 лет.

Глава фракции «Справедливая Россия – За правду» Сергей Миронов обратился к Правительству РФ с просьбой разрешить медработникам приватизировать квартиры, выданные им на время за государственный счет. Целью такой инициативы парламентарий назвал улучшение престижа профессии.

О необходимости разрешить медикам приватизировать жилье, выданное государством, говорил в 2019 году и бывший тогда премьер-министром РФ Дмитрий Медведев. Он [**поручил**](https://vademec.ru/news/2019/04/30/medvedev-poruchil-rassmotret-vozmozhnost-privatizatsii-sluzhebnogo-zhilya-medikami/) Минздраву и Минэкономразвития рассмотреть возможность приватизации служебного жилья медработниками. Среди условий – продолжение работы на том же месте. Публично о ходе реализации поручения не сообщалось.

Приватизация служебного жилья медработниками на данный момент регулируется региональным законодательством. Например, в Ленинградской области для привлечения медкадров в регион [**закупаются**](https://t.me/vademecum_live/9721%20) служебные квартиры – в 2023 году власти приобрели 50 квартир. Губернатор области Александр Дрозденко отмечал, что обеспечение врачей жильем является серьезным подспорьем, поэтому необходимо сократить срок приватизации служебных помещений для медиков с 10 до 7 лет.

<https://vademec.ru/news/2024/10/09/pravitelstvu-predlozhili-razreshit-medikam-privatizirovat-sluzhebnye-kvartiry/>

**МИНЗДРАВ/ФОМС**

**Стандарты медпомощи исключили из контроля качества лечения**

Минздрав РФ внес поправки сразу в два системообразующих документа в сфере ОМС – Правила ОМС и Приказ о контроле объемов и качества оказания медпомощи, исключив из регламентов стандарты медпомощи как шаблоны для проверки полноты проведенного лечения и диагностики. В профсообществе нередко указывали на то, что стандарты имеют сугубо финансовое значение, хотя в судах, надзорных ведомствах и правоохранительных органах часто ссылались на эти документы в оценке проведенных манипуляций. Со временем роль стандартов в контроле медпомощи, однако, снижалась, и отрасль окончательно перешла на работу по клиническим рекомендациям.

Сейчас №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья» предписывает оказывать медпомощь на основе клинических рекомендаций «с учетом» стандартов медпомощи. Данная формулировка, как обосновали в Минздраве корректировки двух приказов, означает необязательность стандартов для оказания медпомощи, а с 1 января 2020 года данные документы выбыли из госконтроля качества и безопасности меддеятельности.

Решение отказаться от учета стандартов в контроле медпомощи принято, «исходя из вариативности» их применения и их юридического статуса как документов, «которые не представляют собой обязательный алгоритм лечения конкретного заболевания (состояния), а выступают основой для планирования объемов и стоимости медицинской помощи».

Формулировки, связанные с обязательным учетом стандартов медпомощи, исключили из списка нарушений, за которые предусмотрены штрафы и иные санкции от аудиторов в сфере ОМС. До этого в Правилах ОМС фиксация неполного или некачественного лечения происходила как раз «на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи». То же изменение касается нарушений, связанных с предоставлением и назначением препаратов, кратность применения и дозировки которых также есть в стандартах.

Стандарт является медико-экономическим документом для формирования программы госгарантий и в том числе нужен для расчета стоимости одного случая лечения в системе клинико-статистических групп, содержит средние значения предоставления различных диагностических, терапевтических услуг и применения лекарств. Наполнением и формированием стандартов занимается ЦЭККМП Минздрава, затем министерство утверждает документ в форме официального приказа.

Практическая составляющая лечения и критерии качества медпомощи содержатся в клинических рекомендациях, которые с 2024 года [**имеют**](https://vademec.ru/news/2024/01/17/minzdrav-predstavil-novye-pravila-poetapnogo-perekhoda-na-klinicheskie-rekomendatsii/) статус обязательных для выполнения всеми клиниками (часть новых КР вступит в силу с 1 января 2025 года). Именно эти документы [**пришли на смену**](https://vademec.ru/news/2019/02/26/minzdrav-polozhit-klinicheskie-rekomendatsii-v-osnovu-standartov-medpomoshchi/) стандартам, изначально, на старте 2010-х, активно вводимых для контроля выполнения обязательных манипуляций.

*UPD. В новость от 21 июня 2024 года внесены изменения в связи с утверждением 4 октября 2024 года*[***проекта***](https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=148538#%20)*указанных корректировок.*

<https://vademec.ru/news/2024/06/21/standarty-medpomoshchi-isklyuchat-iz-kontrolya-kachestva-lecheniya/>

**Минздрав представил проект Программы госгарантий на 2025 год**

В Программе госгарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 увеличены некоторые нормативы объема медпомощи и финансовых затрат. При этом средние нормативы объема медпомощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований, остались на уровне текущего года.

Опубликован проект постановления правительства «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов». [Документ](https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=151526) с приложениями доступен на портале regulation.gov.ru.

Согласно пояснительной записке, нормативы базовой программы ОМС рассчитаны с учетом основных параметров сценарных условий прогноза социально-экономического развития РФ на предстоящую трехлетку (от 26.08.2024). По этому прогнозу индексация среднемесячной зарплаты работников составляла: на 2025 год – 113,2%, на 2026-й – 110,2%, на 2027-й – 108,3%. Инфляция прогнозируется на уровне 104,5%, 104%, 104% соответственно.

При расчете учтена структура расходов на заработную плату и прочие расходы исходя из фактических показателей 2023 года по данным годовой формы федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и об оказании медицинской помощи населению». Кроме того, предусмотрена дополнительная индексация до фактической заработной платы в 2024 году (рост на 117,8%).

Проект программы содержит ряд новых положений по сравнению ‎с [ПГГ 2024 года](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-predstavil-proekt-Programmy-gosgarantii-na-2024-god.html). Средние нормативы объема медпомощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований, сохранены на 2025 год на уровне текущего года, а на 2026–2027 годы планируется снижение нормативов для первичной специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях: на 0,7% — для посещений с профилактической и иными целями (0,725 посещения на 1 жителя) и обращений по заболеваниям (0,143 обращения на 1 жителя), а также на 2% для медпомощи в дневном стационаре (0,00096 случая лечения на 1 жителя). Нормативы объема специализированной медпомощи в стационарных условиях снижены на 1,4 %, до 0,0136 случая госпитализации на 1 жителя.

При этом средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медпомощи увеличены на 2025 год в среднем на 18%.

Средние нормативы объема медпомощи, оказываемой за счет средств ОМС, также скорректированы. Так, норматив на посещения в рамках профилактических медосмотров снижен на 14,3% по сравнению с 2024 годом, а на посещения в рамках диспансеризации – увеличен на 11,3%. Средние нормативы объема скорой медицинской помощи на 2025—2027 годы сохранены на уровне 2024 года и составляют 0,29 вызова на 1 застрахованного.

Дополнительно планируется выделить нормативы объема медпомощи и нормативы финансовых затрат на проведение диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья россиян. Этими мероприятиями предполагается охватить 32% от численности женщин и мужчин в возрасте 18—49 лет (19,4 млн человек). Расходы на эти цели составят в 2025 году 42,85 млрд руб.

Впервые в проекте ПГГ установлены нормативы объема медпомощи на посещения с профилактическими целями центров здоровья – 5% от работающего населения в 2025 году (3,2 млн человек). Расходы на эти цели запланированы на 2025 год в размере 4,4 млрд руб.

По сравнению с 2024 годом предусматривается увеличение на 18% среднего норматива объема медпомощи по профилю «Онкология»: в условиях дневных стационаров – с 0,011726 случая лечения в 2024 году до 0,013842 случая в 2025—2027 годах при стоимости 76 759,3 руб. на 2025 год; в условиях круглосуточного стационара – на 12,7%, с 0,010536 случая госпитализации до 0,011879 случая при стоимости 100 791,9 руб. на 2025 год.

Увеличен также норматив для оказания медпомощи пациентам с вирусным гепатитом С – в 2,5 раза, до 100 тыс. человек. Средние нормативы объема при экстракорпоральном оплодотворении (ЭКО) будут увеличены на 13,2%, до 0,000719 случая (в 2024 году – 0,000635 случая).

Впервые в проекте ПГГ на 2025 год установлены нормативы объема медпомощи и нормативы финансовых затрат по отдельным видам операций по профилю «Сердечно-сосудистая хирургия» в условиях круглосуточного стационара:

на стентирование коронарных артерий (за исключением федеральных медорганизаций, ФМО) средний норматив объема составит 0,002327 случая госпитализации, при средней стоимости 193 720,9 руб.;

на имплантацию частотно-адаптированного кардиостимулятора взрослым (за исключением ФМО) – 0,000430 случая госпитализации, при средней стоимости 254 744,6 руб.;

на эндоваскулярную деструкцию дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца – 0,000378 случая госпитализации, в том числе ФМО – 0,000189 случая, при средней стоимости 306 509,2 руб.;

на оперативные вмешательства на брахиоцефальных артериях (стентирование/эндартерэктомия) (за исключением ФМО) – 0,000472 случая госпитализации, при средней стоимости 199 504,5 руб.

Увеличены также на 4% по сравнению с текущими средние нормативы объема помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях, в дневном и круглосуточном стационарах.

В 2025 году в ПГГ включены новые методы оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медпомощи в рамках базовой программы ОМС:

замена нейростимуляторов и помп на постоянных источниках тока для нейростимуляции головного и спинного мозга, периферических нервов;

эндоваскулярная, хирургическая коррекция нарушений ритма сердца без имплантации кардиовертера-дефибриллятора;

мониторинг и периодическая реабилитация детей с хронической сердечной недостаточностью с имплантированными желудочковыми вспомогательными системами кровообращения длительного использования с проверкой функционирования и заменой внешних элементов;

мониторинг после имплантирования желудочковой вспомогательной системы длительного использования у взрослых;

комплексная медицинская реабилитация после протезирования нижних конечностей с установкой постоянного протеза.

Согласно планам Минфина, расходы федерального бюджета на здравоохранение в 2025 году [составят 1,86 трлн руб.](https://medvestnik.ru/content/news/Na-zdravoohranenie-iz-budjeta-vydelyat-v-2025-godu-1-86-trln-rublei.html) Расходы Федерального фонда ОМС вырастут на 15,4% по сравнению с текущими и впервые превысят 4 трлн руб., [сообщал «МВ»](https://medvestnik.ru/content/news/Rashody-FOMS-v-2025-godu-vpervye-prevysyat-4-trln-rublei.html).

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-predstavil-proekt-Programmy-gosgarantii-na-2025-god.html>

**Обновлены клинрекомендации по лечению хронической сердечной недостаточности**

Минздрав РФ обновил клинические рекомендации (КР) по лечению хронической сердечной недостаточности (ХСН). Документ заменит предыдущую версию КР, принятую в 2020 году. Среди прочего регулятор актуализировал сведения о смертности от заболевания, уточнил информацию о сопутствующих состояниях, способах реабилитации и другие аспекты.

Разработкой актуальной версии КР занималось Российское кардиологическое общество, Национальное общество по изучению сердечной недостаточности и заболеваний миокарда, Общество специалистов по сердечной недостаточности и Российское научное медицинское общество терапевтов. Обновленные КР начнут действовать с 1 января 2025 года в соответствии с Правилами поэтапного перехода медорганизаций к оказанию помощи на основе клинических рекомендаций.

Авторы новых КР включили в документ определение предстадии сердечной недостаточности – состояния, при котором у человека отсутствуют симптомы ХСН, но имеются признаки структурного или функционального поражения сердца. Также в КР указали, что под риском появления ХСН подразумевается наличие заболеваний и состояний с высоким риском развития патологии. Согласно документу, в России основными причинами развития ХСН выступают артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца. Комбинация этих патологий встречается у половины пациентов.

Также в новых КР появилось уточнение, что средняя годовая смертность среди пациентов с ХСН I–IV функционального класса составляет 6%, а среди пациентов с клинически выраженной ХСН – 12%. Период дожития пациентов с хронической сердечной недостаточностью на начальных стадиях составляет 8,4 года, на поздних – 3,8 года. Из обновленного варианта КР убрали ряд данных о таком состоянии, как сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса.

Кроме того, в документе прописали, что до 20% пациентов с сердечной недостаточностью имеют клинически значимую депрессию, которая может быть связана с ухудшением прогноза здоровья пациентов. Причем для коррекции состояния не рекомендуется применять трициклические антидепрессанты и нейролептики вследствие их высокой кардиотоксичности. Также в документ включили рекомендации по лечению клапанных пороков сердца у пациентов с ХСН. В числе таких нарушений – аортальный стеноз, аортальная регургитация, митральная регургитация и другие.

Составители рекомендаций расширили пункт, связанный с медицинской реабилитацией, включив в него санаторно-курортное лечение, а также уточнив показания и противопоказания для такого метода терапии. Согласно новым КР, всех пациентов с клинически стабильной ХСН следует включать в программы комплексной кардиореабилитации для снижения симптомов заболевания, повышения физической работоспособности.

В новых клинрекомендациях также актуализировали информацию, связанную с тяжелой сердечной недостаточностью, для которой характерно сохранение симптоматики при максимальной терапии. Кроме того, прописали показания к консультации пациента для решения вопросов пересадки сердца, имплантации вспомогательных устройств кровообращения.

В конце сентября 2024 года Научно-практический совет Минздрава РФ [**принял**](https://vademec.ru/news/2024/09/19/minzdrav-obnovil-klinicheskie-rekomendatsii-po-shizofrenii-u-detey/) обновленные КР по терапии шизофрении у детей, подготовленные Российским обществом психиатров. Среди прочего авторы КР также включили санаторно-курортное лечение в ряд с другими реабилитационными практиками. Ранее такой способ терапии [**добавили**](https://vademec.ru/news/2024/08/26/minzdrav-obnovil-klinicheskie-rekomendatsii-po-terapii-ras/) в КР по лечению расстройств аутистического спектра.

<https://vademec.ru/news/2024/10/09/obnovleny-klinrekomendatsii-po-lecheniyu-khronicheskoy-serdechnoy-nedostatochnosti/>

**Внесены изменения в Правила ОМС и в Порядок контроля**

Минздрав скорректировал Правила ОМС и внес поправки в Порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медпомощи по ОМС и ее финансового обеспечения. Стандарты медицинской помощи исключены из критериев контроля.

Приказом Минздрава России № 449н от 04.09.2024 внесены изменения в Правила ОМС и в Порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС и ее финансового обеспечения. [Документ](https://medvestnik.ru/content/documents/449n-ot-04-09-2024.html) доступен на «МВ».

Поправками конкретизировано, что в структуре расходов за счет средств ОМС работы и услуги по содержанию имущества включают и расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств.

Правила ОМС приведены в соответствие с Федеральным законом № 326-ФЗ от 29.11.2010 в редакции текущего года, предусматривающим увеличение в структуре тарифа лимита стоимости основных средств до 400 тыс. руб. за единицу.

Непрофильная госпитализация перестает считаться нарушением, если помощь оказана в экстренной или неотложной форме и пациент переведен в профильный стационар в течение суток.

Стандарты медицинской помощи исключены в качестве критериев контроля по ОМС.

Приказ вступит в силу с 15 октября 2024 года.

<https://medvestnik.ru/content/news/Vneseny-izmeneniya-v-Pravila-OMS-i-v-Poryadok-kontrolya.html>

**РАЗНОЕ**

**Правительству пожаловались на давление Минздрава на рабочие группы по клинрекам**

Пациентская организация заявила о давлении Минздрава на членов рабочих групп по обновлению клинических рекомендаций по лечению злокачественных новообразований. Источники «МВ» говорят о неофициальных рекомендациях ведомства удешевить схемы терапии или ограничить верхнюю планку их стоимости конкретной суммой. В итоге некоторые врачи-эксперты отказались участвовать в разработке новых КР.

Члены рабочих групп по разработке обновленных клинических рекомендаций (КР) по лечению онкологических заболеваний стали получать неофициальные рекомендации от Минздрава исключить некоторые дорогостоящие инновационные методы противоопухолевой терапии — на это в письме премьер-министру Михаилу Мишустину пожаловался глава Лиги защитников пациентов [**Александр Саверский**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Saverskii-Aleksandr-Vladimirovich.html) (с документом ознакомился «МВ»).

**В чем заключается давление?**

Саверский пишет, что министерство «оказывает давление» на рабочие группы в связи с тем, что текущее финансирование не позволяет обеспечить исполнение КР в необходимом объеме. Это подтверждается не только сообщениями врачей-экспертов, но и документами: к письму приложен протокол совещания рабочей группы по эффективности применения противоопухолевой терапии (ее возглавляет глава Минздрава Михаил Мурашко), где замминистра Евгению Камкину дано поручение совместно с Депздравом Москвы, Научным центром экспертизы средств медицинского применения, Центром экспертизы и контроля качества медпомощи и Росздравнадзором «проработать предложения по доработке клинических рекомендаций по раку легкого, молочной железы, почки, предстательной железы, колоректальному раку и меланоме, включая подходы к определению показаний, назначению и проведению противоопухолевой терапии онкологическим пациентам». Эти органы и организации по закону не вправе участвовать в «доработке клинических рекомендаций», отмечает Саверский. Как он пояснил «МВ», такое поручение — грубое вмешательство в компетенции врачебного профессионального сообщества.

Как готовятся клинреки

Клинические рекомендации — это документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, включая описание последовательности действий медицинского работника при различных диагнозах и состояниях пациента. КР обновляются не реже одного раза в три года.

В 2018 году в Законе «Об охране здоровья» была утверждена процедура принятия клинических рекомендаций. Разрабатываются они некоммерческими профессиональными медицинскими организациями и профессиональными объединениями врачей, утверждаются Научно-практическим советом при Минздраве.

В разработке клинических рекомендаций по лечению злокачественных новообразований участвуют, в частности, Ассоциация онкологов России, Российское общество клинической онкологии (RUSSCO), Федерация специалистов по лечению заболеваний головы и шеи, Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи, Ассоциация онкологических организаций Сибири и Дальнего Востока, Ассоциации эндокринных хирургов, Российская ассоциация эндокринологов и другие медицинские сообщества.

Переход на обязательные клинические рекомендации на всех уровнях медицинской помощи запланирован на 1 января 2025 года.

По словам главы ассоциации онкопациентов «Здравствуй!» Ирины Борововой, по некоторым клиническим рекомендациям, проекты которых уже готовы и обсуждаются, введение ряда инновационных лекарственных препаратов перенесено на более поздний срок или вообще исключено, либо лекарственные схемы не соответствуют международным рекомендациям: сочетания препаратов и дозировки вызывают сомнения в эффективности терапии. Ассоциация также готовит обращения в госорганы с требованием вернуть КР в полном объеме.

«МВ» направил запрос в пресс-службу Минздрава, однако до публикации материала комментарий не был получен.

**Что хотят изменить**

Саверский пояснил, что перечисленные в протоколе совещания онкозаболевания — это именно те, по которым возникли разногласия. Источник в фармкругах подтвердил, что конфликты имеют место в рабочих группах «по очень многим онкологиям». Другие собеседники «МВ» назвали рак почки, молочной железы и легких среди тех, по лечению которых возникли споры.

В разговоре с «МВ» Саверский также пояснил суть некоторых рекомендаций Минздрава членам рабочих групп. Один из вариантов — что будут исключены все инновационные нововведения по лечению онкозаболеваний, которые были добавлены в клинреки с 2021 года. Также обсуждается привязка стоимости лечения к минимальному размеру оплаты труда (МРОТ) или ограничение 100 тыс. руб.

Три источника, знакомых с процессом разработки онкологических КР, подтвердили «МВ» эту информацию. Один из собеседников, пожелавший остаться анонимным, сообщил, что действительно обсуждается привязка стоимости лечения к МРОТ: одна схема не должна быть дороже 4—5 размеров минимальной оплаты труда (в 2025 году 22 440 руб., соответственно, обсуждаемое ограничение стоимости лечения — 90—112 тыс. руб.).

Один из источников уточнил, что официально ни Минздрав, ни его структуры (например, Центр экспертизы и контроля качества медпомощи, который контролирует принятие КР) не заявили, что есть финальное решение одобрить обновленные клинрекомендации в урезанном варианте. «При этом кулуарно нам говорят, что мы можем сейчас вносить в проект клинреков все, что требуется, однако потом некоторые пункты могут вычеркнуть либо при утверждении КР, либо вообще отредактируют после их принятия, если денег не будет хватать», — пояснил он «МВ». По словам источника, «в этом году всем ясно дали понять, что экономическая эффективность теперь стоит над клинической».

По словам собеседников «МВ», споры при разработке КР вылились даже в открытые конфликты. В итоге минимум несколько врачей-экспертов отказались продолжать работу над обновленными клинреками.

Денег на борьбу с онкологией в России стало меньше, констатируют участники рынка. Ирина Боровова, которая уже несколько раз в 2024 году просила Минздрав и правительство увеличить расходы на борьбу с раком, после опубликования проекта бюджета на 2025—2027 годы направила новые обращения в кабмин и Госдуму. В письме на имя спикера нижней палаты парламента Вячеслава Володина (с документом ознакомился «МВ») глава ассоциации онкопациентов пишет, что нынешняя редакция бюджета заложила те же расходы на борьбу с онкозаболеваниями, что и в предыдущую трехлетку (2021—2024 годы), по 140 млн руб. ежегодно. При этом число пациентов растет, а инфляция за три года составила около 35%. Подорожала также диагностика, появились технологии искусственного интеллекта (ИИ). Ассоциация получает растущее количество жалоб от пациентов на задержки оказания медпомощи, а также обращения от регионов по поводу нехватки собственных бюджетов на лечение онкологии.

Боровова попросила Володина провести оценку реальной потребности денег на борьбу с раком и поручить Минфину предусмотреть для этого выделение дополнительных средств.

**Опасная тенденция**

В «Народном фронте» считают, что проблема рассогласованности профсообщества и регулятора по поводу финансирования возникла во многом из-за отсутствия реальных расчетов, сколько денег нужно для нормального лечения пациентов. По словам главы бюро расследований организации Валерия Алексеева, даже на комиссиях Минздрава по Перечню ЖНВЛП идут споры о числе пациентов.

«У нас до сих пор нет нормальных регистров пациентов, а значит, нет и расчетов, сколько конкретно денег нужно на инновационную терапию — и проблема эта касается и лекарственного перечня, и клинических рекомендаций. Часто говорят, что «денег не хватает», но не хватает 100 млн руб., 5 млрд или триллиона? Возможно, сумма дефицита небольшая — ее можно было бы получить от Минфина и прописать все необходимое лечение», — пояснил «МВ» Алексеев.

Проблема составления КР — старая и больная: на соблюдение всех международных рекомендаций и лекарственных схем денег давно не хватало, однако некоторое смещение затрат в сторону онкопомощи в последние годы смягчало ситуацию, рассказал «МВ» проф. кафедры управления и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ [**Василий Власов**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Vlasov-Vasilii-Viktorovich.html). Теперь же, при еще большей нехватке денег, в том числе в онкологии, проблема вышла на поверхность.

«Во всех странах идет процесс оптимизации затрат на такое лечение, и нигде в мире денег на онкологию не выделяется достаточно. Проблема в другом: в России, в отличие от Британии, Германии и США, нет системы оценки медицинских технологий, которая могла бы находить компромисс между затратами государства и клинической эффективностью (например, исключая самые дорогие препараты). Вместо прозрачного механизма у нас давление и коррупционное влияние», — заявил Власов.

Он пояснил, что врачи, разрабатывающие клинреки, оказались в очень сложной ситуации — Минздрав ждет рекомендации, которые были бы одинаково хороши и для пациента, и для бюджета. «При этом КР категорически нельзя рассматривать как механизм экономии средств, их суть в том, что они предписывают, как правильно лечить и предлагают варианты», — считает Власов.

По словам Александра Саверского, проблема не в том, что конфликты касаются чувствительной сферы — онкологии, а в том, что нарушено разделение полномочий. «Составление клинреков — та компетенция, которой много лет добивалось медицинское сообщество, — теперь вдруг резко атакована со стороны государства. Сам смысл КР в том, что они независимы, это научная оценка. Если этот тезис будет нарушен, то дальше мы можем забыть о «золотых» стандартах лечения, причем тенденция коснется постепенно всех специализаций», — предупреждает глава Лиги защитников пациентов.

<https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvu-pojalovalis-na-davlenie-Minzdrava-na-rabochie-gruppy-po-klinrekam.html>

**Большинство экспертов здравоохранения выступили за привязку клинрекомендаций к бюджету ОМС**

Подавляющее большинство экспертов здравоохранения считают, что клинические рекомендации должны носить обязательный характер. Кроме того, более 80% опрошенных участников отрасли уверены, что именно на основании КР должно строиться финансирование медпомощи.

Четыре из пяти экспертов в сфере здравоохранения считают, что соблюдение клинических рекомендаций (КР) при оказании медицинской помощи должно носить обязательный характер, показало исследование консалтинговой компании «Право на здоровье». Результаты есть в распоряжении «МВ». Опрос проводился методом онлайн-анкетирования с 1 по 10 октября, в нем приняли участие более 100 экспертов рынка, представителей регулирующих органов, организаторов здравоохранения, пациентских организаций, страховых компаний.

Согласно полученным данным, за обязательность КР выступают 85% опрошенных. С такой позицией скорее не согласны 15% респондентов, при этом не нашлось ни одного эксперта, который бы выступил категорически против обязательности клинрекомендаций при оказании медпомощи.

Кроме того, подавляющее большинство опрошенных (84%) считают, что финансирование оказания медицинской помощи в рамках системы ОМС должно строиться на основании КР. В этом абсолютно уверены 64% и еще 19% «скорее уверены». Только 16% респондентов не согласны с привязкой финансирования медпомощи к клинрекомендациям.

Недавно, как писал «МВ», разрабатываемые онкологами КР стали предметом спора между научным сообществом и Минздравом: источники «МВ» рассказали о неофициальных рекомендациях ведомства удешевить схемы терапии или ограничить верхнюю планку их стоимости конкретной суммой. В итоге некоторые врачи-эксперты отказались участвовать в разработке новых клинрекомендаций. Подробнее об этом читайте [здесь](https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvu-pojalovalis-na-davlenie-Minzdrava-na-rabochie-gruppy-po-klinrekam.html?utm_source=main&utm_medium=center-main-left).

Внедрение клинических рекомендаций уже откладывали в прошлом году, тогда регуляторам не хватило прозрачности и конкретики в алгоритмах исполнения протоколов лечения. Вопрос, как именно это будет происходить с нового года, волнует практически всех участников здравоохранения, отметили аналитики «Права на здоровье». Опрошенные эксперты отметили, что надеются, что разъяснения Минздрава скоро последуют, равно как и завершатся работы по КР по всем нозологиям.

При этом организаторы здравоохранения высказывают опасения, что не все медучреждения и медработники окажутся готовы работать в формате четкого следования КР. В первую очередь профессиональное сообщество интересует вариативность в их применении в зависимости от реальных возможностей конкретных клиник и уровня профессиональной подготовки специалистов.

В Госдуме Минздрав попросили в срочном порядке подготовить разъяснения, как будет построена работа медорганизаций после вступления в силу закона об обязательном исполнении КР. Иначе с января 2025 года против медработников начнут возбуждать уголовные дела, [писал](https://medvestnik.ru/content/news/V-Gosdume-zaprosili-u-Minzdrava-razyasnenii-po-rabote-s-klinicheskimi-rekomendaciyami.html) «МВ». В Росздравнадзоре также заявили, что пока с переходом на обязательные клинрекомендации не все ясно. Например, сегодня невозможно оценить реалистичность исполнения КР в отдельно взятом учреждении по той причине, что четко не прописано, нужно ли выполнить полный объем клинической рекомендации в этом лечебном учреждении, или пациента возможно маршрутизировать.

<https://medvestnik.ru/content/news/Bolshinstvo-ekspertov-zdravoohraneniya-vystupili-za-privyazku-klinrekomendacii-k-budjetu-OMS.html>

**Роструд будет проверять медучреждения при снижении зарплаты у персонала**

Минтруд планирует внедрить новые индикаторы риска нарушений трудового законодательства. Проверки в медорганизациях могут начать проводить при снижении зарплаты у 25% и более работников.

Минтруд России подготовил проект приказа о внедрении новых индикаторов риска нарушения обязательных требований при осуществлении контроля за соблюдением трудового законодательства — такие индикаторы указывают Роструду на возможные нарушения и служат поводом для внеплановых проверок. Действующий перечень из шести факторов риска ведомство [предлагает дополнить](https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=151315) еще четырьмя.

Одним из новых индикаторов регулятор предлагает считать начисление работодателем зарплаты за каждый месяц предыдущего квартала ниже минимального размера оплаты труда 60 и более работникам, если их доля равна или превышает 50% штата (касается всех организаций). Кроме того, среди предлагаемых факторов риска — сокращение квартального фонда оплаты труда на 80% и более при стабильной численности работников от 15 человек.

Отдельно прописывается новый индикатор для проверок медучреждений. Это снижение в предыдущем квартале зарплаты у 25% и более работников медорганизации (врачей, медработников с высшим образованием, среднего и младшего медперсонала).

В пояснительной записке к проекту указывается, что новые индикаторы служат «инструментом риск-ориентированного подхода» и направлены на профилактику нарушения, а не на наказание за него.

С 2022 года в России введен мораторий на проверки учреждений. Однако при «срабатывании» индикаторов риска проверка проводится при согласовании с органами прокуратуры.

По [данным Росстата](https://medvestnik.ru/content/news/Rosstat-otchitalsya-o-srednei-zarplate-vrachei-vyshe-120-tys-rublei.html), зарплаты медработников в России в 2024 году продолжили рост. Согласно официальной статистике, по итогам 1-го полугодия средняя зарплата врача превысила 120 тыс. руб., а медсестер — 60 тыс. руб. При этом сами врачи жалуются на реальное сокращение зарплат — это происходит при доведении окладов до 50% за счет сокращения стимулирующих выплат. «МВ» поговорил с медработниками, которые на конкретных цифрах показали, как нововведения повлияли на их зарплату. Некоторые приводят данные, согласно которым их доход уменьшился больше чем на 10 тыс. руб. Читайте про это [здесь](https://medvestnik.ru/content/news/Minus-10-tysyach-rublei-medrabotniki-o-realnom-snijenii-zarplaty-v-2024-godu.html).

<https://medvestnik.ru/content/news/Rostrud-budet-proveryat-meduchrejdeniya-pri-snijenii-zarplaty-u-personala.html>