****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период с 14 по 20 апреля 2025 года)**

**ПРАВИТЕЛЬСТВО/ГД/СФ**

**Губернаторам выдали план на медицинскую пятилетку**

В начале 2025 года правительство прописало KPI по здравоохранению для губернаторов — конкретные показатели, по которым будет оцениваться эффективность работы глав субъектов. Главный из них — рост ожидаемой продолжительности жизни, подразумевающий кратное увеличение объема услуг по реабилитации, резкое снижение заболеваемости ВИЧ и туберкулезом, рост приверженности здоровому образу жизни (ЗОЖ). По мнению экспертов, влияние глав регионов на отрасль крайне ограничено, а завышенные требования могут привести к фальсификации медицинской статистики, [выяснил «МВ»](https://lib.medvestnik.ru/editions/10414.html).

### Болевые точки

Правительство опубликовало в январе 2025 года ключевые показатели для оценки эффективности (KPI) работы глав российских регионов. Они разработаны с учетом утвержденных национальных целей до 2035 года и, по замыслу авторов, призваны помочь администрации президента (АП) в оценке деятельности губернаторов.

Из 21 общего показателя на четвертом месте оказался главный для здравоохранения — ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ), который разбили на 10 точечных индикаторов. В качестве целевых пока определены главные таргеты по национальным проектам.

Кроме того, в общих KPI прописан новый показатель, также частично касающийся здравоохранения, — удовлетворенность участников специальной военной операции (СВО) условиями медицинской реабилитации, переобучения и трудоустройства. Конкретные цифры пока не приводятся.



### Всем сосредоточиться

Для роста ОПЖ регионам предложено обеспечить «сочетание доступности базовой медицинской помощи первичного звена, повышения качества диагностики (в том числе за счет развития телемедицины) и доступности высокотехнологичной помощи». Рост продолжительности жизни будет оцениваться сразу с трех сторон: при рождении, при рождении сельского населения и ОПЖ здоровой жизни. Регионы должны сконцентрироваться на повышении доступности и качества медпомощи в первую очередь при заболеваниях, остающихся основными причинами смертности (болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования). Для этого планируется модернизировать к 2030 году почти 30 тыс. объектов первичного звена здравоохранения и расширить диспансерное наблюдение за пациентами, включив в него дистанционный мониторинг.

Помимо трех основных целей, связанных с ОПЖ, прописаны еще семь дополнительных статистических индикаторов. Например, появляется цель по развитию медицинской реабилитации — к 2030 году помощь по этому профилю должны получать минимум 13 млн россиян.

Регионам также предложено сконцентрироваться на борьбе с социально значимыми заболеваниями: ВИЧ, туберкулезом. Заболеваемость ВИЧ должна снизиться к 2035 году до 30 случаев на 100 тыс. человек, туберкулезом — до 22,5 случая на 100 тыс. А удовлетворенность населения медпомощью по результатам оценки общественного мнения должна превысить к 2030 году 55%, а к 2035-му — 60%.

Прописаны также показатели по увеличению доли граждан, которые соблюдают ЗОЖ, охват вакцинацией, младенческая смертность.

### Все в твоих руках

Губернаторы могут и должны влиять на эти показатели, считает проректор Финансового университета при Правительстве РФ, экс-замминистра здравоохранения и соцразвития РФ [**Александр Сафонов**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Safonov-Aleksandr-Lvovich.html): заболеваемость и продолжительность жизни населения складываются из экономических и социальных факторов, которые находятся в их руках. «Доходы граждан, от которых зависят качество питания и уровень напряженности труда, а также количество денег, выделяемых на здравоохранение, — все это позволяет местным властям влиять на заболеваемость, кроме некоторых исключений (детская инвалидность из-за выхаживания тяжелых недоношенных новорожденных, онкология из-за роста возраста дожития и т.д.)», — пояснил эксперт. Часто не связанные напрямую с медициной вещи позволяют решить проблемы в отрасли, например, борьба с «серой занятостью» помогает активнее пополнять местный бюджет налогами, которые можно направлять на медпроекты.

По словам директора Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ **Ларисы Попович**, губернаторы имеют рычаги для достижения указанных целей, а расширение KPI связано с новыми нацпроектами. При этом часть показателей, которые касаются смертности, определяются не столько достижениями медицины, сколько тем, как построена система соцзащиты и информполитики. А иногда и другими вещами: например, продолжительность жизни меняется от того, как устроена безопасность на дороге (это влияет на смертность среди молодых мужчин), а провал в экстренной помощи по сердечно-сосудистым заболеваниям снижает ОПЖ у женщин старшего возраста.

Одно из направлений работы, напрямую влияющее на ОПЖ, — борьба с алкоголизмом. Особенно, по мнению Сафонова, это актуально для экономически депрессивных регионов (Магадан, Приморский край, Якутия, Крайний Север).

При этом, по словам политолога, автора рейтингов региональной устойчивости **Михаила Виноградова**, «это иллюзия — считать, что, если все правильно построить, болезней не будет». «У ВИЧ, туберкулеза есть множество причин, не связанных только с качеством работы медучреждений. Да и в регионах нередко немало федеральных клиник, влияние на которые у губернатора ограничено. А главный KPI — продолжительность жизни — зависит от множества факторов, включая ведение боевых действий или эпидемии типа COVID19», — пояснил он «МВ». Кроме того, Виноградову сложно представить, чтобы невыполнение каких-то показателей по здравоохранению влияло на позиции губернаторов — реальные их KPI заключаются в том, чтобы не попадать в скандалы, а также просто нравиться АП.

Эксперт по региональной политике **Александр Кынев** считает, что подробные KPI написаны прежде всего для регламента: чиновникам необходимо обозначать список приоритетов, чтобы позже можно было требовать отчетность. «Есть вероятность, что региональные власти теперь будут немного пристальнее смотреть в сторону конкретных целей: борьба с ВИЧ, туберкулезом, рост ЗОЖ. Это просто некая карта с фронтом основных работ», — полагает эксперт. Но он тоже сомневается, что из-за недостижения показателей в сфере здравоохранения у губернаторов могут возникнуть проблемы.

### Отчет или результат

Сафонов считает, что вначале необходимо провести аудит регионального здравоохранения, чтобы выявить имеющиеся проблемы и определить необходимый объем финансирования для их решения.

«Есть Москва, и для нее эти KPI реальны. А есть Якутия, где снижение смертности завязано на доступности медпомощи, а этого можно достичь только с большим использованием санавиации, на что у региона не хватит собственных средств. Есть Магадан, где на продолжительность жизни влияет комплекс проблем, включая алкоголизм и крайнюю бедность населения. Власти также без отдельного федерального финансирования кардинально цифры поменять не смогут», — отметил он.

Есть риск, что без поддержки из Москвы власти на местах могут просто начать «рисовать» нужные цифры, предупреждает Сафонов: «Не забываем, что все здравоохранение находится в подчинении субъекта, и регион может оказывать воздействие на первичную статистическую базу. У них есть возможность спускать целеуказания медучреждениям и врачам, чтобы ориентировать их на положительные отчеты».

Основной риск введения таких KPI в том, что это будет побуждать медработников избегать фиксирования данных, подтверждает Виноградов. Он привел в пример, как в советское время врачи старались часто не ставить пациентам инфекционные диагнозы, чтобы победить в соцсоревновании.

Кынев отметил, что многие новые показатели завязаны на общественном мнении (например, удовлетворенность медпомощью), но в регионах нет независимых социологических служб: обычно это одна компания, которая работает на администрацию. «Поэтому выяснить реальное положение дел, особенно если этот отчет пойдет выше, представляется невозможным», — уверен он.

Есть также вероятность, что регионы будут по-разному трактовать достижение поставленных целей и также быстро отчитываться об их выполнении, добавил Сафонов. Например, пара занятий лечебной физкультурой и путевка в санаторий могут приравниваться к оказанию реабилитационной помощи. А цель по увеличению числа граждан, ведущих ЗОЖ, вообще можно трактовать как угодно — выяснить реальную долю тех, кто качественно питается, занимается спортом и вовремя ложится спать, невозможно.

### Надежда на ЕГИСЗ

Более оптимистично настроена Попович: если регионы нормально подготовили территориальные программы ОМС, обосновали и получили дотации, в развитии здравоохранения у них не должно возникать проблем, считает она. «Эти цели не зависят от экономического состояния регионов. Да, деньги в некоторой степени могут влиять на продолжительность здоровой жизни, так как важно, что едят люди. Но вообще-то здоровое питание может быть доступным, если населению объяснили, что и сколько нужно есть. А для малоимущих граждан у регионов как раз должны быть программы поддержки, обеспеченные бюджетными средствами», — уверена эксперт.

Она также усомнилась в возможности масштабных фальсификаций медстатистики. «У нас есть система ЕГИСЗ, которая получает первичные данные в режиме онлайн, и подтасовать их сложно. Для этого все медработники должны вносить фальсифицированные цифры в угоду губернатору, что сложно реализовать. Поэтому такое опасение — если не из прошлого века, то из прошлого технологического периода точно», — подчеркнула Попович.

Один из собеседников «МВ», пожелавший остаться анонимным, не исключил, что новые KPI ждет судьба майских указов президента 2012 года — с таким долгосрочным планированием и амбициозными задачами цели так и останутся вечными.

«Достижение показателя ожидаемой продолжительности жизни 78 лет к 2030 году, заложенного новым нацпроектом, невыполнимо в тех условиях, в которых находится российское здравоохранение. Дело в том, что средства этого проекта направлены прежде всего на инфраструктуру: оснащение больниц оборудованием, открытие новых медучреждений. Это все, конечно, важно, но на фундаментальные проблемы отрасли, которые могут реально повысить доступность и качество медпомощи, деньги не предусмотрены. Среди этих проблем главная — дефицит медицинских кадров, невысокая оплата труда и неравенство по регионам. Например, в 2024 году тарифная ставка у половины врачей в стране была менее 34 тыс. руб., а у медсестер — менее 19 тыс. руб. (без учета Москвы и Петербурга), что вынуждает большинство из них перерабатывать. Разница в оплате труда медработников в регионах достигает трех раз, соответственно, где она невысокая, снижается обеспеченность кадрами.

Мы сделали расчеты, как достичь ОПЖ, равной 78 годам к 2030 году, по разным методикам. Вывод один: надо вкладывать в здравоохранение не меньше 5% ВВП, но в 2024 году в отрасль было направлено 3,5% ВВП (6,7 трлн руб.), в 2025-м — около 3,7% ВВП (7,5 трлн руб.). Дополнительные деньги должны быть вложены в увеличение оплаты труда медработников и преподавателей медвузов. Еще потребуется создание системы всеобщего лекарственного обеспечения, чтобы лекарства в амбулаторных условиях были бесплатно доступны не только тем, кто имеет льготы, но всем, кому врач выписал рецепт, как во всех развитых странах. Кстати, 5% ВВП для здравоохранения — это нижняя планка. Столько потребуется, если одновременно ВВП будет расти со средним темпом 2—3% в год, а потребление алкоголя к 2030 году снизится на 45%. Если этого не произойдет, потребуются еще большие вложения.

В России уже на конкретных примерах видно, как увеличение финансирования отдельных направлений помогает получать результат в сохраненных жизнях. Появился проект по совершенствованию перинатальной помощи. В итоге за 10 лет (с 2013-го по 2023 год) младенческая смертность снизилась в два раза, а проект по онкологии помог с 2019-го по 2023 год снизить смертность от новообразований на 5,6%.

Особенно странно требовать от субъектов достижения амбициозных показателей по ВИЧ и туберкулезу, в то время как финансирование региональных бюджетов, из которых оплачивается оказание помощи при инфекционных заболеваниях, в 2025 году сокращается на 11%. Можно сколько угодно спускать такие задания губернаторам, но без необходимого финансирования цели нацпроекта недостижимы. В итоге это выльется только в то, что начнут «рисовать» нужные показатели».

[**Гузель Улумбекова**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Guzel-Ulumbekova.html), руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением

<https://medvestnik.ru/content/news/Gubernatoram-vydali-plan-na-medicinskuu-pyatiletku.html>

**Голикова поручила Минздраву улучшить процессы медреабилитации инвалидов**

Вице-премьер Татьяна Голикова на заседании Комиссии при Президенте РФ по делам инвалидов дала ряд поручений регуляторам по вопросам совершенствования профильной медпомощи и реабилитации, а также организации среднего профессионального образования (СПО) для детей с инвалидностью. Так, Минздраву России необходимо привлечь специалистов из Всероссийского общества слепых к обучению работников, осуществляющих медреабилитацию, навыкам общения с незрячими инвалидами.

Ведомство и власти регионов должны обеспечить допуск специалистов реабилитационных центров Всероссийского общества слепых и иных общественных организаций инвалидов к пациентам, в том числе слепым, которые находятся в госклиниках и проходят там первый и второй этапы медреабилитации.

Минздраву и Минтруду поручено при участии профсообщества внести изменения в приказ Минтруда № 744н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по медицинскому массажу» в части уточнения трудовой функции «Оказание медицинской помощи в экстренной форме» с учетом имеющихся у специалистов ограничений по зрению.

Помимо этого, Татьяна Голикова поручила Минпросвещения, Минтруду, Минздраву и Социальному фонду совместно с регионами проанализировать причины перевода учащихся с инвалидностью на домашнее или дистанционное обучение, уточнить число поступающих с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в колледжи, отчисленных (по каким причинам) и трудоустроенных.

В своем выступлении Голикова отметила, что на данный момент в России проживают 775 тысяч детей с инвалидностью, «из них 230 тысяч человек в возрасте от 17 до 22 лет», 43 тысячи человек обучаются по программам СПО. В 2024 году, по словам вице-премьера, численность обучающихся с ОВЗ по программам СПО составила 42,7 тысячи студентов (рост на 8,1% по сравнению с 2023 годом). Для некоторых детей организовано инклюзивное обучение (они учатся наравне с другими детьми). Для тех, кому недоступен такой формат получения знаний с учетом тяжести нарушений, обучение проводится в спецорганизациях. Количество таких учреждений в стране составляет 23.

Комиссия при Президенте РФ по делам инвалидов является совещательным органом, который образован для обеспечения взаимодействия органов госвласти с общественными объединениями, научными и другими организациями с целью решения проблем людей с инвалидностью. Основные задачи комиссии – подготовка предложений по формированию и проведению госполитики в отношении инвалидов, определение способов, форм и этапов ее реализации, разработка основных направлений совершенствования законодательства для предоставления инвалидам равных возможностей с другими гражданами. Члены комиссии рассматривают также вопросы социального обеспечения инвалидов и установления им мер господдержки.

В январе 2025 года в состав комиссии [**вошли**](https://vademec.ru/news/2025/01/17/utverzhden-novyy-sostav-komissii-pri-prezidente-po-delam-invalidov/) 35 человек, в том числе из медицинской сферы, общественники и представители НКО. Среди них – президент Общероссийской общественной организации инвалидов «Всероссийское общество глухих» Александр Бочков, заместитель директора Департамента по делам инвалидов Минтруда Кира Афонина, директор Федерального научного центра психологических и междисциплинарных исследований Юрий Зинченко и другие. В предыдущий раз состав комиссии [**обновлялся**](https://t.me/vademecum_live/12497%20) в декабре 2023 года.

<https://vademec.ru/news/2025/04/17/golikova-poruchila-minzdravu-uluchshit-protsessy-medreabilitatsii-invalidov/>

**Правительство расширит программу долговременного ухода за пожилыми**

Правительство РФ утвердило новую Стратегию действий в интересах граждан старшего поколения до 2030 года, которая придет на смену [действующей](https://vademec.ru/news/2021/06/28/pravitelstvo-utverdilo-spisok-meropriyatiy-po-razvitiyu-medpomoshchi-pozhilym-do-2025-goda/) с 2016 года. В документе уделяется внимание вопросам повышения продолжительности, уровня и качества жизни пожилых, доступности медпомощи и необходимых соцуслуг. Кроме того, запланировано увеличение с нынешних 10,5% до 30,3% к 2030 году доли пенсионеров от общего числа нуждающихся, получающих долговременный уход.

В обновленной стратегии есть раздел, регламентирующий мероприятия по охране здоровья пожилых, профилактике заболеваний и факторов риска их развития, повышению доступности медпомощи, внедрению новых методов диагностики и лечения заболеваний, улучшению лекобеспечения и продлению активного здорового долголетия.

Согласно представленной в документе статистике, в 2023 году 22,7 млн граждан старшего поколения (64,4%) прошли профосмотры и диспансеризацию. За этот период пожилые 273 млн раз посетили врачей, а 208,75 млн – по поводу заболеваний. В стратегии омечено, что пока не получила должного развития программа выездных методов работы врачей первичного звена с гражданами старшего поколения. На дому врачи выполнили только 15,9 млн посещений (5,8% от общего числа посещений), а при заболеваниях доля посещений составила лишь 6,9%.

«В этой связи одним из важных направлений для граждан старшего поколения, особенно проживающих в сельской местности, является обеспечение транспортной доступности медицинских организаций и организаций социального обслуживания», – говорится в документе.

Ожидаемыми результатами от реализации стратегии станет повышение уровня охвата диспансерным наблюдением пожилых до 90% и доли посещений врачами на дому до 20%. Исполнителям плана также следует к 2027 году увеличить число граждан старше 65 лет, проживающих в сельской местности, охваченных профосмотрами и диспансеризацией с использованием транспорта, до 405,35 тысячи человек. Доля доставленных в медорганизации пожилых и инвалидов для оказания медицинской помощи и в организации социального обслуживания с использованием транспорта к 2027 году должна вырасти до 118,35 тысячи человек.

В перечне целевых показателей стратегии отмечается, что доля граждан старшего поколения, принявших участие в мероприятиях регпрограмм, направленных на укрепление здоровья, увеличение периода активного долголетия и продолжительности здоровой жизни, в 2025 году составляет 35,2%. Предпринятые, согласно стратегии, мероприятия должны привести показатель к 41,9% через пять лет.

Указаны положительные эффекты от внедрения системы долговременного ухода за пожилыми и инвалидами (пилотный проект по созданию системы реализуется с 2018 года), среди них – организация пунктов проката технических средств реабилитации, организация работы «школ ухода», а также создание рабочих мест по направлению помощников по уходу. Планируется, что работа продолжится.

Выступая в Госдуме с отчетом о работе правительства за 2024 год, премьер-министр Михаил Мишустин в марте 2025 года [**отметил**](https://vademec.ru/news/2025/03/26/mikhail-mishustin-otchitalsya-pered-gosdumoy-glavnoe-o-zdravookhranenii/), что систему долговременного ухода внедрят во всех субъектах для оказания комплексного социального медобслуживания на дому с целью повышения качества жизни граждан старшего возраста и с инвалидностью. В 2024 году такая программа охватила свыше 173 тысяч человек.

«В рамках направления, посвященного охране здоровья пожилых граждан, планируется реализовать дополнительный комплекс исследований, нацеленных на определение биологического возраста и замедление старения, разработать лекарства и биологически активные добавки для предотвращения активного старения клеток организма», – заявили в Правительстве РФ.

Среди запланированных результатов реализации стратегии к 2030 году среди прочего указано увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет и рост до 45% доли граждан в возрасте от 55 лет (женщины) и от 60 лет (мужчины) до 79 лет включительно, систематически занимающихся физической культурой и спортом, в общей численности граждан этой возрастной категории.

<https://vademec.ru/news/2025/04/14/pravitelstvo-rasshirit-programmu-dolgovremennogo-ukhoda-za-pozhilymi/>

**Молодых врачей предложили не отпускать на работу в частные клиники сразу после вуза**

Молодых врачей после вуза не будут отпускать на работу в частные клиники. В Госдуму внесен законопроект, который устанавливает минимальный стаж работы для таких специалистов для получения права трудиться в негосударственном медучреждении.

В Госдуме разработали законопроект, который ограничивает работу врачей в частных медучреждениях — его авторами выступили главы комитетов по соцполитике и охране здоровья — **Ярослав Нилов** и **Сергей Леонов** (оба из ЛДПР). [Инициатива](https://ria.ru/20250417/zakonoproekt-2011708548.html) предусматривает установление минимального стажа работы для медспециалиста в государственной клинике, только при наличии которого он сможет перейти в частную.

Такая мера обосновывается необходимостью реализации Программы госгарантий. Предусматривается, что медорганизация, не входящая в государственную или муниципальную систему здравоохранения, будет вправе заключать трудовой договор с врачом, получившим высшее медобразование за счет бюджетных средств, только при наличии у него общего трудового стажа не менее одного года в клиниках государственной или муниципальной систем здравоохранения.

Леонов [отметил](https://t.me/leONovLIFE/2869)в своем телеграм-канале, что за один год работы в госмедучреждении молодой специалист получит практический опыт и профессиональные навыки, которые он сможет применять как и где посчитает нужным. Так получится обеспечить кадрами госучреждения, что позволит повысить доступность медпомощи для граждан России.

«Убежден, что реализация нашего законопроекта позволит насытить кадрами государственные клиники, где будут формироваться высокопрофессиональные специалисты, способствующие развитию отечественной медицины», — заявил депутат.

Это не первая попытка ужесточить механизм закрепления молодых врачей в госсекторе здравоохранения. В феврале 2025 года стало известно, что Минздрав планирует ввести [обязательную отработку](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-obyasnil-dvukratnye-shtrafy-za-otkaz-ot-otrabotki-zloupotrebleniyami.html) для всех выпускников бюджетных отделений медвузов и колледжей в течение двух-трех лет. В случае отказа им придется выплачивать штрафы в двукратном размере от фактической стоимости обучения. При этом в документе упоминаются и частные медучреждения, работающие в системе ОМС.

В интервью «МВ» Леонов [не исключил](https://medvestnik.ru/content/news/V-Gosdume-nazvali-otkrytym-vopros-obyazatelnoi-otrabotki-dlya-nyneshnih-studentov-medvuzov.html), что обсуждаемая инициатива по отработке после медвузов может быть распространена на действующих студентов. Он назвал этот вопрос «открытым».

При этом, согласно проведенному «МВ» [опросу](https://medvestnik.ru/content/news/Vrachi-nazvali-glavnye-riski-vvedeniya-obyazatelnoi-otrabotki.html) в феврале — марте 2025 года, больше 60% опрошенных врачей не поддерживают такие меры для выпускников. Чаще всего противники говорят, что они нарушают конституционное право на свободу выбора работы, а также считают несправедливым, что подобная практика не распространяется на другие специальности (например на учителей). Некоторые респонденты также прогнозируют ухудшение качества медицинской помощи, поскольку в случае введения «обязаловки» молодые врачи будут работать формально.

<https://medvestnik.ru/content/news/Molodyh-vrachei-predlojili-ne-otpuskat-na-rabotu-v-chastnye-kliniki-srazu-posle-vuza.html>

**Сергей Леонов: вопрос не в размере зарплат врачей, а в их неравномерности и несправедливости**

В конце 2024 года в руководстве профильного думского Комитета по охране здоровья произошли изменения — его возглавил Сергей Леонов из ЛДПР. Впервые за много лет главой комитета стал представитель не находящейся у власти «Единой России». «МВ» узнал у него, как планируется выстраивать работу с властью, существуют ли у депутатов разногласия с правительством и почему данные Росстата по средней зарплате врачей не показательны. Интервью опубликовано в газете [«Медицинский вестник» № 1 2025 г](https://lib.medvestnik.ru/editions/10414.html).

Про законотворчество

**— Недавно вы говорили, что не видите большой разницы в том, кто и из какой партии возглавляет профильный комитет, поскольку вы все общаетесь с одними медработниками и пациентами, пользуетесь общими статистическими данными, информацией Минздрава. Но все-таки от человека тоже что-то зависит. Есть ли у вас какие-то планы, которых раньше в комитете не было? На чем впервые предстоит сосредоточиться?**

— Безусловно, если мы говорим о какой-то организации или ведомстве, многое зависит от руководителя. Но не думаю, что важно, представитель какой партии возглавляет тот или иной комитет Госдумы.

По поводу изменений, такие вопросы — опасная игра: если я сейчас скажу о планах, а реализовать их не получится, вы же потом спросите, почему я обещание не выполнил. Что могу сказать однозначно: буду работать в интересах избирателей — врачебного сообщества и пациентов.

**— Но какие-то первоочередные вопросы стоят на повестке после вашего назначения?**

— Готовимся к правительственному часу, касающемуся здоровья школьников. Из законопроектов — это прежде всего проект правительства о создании специального резервного фонда, из которого регионы смогут брать финансирование на оплату лекарств, если субъект самостоятельно не может обеспечить ими пациентов (речь о высокозатратных нозологиях. — Прим. ред.). Второй вопрос касается клинических рекомендаций (КР), он до сих пор не закрыт. Сейчас готовятся поправки, они уже внесены правительством в комитет и в ближайшее время будут рассмотрены — речь о законодательном введении клинических рекомендаций. Кроме того, Минздрав подготовил проект приказа, где будет разъяснено, каким образом применять КР. Для врачей это имеет большое значение.

Занимаемся регулированием рынка биологически активных добавок — законопроект готовится ко второму чтению (врачам могут разрешить назначать пациентам БАД из специального перечня в качестве медикаментозной терапии. — Прим. ред.). Также на повестке дня остаются законопроекты, касающиеся полного запрета вейпов в России: у нас сразу несколько таких инициатив, и идет дискуссия между Госдумой и правительством, каким образом решать этот вопрос.

**— По каким вопросам вы или ЛДПР расходитесь, например, с позицией «Единой России» или правительства? Зампред комитета, депутат от КПРФ Алексей Куринный часто критикует Минздрав. А с чем вы не согласны?**

— Я бы не сказал, что отдельные члены комитета представляют оппозицию — иногда кто-то может эмоционально комментировать ситуацию в отрасли, но по сути позиция у большинства одинаковая. Мы все прекрасно понимаем то, чем занимаемся, а также в каких условиях находимся. Если бы бюджет здравоохранения был больше, можно было бы обсуждать, что, как и кому хотелось бы сделать. Но пока это не так.

Есть темы, по которым у нас разная позиция с кабмином. Например, в ЛДПР считают, что надо убирать частные страховые медорганизации (СМО) из ОМС — им достаточно будет ДМС. Минздрав и Федеральный фонд ОМС (ФОМС) с нами пока не согласны и считают, что это необходимый механизм функционирования системы госгарантий.

Еще из спорных моментов: недавно на заседании комитета мы указывали, что необходим минимальный порог финансирования амбулаторного случая лечения пациента. Об этом также говорила Счетная палата. Сейчас ни Минздрав, ни ФОМС такого порога не обозначают, и иногда регионы чрезмерно снижают этот тариф, ставя поликлиники на грань выживания. Мы считаем, что вводить эту границу нужно.

Таких разногласий может быть много, и это нормально. У всех разная позиция, свой фокус, но, когда мы спорим и обосновываем свою точку зрения, рано или поздно возникает оптимальное решение.

**— В Госдуме регулярно высказывают замечания в адрес Минздрава и министра здравоохранения. А вы как оцениваете работу ведомства и Михаила Мурашко?**

— Михаил Альбертович был назначен в новый кабинет министров по новой конституции — его кандидатура была одобрена депутатами всех фракций.

У людей, к сожалению, память короткая. А я помню, что, когда случился в 2020 году COVID-19, главным героем — генералом этой битвы — был именно Мурашко вместе с главой Роспотребнадзора Анной Поповой. Когда они приходили в Госдуму по поводу законодательных инициатив, связанных с пандемией, их депутаты приветствовали стоя. Я считаю, что мы вышли из коронавирусной эпидемии с минимальными потерями благодаря их усилиям.

Что касается современных реалий, министр в своих решениях руководствуется объемами финансирования. Я знаю, что он максимально ориентирован на положительные изменения и делает все возможное со своей командой. Но многие забывают о вопросе бюджета, его влиянии на ситуацию в отрасли. Сейчас идет СВО, и большая часть государственных денег направляется на оборону. Надеемся, когда закончатся военные действия, денег на здравоохранение будет больше. Тогда и отношение к ведомству и министру будет уже иным.

**— Уже есть прогноз по финансированию отрасли после окончания СВО? Возможно ли будет выделять хотя бы 5% ВВП, что эксперты считают необходимым минимумом?**

— Не нужно быть великим экономистом, чтобы понимать: чем больше будет денег направлено в отрасль, тем лучше она будет функционировать. Мы в Госдуме всегда настаиваем на увеличении бюджета здравоохранения, вносим поправки — вопрос в том, могут ли они быть приняты. Иногда получается, что просят больше денег, чем весь бюджет. Мы не можем просто взять и выделить беспрекословно 5—7% ВВП на здравоохранение, потому что откуда-то эти деньги уйдут: люди могут перестать получать пособия, маткапитал.

Про инициативы

**— Вы продвигаете идею отказа от СМО в ОМС. Как будет выглядеть такая система?**

— Для больниц по сути ничего не изменится, так как фактически сейчас территориальные фонды ОМС напрямую дают им деньги. СМО выполняют лишь одну функцию — занимаются аудитом и оценивают правильность оказания медпомощи. А при обнаружении нарушений взимают штрафы и деньги складывают себе в карман. Мне это кажется несправедливым. ФОМС сам может привлечь экспертов, чтобы провести анализ действий медучреждения, и даже брать штрафы — только они пойдут не в карман страховщикам, а будут распределены на нужды медучреждений.

Никто не ущемляет интересы СМО — у них есть сектор добровольного медстрахования и возможность привлекать туда пациентов, а потом проверять, как именно коммерческие клиники их лечат.

**— Около года назад вы вносили в Госдуму инициативу по страхованию ответственности врачей. Как оцениваете шансы на ее принятие?**

— Врачи уже сейчас могут страховать ответственность за свой счет и за счет общественных организаций, в которых они состоят. Но мы настаиваем на масштабировании этой практики на бюджетный сектор, что требует выделения определенных средств бюджета. Поэтому пока эта тема находится на паузе.

**— Многие эксперты неоднократно отмечали, что вопрос давно назрел. При этом он требует введения лицензий для врачей, иначе страхование не будет иметь смысла.**

— Конечно, эксперты это будут поддерживать из-за личной заинтересованности. Но это дополнительная нагрузка на систему. Я имею в виду на самих врачей. Возьмем среднестатистического специалиста, который работает в центральной районной больнице, часто за двоих, с низкой зарплатой, с нескончаемыми жалобами и выгоранием. Я думаю, если ему предложат оформить индивидуальную лицензию, он просто уйдет из профессии.

Про лицензирование можно говорить только применительно к ведущим федеральным медучреждениям либо к частным клиникам — там у врачей проблем с этим не будет, у них и времени больше, и зарплата соответствующая. Но пока это не массовая история.

А еще часто необходимость введения индивидуальных лицензий преподносится с тем смыслом, что их можно будет отбирать у нерадивых врачей. Но, во-первых, сейчас тоже есть механизмы, которые могут повлиять на то, будет специалист работать или нет. Кроме того, в России нет тысячи плохих врачей, которых требуется уволить — у нас тысяч врачей не хватает. Возможно, однажды появится переизбыток кадров — тогда будем лицензировать и проводить профессиональную селекцию, оставлять только самых лучших. Но до этого далеко.

**— Вы также в этом году обратили внимание на проблему медработников-мигрантов и выступали за ужесточение требований к ним.**

— В комитете мы впервые занялись этой проблемой, провели серьезный анализ, изучили данные 70 регионов. В России только 0,5% врачей имеют иностранное гражданство — это мизерное количество.

Также мы выяснили, что самая важная проблема — это знание русского языка, и предложили ввести дополнительный экзамен для иностранных медработников при прохождении аккредитации.

А вообще в стране огромная путаница, кого считают мигрантом и против кого направляют негатив. У нас тысячи врачей, которые приехали из других стран, но давно получили российское гражданство. Некоторые люди воспринимают как мигрантов и исконных граждан России — с Кавказа, например. Опять же, если бы была высокая конкуренция и мы бы понимали, что нужно защитить интересы своих медработников, претендующих на место, мы могли бы закрыть вход в сектор для иностранных специалистов. Но я пока ни разу не слышал о ситуации, когда врач-мигрант занял чье-то место. Поэтому не думаю, что будут какие-то кардинальные решения. Все работают, как работали.

**— Вы поддержали введение обязательных отработок для студентов медвузов. Насколько эта непопулярная мера необходима в условиях, когда, по данным Минздрава, ситуация с врачебными кадрами понемногу улучшается?**

— Проблема с кадрами в здравоохранении все равно есть, прежде всего — в первичном звене. Есть вопросы к тому, что разбалансирована система ординатуры, потому что существуют платные формы постдипломного образования, которые фактически бесконтрольны. Предложенный законопроект — не только про обязательные отработки, это в том числе про то, чтобы именно Минздрав регулировал численность обучающихся в ординатуре по конкретным специальностям.

Отработку для молодых врачей я тоже полностью поддерживаю. Позиция моя и ЛПДР даже жестче: мы считаем, что нужно обязательное распределение, а Минздрав говорит, что только если выпускник не поступил в бесплатную ординатуру, то он должен три года отработать в первичном звене, а дальше свой трудовой трек регулирует сам. Причем, отработать эти три года можно в любой клинике, даже частной. Я не согласен — надо ограничить выбор госклиниками.

**— Будет ли эта мера распространяться на нынешних студентов?**

— Пока этот вопрос остается открытым.

Про зарплаты и соцвыплаты

**— Вопрос, который мешает в том числе закрыть дефицит кадров — зарплаты медработников. Как вы оцениваете ситуацию с ними?**

— Ни один человек в любой отрасли вам, наверное, не скажет, что ему зарплаты полностью хватает и он не хочет получать больше. Не так ли?

**— Да, но в здравоохранении даже со стороны видна недоплата.**

— Безусловно, чем выше зарплата, тем лучше. Но главная проблема в том, что зарплата у медиков очень неравномерная. На это иногда есть объективные причины, а есть не очень объективные. Понятно, что небольшие регионы вокруг Москвы не могут дать врачам такой же уровень зарплаты, как в столице. Во-вторых, зарплата в частных клиниках выше, чем в государственных: частники могут, исходя из быстро меняющегося рынка и своей ситуации, быстро поднимать их. Госклиники не имеют права так делать, да и экономическая модель другая. Это объективные причины. А есть еще такая причина, и надо это признать, что даже государственные медучреждения финансируются очень неравномерно. С учетом, например, разного распределения соцвыплат, разных бюджетов, в зависимости от уровня учреждения, хирург может зарабатывать в каком-нибудь городе в Центральной России 50—70 тыс., а через 100 км от него в Подмосковье в частной клинике — минимум 200 тыс. руб. В Смоленске есть федеральный травмцентр, а есть больницы скорой помощи с травматологическими отделениями. И там, и там работают врачи-травматологи, а зарплаты очень разные.

Конечно, врачи говорят, что у них маленькая зарплата — только вопрос не в размере, а в несправедливости и неравномерности оплаты труда.

**— Недавно Минздрав отчитался, что средняя зарплата врача превысила 123 тыс. руб. Обычно на такие новости медработники реагируют возмущением в соцсетях. Откуда эти цифры — это снова про неравномерность оплаты или про что-то другое?**

— Конечно, неравномерность и из-за этого непоказательность данных. Это же просто средняя температура по больнице. Из-за разных зарплат в разных регионах получается такая цифра, но она не отражает общую картину. Некоторые врачи работают на две ставки, и это тоже входит в среднюю зарплату. Правильнее было бы рассчитывать зарплату по субъектам, отдельно по Москве и Санкт-Петербургу.

**— В 2024 году было много дискуссий по поводу размера соцвыплат для работников скорой помощи. В Госдуме мнения тоже разделились — тот же Алексей Куринный неоднократно говорил о необходимости срочно включить «скорую» в 343-е постановление, некоторые члены комитета не соглашались. Какая у вас позиция — нужны изменения?**

— Надо понимать цели этого постановления. Вопрос дефицита кадров был по первичному звену. Президент принял решение именно по этому вопросу. Эти доплаты были сделаны временно, они все равно не будут постоянными. После введения новой системы оплаты труда в отрасли их, скорее всего, уберут.

Работников скорой помощи можно понять, поскольку по сути они часто тоже оказывают первичную помощь, но статус у них другой. Этих врачей не так много, и было принято решение: их зарплаты — это ответственность губернатора конкретного региона.

**— Но ведь получается все-таки нечестно, учитывая, что пока далеко не все регионы ввели доплаты «скоровспомощникам»?**

— Я понимаю, все хотят президентские выплаты. Но дело в том, что это были целевые средства на решение конкретной задачи. Если бы был вопрос поддержать «скорую», и туда были бы направлены целевые деньги, то тогда первичное звено возмутилось бы: с какой стати нас обделили? Я тоже за то, чтобы «скорая» получала большие зарплаты, да и все врачи. Но в условиях ограниченного количества финансов была госзадача, которая требовала немедленного решения — быстрого и максимального привлечения специалистов в первичное звено. Она и выполняется.

<https://medvestnik.ru/content/news/Sergei-Leonov-vopros-ne-v-razmere-zarplat-vrachei-a-v-ih-neravnomernosti-i-nespravedlivosti-2.html>

**МИНЗДРАВ/ФОМС**

**В Минздраве уточнили планы по отправке врачей-вахтовиков в регионы**

В 2025 году больше тысячи врачей отправят в регионы вахтовым методом. По плану федерального проекта «Медкадры» постепенно число медиков-вахтовиков должно вырасти до 6 тыс. в год.

В рамках федерального проекта «Медкадры» в 2025 году в регионы, в том числе вахтовым методом, планируют отправить 1162 тыс. врачей. Об этом рассказала 14 апреля замминистра здравоохранения [**Татьяна Семенова**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Semenova-Tatyana-Vladimirovna.html) на конгрессе «Человек и лекарства», передает корреспондент «МВ».

К 2030 году цифра должна увеличиться до 6,5 тыс. Будут использовать все проявления вахтового метода, в том числе сезонные вахты, уточнила Семенова.

Источник: презентация Татьяны Семеновой

Смягчить дефицит медработников, по ее словам, поможет также обеспечение трудоустройства врачей-ординаторов второго года на должности врачей-стажеров по профилю осваиваемой дисциплины. Также планируется повысить обеспеченность специалистов социальными льготами. Речь идет прежде всего о предоставлении жилья.

В мае 2025 года в Якутии, Липецкой и Курганской областях [ожидается](https://medvestnik.ru/content/news/Novuu-sistemu-oplaty-truda-medrabotnikov-nachnut-testirovat-v-mae-v-treh-regionah.html) запуск пилотного проекта по изменению системы оплаты труда. Его внедрение планировалось с 2021 года. На вопрос корреспондента «МВ» о том, повлияет ли новая система оплаты труда на обеспеченность медицинскими кадрами, Семенова не ответила.

При этом она добавила, что два аспекта могут продемонстрировать неверность расчета показателей федпроекта «Медкадры» до 2030 года: повышение производительности труда и внедрение новых технологий. Например, автоматизация лабораторий или внедрение технологий могут привести к сокращению рабочих мест для лаборантов. А врачи могут начать работать эффективнее, поручив искусственному интеллекту часть бумажной работы.

Частично показатели федпроекта ранее [называло](https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-opredelilo-usloviya-oplaty-raboty-vahtovikov.html) правительство. Сообщалось, что для ликвидации кадрового дефицита Минздрав планирует перераспределить с помощью вахтового метода около 6 тыс. врачей из стационаров с избытком работников. За каждый календарный день в период вахты, а также за все дни в дороге до места расположения работодателя и обратно взамен суточных сотруднику положена надбавка из расчета 75% от тарифной ставки оклада в районах Крайнего Севера и приравненных к ним областях; 50% тарифной ставки оклада в районах Сибири и Дальнего Востока; 30% — в остальных районах.

<https://medvestnik.ru/content/news/V-Minzdrave-utochnili-plany-po-otpravke-vrachei-vahtovikov-v-regiony.html>

**Минздрав планирует вернуть в диспансеризацию УЗИ брюшной аорты**

В перечень обследований для диспансеризации могут включить УЗИ брюшной аорты для пациентов с факторами риска. Также рассматривается введение полногеномного секвенирования для построения индивидуальной траектории профилактики на основе генетических данных.

Обсуждается возможность введения в диспансеризацию тестирования на Helicobacter pylori и компьютерной томографии (КТ) легких. Также могут вернуть УЗИ брюшной аорты для куривших пожилых мужчин. Кроме того, планируется проводить диспансеризацию в праздничные дни, на рабочих местах в крупных коллективах заводов и учебных учреждений и привлечь для этого врачей-стажеров, рассказала директор НМИЦ терапии и профилактической медицины Минздрава России **Оксана** **Драпкина** на конгрессе «Человек и лекарство».

УЗИ брюшной аорты для исключения ее аневризмы входило в диспансеризацию на старте программы в 2013 году, его проводили курившим мужчинам в возрасте 69 и 75 лет. Обновленный в2018 году список обследований, утвержденный Приказом Минздрава РФ № 869н от 26.10.2017, уже не содержал этого исследования.

УЗИ брюшной аорты могут вернуть в диспансеризацию, сообщила Драпкина, не назвав конкретных сроков. Также, по ее словам, обсуждается введение в программу полногеномного секвенирования для всех граждан. Полученные данные будут использовать для разработки индивидуальной траектории профилактики на основе наследственных рисков.

Охват диспансеризацией планируют повышать обследованиями крупных коллективов (например, заводов и образовательных учреждений) на рабочих и учебных местах. К обследованию привлекут врачей-стажеров, рассказала Драпкина. Возможность пройти диспансеризацию по месту учебы или работы уже есть, но из имеющих на это право 10 млн 700 тыс. человек ею воспользовались 1 млн 200 тыс., обратила внимание директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава **Екатерина Каракулина**.

После диспансеризации пациентов с выявленными факторами риска будут направлять для наблюдения в центры здоровья. На них планируют перенести эту функцию в рамках федерального проекта «Здоровье для каждого», так как у терапевтов в поликлиниках не хватает времени на разговор с пациентом об образе жизни.

В апреле 2025 года президент **Владимир Путин** [поручил](https://medvestnik.ru/content/news/Putin-dal-Pravitelstvu-porucheniya-po-povysheniu-udobstva-dispanserizacii.html) правительству предложить меры по повышению удобства диспансеризации. Будет проработан вопрос о возможности госпитализации маломобильных пациентов для диспансеризации, а для работодателей могут ввести стимулы для предоставления работникам гарантии при прохождении регулярных медобследований. При этом работодателей могут заставить [отвечать](https://medvestnik.ru/content/news/Otvetstvennost-za-dispanserizaciu-mogut-vozlojit-na-rabotodatelei.html) за прохождение диспансеризации работниками.

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-planiruet-vvesti-dispanserizaciu-v-prazdnichnye-i-vyhodnye-dni.html>

**Минздрав обновил порядок возложения функции врача на фельдшера**

Минздрав прописал порядок возложения на фельдшера или акушерку функций лечащего врача, включая назначение наркотических средств. Это можно будет делать при неукомплектованности поликлиники специалистами, а также в случае их временного отсутствия.

Минздрав прописал порядок возложения на фельдшера и акушерку частичных функций лечащего врача, включая назначение и выдачу наркотических лекарственных средств. Приказ № 155н от 27.03.2025 опубликован и [доступен на «МВ»](https://medvestnik.ru/content/documents/155n-ot-27-03-2025.html). Он вступает в силу с сентября 2025 года и будет действовать до сентября 2031 года.

В приказе говорится, что функции лечащего врача может взять на себя фельдшер или акушер, работающий в фельдшерско-акушерском пункте или в медучреждении первичного звена «в случае неукомплектованности или недостаточной укомплектованности» поликлиники врачами (педиатрами, терапевтами, врачами общей практики и акушерами-гинекологами) и в случае их временного отсутствия.

Кроме того, такие функции получает фельдшер бригады скорой помощи.

Отдельные функции врача также могут возложить на фельдшера и без наличия объективных причин по приказу руководителя медорганизации. Контролировать работу такого медработника тоже будет главврач.

В России с 2022 года обсуждается также передача функций врача медсестре — это якобы позволит снизить нагрузку на врачей в условиях кадрового дефицита. Подробнее о том, реальна ли такая инициатива, и чем грозит ее воплощение, [писал «МВ»](https://medvestnik.ru/content/news/Peredacha-chasti-funkcii-vrachei-medsestram-fantaziya-ili-realnost.html).

<https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-obnovil-poryadok-vozlojeniya-funkcii-vracha-na-feldshera.html>

**Минздрав намерен продлить действие Номенклатуры должностей медработников**

Минздрав РФ подготовил проект приказа о внесении изменений в Номенклатуру должностей медицинских и фармацевтических работников. Регулятор предлагает продлить ее действие до 1 марта 2027 года. Актуальная номенклатура, утвержденная в мае 2023 года, будет в силе до 1 сентября 2025 года.

Изменения предложено внести в приказ Минздрава РФ № 205н от 2 мая 2023 года «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников». Согласно пояснительной записке к проекту приказа, решение о продлении необходимо «в целях недопущения пробела правового регулирования в части регламентирования» номенклатуры должностей мед- и фармработников.

В 2023 году номенклатура [**пополнилась**](https://vademec.ru/news/2023/06/02/v-nomenklature-dolzhnostey-medrabotnikov-poyavilis-neyropsikholog-i-meditsinskiy-logoped/) рядом позиций, среди них – врач выездной бригады скорой медицинской помощи, врач-кибернетик, старший врач по спортивной медицине, медицинский логопед, нейропсихолог, специалист по физической реабилитации (кинезиоспециалист) и специалист по эргореабилитации (эргоспециалист).

Параллельно регулятор исключил некоторые позиции, например, должности акушера-гинеколога цехового врачебного участка, врача – клинического миколога, лабораторного миколога, офтальмолога-протезиста, сурдолога-протезиста, педиатра городского (районного), психиатра подросткового, психиатра подросткового участкового, психиатра-нарколога участкового. Они сохранились только для специалистов, которых приняли на работу до 1 сентября 2023 года.

В феврале 2025 года Минздрав РФ [**представил**](https://vademec.ru/news/2025/02/18/minzdrav-obnovit-nomenklaturu-spetsialnostey-medrabotnikov/) проект обновленной Номенклатуры специальностей работников с медицинским и фармацевтическим образованием. Планировалось, что «бактериологию», «вирусологию» и «паразитологию» объединят в одну группу – «медицинскую микробиологию». Также в ведомстве предложили исключить из списка специальность «сексология». Планировалось, что, если документ утвердят, он вступит в силу 1 сентября 2025 года и будет действовать в течение шести лет. Проект пока не принят.

<https://vademec.ru/news/2025/04/15/minzdrav-nameren-prodlit-deystvie-nomenklatury-dolzhnostey-medrabotnikov/>

**В России растет доступность онкологической помощи: на что могут рассчитывать пациенты в 2025 году**

Глава ФФОМС Илья Баланин: объемы медицинской помощи онкопациентам ежегодно увеличиваются

В этом году исполняется 80 лет российской службе онкологической помощи. Она стала ровесницей Дня Победы в Великой Отечественной войне не случайно.

- 30 апреля 1945 года наша страна узнала, что над Рейхстагом водружено Знамя Победы. И в этот же день был подписан приказ Наркомздрава о создании службы онкологической помощи, - рассказал в одном из выступлений главный онколог Минздрава России, руководитель Национального медицинского исследовательского центра радиологии, академик РАН и практикующий хирург-онколог Андрей Каприн. - Советское правительство понимало, что люди, возвращающиеся с фронта, из эвакуации, будут сталкиваться с новым грозным врагом - раком.

С тех пор многое было сделано. С учетом огромной территории страны организацию российской онкослужбы сегодня можно считать одной из самых передовых в мире, отметил академик. При этом доступность онкологической помощи пациентам растет. Как развивается система борьбы с онкозаболеваниями в России, на что могут рассчитывать люди с подозрением на рак и после подтверждения диагноза, рассказывает «КП».

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ: «ПОЙМАТЬ», ЧТОБЫ ОБЕЗВРЕДИТЬ

Самое мощное оружие против рака - ранее выявление болезни, говорят врачи-онкологи во всем мире. При обнаружении на 1-2-й стадиях сегодня успешно лечится большинство видов опухолей. А главный инструмент, позволяющий «поймать» онкозаболевания как можно раньше - это регулярные проверки здоровья, онкоскрининги. Такие обследования проводятся профилактически, при отсутствии жалоб. Потому что одна из особенностей рака - «молчаливое» развитие новообразований.

В России создана и работает самая обширная в мире программа онкоскринингов, подчеркивает академик Каприн. Только у нас бесплатно для граждан, в рамках системы ОМС (обязательного медицинского страхования) проводятся обследования на семь самых распространенных локализаций рака. Чтобы пройти такие проверки, нужно обратиться в поликлинику, к которой вы прикреплены для получения медпомощи по ОМС.

1. Скрининг на выявление рака шейки матки (у женщин):

- осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом. Проводится в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год;

- цитологическое исследование мазка с шейки матки. Проводится в возрасте от 18 до 64 лет включительно 1 раз в 3 года.

2. Скрининг на выявление рака молочной железы (у женщин):

- маммография. Проводится в возрасте от 40 до 75 лет 1 раз в 2 года.

3. Скрининг на выявление рака предстательной железы (у мужчин):

- определение простат-специфического антигена в крови (ПСА). Проводится в 45, 50, 55, 60 и 64 лет.

4. Скрининг на выявление колоректального рака:

- анализ кала на скрытую кровь. Проводится в возрасте от 40 до 64 лет раз в 2 года; в возрасте от 65 до 75 лет 1 раз в год;

- ректороманоскопия, колоноскопия - при наличии медпоказаний на втором этапе диспансеризации.

5. Скрининг на выявление рака пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки:

- эзофагогастродуоденоскопия. Проводится в возрасте 45 лет. А также независимо от возраста при наличии медпоказаний на втором этапе диспансеризации.

6. Скрининг на выявление рака легкого:

- рентгенография легких или компьютерная томография легких. Проводится при наличии медпоказаний на втором этапе диспансеризации.

7. Скрининг на рак кожи:

- осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия). Проводится при наличии медпоказаний на втором этапе диспансеризации.

\* В соответствии с Приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

ЛЕЧЕНИЕ: СОВРЕМЕННЫЕ ЛЕКАРСТВА, ВЫСОКОТОЧНЫЙ ПОДБОР ТЕРАПИИ

- Благодаря диспансеризации, которую в прошлом году прошли 90 миллионов человек, растет выявляемость онкопатологии на ранних стадиях (онкоскрининги являются частью программы диспансеризации. - Прим. Ред.). Только за прошлый год было дополнительно выявлено 117,4 тысячи случаев с подозрением на злокачественные новообразования. А значит, должны увеличиваться объемы медпомощи по этому направлению, - поясняет председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Илья Баланин.

В 2025 году государство значительно повысило финансирование на обследования и лечение онкопациентов в дневных и круглосуточных стационарах. Благодаря этому объем медицинской помощи в таких условиях вырастет на 19% и 15% соответственно, уточняют в Фонде.

В целом же на онкопомощь в рамках Программы госгарантий в текущем году выделено около 390 млрд. рублей. Это позволит пройти лечение почти 1,4 млн пациентов со злокачественными новообразованиями. «Средств хватит, во-первых, на то, чтобы сохранить уже существующую базу - те виды лечения и препараты, которые применялись в 2024 году. Во-вторых, повышение финансирования дает возможность добавить новые лекарства и расходные материалы (катетеры, помпы, перевязочные материалы и т.д.)», - отметил в комментарии «КП» доктор медицинских наук, руководитель рабочей группы по организации ОМС Всероссийского союза страховщиков Алексей Березников.

Кроме того, Программа госгарантий бесплатной медицинской помощи на 2025 год и плановый период 2026 и 2027 годов предусматривает еще одно очень важное нововведение. Перед назначением ряда схем противоопухолевой лекарственной терапии пациентам обязательно должны проводиться углубленные исследования - молекулярно-генетические и иммуногистохимические. Они нужны для того, чтобы максимально точно определить особенности рака у конкретного человека. И подобрать наиболее эффективное лечение.

<https://www.kp.ru/daily/27687/5076208/>

**РАЗНОЕ**

# **Росздравнадзор проследит за материальным и кадровым обеспечением образовательных организаций**

Росздравнадзор станет оценивать соответствие образовательных организаций требованиям о материальном и кадровом обеспечении для практической подготовки медработников и фармацевтов. Будет создан реестр получивших положительное заключение профильных вузов и колледжей.

Росздравнадзор начнет выдавать заключения о соответствии образовательных организаций требованиям к кадровому и материально-техническому обеспечению для практической подготовки обучающихся в профильных вузах и колледжах. Служба получит такие полномочия с 1 марта 2026 года, следует из [проекта постановления правительства](https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=156346), опубликованного Минздравом 16 апреля на портале regulation.gov.ru, обратил внимание «МВ».

Также будет создан реестр выданных заключений. Порядок его ведения и обеспечение доступа к сведениям из реестра Росздравнадзор должен установить самостоятельно.

Внесенные в феврале 2025 года [поправки в закон «Об образовании»](https://medvestnik.ru/content/news/V-Rossii-prinyat-zakon-o-licenzirovanii-DPO-Chto-izmenitsya.html) предполагают, что при лицензировании специализирующиеся на медицинском образовании организации должны получить разрешение Росздравнадзора, которое подтверждает достаточность материально-ресурсной базы для подготовки специалистов. Требования к кадровому и материально-техническому обеспечению будут определены в федеральных государственных образовательных стандартах (ФГОС) и типовых дополнительных профессиональных программах, пояснила на конгрессе «Человек и лекарство» замминистра здравоохранения [**Татьяна Семенова**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Semenova-Tatyana-Vladimirovna.html). Требования к персоналу будут включать наличие допуска к осуществлению медицинской деятельности по преподаваемой специальности, определенных стажа и квалификации, уточнила она.

Изменения затронут и программы профпереподготовки. Требования к ним будут очень похожи на таковые для программ ординатуры. «И поэтому там будет и число коек, которые нужны для реализации образовательного процесса, и число помещений, которые по тому или иному профилю должны быть в той организации, с которой заключены договоры», — объяснила Семенова.

Поправками в закон «Об образовании» был введен запрет на реализацию профессиональных образовательных программ медицинского и фармацевтического образования с применением исключительно дистанционных образовательных технологий. Дистанционное обучение возможно, если это будет прописано в типовых программах дополнительного профессионального образования (ДПО) и ФГОС, [писал «МВ»](https://medvestnik.ru/content/news/V-Rossii-prinyat-zakon-o-licenzirovanii-DPO-Chto-izmenitsya.html).

<https://medvestnik.ru/content/news/Roszdravnadzor-prosledit-za-materialnym-i-kadrovym-obespecheniem-obrazovatelnyh-organizacii.html>

**Эксперты по гематологии выступили за создание единой системы лекарственного обеспечения**

Закупки лекарств для пациентов с заболеваниями крови финансируются из разных источников, в том числе из региональных бюджетов. Снять нагрузку с них могла бы единая система лекарственного обеспечения.

Субъекты России активно участвуют в обеспечении препаратами пациентов с заболеваниями крови. Отказаться от региональных средств невозможно без единой системы лекарственного обеспечения, заявили 18 апреля эксперты на форуме «Гематологическая служба в контексте приоритетов национального здравоохранения: открытый диалог». Также прозвучали предложения о создании нацпроекта по профилю «Гематология».

Гематологическая служба развернута в 85 регионах. Ее финансирование с 2019 года увеличилось в 1,5 раза. За это время удалось снизить госпитальную смертность на 18%, а число пациентов, которые наблюдаются с опухолевыми заболеваниями крови, выросло на 20%, сообщила главный внештатный специалист гематолог Минздрава России, генеральный директор НМИЦ гематологии Елена Паровичникова. Этот рост подтверждает эффективность расходования бюджетных средств.

При этом сохраняются проблемы в обеспечении пациентов терапией, и приходится использовать разные источники финансирования. Траты на программу высокозатратных нозологий (ВЗН) из года в год становится меньше: 140,7 млн руб. в 2022 году, 131,3 млн руб. — в 2023-м и 87,7 млн руб. — в 2024-м, рассказал главный внештатный специалист гематолог Ярославской области, врач-гематолог гематологического отделения Областной клинической больницы Валерий Лапин. В рамках ВЗН финансируется закупка моноклональных антител для терапии миеломной болезни и лимфолейкоза. В Ярославской области эти лекарства могут начать закупать на деньги региона, добавил Лапин.

В 2024 году 20 регионов закупили 50% всех инновационных препаратов, сообщил начальник отдела анализа обеспечения лекарственными препаратами и обращения медицинских изделий в субъектах РФ НМИЦ гематологии Олег Шухов. С другой стороны, нередко таблетированные препараты, которые пациенты должны получать в рамках региональной льготы, закупаются на средства ОМС. Например, 30% таргетных препаратов для терапии хронического миелолейкоза в 2022-2023 году были закуплены через дневной стационар. В связи с этим часть препаратов в 2025 году были исключены из перечня дневного стационара. Дофинансирование базовой программы ОМС через межбюджетные трансферты понадобилось 16 регионам из 78 включенных в анализ 2024 года, рассказала доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом оценки технологий здравоохранения Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования (РМАНПО) Мария Сура. При этом доходность региона не влияла напрямую на вероятность использования межбюджетных трансфертов, в некоторых случаях к этому механизму прибегали субъекты с дефицитом бюджета. Некоторые регионы использовали не межбюджетные трансферты, а региональную льготу. Необходимость комбинировать источники финансирования и привлекать региональные средства будет сохраняться до тех пор, пока будет несколько программ лекарственного обеспечения, подчеркнула Сура.

О необходимости создать единую систему лекобеспечения на федеральном уровне заявил депутат Госдумы [**Алексей Куринный**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Kurinnyi-Aleksei-Vladimirovich.html). «Это снимет многие вопросы, в том числе вопросы пересечения льгот региональных, федеральных, это снимет вопросы необходимости получения группы инвалидности для бесплатного лекарственного обеспечения и т.д. Подобные системы функционируют в большинстве стран мира, и мне кажется, Россия вплотную подошла к этому», — объяснил он.

Также Куринный высказался о дефиците кадров в медицине. Важно сгладить разницу в зарплате медработников между регионами: сейчас она может отличаться в 3-4 раза в соседних регионах. Для решения кадрового дефицита нужна единая зарплатная сетка для гематологов по аналогии со следственными органами и МВД.

Необходим нацпроект по профилю «Гематология», считает Лапин. В 2027 году будет введена новая система оплаты труда, но это не решит проблему без увеличения фонда оплаты труда. Необходимая сумма составляет около 500 млрд руб. Еще 500 млрд руб. нужно выделить на лекарственное обеспечение, опять же, чтобы убрать разницу между регионами — шансы на выживание пациента фактически зависят от того, где он проживает.

Ранее Всероссийское общество гемофилии [призвало](https://medvestnik.ru/content/news/Rossiiskie-pacienty-nazvali-problemy-v-terapii-gemofilii.html) к поиску дополнительных источников финансирования федеральной программы высокозатратных нозологий. Это поможет защитить пациентов с редким заболеванием от проблем с поставкой препаратов.

<https://medvestnik.ru/content/news/Eksperty-po-gematologii-vystupili-za-sozdanie-edinoi-sistemy-lekarstvennogo-obespecheniya.html>

**Медработники вошли в TOP5 довольных зарплатой специалистов**

Из сотни опрошенных медработников 29 заявили, что довольны зарплатой. За два года уровень удовлетворенности занятых в здравоохранении респондентов вырос на 1%.

Сервис по поиску работы [SuperJob](https://www.superjob.ru/research/articles/115256/udovletvorennost-zarplatoj-bystree-rastet-u-rabochih/) провел опрос 2500 человек по всей России из 25 профессиональных групп (по 100 респондентов в каждой). Из сотни опрошенных врачей 29 сообщили, что довольны зарплатой. С 2023 года уровень удовлетворенности занятых в здравоохранении респондентов вырос на 1%, при этом медианная зарплата медперсонала выросла на 10%.

Медицинские работники и квалифицированные рабочие замыкают TOP5 профессий с наибольшей удовлетворенностью зарплатой. На первых трех местах — программисты (40%), инженеры-проектировщики (34%) и директора и руководители (30%).

По данным сервиса, в 2010 году уровень зарплаты устраивал 13% опрошенных медработников, в 2016-м — 22%, а в 2023-м — 28%. Больше всего с 2023 года удовлетворенность зарплатой выросла среди квалифицированных рабочих, на 8%.

Ранее сообщалось, что госмедучреждения регионов [стали](https://medvestnik.ru/content/news/V-regionah-gosmeduchrejdeniya-nachali-predlagat-vracham-zarplatu-vyshe-150-tys-rublei.html) предлагать врачам зарплату выше 150 тыс. руб. в месяц, в том числе для кандидатов без опыта работы. При этом вакансии врачей возглавили список самых высокооплачиваемых в регионах.

<https://medvestnik.ru/content/news/Medrabotniki-voshli-v-TOP5-dovolnyh-zarplatoi-specialistov.html>