****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период с 30 октября по 6 ноября 2023)**

**ПРАВИТЕЛЬСТВО/ГД**

**Госдума отклонила законопроект о гарантированных 70% оклада в зарплатах бюджетников**

Госдума отклонила законопроект об установлении в бюджетной сфере базовых окладов в объеме не менее 70% от зарплаты. Депутаты опасаются незапланированного роста расходов федерального и региональных бюджетов.

Госдума 2 ноября отклонила при рассмотрении в первом чтении предложенные группой депутатов [поправки](https://sozd.duma.gov.ru/bill/249394-8) в ст.144 Трудового кодекса РФ об установлении для работников государственных и муниципальных учреждений базовых ставок (окладов) по профессиональным квалификационным группам в структуре зарплаты не ниже 70%, передает корреспондент «МВ». В пояснительной записке к документу отмечалось, что обозначенные в майских указах президента и в Концепции долгосрочного социально-экономического развития России до 2020 года цели по сближению среднего размера оплаты труда работников бюджетной сферы с размерами заработной платы во внебюджетном секторе экономики не достигнуты.

Из-за невысоких базовых окладов в ряде учреждений стимулирующие выплаты и разного рода премии выполняют роль гарантированной части заработка, которая не увязана с результатами труда. «До 60% дохода работников могут составлять различные дополнительные, стимулирующие и премиальные выплаты. Это создает почву для всевозможных манипуляций, а также провоцирует переработки сотрудников, что способствует вымыванию кадров из бюджетной сферы», — пояснил депутат **Андрей Кузнецов.**

По оценкам авторов законопроекта, установленные нормы позволили бы «не допустить снижения [уровня](https://medvestnik.ru/content/news/Profsouz-soobshil-o-nachale-podgotovki-k-perehodu-na-novuu-sistemu-oplatu-truda.html) заработной платы сотрудников государственных и муниципальных учреждений», «сохранить и развить кадровый потенциал», «сделать более эффективной систему стимулирования работников».

В заключении Комитета Госдумы по труду, социальной политике и делам ветеранов к проекту отмечалось, что «в случае установления указанной доли выплат по базовым окладам (ставкам) в предложенном размере надо одновременно рассматривать и необходимость сохранения дифференциации в оплате труда работников бюджетной сферы, определенной отраслевыми системами оплаты труда, и пересмотр работодателями систем премирования». При этом реализация проекта может привести к увеличению расходов федерального и региональных бюджетов. Правительство и Счетная палата дали отрицательный отзыв на документ.

По данным проведенного в этом году Профсоюзом работников здравоохранения России мониторинга, доля гарантированной окладной части в структуре зарплат медработников выше 55% достигается только в пяти субъектах. Только в 11 достигается значение 50% и выше (данные по всем категориям работников — врачам, среднему и младшему персоналу). В 20 регионах доля гарантированной окладной части в структуре зарплат очень низкая. В большинстве регионов зарплаты врачей [«подтягивают»](https://medvestnik.ru/content/news/Tamara-Goncharova-v-bolshinstve-regionov-zarplaty-vrachei-podtyagivaut-stimuliruushimi.html) стимулирующими, сообщила в интервью «МВ» секретарь ЦК профсоюза работников здравоохранения РФ — начальник Управления экономического развития и нормативного регулирования в здравоохранении **Тамара Гончарова.**

Сократить значимый разрыв в заработных платах между субъектами и обеспечить медикам адекватные зарплаты должен был [пилотный](https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-otlojilo-zapusk-novoi-sistemy-oplaty-truda-medrabotnikov-eshe-na-tri-goda.html?utm_source=main&utm_medium=center-main-right) проект по внедрению новой системы оплаты труда, который планировали начать в ноябре 2021 года. Предполагается, что тогда медики будут меньше мигрировать из дотационных регионов и проблема кадрового дефицита в них станет менее острой. Однако готовившие методическое обоснование проекта ведомства — Минздрав и Минтруд — два раза его переносили, а потом и вовсе отложили на 2025 год.

Депутаты и профсоюзы [предупредили](https://medvestnik.ru/content/news/Deputaty-i-profsouzy-predupredili-o-posledstviyah-otkaza-ot-novoi-sistemy-oplaty-truda-v-medicine.html) о последствиях отказа от новой системы оплаты труда в медицине, писал «МВ». По оценкам профсоюзных организаций, после двух лет пандемии медработники привыкли получать достойное вознаграждение за свой труд. На фоне отмены этих доплат их недовольство [заработной платой](https://medvestnik.ru/content/news/Glava-profsouza-poprosil-Minzdrav-uskorit-start-pilota-novoi-sistemy-oplaty-truda.html) усилится. К тому же реальная зарплата в отрасли снизилась из-за роста цен.

<https://medvestnik.ru/content/news/Gosduma-otklonila-zakonoproekt-o-garantirovannyh-70-oklada-v-zarplatah-budjetnikov.html>

**В Госдуме раскритиковали планы передать часть обязанностей врачей медсестрам**

Зампред Комитета Госдумы по охране здоровья Сергей Леонов предложил взвешенно подходить к решению о передаче части врачебным функций медсестрам. По его оценкам, такие инициативы могут нагрузить сестринский персонал ненужной работой и увеличить сроки лечения пациентов.

Заместитель председателя Комитета Госдумы по охране здоровья **Сергей Леонов** предложил воздержаться от необдуманных решений в стремлении разгрузить терапевтов, передав часть их функций среднему медперсоналу. Маловероятно, что делегирование обязанности по сбору анамнеза и жалоб пациента медсестрам поможет сэкономить рабочее время врача, написал депутат [в своем telegram-канале](https://t.me/leONovLIFE/1696).

«Получается, что сначала сестра соберет анамнез, потом врач то же самое сделает. Это, во-первых, удлинит время пребывания пациента в больнице. Во-вторых, вызовет очереди», — считает Леонов. По его мнению, разгружать врачей нужно, освободив их от заполнения лишних документов.

Идея снижения нагрузки на врачей в первичном звене в условиях кадрового дефицита [обсуждается в России](https://medvestnik.ru/content/news/Peredacha-chasti-funkcii-vrachei-medsestram-fantaziya-ili-realnost.html) с конца прошлого года. Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ) Минздрава выпустил методические рекомендации, в которых [предложил делегировать](https://medvestnik.ru/content/news/Centr-Minzdrava-razyasnil-detali-peredachi-ryada-vrachebnyh-funkcii-srednemu-medpersonalu.html) медсестрам и немедицинским работникам часть врачебных обязанностей. Медсестры, по мнению составителей [рекомендаций](https://medvestnik.ru/content/news/Centr-Minzdrava-razyasnil-detali-peredachi-ryada-vrachebnyh-funkcii-srednemu-medpersonalu.html), могут участвовать в определении медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина); оценке эффективности и безопасности применения медикаментозных и немедикаментозных методов лечения; посещении маломобильных пациентов на дому; составлении отчетов; оформлении листков нетрудоспособности; выдаче направлений на лабораторные и инструментальные обследования; иммунизации.

Передача части некоторых врачебных функций медсестрам — это не изобретение российского Минздрава, ведущие экономики мира идут по этому пути, чтобы максимально разгрузить врача для непосредственно лечебной работы, рассказал «МВ» исполнительный директор Ассоциации медицинских сестер России **Валерий Самойленко**. «Медицинским сестрам с соответствующим уровнем образования, подчеркиваю, передаются полномочия не только по сбору анамнеза, но и по постановке некоторых диагнозов в типичных неосложненных случаях, назначению лекарственных препаратов хроническим больным, первичному контакту и ведению групп пациентов. Результативность такого пути была оценена десятками, сотнями и тысячами научных работ в разных странах мира», — отметил специалист.

По его словам, обычно такие процессы, как сбор анамнеза перед приемом, стандартизированы так же жестко, как предоперационная подготовка и послеоперационное наблюдение, а значит, легко могут быть делегированы специалистам с сестринским образованием. «В Великобритании, где была нехватка врачей-эндоскопистов, медсестрам с уровнем образования на уровне магистратуры передали полномочия по диагностическим эндоскопическим вмешательствам на ЖКТ (колоноскопия, гастроскопия). Длительное наблюдение за ходом эксперимента показало: результаты диагностических вмешательств оказались не хуже, а в некоторых моментах даже лучше, чем тех же вмешательств, которые были проведены врачами», — добавил Самойленко.

Представление о том, что у медсестер много свободного времени, ошибочно. Чтобы взвалить на них новые обязанности, надо освободить их от ряда других, заявлял [ранее](https://medvestnik.ru/content/news/Peredacha-chasti-funkcii-vrachei-medsestram-fantaziya-ili-realnost.html)зампредседателя Комитета Госдумы по охране здоровья **Алексей Куринный**. По его мнению, пока предложение ЦНИИОИЗ больше похоже на попытку заткнуть растущую кадровую брешь без увеличения финансовых затрат и серьезной структурной перестройки системы подготовки медработников. По оценкам профсоюзов, «в противном случае мы получим увеличение конфликтов в трудовых коллективах, дальнейший отток медработников и недовольство населения».

<https://medvestnik.ru/content/news/V-Gosdume-raskritikovali-plany-peredat-chast-obyazannostei-vrachei-medsestram.html>

**МИНЗДРАВ/ФОМС**

**Минздрав в два раза увеличил срок подготовки клинических рекомендаций**

Минздрав доработал приказ о порядке и сроках разработки клинических рекомендаций. Дедлайн подготовки проектов профессиональными общественными организациями увеличен в два раза, предусмотрены положения о цифровом взаимодействии между участниками процесса в ЕГИСЗ.

Минздрав дополнил ведомственные приказы № 103н и № 104 от 28.02.2019 о порядке и сроках разработки клинических рекомендаций (КР) и добавил в регламент пункты об электронном документообороте через Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). [Документ](https://medvestnik.ru/content/documents/507n-ot-28-09-2023.html) доступен на «МВ».

Теперь все этапы подготовки документов (уведомление о начале и окончании разработки, скан-копии проектов, заявления о пересмотре КР) должны проходить через ЕГИСЗ. Обновления вступят в силу с 1 января 2025 года.

В соответствии с изменениями медицинские профессиональные некоммерческие организации получат вдвое больше времени на разработку проектов клинических рекомендаций с момента направления уведомления в Минздрав (восемь месяцев). По действующему регламенту на эту работу дается четыре месяца. Ранее профессиональные некоммерческие организации (НКО) [просили](https://medvestnik.ru/content/news/Eksperty-poprosili-Minzdrav-izmenit-usloviya-razrabotki-KR.html) увеличить сроки разработки КР, сообщал «МВ».

Накануне глава Комитета Госдумы по охране здоровья Бадма Башанкаев в своем telegram-канале сообщил, что состоялась профессиональная дискуссия на тему готовности системы здравоохранения страны работать с 1 января 2024 года, когда клинические рекомендации станут обязательными к исполнению. По его словам, «предварительный анализ показывает, что необходимы будут существенные вложения в материально-техническую и кадровую базу медицинских учреждений, иначе их будет просто невозможно выполнить».

Участники обсуждения пришли к пониманию, что необходимо урегулирование вопроса на законодательном уровне, и «КР не должны быть абсолютом в работе врача, потому что ситуации в развитии заболевания у людей часто носят индивидуальный характер, который никакими алгоритмами не описать», пояснил депутат.

В Центре экспертизы и контроля качества медицинской помощи сообщили, что не располагают расчетами о стоимости дооснащения медучреждений. Башанкаев также не ответил на запрос «МВ».

В прошлом году Минздрав [разослал](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-napomnil-regionam-ob-etapah-perehoda-na-ispolzovanie-klinicheskih-rekomendacii.html) руководителям региональных органов управления здравоохранением письмо с напоминанием о поэтапном переходе на работу в соответствии с клиническими рекомендациями до 1 января 2024 года. Субъекты должны были довести эту информацию до сведения медработников и заинтересованных лиц, а также учитывать ее при планировании программ госгарантий на 2023—2024 годы.

Медицинская помощь, за исключением оказываемой в рамках клинической апробации, организуется и оказывается в соответствии с клиническими рекомендациями и с учетом стандартов, следует из изменений в законы «Об ОМС» и «Об основах охраны здоровья граждан» от 2018 года. КР разрабатываются медицинскими НКО и должны пересматриваться не реже одного раза в три года. Цель создания КР — обеспечение информационной поддержки принятия врачом решений, способствующих повышению качества оказания медпомощи пациенту с тем или иным заболеванием/состоянием/синдромом с учетом новейших клинических данных и принципов доказательной медицины.

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-v-dva-raza-uvelichil-srok-podgotovki-klinicheskih-rekomendacii.html>

**Минздрав предусмотрит финансирование для клиник при трудоустройстве молодых специалистов**

Минздрав вносит изменения в приказ, которым определен порядок софинансирования расходов медорганизаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала из нормированного страхового запаса фондов ОМС. В документе прописано понятие «молодые специалисты».

Минздрав решил упростить механизм дополнительного финансирования расходов медорганизаций на оплату труда впервые трудоустраиваемых медицинских работников, в том числе молодых специалистов, из средств нормированного страхового запаса (НСЗ) территориальных фондов ОМС (ТФОМС). Изменения планируется внести в приказ № 85н от 22.02.2019.

Согласно этому документу, медорганизация может рассчитывать на средства НСЗ при трудоустройстве нового медработника на штатную должность на полную ставку. В опубликованном на портале regulation.gov.ru [проекте приказа](https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=143310) уточняется, что финансирование на эти цели можно будет получить при принятии на работу медицинского работника, гражданина РФ в возрасте до 30 лет, имеющего среднее профессиональное или высшее образование. В пояснительной записке уточняется, что определение «молодой специалист» взято из распоряжения правительства «Об утверждении Основ государственной молодежной политики Российской Федерации на период до 2025 года».

Кроме того, предложено изменить срок, в течение которого ТФОМС должен будет перечислять деньги по заявке медорганизации. Теперь это будет делаться в течение 12 рабочих дней месяца, следующего за отчетным, а за декабрь – до 25 декабря текущего финансового года.

В конце прошлого года Счетная палата [называла низкими](https://medvestnik.ru/content/news/Schetnaya-palata-ukazala-na-nizkoe-osvoenie-sredstv-iz-budjeta-FOMS-na-oplatu-truda-medrabotnikov.html) темпы освоения средств, предназначенных на софинансирование расходов медорганизаций на оплату труда врачей и среднего медперсонала. Деньги из НСЗ распределяются без учета потребности регионов в медработниках. По данным аудиторов, на 1 октября 2022 года из 17,3 млрд руб. запланированных на эти цели средств было израсходовано только 1,3 млрд руб. (7,7%).

Средства НСЗ предоставляются медорганизациям на оплату труда вновь трудоустраиваемых медработников с 2019 года. Но востребованность этой поддержки снижалась: в 2019 году в программе участвовали 2803 медучреждения, а в I полугодии 2021-го их число уменьшилось до 2042.

В июне прошлого года Минздрав [дополнил список](https://medvestnik.ru/content/news/Rasshiren-spisok-medorganizacii-dlya-vyplaty-zarplat-vracham-iz-strahovogo-zapasa.html) медорганизаций, которым предоставляются средства НСЗ для софинансирования расходов на оплату труда врачей и среднего медперсонала. Теперь на них могут претендовать, в частности, роддома и диспансеры.

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-predusmotrit-finansirovanie-dlya-klinik-pri-trudoustroistve-molodyh-specialistov.html>

**Получившим выплаты по «земским» программам разрешат менять место работы**

Получившие выплаты по «земским» программам врачи и средний медперсонал смогут менять место работы в пределах региона. При этом для получения субсидии субъектом на эти цели вводится новое понятие – программный реестр должностей.

У медработников, получивших выплаты по «земским» программам появится возможность менять место работы. Изменения планируется внести в госпрограмму «Развитие здравоохранения», следует из [проекта постановления](https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=143183) правительства, опубликованного 30 октября Минздравом на портале regulation.gov.ru.

Документ предусматривает возможность перевода медицинского работника, получившего единовременную компенсационную выплату, с его согласия в другое структурное подразделение медорганизации или другую медорганизацию того же субъекта. Речь идет о выплатах медработникам, приехавшим на работу в сельские населенные пункты, рабочие поселки и города с населением до 50 тыс. человек по программам «Земский доктор» и «Земский фельдшер».

При этом для получения субсидии регионом на эти цели по рекомендациям Счетной палаты вводится новое понятие – программный реестр должностей. Это перечень вакантных должностей медработников в медорганизациях, при замещении которых осуществляются единовременные компенсационные выплаты на очередной финансовый год, разработанный на основании примерного перечня должностей. Он должен будет направляться органами управления здравоохранением субъекта в Минздрав до 1 апреля.

На единовременные компенсационные выплаты медработникам, приехавшим на работу в сельские населенные пункты, рабочие поселки и города с населением до 50 тыс. человек по программам «Земский доктор» и «Земский фельдшер», регионам направляется ежегодно свыше 5,9 млрд руб. В связи с появлением новых получателей средств – медорганизации Донецкой и Луганской народных республик, Запорожской и Херсонской областей – сумма субсидий для 11 других сократилась, [сообщал «МВ»](https://medvestnik.ru/content/news/Na-zemskie-programmy-v-novyh-regionah-vydelyat-190-mln-rublei.html). Например, согласно закону о бюджете на 2023 год, Республика Адыгея должна была получить 76,2 млн руб., теперь финансирование составит 64,3 млн руб. Для Иркутской области финансирование уменьшится с 144 млн руб. до 102 млн руб.

Впрочем, зачастую средства по «земским» программам оказываются невостребованными: в конце прошлого года почти 20 субъектов не смогли привлечь необходимое количество медработников в сельскую местность, [писал «МВ»](https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-pereraspredelilo-sredstva-na-zemskie-vyplaty-mejdu-regionami.html).

<https://medvestnik.ru/content/news/Poluchivshim-vyplaty-po-zemskim-programmam-razreshat-menyat-mesto-raboty.html>

**Минздрав поддержал идею ввести должность медсестры во всех школах**

Минздрав поддерживает идею ввести должность медсестры в школах, сообщила автор инициативы Ирина Яровая. В ведомстве пообещали «провести работу по актуализации» порядка оказания медуслуг школьникам.

В Минздраве поддержали идею ввести должность медсестры в школах, [сообщила](https://www.pnp.ru/social/v-minzdrave-podderzhal-ideyu-vvesti-dolzhnost-medsestry-v-shkolakh.html)«Парламентская газета» со ссылкой на пресс-службу вице-спикера Госдумы **Ирины Яровой**, которая выступила с таким предложением. В ведомстве также задумались о прикреплении школьных врачей к медицинским организациям.

«Вопрос дальнейшей передачи медицинских работников из штата общеобразовательных организаций в систему здравоохранения представляется целесообразным», — заявили в Минздраве. Ведомством «будет проведена работа по актуализации Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях».

Осенью 2023 года Яровая заявила, что деятельность школьных врачей «должна быть стандартизирована на федеральном уровне и обеспечивать единый подход для реализации этой важной работы». Она предложила закрепить этих медработников за медицинскими организациями, чтобы привлечь к работе высококвалифицированных специалистов и обеспечить более высокий и справедливый уровень оплаты их труда.

Депутат [приводила](https://iz.ru/1581237/alena-nefedova/lechit-uchenogo-v-gd-predlozhili-sozdat-edinyi-standart-shkolnoi-meditciny) в пример инструкцию по работе школьного врача, утвержденную Минздравом СССР еще в 1954 году. Тогда работник наделялся широким кругом обязанностей: проведение углубленного медицинского осмотра, ведение индивидуальной карты школьника, контроль санитарно-гигиенического состояния школьного буфета, участие в разработке расписания занятий. При этом все школьные врачи состояли в штате медорганизаций.

После этого вице-премьер **Татьяна Голикова**[поручила](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-izuchit-iniciativu-po-vnedreniu-edinogo-podhoda-k-shkolnoi-medicine.html)Минздраву проработать предложения Яровой.

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-podderjal-ideu-vvesti-doljnost-medsestry-vo-vseh-shkolah.html>

**Пациенты с фибрилляцией предсердий смогут получать льготное лекобеспечение**

Пациенты с фибрилляцией предсердий начнут получать льготное лекарственное обеспечение. Ранее эксперты заявили об экономических последствиях такой болезни.

Проект новой редакции госпрограммы «Развитие здравоохранения», представленный Минздравом, планирует льготное лекобеспечение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, говорится в [документе](https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=143183). К состояниям, требующим господдержки, предлагается добавить пациентов с ишемической болезнью сердца, у которых зафиксирована фибрилляция предсердий, причем значение фракции выброса левого желудочка ⩽40% у них должно быть зарегистрировано в течение последних 12 месяцев с помощью ЭКГ.

Изменения коснутся приложения № 8 госпрограммы. Если проект будет принят, новые правила вступят в силу уже с января 2024 года.

Ранее эксперты Высшей школы экономики впервые [оценили](https://medvestnik.ru/content/news/Fibrillyaciya-predserdii-mojet-stoit-ekonomike-Rossii-k-2036-godu-1-5-trln-rublei.html), как на макроэкономику России влияет фибрилляция предсердий. По их подсчетам, ущерб от заболевания может достигнуть к 2036 году 1,5 трлн руб., увеличившись по сравнению с 2019 годом в 1,7–1,8 раза. Фибрилляция предсердий особенно влияет на показатели потерь трудоспособных лет у российских мужчин.

В новой редакции госпрограммы «Развитие здравоохранения» есть и другие новеллы. Так, получившим выплаты по «земским» программам разрешат менять место работы в пределах региона, [писал](https://medvestnik.ru/content/news/Poluchivshim-vyplaty-po-zemskim-programmam-razreshat-menyat-mesto-raboty.html) «МВ».

<https://medvestnik.ru/content/news/Pacienty-s-fibrillyaciei-predserdii-smogut-poluchat-lgotnoe-lekobespechenie.html>

**РАЗНОЕ**

**Профсоюз сообщил о начале подготовки к переходу на новую систему оплаты труда**

Отраслевой профсоюз начал подготовительную работу для перехода на единую систему оплаты труда в здравоохранении, чтобы ее внедрение проходило без революционных потрясений и эксцессов.

Профсоюз работников здравоохранения России совместно с региональными организациями начал подготовку к введению единой отраслевой системы оплаты труда. Планируется вести работу в субъектах с очень низкой долей гарантированной окладной части в структуре зарплат, сообщила в [интервью](https://medvestnik.ru/content/news/Tamara-Goncharova-v-bolshinstve-regionov-zarplaty-vrachei-podtyagivaut-stimuliruushimi.html?utm_source=main) «МВ» секретарь ЦК Профсоюза работников здравоохранения РФ, начальник Управления экономического развития и нормативного регулирования в здравоохранении **Тамара Гончарова.**

Мониторинг профсоюза выявил примерно 20 таких регионов. «Именно с ними будем работать — изучать нормативную базу в «камеральном формате» и предлагать ее изменить. Всего в пяти субъектах гарантированная доля окладной части превышает 55%, в 11 достигается значение 50% и выше (данные по всем категориям работников — врачам, среднему и младшему персоналу). Мы же говорим о том, что гарантированная часть везде по отрасли должна быть не ниже 55—60%», — пояснила эксперт.

В текущей ситуации профсоюз пока не видит улучшений: «проблемы с начислением заработной платы остаются, дифференциация в уровнях доходов медработников разных регионов нарастает, доля гарантированной части в структуре зарплат падает». Субъекты имеют разные возможности и доходы. Как результат, порой четырехкратная разница в зарплатах специалистов с одинаковым образованием.

С внедрением единой системы оплаты труда, считают в профсоюзной организации, ощутимая разница в зарплатах должна быть нивелирована, так как величина базового оклада будет привязана к МРОТ, а размеры основных стимулирующих и компенсационных выплат станет определять Правительство РФ.

«Да, мы рассчитываем, что зарплаты вырастут, особенно у младшего и среднего персонала. Разумеется, при условии существенных финансовых вливаний. Например, компенсационные выплаты за вредные условия труда могут варьировать, сейчас каждый регион и каждое учреждение устанавливают их самостоятельно. При отраслевой системе оплаты труда это невозможно. Самостоятельность субъектов останется в очень небольшом объеме: это отдельные, дополнительные стимулирующие выплаты. Ну и разумеется, при росте МРОТ будет расти и зарплата», — пояснила Гончарова.

Глава Минздрава **Михаил Мурашко** в августе [подтвердил](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-podtverdil-plany-perevesti-medikov-na-novuu-sistemu-oplaty-truda-v-2025-godu.html) планы ввести единую отраслевую систему оплаты труда с 2025 года. Сейчас идет отработка подходов в пилотных режимах, изучается опыт субъектов, сообщил он.

Пилотный проект по внедрению новой системы оплаты труда медработников в семи регионах планировалось начать в ноябре 2021 года. Основной целью реформы заявлялось [сокращение](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-napravil-regionam-rekomendacii-po-sovershenstvovaniu-sistem-oplaty-truda.html) значимого разрыва в заработных платах между субъектами и введение единой отраслевой системы оплаты труда, чтобы зарплаты медиков в разных регионах не сильно отличались. Предполагается, что тогда медики будут меньше мигрировать из дотационных регионов и проблема кадрового дефицита в них станет менее острой. Однако готовившие методическое обоснование проекта ведомства — Минздрав и Минтруд — два раза его переносили, а потом и вовсе [отложили](https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-otlojilo-zapusk-novoi-sistemy-oplaty-truda-medrabotnikov-eshe-na-tri-goda.html?utm_source=main&utm_medium=center-main-right) на 2025 год.

Депутаты и профсоюзы [предупредили](https://medvestnik.ru/content/news/Deputaty-i-profsouzy-predupredili-o-posledstviyah-otkaza-ot-novoi-sistemy-oplaty-truda-v-medicine.html) о последствиях отказа от новой системы оплаты труда в медицине, писал «МВ». По [оценкам](https://medvestnik.ru/content/news/Glava-profsouza-poprosil-Minzdrav-uskorit-start-pilota-novoi-sistemy-oplaty-truda.html) профсоюзных организаций, после двух лет пандемии медработники привыкли получать достойное вознаграждение за свой труд. На фоне отмены этих доплат их недовольство заработной платой усилится. Реальная зарплата в отрасли снизилась из-за роста цен.

В качестве «компенсации» с января 2023 года для чуть более чем 1,1 млн медработников первичного звена были [введены](https://medvestnik.ru/content/news/Bolshe-40-medrabotnikov-do-sih-por-ne-ponimaut-pravila-nachisleniya-specialnyh-vyplat.html) специальные социальные выплаты. В зависимости от уровня образования, квалификации и занимаемой должности дополнительная прибавка к зарплате составляет от 4,5 тыс. до 18,5 тыс. руб. То, как медработнику отстоять право на выплаты, если администрация не включила его в списки, «МВ» разбирал [здесь](https://medvestnik.ru/content/news/Kak-medrabotniku-osporit-otkaz-v-naznachenii-specialnoi-socialnoi-vyplaty.html).

<https://medvestnik.ru/content/news/Profsouz-soobshil-o-nachale-podgotovki-k-perehodu-na-novuu-sistemu-oplatu-truda.html>

# **К вам стажер, батенька**

## Медики готовы стать наставниками молодых специалистов, но не хотят ответственности

Почти 80% российских медиков поддерживают идею допустить к работе с пациентами врачей-стажеров. При этом столько же потенциальных наставников не желают нести ответственность за возможные ошибки подопечных. Сервис «Справочник врача» решил узнать мнение представителей профессионального сообщества о новой практике, которая, согласно принятым правкам законодательства, начнет действовать 1 апреля 2024 года. При этом только 2% опытных медиков готовы выполнять функции наставников молодых врачей бесплатно. В Минздраве “Ъ” заверили, что труд будет оплачен, но конкретики не привели.

В начале 2023 года президент Владимир Путин поручил Минздраву ввести в больницах должность врача-стажера — это позволит ординаторам второго года обучения работать в поликлиниках по получаемой специальности. Ведомство разработало поправки к законодательству. Федеральный закон о порядке допуска ординаторов к работе в медорганизациях на должностях врачей-стажеров вступит в силу с 1 апреля 2024 года. Молодые специалисты могут быть допущены к работе при условии, что они освоили учебную программу ординатуры в объеме не менее одного года, успешно сдали первичную и промежуточную аттестации. Курировать их работу в медорганизации должны врачи-наставники.

Профессиональный сервис «Справочник врача» с 14 по 25 октября провел опрос, в котором приняли участие 2865 медиков, о том, как они относятся к инициативе. Отметим, что 24% опрошенных — ординаторы, то есть потенциальные стажеры.

Среди тех врачей, кто уже работает в больницах, 78,5% одобряют шаг при условии, что стажер будет трудиться исключительно под руководством врача-наставника.

11,7% считают, что ординаторы могут работать врачами даже без наставника, 6,2% полагают, что допускать стажеров к работе недопустимо. Те же вопросы «Справочник врача» задал ординаторам. Среди них 87,3% полагают, что стажеры могут работать под присмотром наставника, и только 1,7% уверены, что это недопустимо.

51,9% врачей-специалистов ответили, что ординатору второго года достаточно знаний, но не хватает практических умений для работы в больнице, 21,8% считают, что недостает и того и другого. Среди ординаторов так думают лишь 11%. А 34% будущих стажеров полагают, что им хватит и знаний, и умений на должности врача-стажера.

Большая часть врачей-специалистов сказали, что наставником может стать врач, имеющий опыт клинической практики более пяти лет (так ответили 46%) и более десяти лет (30%).

Среди стажеров выше доля респондентов, которые считают, что наставничеством может заниматься любой врач, независимо от стажа работы (27,3% против 14%). Зато потенциальные стажеры и наставники сошлись во мнении, что для этого врачу не нужно иметь преподавательский опыт (так считают 87% опрошенных в обеих группах).

Около 80% опрошенных врачей не желают нести ответственность за ошибки стажеров: 34,3% полагают, что отвечать должен сам стажер, 33,7% — медучреждение, 10% — вуз, в котором он обучался. Среди ординаторов мнение, что ответственность за ошибки лежит на стажере, оказалось еще более популярным — так считают 43,6% опрошенных. Выше и доля тех, кто возложил бы ответственность на наставника,— 33% против 21,9%.

Большая часть врачей выступают за надбавку к зарплате за наставничество: не менее 20% средней зарплаты (23,2%), не менее 40% (30,9%), не менее 60% (16%), не менее 80% (9,20%), двукратное увеличение зарплаты (13,2%). Только 2% врачей готовы работать наставниками безвозмездно.

И именно «приемлемую» оплату труда врачи чаще всего называли условием, при котором они согласились бы стать наставниками (72%).

Выбор был множественный. Второй по популярности ответ: разумные затраты времени (58,4%). Третий: объективно высокий уровень знаний и умений стажера (36,6%). Далее следует вариант: отсутствие ответственности за действия стажера (29,1%). 10% врачей ни при каких условиях не согласились бы быть наставниками.

8% всех опрошенных врачей признались, что отказались бы от наставничества из-за страха, что стажер займет их место. Половина из них объяснили, что, «по сути, стажируют конкурента себе, поэтому подобный исход весьма вероятен». Еще четверть считают, что молодые врачи имеют свои понятия о справедливости, могут «идти по головам». Впрочем, большая часть опрошенных настроена позитивно. Среди тех врачей, кто не боится потерять работу, 37,4% считают, что стажируют грамотного коллегу для здоровой конкуренции; 30% уверены, что молодому врачу понадобится не один год, чтобы конкурировать с опытными специалистами; 20,9% рассказали, что в их лечебном заведении много свободных ставок.

Собираются работать врачами-стажерами 60% опрошенных ординаторов.

Еще 30% «посмотрят, как будет развиваться на практике введение закона». Среди причин работать врачом-стажером респонденты называли желание набраться опыта под руководством наставника (52,5%), необходимость заработать деньги (14,3%), желание понять, подходит ли такая работа (1,9%), мотив «все собираются, и я пойду» (0,2%) и все варианты сразу (30%).

31,3% ординаторов считают, что стажер должен получать полноценную зарплату врача в регионе, и лишь 1,3% готовы работать бесплатно. 2,1% опрошенных ординаторов думают, что стажеру полагается не менее 20% от средней зарплаты врача по региону; не менее 40% — 8,9%; не менее 60% — 25,2%; не менее 80% — 31,2%.

Глава комитета Госдумы по охране здоровья Бадма Башанкаев говорит, что проблемы кадровой политики невозможно решить с помощью одних ординаторов, однако новый закон точно способен внести весомый вклад в ситуацию. «Что касается зарплат таким молодым специалистам, то платить людям за работу — справедливо. Сейчас Минздрав готовит подзаконные акты, которые будут регулировать и трудовые отношения врачей-стажеров с медицинскими организациями, и вопросы надбавок. Так что определенность в этой области скоро появится»,— заверил господин Башанкаев.

В медицинском ведомстве “Ъ” сообщили, что при подготовке документа учитывалась практика привлечения ординаторов к оказанию помощи пациентам с COVID-19 — они в результате «внесли значительный вклад в борьбу с пандемией».

В ведомстве отметили, что врачи, обучающиеся в ординатуре, уже имеют квалификацию и специальность, прошли первичную аккредитацию и допущены к профессиональной деятельности. «Учитывая, что должность "врач-стажер" включена в номенклатуру должностей медицинских работников, а также в профессиональные квалификационные группы должностей медицинских работников, ординаторы на данных должностях будут включены в штат медицинской организации и в соответствии с трудовым договором будут получать заработную плату, а также установленные в соответствии с положением об оплате труда, принятым в медицинской организации, компенсационные и стимулирующие выплаты»,— заявили в Минздраве.

В ведомстве добавили, что наставничество также является дополнительной трудовой функцией, не отменяющей специфику труда работника и льгот по трудовому договору, в том числе дополнительной оплаты в связи с увеличением трудовых функций и объема выполняемой работы. Вопросы стимулирования могут быть предусмотрены в коллективных договорах, отраслевых соглашениях с учетом специфики конкретных организаций, а также нормативных правовых актов отраслевого характера. А по результатам, полученным в ходе апробации моделей наставничества и анализа лучших региональных практик, будет принято решение о нормативном правовом закреплении вопросов наставничества в сфере здравоохранения, заверили в Минздраве.

<https://www.kommersant.ru/doc/6311026?ysclid=loo7r65ykd386275756>

**Профсоюзы заявили о массовых увольнениях водителей «скорых» в Москве**

В Москве численность водителей скорой помощи сократилась с начала 2023 года минимум на треть, говорят профильные профсоюзы. По их данным, зарплаты водителей не индексировались много лет и составляют только около 40 тыс. руб.

Московским службам скорой помощи не хватает водителей — они увольняются из-за низких зарплат, [написал](https://rtvi.com/stories/tret-voditelej-skoroj-pomoshhi-v-moskve-uvolilas-s-nachala-2023-goda-v-depzdrave-otriczayut-deficzit-kadrov/)RTVI со ссылкой на профильные профсоюзы. В 2023 году в Москве уволились примерно 1,5 тыс. водителей «скорой», только за последние два месяца ушли около 600 человек, утверждает председатель профсоюза водителей скорой помощи Москвы **Виталий Лупырев**. Сейчас, по его словам, на «скорых» в Москве работают около 3—3,5 тыс. водителей, на начало года их было 5 тысяч.

Председатель независимого профсоюза работников скорой помощи «Фельдшер.ру» **Дмитрий Беляков**подтвердил, что водителей скорой помощи в Москве не хватает: минимум одна-две машины «стоят у забора». С этим соглашается сопредседатель межрегионального профсоюза работников здравоохранения «Действие» **Андрей Коновал** — он рассказал, что водители машин скорой помощи давно недовольны, поскольку их зарплаты ниже, «чем у таксистов, недавно приехавших в столицу».

В Департаменте здравоохранения Москвы отрицают массовые увольнения водителей скорой помощи. По их данным, штат ГУП «Автокомбинат «Мосавтосантранс», который обеспечивает работу «скорой», «укомплектован необходимым количеством водителей». В ведомстве заявили, что базовый тариф для них в 2023 году составляет 112,8 руб. в час, положены надбавки, а среднемесячная зарплата за восемь месяцев превысила 65 тыс. руб. При этом, по словам Лупырева, тариф для водителей не индексировался на протяжении многих лет и составляет 41—43 тыс. руб. максимум с учетом доплат за переноску больных на носилках, вредную работу и премий.

Зампред Комитета Госдумы по охране здоровья **Алексей Куринный** в беседе с RTVI назвал проблему оплаты труда водителей скорой медицинской помощи одной из самых острых. По его словам, в Госдуме знают о жалобах водителей и профсоюзов, но «готовых проектов решения проблемы нет».

Согласно последнему [обзору](https://medvestnik.ru/content/news/Voditelu-chastnoi-skoroi-pomoshi-v-Moskve-predlagaut-zarplatu-do-120-tys-rublei.html) зарплат водителей скорой помощи в Москве, в среднем такой специалист может рассчитывать на 85 тыс. руб. при работе в частной клинике. Зарплатный максимум составляет 120 тыс. руб. — для этого от претендента требуются опыт работы на аналогичной должности от 5 лет, наличие прав категорий В, С, а также свидетельство о прохождении подготовки к управлению транспортным средством, оборудованным устройствами для подачи специальных световых и звуковых сигналов.

Москва далеко не первый регион, который испытывает дефицит кадров среди водителей «скорых». Так, власти Татарстана признали, что водители бригад скорой медицинской помощи [массово увольняются](https://medvestnik.ru/content/news/Voditeli-skoryh-v-Tatarstane-massovo-uhodyat-v-oboronnyi-sektor.html) и переходят работать на оборонные предприятия, где им предлагают более высокие зарплаты: в «оборонке» водитель может зарабатывать до 100—120 тыс. руб. в месяц, а в медучреждениях республики средняя зарплата составляет около 69 тыс. руб.

<https://medvestnik.ru/content/news/Profsouzy-zayavili-o-massovyh-uvolneniyah-voditelei-skoryh-v-Moskve.html>

**Здоровье– только за деньги? Детей мигрантов обяжут лечиться в России по полису ДМС**

В России обяжут мигрантов покупать медицинскую страховку своим детям. Как сообщила уполномоченный по правам ребенка Мария Львова-Белова, Россия — гостеприимная страна, но в гостях есть свои правила, которые должны соблюдаться.

Согласно информации на [сайте](https://deti.gov.ru/) детского омбудсмена, совместно с Минздравом России в ближайшей перспективе может быть просчитана возможная стоимость такой медицинской страховки, включающей базовый объем медпомощи. Полис, по мнению Львовой-Беловой, мог бы «не допустить осложнений из-за самолечения, не дать ход распространению инфекций в детских коллективах и компактных сообществах мигрантов».

**Вместо санитарного щита — полис ДМС?**

Страхование по ДМС — это финансовая услуга крупных страховых компаний. Тысячи клиентов платят небольшие взносы в общий страховой фонд. Если у кого-то из застрахованных случается страховой случай, компания компенсирует его расходы по этому случаю. Стоимость такого полиса может быть разной, в зависимости от того, какой набор медицинских услуг в него включен.

Болезни детей мигрантов — притча во языцех в любом детском коллективе — от детсада до школы. Постоянные сопли, кашель, не долеченные инфекции, которые, по мнению мигрантов, проходят сами собой. Можно также предположить, что у мигрантов, не имеющих полисы ОМС и ДМС, возникает соблазн лечить своих детей за взятки.

Инфекции, которые завозят дети мигрантов, не берутся ниоткуда. Дело в том, что в бывших советских республиках после распада СССР фактически перестали делать детям прививки.

«Несколько лет назад в России была вспышка туберкулеза, очаги фиксировали даже в Москве. Ее заносчиками могли стать мигранты. Ввести полис ДМС для детей мигрантов необходимо, поскольку в случае с детьми и пенсионерами, которые не платят налоги, за медицинское обслуживание платит субъект федерации. Очевидно, это стало накладно в нынешних условиях. И мигранты, в том числе дети, действительно везут заразу. Прививки у них, если и есть, то отличаются от наших, Роспотребнадзору в этой связи давно пора выставить санитарный щит. Например, при въезде в страну проверять наличие прививок. У нас другая гигиена, другие прививки, другие правила, и их мигранты должны все это соблюдать», — заявил «НИ» **руководитель Лиги защитников пациентов Александр Саверский.**

**От ВИЧ до полиомиэлита: какие болезни мигранты приводят в Россию**

Туберкулез, сифилис, ВИЧ — рост заражений этими заболеваниями в России за последние 2 года — от 10 до 70%. В чем тут дело? Откуда туберкулез в 21 веке, когда лечение этой патологии сегодня доступно бесплатно любому гражданину России? Причина в том, что система эпидемиологического контроля в России работает из рук вон плохо.

По закону медицинский осмотр обязаны проходить все, прибывающие в Россию на длительный срок. В течение 30 дней гражданин должен пройти медкомиссию в определенном медучреждении. В каждом регионе только специальные указанные властями медцентры могут оформлять медосмотр иностранцам. Но как это соблюдается? И насколько вся эта система взяткоемкая — большой вопрос.

Из комментариев в соцсетях.

[Светлана Ковтуняк](https://dzen.ru/user/n4gyww3vrigtuesuyn2pmkt2xmy): «Да, а кстати-где эта мадам Попова, которая так рьяно „топила“ за всеобщие прививки, в том числе детские? Где эта поборница за здоровье россиян и вообще?! Где Мурашко? Почему помалкивает? Завозят больных, заразных мигрантов в Россию! Кроме криминогенной обстановки у нас еще и по здравоохранению своих граждан -полное пренебрежение и игнорирование опасных заболеваний!»

[SityZero](https://dzen.ru/id/6142d796f6edc832616bb706): «Давно про это говорят же, их всех прививать нужно, мутация всевозможных вирусов начинается с них, лечатся у знакомых врачей, не известна их квалификации, походу гугл врачи».

«Особенно серьезная ситуация с детьми. ОМС ведь на детей не распространяется, а дети тем временем болеют, как и все. Медицина в среднеазиатских республиках сегодня из рук вон плохая, и мы у детей мигрантов получаем массу болезней. По ОМС медпомощь могут получать только граждане России, остальным может быть оказана только экстренная медицинская помощь. Вот и получается, если ребенок, например, заболел воспалением легких, его без полиса лечить не будут. Что касается эпидемий, в Средней Азии не так давно была вспышка полиомиэлита — несколько случаев», — рассказал «НИ» **доктор медицинских наук, профессор Павел Воробьев.**

 От 17 тысяч рублей и выше…

По закону, приехавшим в Россию на месяц-другой разрешено находиться в течение 90 суток безо всяких проверок здоровья. Но есть мигранты, которые приезжают и живут в РФ нелегально, одновременно завозя экзотические болезни и заражая всех вокруг. Причем результат медицинского осмотра действителен в течение 12 месяцев, затем проверку надо проходить снова. Но так как больной мигрант вращается в своей диаспоре, он заражает других, другие заражают остальных, затем болезни и инфекции распространяются в геометрической прогрессии.

При выходе на работу мигранты также часто получают липовые справки. Ведь по закону как? Без справки от врача иностранец не сможет устроиться на работу, получить разрешение на временное проживание, пойти учиться или получить патент. Те, кто его привез, не всегда соблюдают это правило. Ведь деньги на мигранта и его семью уже потрачены и он должен эти деньги «отбить» и отработать. Так что из-за лазеек в системе эпидемиологического контроля в страну въезжают больные мигранты, которые могут проживать в стране без регистрации, без официального трудоустройства, а значит, и без медицинского осмотра. Дети — также переносчики этих заболеваний. Особенно ярко это продемонстрировала эпидемия ковида, ведь основными переносчиками заразы были именно дети.

«Фактически в нашу страну совершенно спокойно могут проникать лица с тяжёлыми инфекционными заболеваниями и находиться в России значительное время без регистрации», — говорит **председатель Национального антикоррупционного комитета Кирилл Кабанов.**

Судя по всему, власти знают об этой проблеме, но на каком-то этапе она тормозится. Чтобы обезопасить хотя бы детей и необходим полис ДМС.

Как пояснили «НИ» в нескольких ведущих страховых компаниях, стоимость полиса ДМС для ребенка в большинстве случаев начинается от 17 тысяч рублей, но это самый базовый набор услуг. Верхняя граница может доходить до 50 тысяч рублей и выше.

<https://newizv.ru/news/2023-11-03/zdorovie-tolko-za-dengi-detey-migrantov-obyazhut-lechitsya-v-rossii-po-polisu-dms-422853?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

# **Эксперт спрогнозировал усложнение аккредитации при использовании ИИ для подготовки заданий**

Минздрав России может начать использовать искусственный интеллект при подготовке заданий для аккредитации медработников. Это может заметно усложнить процедуру и потребует от врачей тратить больше времени на подготовку, прогнозирует медицинский юрист Алексей Панов.

Минздрав проводит оценку возможностей методов искусственного интеллекта (ИИ) в создании (генерации) новых тестовых заданий и ситуационных кейсов для аккредитации медицинских и фармацевтических работников в соответствии со спецификацией оценочного средства (специальность, дисциплина, нозология, трудовые функции), [рассказала](https://ria.ru/20231027/ii-1905730650.html) РИА «Новости» заместитель министра здравоохранения [**Татьяна Семенова**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Semenova-Tatyana-Vladimirovna.html)**.** Это может сделать процедуру более трудной, требующей от врачей тратить больше времени на самообразование.

Создание качественного оценочного инструментария для аккредитации — трудоемкий процесс, который включает не только разработку, но и обязательную экспертизу качества, привлечение большого количества профессионалов из числа профессорско-преподавательского состава медицинских вузов, научных организаций и представителей медицинской общественности. По словам Семеновой, такой инструментарий создан, но банки оценочных средств нуждаются в постоянной актуализации, особенно в контексте того, что регулярно обновляются клинические рекомендации и оборудование, меняется нормативно-правовая база.

«Приказ Минздрава России № 709н от 28.10.2022 «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов» содержит такое понятие, как «Единая база оценочных средств», содержание которой сейчас наполняется Методическим центром аккредитации специалистов вручную, — [прокомментировал](http://pravo-med.ru/community/blogs/panov/_2360.php) заявления Семеновой главный редактор портала Pravo-med.ru [**Алексей Панов**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Panov-Aleksei-Valentinovich.html)**.** — Полагаю, что это достаточно трудоемкая профессиональная деятельность, требующая высокой квалификации специалистов по множеству специальностей. Не знаю, насколько она оплачиваемая».

Кроме того, Единая база оценочных средств требует регулярного обновления, чтобы аккредитуемые не расслаблялись и не шли по пути запоминания правильных ответов, добавил эксперт. По его мнению, если ИИ станет генерировать неповторяющиеся тестовые задачи и ситуационные кейсы, они станут более трудными, соответственно, вырастут трудозатраты врачей и медсестер на подготовку к аккредитации. В этих условиях становится актуальной необходимость выделения рабочего времени на самообразование, констатировал Панов.

В то же время, на его взгляд, рынок будет способен предложить некие сервисы на базе того же ИИ, которые будут помогать аккредитующимся в правильном выполнении тестов и кейсов. «Если сейчас за плату уже можно сформировать портфолио при минимальных трудозатратах, то почему аналогичное не появится в качестве некого противовеса усилиям Минздрава по обновлению Единой базы», — предположил юрист.

Предпосылки для этого уже есть. Отечественная медицинская нейросеть «ииМед» набрала 82% на сложной аккредитационной проверке врачей, сдав тест на 5 баллов, [сообщил](https://iimed.online/blog/29/budushee-mediciny-zdes-nejroset-iimed-spravilas-s-vrachebnym) разработчик. В рамках эксперимента специалисты Национальной ассоциации медицинских и фармацевтических организаций предложили нейросети пройти тест, разработанный методическим центром аккредитации специалистов Первого МГМУ им. И.М. Сеченова для оценки компетенций и аккредитации системы здравоохранения. Он состоит из 80 вопросов, каждый из которых имеет четыре варианта ответов, среди которых только один правильный. В результате эксперимента нейросеть «ииМед» правильно ответила на 66 вопросов.

[**https://medvestnik.ru/content/news/Ekspert-sprognoziroval-uslojnenie-akkreditacii-pri-ispolzovanii-II-dlya-podgotovki-zadanii.html**](https://medvestnik.ru/content/news/Ekspert-sprognoziroval-uslojnenie-akkreditacii-pri-ispolzovanii-II-dlya-podgotovki-zadanii.html)

**ВЦИОМ: 95% россиян обращаются за медицинской помощью по полису ОМС**

**Согласно результатам исследования, 76% респондентов считают недопустимым введение платных услуг в рамках обязательного медицинского страхования**

МОСКВА, 1 ноября. /ТАСС/. Абсолютное большинство россиян (95%) обращаются за медицинской помощью в государственные и муниципальные медицинские учреждения по полису обязательного медицинского страхования (ОМС). Об этом свидетельствуют результаты опроса Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), опубликованные на [сайте](https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/medicina-dlja-vsekh-monitoring)организации.

"За медицинской помощью в государственные и муниципальные медицинские учреждения по полису [ОМС] обращается абсолютное большинство россиян - 95%. В том числе 61% делали это менее года назад (+8 п. п. к 2017 году), а каждый пятый - один-два года назад (20%)", - говорится в опросе.

Отмечается, что 43% опрошенных обращают внимание, что многие услуги, положенные по ОМС, пытаются оказать платно. Около трети (34%) респондентов уверены, что медицинская помощь по ОМС является полностью бесплатной для пациентов.

По данным ВЦИОМ, около 67% россиян не сталкивались с ситуациями, когда им не была оказана бесплатная медицинская помощь по полису ОМС. Еще 28% сталкивались с такой ситуацией.

Согласно результатам исследования, 56% опрошенных россиян оплачивали дополнительные к полису ОМС медицинские услуги, при этом 37% сталкивались с таким при собственном лечении, еще 19% - при лечении родственников. Также 76% респондентов считают недопустимым введение платных медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования.

Всероссийский интернет-опрос "ВЦИОМ-Онлайн" был проведен 17-18 октября 2023 года. В опросе приняли участие 1 708 россиян старше 18 лет. Предельная погрешность выборки с вероятностью 95% не превышает 2,5%.

<https://tass.ru/obschestvo/19169187?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>