****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период с 2 по 8 декабря 2024 года)**

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**Минздрав дорабатывает законопроект о применении клинических рекомендаций**

Документ позволит упорядочить подход при использовании этих рекомендаций в системе здравоохранения, сообщил помощник министра здравоохранения РФ Алексей Кузнецов

МОСКВА, 3 декабря. /ТАСС/. Министерство здравоохранения РФ дорабатывает проект применения клинических рекомендаций после его обсуждения с представителями всех заинтересованных сторон, документ позволит нивелировать риски при использовании рекомендаций в системе здравоохранения. Об этом сообщил журналистам помощник министра здравоохранения РФ Алексей Кузнецов.

Ранее председатель Совета Федерации Валентина Матвиенко [рекомендовала](https://tass.ru/obschestvo/22563999) Минздраву России провести широкую разъяснительную работу с медицинскими организациями в регионах по вопросу перехода на обязательные клинические рекомендации, которые должны вступить в силу с 1 января 2025 года.

По словам помощника министра, в настоящий момент проект порядка применения клинических рекомендаций, разработанный Минздравом России, находится на этапе доработки после нескольких раундов предварительного обсуждения с представителями всех заинтересованных сторон: медицинской и пациентской общественностью, учеными, контрольно-надзорными органами, представителями регионов и депутатского корпуса.

"Документ после его принятия позволит нивелировать риски и упорядочить подход при использовании клинических рекомендаций в системе здравоохранения", - пояснил Кузнецов.

Статья о клинических рекомендациях появилась в законе "Об основах охраны здоровья граждан" в 2018 году. В соответствии с ней медицинская помощь гражданам (кроме случаев клинической апробации) должна быть организована в соответствии с клиническими рекомендациями (КР) начиная с 2024 года. Согласно поправкам, принятым в закон в декабре 2023 года, переходный период для медицинских организаций по оказанию медицинской помощи на основе КР был продлен до 1 января 2025 года.

<https://tass.ru/obschestvo/22566229?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch>

**Участникам отрасли готовят инструкции по переходу на клинические рекомендации**

Эксперты Минздрава разъяснили участникам отрасли, как перестраивать работу в условиях обязательного исполнения клинических рекомендаций. В случае отсутствия у медорганизации возможностей для оказания необходимой помощи пациента должны перенаправить в другое учреждение системы ОМС, следует из материалов встречи.

Комиссия по здравоохранению партии «Единая Россия» провела 3 декабря для ведущих специалистов, руководителей крупных больниц, экспертов и юристов ликбез по перестройке работы медицинских организаций после вступления в силу с 2025 года норм об обязательном исполнении клинических рекомендаций (КР). О прозвучавших на встрече предложениях «МВ» рассказали ее участники.

В случае невозможности выполнения медицинского вмешательства, предусмотренного клинрекомендациями и показанного пациенту, медицинская организация должна перенаправить пациента в рамках маршрутизации в другую клинику, участвующую в территориальной программе госгарантий, в которой такая возможность есть. Такие инструкции были сформулированы в неутвержденном пока «Проекте порядка применения клинических рекомендаций», который раздали участникам встречи.

В нем сказано, что «клинические рекомендации основаны на анализе научных данных, доступных во время их подготовки, имеют практическую направленность и являются ориентиром для врача при оказании медицинской помощи в конкретных ситуациях». При этом все медорганизации вне зависимости от формы собственности или ведомственной принадлежности обязаны следовать им.

Как рассказал «МВ» один из участников встречи, обсуждение темы было достаточно формальным и «никакой принципиально новой информации там не было». Как написал в своем telegram-канале председатель комиссии по здравоохранению «Единой России», директор Московского многопрофильного клинического центра «Коммунарка» **Денис Проценко,** размытость формулировок в законе порождает ситуации, когда КР становятся дамокловым мечом в руках судмедэкспертов и правоохранителей.

«За последний год число уголовных дел в адрес врачей выросло в разы! Бывают ситуации, когда целиком и полностью использовать клинреки просто невозможно. Врачи исходят из имеющихся у них ресурсов, чтобы оперативно оказать помощь пациентам, а это дает повод для их уголовного преследования, что недопустимо», — пояснил он. По его словам, сейчас основная цель — минимизировать риски профессиональной деятельности медработников и параллельно с этим повысить качество оказания медицинской помощи.

Для этого необходимо закрепить в законодательстве ясно и четко статус КР, прописав, что национальные гайдлайны не выступают предметом федерального государственного надзора и не включены в предмет оценки. Иначе судмедэксперты будут продолжать трактовать клинрекомендации, исходя из их статуса, закрепленного в федеральном законодательстве.

В проекте порядка оговаривается, что лечащий врач «самостоятельно выбирает тактику диагностики и лечения заболевания в зависимости от особенностей заболевания и/или состояния пациента, в том числе основываясь на клинических рекомендациях». Правда, эксперты в сфере защиты прав пациентов видят в этом риски неисполнения КР и нарушения их прав. «Если врач решит, что пациенту такое исследование не требуется, то и направление не даст. Требования КР, получается, необязательны. На мой взгляд, это прямое нарушение прав пациента и путь к коррупции», — пояснил «МВ» источник в сфере страхования.

Раздел о [клинических рекомендациях](https://medvestnik.ru/content/news/O-chem-govorili-na-forume-Nacionalnoe-zdravoohranenie-Glavnoe.html) появился в законе № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» и в законе «Об ОМС» в 2018 году. В соответствии с ним медицинская помощь гражданам (кроме случаев клинической апробации) должна быть организована в соответствии с КР и с учетом стандартов. 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.

На основе КР построена вся система финансирования и оценки качества медпомощи. На них опираются эксперты при аудите качества медпомощи и суды при разрешении конфликтов между пациентами и врачами в уголовном и административном поле. В декабре прошлого года Госдума на год [отложила](https://medvestnik.ru/content/news/Perehod-na-obyazatelnye-klinicheskie-rekomendacii-otlojili-na-2025-god.html) переход на обязательные КР на всех уровнях медицинской помощи. С учетом отсрочки медорганизации должны будут начать руководствоваться национальными гайдлайнами с 1 января 2025 года.

Тема перехода на обязательные клинические рекомендации активно обсуждается в профессиональном сообществе весь последний год. В конце октября Минздрав [подготовил](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-sostavil-razyasneniya-o-uridicheskom-statuse-klinrekomendacii.html?utm_source=main&utm_medium=center-main-left) очередные разъяснения о юридическом статусе клинических рекомендаций. В них говорится, что КР не имеют статуса нормативно-правовых актов и не могут выступать предметом государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Медицинские юристы оценили это заявление неоднозначно, отмечая, что фактически врачам внушают мысль о необязательности использования КР, что в корне неверно, писал «МВ».

Врачебная палата Тверской области известила Национальную медицинскую палату о невозможности обязательного применения клинических рекомендаций в медучреждениях регионов. У государственных клиник в субъектах и в территориальных программах госгарантий просто не хватит на это денег. Вырастут риски [уголовного](https://medvestnik.ru/content/news/Sudmedekspert-dala-rekomendacii-pediatram-kak-zashititsya-ot-ugolovnogo-presledovaniya.html) и административного преследования врачей, [писал](https://medvestnik.ru/content/news/Obedinenie-vrachei-predupredilo-o-roste-shtrafov-iz-za-obyazatelnosti-klinrekomendacii.html)«МВ».

Накануне на проблему [обратили внимание](https://medvestnik.ru/content/news/Matvienko-prizvala-Minzdrav-srochno-razyasnit-regionam-vopros-s-klinrekomendaciyami.html) и сенаторы. Спикер Совета Федерации Валентина Матвиенко заявила, что в связи с готовящимся переходом медорганизаций на работу по клиническим рекомендациям нарастает напряжение в медицинском сообществе и призвала Минздрав срочно разъяснить регионам этот вопрос.

<https://medvestnik.ru/content/news/Uchastnikam-otrasli-gotovyat-instrukcii-po-perehodu-na-klinicheskie-rekomendacii.html>

**Клинические рекомендации не рекомендуются**

Врачи опасаются введения обязательных медицинских стандартов

Глава Совета федерации Валентина Матвиенко призвала Минздрав урегулировать напряженную ситуацию с вводимой с 1 января 2025 года обязанностью оказывать всю медицинскую помощь в стране в соответствии с клиническими рекомендациями (КР). Сейчас за медиками остается право выбора тех или иных подходов к лечению. Часть врачей и медицинских экспертов опасаются, что возможности и материально-техническая база многих региональных медорганизаций не позволят обеспечить обязательное исполнение КР по многим профилям, и это вызовет правовые и финансовые последствия для клиник и их персонала. Смягчить ситуацию помогли бы поэтапное введение стандартов наряду с уточнением законодательства. В Минздраве, впрочем, заверили, что дорабатывают порядок применения КР с учетом мнения «всех заинтересованных

Валентина Матвиенко рекомендовала Минздраву провести широкую разъяснительную работу с медорганизациями в регионах касательно перехода на обязательные клинические рекомендации в связи со вступлением в силу соответствующих [поправок](https://sozd.duma.gov.ru/bill/475970-8) к закону об основах охраны здоровья. Клиническими рекомендациями называют документы, в которых собрана информация о том или ином заболевании: диагностика, варианты лечения и профилактики. На них опираются эксперты при аудите качества медпомощи и суды при разрешении конфликтов между пациентами и врачами. В России такие регламенты, как правило, готовит профессиональное сообщество, а утверждает Минздрав.

Менее чем за месяц до перехода на обязательные КР на ситуацию [обратила](https://www.kommersant.ru/doc/7345685) внимание госпожа Матвиенко. «Когда Минздрав говорит, у нас нет проблем с переходом на новые клинические требования, а врачи все гудят,— заявила 3 декабря спикер Совфеда.— Так не бывает. Может быть, у вас и нет проблем, но они есть у врачей». Она добавила, что «напряжение нарастает, и не реагировать на него нельзя».

В ноябре председатель Врачебной палаты Тверской области Валентин Пантелеев в письме президенту Национальной медицинской палаты (НМП) Леониду Рошалю и сопредседателю Всероссийского союза пациентов (ВСП) Яну Власову разъяснил, о каких проблемах идет речь.

По его словам, отнюдь не все региональные медорганизации смогут исполнить КР из-за ограниченных бюджетов территориальных фондов ОМС. А это, в свою очередь, может стать поводом для административного и даже уголовного преследования врачей, а также финансовых санкций к медучреждениям со стороны страховых компаний.

Требование оказания качественных услуг пациентам является ключевым в соответствии с законом о защите прав потребителей, подтверждает медицинский адвокат Ирина Гриценко. Если в ходе проверок будет выявлено, что медпомощь оказана некачественно, это будет основанием для отказа страховых организаций в оплате счетов медорганизации, а пациенты смогут обратиться в суд. «Для оказания медицинской помощи в рамках клинических рекомендаций необходимо, допустим, провести МРТ-исследование, но не везде есть аппарат,— привела пример госпожа Гриценко.— Отсутствие МРТ-исследования будет основанием для признания медицинского случая полностью не подлежащим оплате».

Отметим, в сентябре 2023 года Верховный суд (ВС) РФ [постановил](https://disk.yandex.ru/i/kOX5KigvQsOzVg), что КР, хотя пока и не являются полноценными нормативными актами, уже фактически обязательны для выполнения медорганизациями. С такой трактовкой ВС отправил на пересмотр дело одной из пациенток, которой, по ее словам, оказали некачественную медпомощь — операцию по удалению аппендицита. Согласно клиническим рекомендациям, как заметил ВС, операцию при диагнозе «аппендицит» должны провести в течение двух часов, осмотр — в течение часа. В случае же с этой пациенткой от момента вызова скорой до операции прошло около десяти часов. Педиатр, автор Telegram-канала «Клинические рекомендации — только для врачей» Илья Жилкин отмечает, что после этого решения КР по аппендициту переписали, убрав из них временные нормативы. Пока непонятно, недоумевает господин Жилкин, откуда брать финансирование для соблюдения КР, оснащая учреждения аппаратами МРТ, УЗИ и другой современной диагностикой, специалистами по всем направлениям и препаратами. «Если лекарство прописано обязательно к назначению в клинических рекомендациях, но его нет в больнице, врачу придется, видимо, оговаривать это обстоятельство, проводить врачебную комиссию — чтобы потом пациент не смог к этому придраться. Хотя на самом деле он все равно сможет»,— описал проблему Илья Жилкин.

«Учитывая региональные особенности работы системы здравоохранения, бюджетные возможности субъектов РФ, уровень оснащенности медицинских учреждений, кадровый состав медучреждений, назревает вопрос целесообразности поэтапного, постепенного применения клинических рекомендаций. Это позволило бы избежать снижения качества оказания медицинской помощи»,— заявил “Ъ” первый зампред комитета по охране здоровья Госдумы Бадма Башанкаев (ЕР). По его мнению, снять остроту ситуации могли бы поправки к законодательству «в части конкретизации места и роли клинических рекомендаций, стандартов и критериев оценки качества». Комитет по охране здоровья, по словам господина Башанкаева, уже работает над ними. Источник “Ъ”, знакомый с ситуацией, сообщил, что в Госдуме намерены успеть решить вопрос до 1 января 2025 года. Помощник министра здравоохранения РФ Алексей Кузнецов сообщил “Ъ”, что проект порядка применения КР дорабатывается после нескольких раундов предварительного обсуждения с медицинской общественностью, пациентскими организациями, учеными, контрольно-надзорными органами, представителями регионов и депутатского корпуса. «Документ после его принятия позволит нивелировать риски и упорядочить подход при использовании клинических рекомендаций в системе здравоохранения. Соответствующая разъяснительная работа также, безусловно, будет проведена»,— заверил господин Кузнецов.

<https://www.kommersant.ru/doc/7346700>

**Глава Росздравнадзора заявила о возможности выполнения клинических рекомендаций по всей РФ**

5 декабря. Interfax-Russia.ru - Выполнение унифицированного подхода к лечению пациентов с теми или иными заболеваниями в полном объеме возможно по всей России, заявила руководитель Росздравнадзора Алла Самойлова по итогам соответствующего аудита.

"С 1 января начинаем свою работу по клиническим рекомендациям, и много вопросов на сегодняшний день: "А сможем ли мы выполнить клинические рекомендации в полном объеме". Мы проводили аудит возможности выполнения клинических рекомендаций в целом по стране. И если в прошлом году мы отмечали значительное количество инфраструктурных замечаний, много было недостаточного оборудования, то в этом году мы говорим, что практически оборудование есть везде", - сказала Самойлова в четверг на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием "Медицина и качество".

По ее словам, создана нормативная база, когда можно маршрутизировать пациента из одной медицинской организации в другую, из одного субъекта в другой регион, оказывать телемедицинскую консультацию, экстренную помощь и использовать санитарную авиацию.

"Если вы всем этим пользуетесь, если у вас прекрасно выстроена маршрутизация, если у вас написаны приказы, если с этими приказами ознакомлены все медицинские работники и они следуют этим приказам, то, поверьте, на сегодняшний день мы говорим о том, что можно выполнить все клинические рекомендации", - заявила Самойлова.

С 1 января 2025 года медицинским организациям предстоит перейти к оказанию помощи пациентам на основе клинических рекомендаций.

Ранее спикер Совета Федерации Валентина Матвиенко заявила, что Минздрав РФ должен снять напряженность среди врачей в связи с клиническими рекомендациями, вступающими в действие с января будущего года, если в регионах начнутся проблемы, ведомство за это ответит.

В медицинском сообществе звучали опасения, что в случае возникновения проблем с выполнением рекомендаций клиники и врачи будут нести ответственность, в том числе административную и уголовную.

Помощник министра здравоохранения РФ Алексей Кузнецов ранее сообщил, что проект порядка применения клинических рекомендаций дорабатывается после нескольких раундов его предварительного обсуждения.

На основе этих рекомендаций построена система финансирования и оценки качества медпомощи. На них опираются эксперты при аудите качества медпомощи и суды при разрешении конфликтов между пациентами и врачами. В клинических рекомендациях представлены, в том числе, краткая информация о болезни, клиническая картина, критерии диагноза, прогнозы осложнений и риска, меры профилактики, наименования используемых для лечения препаратов, а также методы реабилитации и показания к диспансерному наблюдению.

<https://www.interfax-russia.ru/main/glava-roszdravnadzora-zayavila-o-vozmozhnosti-vypolneniya-klinicheskih-rekomendaciy-po-vsey-rf>

"**Мы можем шагнуть в темную воду тотального бесконтроля". Почему эксперты предлагают принять программу внедрения клинических рекомендаций**

Эксперты предлагают принять программу внедрения клинических рекомендаций

Со следующего года клинические рекомендации по лечению тех или иных заболеваний будут обязательными. Как поясняют в Минздраве, обязательность их применения - это основа качества медицинской помощи и серьёзный стимул к развитию системы здравоохранения. При этом врачи в регионах выражают сомнения в готовности всех медучреждений действовать четко в соответствии с новым порядком, о чем и заявила глава Совета Федерации Валентина Матвиенко на недавнем совещании. В пациентском сообществе также считают, что оказание медицинской помощи в соответствии с клинрекомендациями - в интересах пациентов. Во Всероссийском союзе пациентов считают необходимым снять противоречия в сегодняшней оценке обязательности их применения, для чего нужна конкретная программа внедрения клинических рекомендаций и погружения их в программу государственных гарантий.

"Сейчас крайне необходима синхронизация разработки программы государственных гарантий и действующих клинических рекомендаций. Необходимы поэтапность их внедрения, определение обязательности определенных разделов и необязательности других. Нужны дополнительные механизмы их внедрения в медицинских организациях. Мы должны помогать медицинским организациям, не штрафовать, не наказывать врача и медицинскую организацию. Поэтому должна быть чёткая национальная государственная программа внедрения клинических рекомендаций и их погружения в программу государственных гарантий", - сказал "Российской газете" сопредседатель Всероссийского союза пациентов Юрий Жулев.

Дело в том, что для выполнения требований клинрекомендаций (которые ориентируются на лучшие, наиболее современные практики оказания различных видов медицинской помощи) нужна определенная материально-техническая база - для проведения диагностики и лечения, также нужна и доступность инновационных лекарств. Но на практике нередко возникает ситуация, когда врач не может назначать лечение строго "по протоколу" именно из-за отсутствия необходимых ресурсов.

Жулев поясняет: на первом этапе необходимо четко разделять материально-техническую составляющую клинических рекомендаций и вопросы наказания за их неисполненение. Особенно, если учесть, что за нарушения предусмотрена даже уголовная ответственность, и врач рискует оказаться "крайним".

"Клинические рекомендации - это основополагающий вектор развития системы здравоохранения. Это серьёзнейший стимул финансирования и внедрения инноваций. Мое публичное предупреждение медицинскому сообществу - в случае отмены клинических рекомендаций не жалуйтесь, что не будет практически никаких стимулов к оснащению больниц, к изменениям и модернизации, и горчичники станут единственным методом лечения всех болезней", - подчеркнул эксперт.

Сегодня именно отсутствие полноценного технического оснащения поликлиник и больниц для исполнения всех требований клинических рекомендаций является краеугольным камнем в вопросе обязательности их применения. Как отмечает заместитель председателя Врачебной Палаты Тверской области Олег Самошкин, существенная разница в финансировании здравоохранения в разных регионах - серьезное препятствие для полного следования клиническим рекомендациям по всей стране. Самошкин подчеркивает: такая ситуация делает заложниками врачей, которые не в состоянии обеспечить медицинскую помощь в соответствии с клиническими рекомендациями, и рискуют попасть под уголовное преследование. Поэтому в профессиональном сообществе серьезно опасаются роста уголовных дел в отношении врачей.

С другой стороны, отмена обязательности применения клинрекомендаций приведет к еще большим проблемам для практикующих врачей. Напомним, что первоначально окончателььный переход работы медорганизапций по новым правилам должен был состояться в 2024 году, но в итоге Минздрав отодвинул час "Х" на год.

"И стандарты, и клинические рекомендации обязывают организаторов здравоохранения приобретать ресурсное обеспечение, необходимое для практикующего врача. Врач, опираясь на клинические рекомендации, может прийти к руководителю и потребовать обеспечить его нужной техникой, медикаментами и т.д. В этом случае несет ответственность не практикующий врач, а медицинская организация. В случае отмены клинрекомендаций врач лишится такой защиты", - поясняет советник генерального директора страховой медицинской организации "Капитал-МС", доктор медицинских наук Алексей Старченко. Однако сложно себе представить, как рядовой доктор отправится к начальству требовать обеспечить его всем необходимым для нормальной работы, не боясь испортить отношения. В конце концов, структура зарплаты врачей такова, что ее размер во многом зависит от решений, принимаемых начальством.

Тем не менее, отмена обязательности применения клинических рекомендаций, говорит Старченко, обязательно ухудшит качество диагностики и лечения. А это означает рост смертности пациентов. И опять "крайними" окажутся врачи.

"Клинические рекомендации - это алгоритм действия врача. Мы их отменим, и Следственный Комитет захлебнется в жалобах, а смертность увеличится. Например, получится, что при остром инфаркте не обязательно делать тромболитическую терапию, коронарографию, стентирование, не нужны радикальные варианты оказания медицинской помощи в акушерстве при кровопотере 1,5 литра, в онкологии вообще не нужно назначать таргетную терапию... Между тем, все это уже реально выполняется! Или еще пример. Сейчас нет приказа Минздрава по лечению пневмонии тяжелой степени с осложнениями. Получается, что без клинических рекомендаций и не надо делать рентгенографию легких для установления диагноза пневмонии в массовом порядке на всей территории страны? Но что тогда будет со смертностью от пневмонии? Сколько исков от пациентов?" - поясняет профессор Старченко.

Эксперты уверены: отмена клинических рекомендаций не изменит ситуацию в лучшую сторону и в практике судебно-медицинской экспертизы, которая обеспечивает деятельность правоохранительных органов и является источником доказательств по уголовным и гражданским делам в отношении врачей. "Здесь кроется ловушка для медицинского сообщества. Врачи окажутся в руках некоего обезличенного эксперта, который будет листать различные статьи, монографии, будет искать разные документы, которые могут подтвердить его экспертное мнение. Или он должен будет формировать свое мнение только на основе личного опыта. Для того, чтобы экспертиза была объективной, у специалистов должны быть четкие координаты в виде клинических рекомендаций", - подчеркивает Юрий Жулев.

Еще один важный момент. Отмена клинических рекомендаций негативно отразится и на всей системе контроля качества оказания медицинской помощи в стране. Как отмечает Алексей Старченко, на сегодняшний день стандарты, которые регулируют ресурсное обеспечение, исключены из системы оценки качества медицинской помощи в системе ОМС. Вместе с тем действуют критерии оценки качества, которые представляют собой необходимый минимум ресурсов, обеспечивающих нормальную диагностику и лечение.

"Критерии оценки качества нужны были для того, чтобы гарантировать на территории всей страны ресурсное обеспечение и права пациента на одинаковый уровень, равное качество медпомощи по тем нозологиям, которые отличались высокой смертностью. Выбирались 10 четко действующих критериев, соблюдение которых гарантировало, что пациент получит всю возможную помощь для сохранения жизни", - поясняет Алексей Старченко. По мнению экспертов, исключение клинических рекомендаций полностью разрушит систему оценки качества медицинской помощи. "Нет стандартов, не будет клинических рекомендаций - а что будет взамен? Ничего. Мы не можем сделать критерии оценки качества даже блоками, как, например, КСГ. Это невозможно, потому что есть точечные вещи, которые определяют, правильно ли оказана медицинская помощь по данной нозологии или неправильно. Посыл, что клинические рекомендации заменят критерии оценки качества медицинской помощи, неверный. Мы видим, насколько долго разрабатываются клинические рекомендации. Это годы", - отмечает Юрий Жулев.

Важно и то, что клинические рекомендации, детально описывающие самые лучшие варианты лечения, возможные на данном уровне развития медицины, - это, по сути, основа для всей системы качества медицинской помощи. Ведь на их основе разрабатываются порядки и стандарты оказания медицинской помощи (для определения размеров финансирования). Следовательно, если исключить из этой системы клинрекомендации, "посыпется" вся система управления качеством медпомощи.

"Мы можем шагнуть в темную воду тотального бесконтроля", - предупредил первый зампредседателя Комитета ГД РФ по охране здоровья, известный онкохирург Бадма Башанкаев. А советник директора Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко Елена Вольская, в свою очередь, заметила, что обязательность клинических рекомендаций - это важный элемент функционирования системы здравоохранения во многих странах. Например, в Германии, где уровень медицины - один из лучших в Европе.

"Каждый практикующий врач, являясь членом врачебной палаты, обязан выполнять клинические рекомендации, которые разработали ассоциации. Если врач нарушает клинические рекомендации, при этом наносит вред здоровью пациента, он может лишиться и корпоративного страхования, и лицензии на медицинскую деятельность. Именно клинические рекомендации лежат в основе оценки его действий при разборе спорного случая. Клинические рекомендации - это тот инструмент, который связывает врача, страхование его профессиональной ответственности и пациента, создают условия безопасности и для врача и для пациента, которого он лечит", - подчеркнула Елена Вольская.

Теперь важно, чтобы эту "идеологию" поняли и приняли и рядовые врачи, и их руководители в региональных медучреждениях. И, главное, надо решить, каким образом оснастить региональные клиники всем необходимым, чтобы четкое следование клиническим рекомендациям не становилось неразрешимой проблемой.

<https://rg.ru/2024/12/04/eksperty-predlagaiut-priniat-programmu-vnedreniia-klinicheskih-rekomendacij.html?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch>

**В Госдуме объяснили, как будут внедрять клинические рекомендации Минздрава**

Депутат ГД Леонов: клинические рекомендации Минздрава будут внедрять поэтапно

Переход системы здравоохранения на клинические рекомендации будет происходить поэтапно, рассказал NEWS.ru председатель комитета Госдумы по охране здоровья Сергей Леонов. По его словам, новые инструкции для врачей будут утверждаться с учетом подготовки лечебных учреждений и кадров. Он заверил, что нововведения не повлекут рисков ни для медиков, ни для пациентов.

По мере готовности лечебных учреждений и врачей к внедрению этих клинических рекомендаций они будут вводиться. Причем это будет регулироваться нормативными актами правительства и Министерства здравоохранения. Я не думаю, что стоит беспокоиться. Все это будет внедряться постепенно, планомерно и без всяких рисков для пациентов и врачей,— сказал Леонов.

Парламентарий добавил, что клинические рекомендации достаточно обширны и предполагают новые методы и средства лечения пациентов. По словам Леонова, врач должен отталкиваться от потребностей и особенностей пациента, сопутствующих заболеваний и возможностей клиники. Он указал, что в случае отсутствия в больнице необходимого оборудования, пациент будет направляться в лечебное учреждение более высокого класса.

Ранее спикер Совфеда Валентина Матвиенко [заявила](https://news.ru/society/minzdrav-prizvali-razyasnit-perehod-na-klinicheskie-rekomendacii/), что Минздрав РФ должен разъяснить региональным медучреждениям суть перехода на новые клинические рекомендации по лечению пациентов. По ее словам, напряжение на фоне нововведения нарастает, поэтому вопрос нельзя игнорировать.

Новые клинические рекомендации вступят в силу с 1 января 2025 года. Спикер Софведа призвала в срок провести инструктаж, чтобы избежать трудностей в субъектах федерации. В противном случае Минздрав будет нести ответственность за проблемы в медучреждениях, констатировала она.

<https://news.ru/society/v-gosdume-obyasnili-kak-budut-vnedryat-klinicheskie-rekomendacii-minzdrava/?utm_source=yxnews&utm_medium=mobile&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch>

**Юрист раскрыла, будут ли врачей чаще привлекать к уголовной ответственности**

Адвокат Гриценко: клинические рекомендации не увеличат число дел против врачей

Врачам не будет угрожать уголовная ответственность за каждое отступление от клинических рекомендаций, которые примут 1 января 2025 года, рассказала NEWS.ru медицинский адвокат, член коллегии адвокатов «Правовая политика» Ирина Гриценко. Однако, по ее словам, после их введения, под угрозой могут оказаться руководители клиник, которые не могут обеспечить выполнение требований Минздрава.

Введение клинических рекомендаций не повлияет на количество возбуждаемых уголовных дел по фактам оказания некачественной медицинской помощи. Однако может измениться их структура и субъект привлечения, а именно не лечащие врачи, а руководители, которые не обеспечивают своевременное предоставление медпомощи пациентам и наличие оборудования в учреждении, — считает Гриценко.

По словам адвоката, возможный отказ врачей от лечения пациентов из-за боязни попасть под уголовное преследование четко не регламентирован. Она напомнила, что у медика есть такое право, но он должен согласовать свое решение с руководителем. Это закреплено в статье 70 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». На практике, если главный врач не разрешит, то врач обязан продолжать оказывать медицинскую помощь пациенту, добавила Гриценко.

Ранее спикер Совфеда Валентина Матвиенко заявила, что Минздрав РФ должен разъяснить региональным медучреждениям суть перехода на [новые клинические рекомендации](https://news.ru/society/minzdrav-prizvali-razyasnit-perehod-na-klinicheskie-rekomendacii/) по лечению пациентов. По ее словам, напряжение на фоне нововведения нарастает, поэтому вопрос нельзя игнорировать.

<https://news.ru/society/yurist-raskryla-budut-li-vrachej-chashe-privlekat-k-ugolovnoj-otvetstvennosti/>

**ПРАВИТЕЛЬСТВО/ГД/СФ**

**Правительству предложили ввести компенсации на оплату ЖКУ для сельских медработников**

Депутаты направили в правительство законопроект о льготах на ЖКУ для медработников. По мнению авторов документа, это создаст дополнительные стимулы для работы в государственном се «Справедливая Россия — За правду» направила на отзыв в правительство законопроект о компенсациях на оплату жилищно-коммунальных услуг для медицинских работников в сельской местности и поселках. Норму предложено закрепить в законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», [сообщает](https://tass.ru/obschestvo/22579503) ТАСС со ссылкой на пресс-службу партии.

Депутаты отметили, что ряд регионов уже компенсируют медработникам расходы на оплату жилых помещений, отопления и освещения, но размер компенсаций различается, что создает неравенство между субъектами. Предлагаемая норма разработана по аналогии с действующими положениями закона «Об образовании», которыми предусматриваются льготы на оплату ЖКУ для педагогических работников в сельской местности и малых населенных пунктах.

При этом предполагается, что размер, условия и порядок возмещения расходов для медработников федеральных медучреждений будут устанавливаться правительством и обеспечиваться за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета. Для медработников региональных и муниципальных учреждений здравоохранения субъектов компенсация будет устанавливаться законодательством РФ.

«Принятие законопроекта обеспечит справедливое распределение социальной поддержки среди медицинских работников, создаст дополнительные стимулы для работы в государственном секторе здравоохранения и улучшит доступность медицинской помощи для населения, особенно в сельских и отдаленных районах», – считают авторы законопроекта.

<https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvu-predlojili-vvesti-kompensacii-na-oplatu-JKU-dlya-selskih-medrabotnikov.html>

**МИНЗДРАВ/ФОМС**

**Минздрав готов приравнять аттестацию на квалификационную категорию к аккредитации**

Минздрав собирается приравнять процедуру аккредитации специалиста к аттестации медицинских и фармацевтических работников для присвоения квалификационной категории. Проект поправок в закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подготовлен ведомством.

Минздрав планирует приравнять процедуру аккредитации специалиста к аттестации для присвоения квалификационной категории по той же специальности. [Проект поправок](https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=152847) в закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» размещен 3 декабря на портале regulation.gov.ru, обратил внимание «МВ».

Документ подготовлен по поручению президента об упрощении процедуры подачи документов для прохождения мед- и фармработниками периодической аккредитации специалиста — **Владимир Путин** дал его в 2023 году. Цель законопроекта — совершенствование и сближение процедур аккредитации специалиста и аттестации для присвоения квалификационной категории. Сейчас для прохождения этих процедур медицинские и фармацевтические работники представляют практически аналогичные комплекты документов. В случае утверждения поправки вступят в силу с 1 марта 2026 года.

Квалификационная категория служит показателем, определяющим уровень профессиональных знаний и навыков специалистов, проводится очно, с использованием дистанционных технологий, включает также этапы тестирования и собеседования. В свою очередь, периодическая аккредитация проводится в один дистанционный этап – оценку портфолио и сводится к формальной проверке документов работников, говорится в пояснительной записке.

«Предлагаемые изменения будут способствовать увеличению количества медицинских и фармацевтических работников, имеющих квалификационную категорию, поскольку благодаря получению квалификационной категории работникам будет проведена не только дифференциация оплаты труда по результатам аттестации, но также продлена аккредитация специалиста на следующие пять лет», — отмечают разработчики проекта.

Источник: Статистический сборник «Здравоохранение России 2023»

Полномочиями утверждать единую форму выписки о прохождении аккредитации, согласно законопроекту, будет наделен Минздрав России. Одновременно с этим планируется окончательно отказаться от выдачи свидетельства об аккредитации специалиста на бумажном носителе как от ненужного документа. То есть подтверждением аккредитации будет только выписка из Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ).

Почти половина (49,5%) российских врачей считают, что необходимость изменений в институте аккредитации медицинских специалистов давно назрела. Существующий механизм респонденты называют «бесполезной бюрократией», показал [опрос](https://medvestnik.ru/content/news/Bolshe-90-oproshennyh-vrachei-podderjali-uproshenie-akkreditacii.html)«МВ» и аналитической компании RNC Pharma.

С января Федеральный аккредитационный центр (ФАЦ) [ужесточил](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-ujestochil-poryadok-periodicheskoi-akkreditacii-med-i-farmspecialistov.html) порядок прохождения периодической аккредитации мед- и фармспециалистов. Срок действия справок и документов теперь не превышает 30 дней, а удостоверения о повышении квалификации теперь в обязательном порядке проверяют в Федеральном реестре сведений о документах об образовании (ФИС ФРДО). Таким образом, если образовательная организация не внесла данные в информсистему, даже при наличии заверенной копии такого удостоверения в пакете документов к рассмотрению их принимать не будут. Как пояснил «МВ» один из участников рынка, причиной нововведений было большое число случаев представления недостоверных документов об образовании.

Как врачу и фармспециалисту подготовиться, чтобы успешно пройти периодическую аккредитацию, а также наиболее частые ошибки в этом процессе, «МВ» разбирал [здесь](https://medvestnik.ru/content/cards/Kak-vrachu-i-farmspecialistu-proiti-periodicheskuu-akkreditaciu-v-2024-godu.html) и [здесь.](https://medvestnik.ru/content/news/Samye-chastye-oshibki-medrabotnikov-pri-akkreditacii-i-kak-ih-izbejat.html)

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-gotov-priravnyat-attestaciu-na-kvalifikacionnuu-kategoriu-k-akkreditacii.html>

**Минздрав планирует изменить порядок выдачи больничных**

Министерство здравоохранения РФ планирует изменить условия и порядок формирования листков нетрудоспособности. Проект соответствующего приказа [размещен](https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=152081)на портале проектов нормативных правовых актов.

В приложении к проекту документа указано, что с 1 сентября 2025 г. гражданам, которых за полгода до обращения к врачу уже признавали нетрудоспособными четыре раза, листок нетрудоспособности будут выдавать на срок до трех календарных дней, после чего потребуется решение врачебной комиссии. Нововведение не будет касаться случаев ухода за больным членом семьи, медицинской реабилитации, получения медицинской помощи при социально значимых заболеваниях и заболеваниях, требующих медицинской помощи методом заместительной почечной терапии.

2 декабря Минтруд [предложил](https://www.vedomosti.ru/politics/news/2024/12/02/1078479-mintrud-predlozhil-oplachivat)оплачивать больничный демобилизованным и продлить срок, на протяжении которого работодатель не имеет права уволить данную категорию военных. Инициатива касается тех случаев, когда работник заболел или получил травму после окончания службы. Согласно проекту, таким гражданам обязаны оплачивать больничный лист до момента, пока они не смогут выйти на работу. Сейчас военные после окончания мобилизации или срока контракта должны выйти на работу в течение трех месяцев, в противном случае их могут уволить. Нововведения предложены с целью помощи им.

<https://www.vedomosti.ru/society/news/2024/12/06/1079689-minzdrav-planiruet-izmenit?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fstory%2Fbbecea48-3060-5d3f-a2c5-3014e15a53ba>

**Минздрав переработал порядок медицинской помощи по акушерству и гинекологии**

Минздрав планирует внести массу дополнений в действующий порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». Среди важных обновлений: дополнительный УЗИ-скрининг в третьем триместре беременности и второе посещение врача-стоматолога, а также обязательная консультация психолога.

Регулятор кардинально переработал действующий порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (Приказ Минздрава № 1130н от 20.10.2020). В [проекте документа](https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=152920) появились новые нормы о репродуктивной диспансеризации, порядке и последовательности доабортного консультирования и обследованиях несовершеннолетних, обратил внимание «МВ».

Самые важные новеллы: к осмотрам женщин при физиологическом течении беременности добавлено дополнительное посещение врача-стоматолога, не менее двух раз (ранее не менее одного раза) и консультации медицинского психолога (не менее двух раз за все время). Раньше консультации психологов при физиологическом течении беременности в планы обследований не включались. Кроме того, уточняется, что большинство обследований «узких» специалистов должны выполняться не позднее 14 дней после первичного обращения пациентки в женскую консультацию.

Вводится дополнительное, третье, УЗ-обследование на 34—36-й неделях беременности. Ультразвуковая оценка антенатального развития плода на этом сроке, по мнению специалистов Минздрава, нужна для диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, крупного или маловесного плода. Сейчас обязательные УЗИ проводятся пациенткам на 11—14-й и 19—21-й неделях беременности.

В порядке также прописаны правила репродуктивной [диспансеризации](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-napravil-v-regiony-rekomendacii-po-provedeniu-reproduktivnyh-skriningov.html) женщин фертильного возраста. В том числе ее выполняют специалисты акушеры-гинекологи мобильных медицинских бригад. В их функции будут включены осмотры девочек и женщин в послеродовом периоде, проживающих на селе и в труднодоступных районах.

Для профилактики абортов в проект приказа включен просмотр изображения эмбриона и его сердцебиения при проведении УЗИ органов малого таза у женщин, обратившихся за медицинской услугой по искусственному прерыванию беременности до 12 недель ‎без медицинских показаний. При первичном обращении для искусственного прерывания беременности врач акушер-гинеколог или врач общей практики (семейный врач), медицинский работник фельдшерско-акушерского пункта, фельдшерского здравпункта, фельдшерского пункта ‎или иной врач-специалист (в том числе врач УЗИ) должен предложить пациентке пройти мотивационное анкетирование и направить ее в кабинет медико-социальной помощи женской консультации для проведения психологического доабортного консультирования.

При отсутствии кабинета медико-социальной помощи или Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся ‎в трудной жизненной ситуации, психологическое доабортное консультирование проводит медработник с высшим или средним медицинским образованием, прошедший повышение квалификации ‎по психологическому доабортному консультированию.

Важные дополнения касаются проведения медицинских осмотров несовершеннолетних. Профилактический осмотр девочек в возрасте до 14 лет включительно может проходить в присутствии одного из родителей или иного законного представителя и медсестры. Осмотр девочек в возрасте от 15 ‎до 17 лет включительно по желанию девочки может быть выполнен без ее законного представителя, но обязательно в присутствии медсестры. При этом при профилактическом осмотре несовершеннолетних не рекомендуется ректо-абдоминальное (вагинальное) гинекологическое исследование, вагиноскопия и взятие материала для микроскопического, микробиологического и молекулярно-генетического исследования микробиоты вульвы и влагалища.

Под исключение попадают несовершеннолетние девочки, достигшие 17 лет, которым при наличии условий проводится взятие мазка (соскоба) с шейки матки, цитологическое исследование мазка (соскоба) шейки матки с окраской по Папаниколау ‎на наличие признаков интраэпителиальных неоплазий.

Ранее правительство России [призвало](https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-vystupilo-protiv-zapreta-abortov-v-chastnyh-klinikah.html) существенно доработать законопроект о запрете на аборты в частных клиниках. В отзыве на документ подчеркивается, что инициатива ограничивает права как женщин, так и коммерческих клиник, а кроме того, грозит увеличением расходов бюджета, писал «МВ». Ограничения на прерывание беременности по желанию женщины депутатские группы инициировали весь прошлый год. Как это усложнит жизнь акушерской службы, вернется ли в Россию «карательная гинекология» и есть ли угроза возврата к практике массовых подпольных абортов, «МВ» разбирал [здесь](https://lib.medvestnik.ru/articles/Vrachei-za-bort.html).

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-pererabotal-poryadok-medicinskoi-pomoshi-po-akusherstvu-i-ginekologii.html>

**Минздрав РФ обновит стандарт медпомощи при детском ожирении**

Минздрав РФ разработал проект стандарта медицинской помощи детям при ожирении. Среди основных новшеств – увеличение усредненного показателя частоты предоставления (вероятность предоставления медуслуг или лекарств) препаратов орлистат и лираглутид. В обновленной версии документа показатель составляет 0,13, в действующей – 0,04. Кроме того, предлагается повысить среднюю курсовую дозу приема лекарственных средств: у орлистата – с 97 200 до 105 480 мг, у лираглутида – с 810 до 879 мг. Изменения также подготовлены для перечня методов лечения ожирения и списка врачей, ведущих профильный прием пациентов.

В проект стандарта включили хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные методы лечения. В них вошла продольная резекция желудка, гастрошунтирование и бандажирование желудка. Из немедикаментозных методов профилактики в проекте документа исключен комплекс упражнений (лечебной физкультуры).

Коррективы в проекте внесены и в список врачей для приема, осмотра и консультаций. Помимо генетика, невролога и детского эндокринолога, в перечень включены диетолог и оториноларинголог. Также в номенклатуру услуг лечения заболевания, состояния и контроля за лечением предлагается добавить ежедневный осмотр детского хирурга в стационарных условиях, первичный прием педиатра в амбулаторных условиях. К повторному и диспансерному приему детского эндокринолога может быть добавлен первичный прием специалиста.

Общественное обсуждение проекта приказа Минздрава продлится до 17 декабря 2024 года.

По данным Минздрава, экономический ущерб от ожирения населения в России [**составляет**](https://t.me/vademecum_live/15922) 4% от валового продукта страны. Нормальную массу тела в России имеют лишь 35,7% пациентов – речь идет о параметрах, полученных при взвешивании, измерении роста, расчете индекса массы тела и объема талии. Согласно данным Росстата, в возрастной группе 15–17 лет заболеваемость на 100 тысяч населения в 2023 году составила 3 683 случая.

В мире около 1 млрд человек страдают ожирением, по данным ВОЗ. С 1990 по 2022 год среди девочек во всем мире уровень ожирения[**увеличился**](https://t.me/vademecum_live/13312) с 1,7% до 6,9%, а среди мальчиков – с 2,1% до 9,3%.

С января 2024 года в России [**началась**](https://vademec.ru/news/2023/12/01/programmu-po-borbe-s-ozhireniem-u-podrostkov-zapustyat-v-yanvare-2024-goda/) реализация комплекса мер по борьбе с ожирением у детей и подростков. Как сообщала вице-премьер РФ Татьяна Голикова, в программе участвуют 11 ведомств и шесть федеральных учреждений, из которых четыре – национальные медицинские исследовательские центры.

Также к программе будут подключены региональные ведомства, профессиональные некоммерческие организации (НКО) в сфере охраны здоровья и НКО, занимающиеся проведением информационных кампаний по борьбе с ожирением у несовершеннолетних.

<https://vademec.ru/news/2024/12/04/minzdrav-rf-obnovit-standart-medpomoshchi-pri-detskom-ozhirenii/>

**РАЗНОЕ**

**Правительство собирается законодательно запретить навязывание платных медуслуг**

Правительство РФ внесло в Госдуму законопроект, разработанный Роспотребнадзором, о закреплении в ФЗ «О защите прав потребителей» нормы о недопустимости навязывания услуг и о запрете на скрытые покупки, в том числе в сфере оказания медуслуг. Роспотребнадзор, объясняя инициативу, в числе прочего ссылался на опрос ВЦИОМ, по которому 43% респондентов заявили о подмене положенных им по ОМС услуг платными опциями.

Дополнить планируется статью 16 закона. Если проект примут в том же виде, то, например, будет указано, что оказание услуг «за отдельную плату» осуществляется «исключительно с согласия потребителя». Также появится фраза «запрещается навязывание потребителю дополнительных услуг» до заключения договора.

Потребителю дадут право отказаться от навязанных услуг, а если они оплачены, клиент может потребовать вернуть средства. Согласие потребителя на допуслуги будет оформляться в письменном виде, в то же время будет запрещено проставление продавцом автоматических отметок о согласии клиента на приобретение допуслуг.

Закон, если его примут, должен вступить в силу с 1 сентября 2025 года.

Проектируемые в документе положения «будут способствовать неукоснительному соблюдению закрепленного статьей 421 Гражданского кодекса РФ принципа свободы договора, а также обеспечат эффективную защиту наиболее слабой стороны в обязательстве (потребителя)», [**объясняли**](https://vademec.ru/news/2024/06/18/rospotrebnadzor-nameren-na-federalnom-urovne-zapretit-navyazyvanie-platnykh-meduslug/) инициативу в Роспотребнадзоре.

О проблеме подмены бесплатных услуг платными заявляется на различных уровнях. В Минздраве, признавая проблему, изменили в конце 2023 года порядок оказания платных услуг. Также в октябре 2023 года президент РФ Владимир Путин подписал закон о расширении административных штрафов за навязывание дополнительных медицинских услуг при подписании основного договора. Нарушением теперь [**считается**](https://vademec.ru/news/2023/10/19/regulyatory-budut-shtrafovat-kliniki-za-navyazyvanie-dopuslug/) случай, когда потребителю до заключения договора на основную услугу навязывают дополнительные за плату, представляя их как обязательные.

Оказание коммерческих услуг больницей, работающей в ОМС, может считаться нарушением. Об этом [**напомнил**](https://vademec.ru/news/2024/11/29/vs-predstavil-obzor-resheniy-po-oplate-medpomoshchi-i-raskhodovaniyu-sredstv-oms/) в недавнем обзоре судебной практики Верховный суд. В представленном в обзоре примере медорганизация получила штраф за то, что оказала платную услугу и не уведомила пациента о возможности получить ее бесплатно.

<https://vademec.ru/news/2024/12/06/pravitelstvo-sobiraetsya-zakonodatelno-zapretit-navyazyvanie-platnykh-meduslug/>

**Половина участников опроса Народного фронта негативно оценили ситуацию в здравоохранении**

Представлены результаты опроса 16,1 тыс. граждан об оценке национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография». Больше половины участников оценили ситуацию в здравоохранении «скорее, как плохую».

Больше половины участников опроса Народного фронта (имеется в распоряжении «МВ») оценивают текущую ситуацию в здравоохранении «скорее, как плохую» (52%). Хорошей ее назвали только 35% россиян. Улучшение в отрасли отметили 36% респондентов и примерно столько же — ухудшение (38%). Каждый четвертый (26%) заявил, что ничего не поменялось.

Исследование мнений об успешности национальных проектов проводилось на специализированной электронной платформе Народного фронта «Народный Контроль» с 7 по 20 ноября 2024 года. В нем приняли участие 16 126 респондентов из 89 регионов. Основная масса участников (72%) — граждане в возрасте от 30 до 59 лет. Больше половины (68%) — женщины.

Большинство опрошенных (55%) сообщили, что редко посещают медицинские учреждения, около трети (30%) несколько раз в месяц и 11% — часто.

Участников также просили высказаться о национальном проекте «Демография». Почти половина (47%) опрошенных позитивно оценивают изменения в сфере поддержки семьи за последние пять лет и лишь 10% — негативно.

По оценкам Минздрава, почти половина граждан в июне 2024 года были удовлетворены медицинской помощью. Этот показатель был существенно ниже до пандемии COVID-19, [сообщал](https://medvestnik.ru/content/news/Murashko-soobshil-o-rekordnom-roste-udovletvorennosti-naseleniya-medpomoshu.html) министр здравоохранения **Михаил Мурашко.** Годом ранее он заявлял, что показатель удовлетворенности россиян государственной медициной достиг максимальных значений (цифр не было приведено). По итогам 2022 года Минздрав оценивал его на уровне 41,4%.

Резкий рост уровня удовлетворенности медпомощью может быть обусловлен тем, что в прошлом году Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава поменял формулу его расчета. До этого в России не было единой методики определения этого показателя, хотя он с 2022 года включен в федеральный проект «Модернизация первичного звена здравоохранения» в качестве цели.

По данным [опроса](https://medvestnik.ru/content/news/Tolko-tret-rossiyan-udovletvorena-srokami-okazaniya-medicinskoi-pomoshi.html), проведенного страховыми компаниями, среди параметров работы медицинских организаций, которые чаще всего не устраивали пациентов в 2022 и 2023 годах, превалировали «доступность записи на прием», «ожидание медицинской помощи» и «ожидание у кабинета врача». Именно долгое ожидание медпомощи по ОМС чаще всего служит [причиной](https://medvestnik.ru/content/news/Osnovnoi-prichinoi-obrasheniya-k-platnoi-medicine-rossiyane-nazvali-dolgoe-ojidanie-pomoshi-po-OMS.html) обращения пациентов к платной медицине.

Ранее в России предложили создать государственный [рейтинг](https://medvestnik.ru/content/news/V-Rossii-predlojili-sozdat-gosudarstvennyi-reiting-vrachei.html) врачей. В качестве критериев оценки специалиста в национальный рейтинг предлагается включать, в том числе, сведения о количестве пациентов, которым установлен диагноз в соответствии с МКБ за определенный период (квартал и др.); результатах оказания медицинской помощи по годам с детализацией исходов лечения (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, летальный исход), а также узкопрофильные критерии, такие как количество определенных процедур и операций. Единый информационный ресурс позволит пациенту заранее оценивать компетенции специалистов и не записываться на прием «вслепую», отмечают инициаторы проекта.

<https://medvestnik.ru/content/news/Polovina-uchastnikov-oprosa-Narodnogo-fronta-negativno-ocenili-situaciu-v-zdravoohranenii.html>