****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период с 12 по 18 мая 2025 года)**

**ПРАВИТЕЛЬСТВО/ГД/СФ**

**Правительство начнет регулировать количество студентов-платников в вузах**

Госдума приняла в первом чтении законопроект о государственном регулировании платного приема в вузах, в том числе медицинских, с учетом «потребностей экономики и отраслевых особенностей». Пока нет уверенности, что ограничительные меры помогут решить проблему с кадрами в приоритетных для государства областях, считают эксперты.

Госдума[одобрила](https://sozd.duma.gov.ru/bill/884102-8#bh_histras)в первом чтении законопроект о государственном регулировании платного приема в вузах, в том числе медицинского профиля, с учетом запросов рынка труда и потребностей экономики. В соответствии с поправками правительство получит полномочия ограничивать количество коммерческих мест по образовательным программам высшего образования.

Речь идет о местах с оплатой стоимости обучения физическими и (или) юридическими лицами за счет собственных средств организации, осуществляющей образовательную деятельность, в том числе средств, полученных от приносящей доход деятельности, добровольных пожертвований и целевых взносов физических и (или) юридических лиц. Изменения предполагается внести в закон № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». В случае одобрения новеллы могут начать действовать с 1 сентября 2026 года.

Законопроект предполагает решение для двух важных задач: повышение качества высшего образования и установление равновесия между подготовкой специалистов и запросами рынка труда, [написал](https://t.me/MAGnit80/3180) в своем тelegram-канале первый зампред Комитета Госдумы по науке и высшему образованию Александр Мажуга. Избыток выпускников по определенному направлению, по его словам, вызывает дисбалансы на рынке труда. В итоге молодые специалисты вынуждены соглашаться на работу не по профилю или на позициях, предназначенных для другого уровня образования.

«Меньше выпускников по определенному направлению, при этом большое количество вакансий — тоже плохо, так как образуется дефицит тех или иных специалистов! Второй, но, может, даже более важный аспект представленного законопроекта — это качество образования. Мы знаем, что, к сожалению, есть вузы, которые ставят перед собой прежде всего вопрос финансовой выгоды, нежели качественной подготовки студентов», — пояснил он. В качестве примера он привел укрупненную группу специальностей «Здравоохранение», где «в одном регионе в вуз «А» можно поступить на бюджет и контракт со средними баллами 67 и 48, а в вуз «Б», в соседнем регионе, с баллами 81 и 73 соответственно».

Александр Мажуга

В экспертных кругах относятся к инициативе неоднозначно. Пока нет уверенности, что ограничительные меры помогут решить проблему с кадрами в приоритетных для государства областях, написал основатель профильного telegram-канала «Наука и университеты» профессор Евгений Белый. По его словам, для многих государственных вузов внебюджетные поступления от обучения студентов-«платников» существенная статья доходов и их снижение, несомненно, ударит по экономике учебных заведений и повлияет на возможности их развития. Для части преподавателей ограничения платного приема студентов приведут из-за падения объема учебной нагрузки к снижению зарплат, при этом многие преподаватели – доктора и кандидаты наук, работающие на образовательных программах в сфере экономики, юриспруденции, гуманитарных наук, могут в перспективе остаться без работы.

«Эти ожидаемые последствия необходимо учитывать. Наконец, о главных участниках этой истории – абитуриентах. Разумеется, кто-то из них, потеряв возможность поступить на экономику или юриспруденцию, от безысходности поступит на инженерную или медицинскую специальность. Однако нет уверенности, что в такой ситуации из студента получится хороший инженер или врач. Вероятно, многие абитуриенты, планировавшие учиться платно на специальностях, попавших «под нож», будут искать альтернативные варианты построения своей образовательной траектории. Кто-то из них поступит в колледжи на желаемые специальности, кто-то решит выбрать зарубежный вуз», — пояснил он.

Исключить чрезмерный платный набор по специальностям, направлениям подготовки высшего образования, на которые отсутствует спрос со стороны экономики и рынка труда, поручил Владимир Путин в феврале 2025 года на заседании Совета при Президенте по науке и образованию. Соответствующий законопроект [появился](https://sozd.duma.gov.ru/bill/884102-8#bh_histras) в базе Госдумы в начале апреля.

Ранее в НИУ ВШЭ [сообщили](https://medvestnik.ru/content/news/Meduniversitety-voshli-v-TOP-vuzov-s-samym-bystrym-rostom-stoimosti-obucheniya.html) о резком росте численности студентов-«платников» в российских вузах в 2024 году: по сравнению с прошлым годом их количество выросло на 9,8%. Рост числа платных мест авторы доклада объясняют тем, что в стране «начинает формироваться культура готовности платить за качественное и востребованное на рынке труда высшее образование». В TOP25 вузов по численности приема, где рост средней стоимости обучения опережал рост средней зарплаты по региону, вошли не менее семи медицинских.

Наиболее драматично стоимость платного обучения в 2024 году выросла в крупных столичных вузах. Например, в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова один год подорожал на 58% — с 476,3 тыс. до 750 тыс. руб., что может говорить о растущем спросе на программы обучения, считают в ВШЭ. Вся шестилетняя подготовка по специальности «Лечебное дело» в Сеченовском госмедуниверситете с прошлого года стала стоить больше 5,6 млн руб, [подсчитал](https://medvestnik.ru/content/news/Stolichnye-medvuzy-rezko-povysili-ceny-na-obuchenie.html) в прошлом году «МВ». В региональных вузах рост не такой выраженный, но тоже есть. Повысили цены профильные медуниверситеты в Воронеже (+25,7%), Саратове (18,4%), Краснодаре (22,3%), Новосибирске (28,6%) и Курске (30,4%).

Рост стоимости обучения в медвузах дополнительно стимулирует растущая [популярность медобразования](https://medvestnik.ru/content/news/Lechebnoe-delo-i-pediatriya-stali-samymi-populyarnymi-napravleniyami-u-abiturientov.html) у абитуриентов. Недавно президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины академик РАН Николай Володин [раскритиковал](https://medvestnik.ru/content/news/Akademik-Volodin-nazval-zapredelnym-rost-stoimosti-obucheniya-v-medicinskih-vuzah.html) кратный рост стоимости обучения и низкие стипендии студентов на педиатрических факультетах медицинских вузов. На фоне кадрового дефицита в отрасли такая ценовая политика противоречит национальным интересам, считает он.

<https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-budet-regulirovat-kolichestvo-studentov-platnikov-v-vuzah.html>

**В Госдуму внесен законопроект о налоговом вычете для медработников**

Депутаты предложили снизить налоговую нагрузку на медицинских работников. Внесенный в Госдуму законопроект предусматривает ежегодный налоговый вычет для них с целью решить проблему дефицита кадров и поддержать молодых врачей.

В Госдуму внесен законопроект, предлагающийежегодную компенсацию части подоходного налога (НДФЛ) для представителей ряда профессий — в первую очередь, для медицинских работников, а также педагогов, фармацевтов, работников культуры и научных сфер. Документ [разработан](https://sozd.duma.gov.ru/bill/916466-8#bh_histras) группой депутатов партии «Справедливая Россия», в том числе ее главой **Сергеем Мироновым.**

Суть инициативы заключается в следующем: врачам, медсестрам и другим медицинским специалистам предлагается возвращать часть налога на доходы физических лиц, который они уплатили за предыдущий календарный год. Размер выплаты будет рассчитываться как разница между стандартной ставкой НДФЛ (13%) и условной ставкой в 6% — то есть возврат составит около половины ранее уплаченного налога. Компенсация будет производиться ежегодно через Фонд пенсионного и социального страхования по заявлению работника.

На выплату смогут рассчитывать граждане России, работающие по профессии в одной из указанных сфер, проживающие и работающие на территории страны, выплачивающие НДФЛ. Например, если врач заработал за год 1 млн руб. (то есть зарплата была чуть больше 80 тыс. руб. в месяц) и уплатил 130 тыс. руб. налога, то он сможет вернуть около 70 тыс.

Ожидается, что в случае одобрения закон вступит в силу с 1 января 2026 года. Финансироваться выплаты будут за счет федерального бюджета и не повлияют на право работников получать другие социальные выплаты и льготы. Также получение этой компенсации не отменяет возможности использовать обычные налоговые вычеты, например, за лечение или обучение.

Авторы законопроекта ссылаются на острый дефицит кадров в ключевых отраслях. Так, по данным Минздрава, нехватка врачей составляет порядка 26,5 тыс. человек, а среднего медперсонала — около 58 тыс. При этом регионы испытывают сложности с повышением зарплат в силу ограниченных бюджетов. Законопроект предлагает использовать налоговую компенсацию как альтернативный механизм материального стимулирования медработников и привлечения в отрасль молодых специалистов.

Это не первая попытка ввести налоговый вычет для врачей. Осенью 2024 года та же партия [предложила](https://medvestnik.ru/content/news/V-Gosdume-predlojili-vvesti-nalogovyi-vychet-dlya-medrabotnikov-mladshe-35-let.html) давать медработникам в возрасте до 35 лет налоговый вычет на базу до 500 тыс. руб. При этом авторы отмечали, что финальное решение при принятии такой инициативы должны были принимать регионы «исходя из возможностей бюджета». Как проверил «МВ», законопроект был отклонен после первого чтения и отправлен в архив.

<https://medvestnik.ru/content/news/V-Gosdumu-vnesen-zakonoproekt-o-nalogovom-vychete-dlya-medrabotnikov.html>

**Голикова назвала среднюю ставку и средний возраст врачей в России**

Вице-премьер Татьяна Голикова на расширенном заседании коллегии Минздрава представила свежие данные о кадровой ситуации в здравоохранении. Она пока не оптимистичная: средняя нагрузка на медиков составляет 1,2 ставки, почти 43% медицинских работников старше 50 лет, при этом значительная доля выпускников медвузов и колледжей не трудоустраивается по специальности.

Средняя нагрузка на одного медицинского работника в системе здравоохранения России составляет 1,2 ставки, а на врачебный персонал — 1,16. При этом в отдельных регионах этот показатель значительно выше: во многих средняя нагрузка на врачей составляет 1,3 ставки, а в отдельных субъектах, например Еврейской автономной области (ЕАО), достигает 1,7, сообщила 16 мая вице-премьер [Татьяна Голикова](https://medvestnik.ru/directory/persons/Golikova-Tatyana-Alekseevna.html) на расширенном заседании коллегии Минздрава, [пишет](https://tass.ru/ekonomika/23962367) ТАСС.

По ее словам, наибольшая кадровая устойчивость наблюдается в Москве, Республике Мордовия, Белгородской области и Санкт-Петербурге, где нагрузка на одного врача не превышает 1,1 ставки.

Голикова также [обратила внимание](https://tass.ru/obschestvo/23962357) на возрастную структуру кадров: средний возраст медработников в России составляет 44,5 года, тогда как в других отраслях — чуть больше 42 лет. Почти 43% сотрудников системы здравоохранения старше 50 лет, что вице-премьер назвала «дополнительной зоной кадрового риска». В ряде регионов доля врачей в возрасте 50 лет и старше превышает 50%. Это, в частности, Псковская, Владимирская, Смоленская, Брянская, Костромская, Ивановская области и ЕАО.

По данным Голиковой, сейчас в госмедучреждениях работают более 2 млн человек, включая 572 тыс. врачей, 1,2 млн специалистов среднего звена и 258 тыс. младшего медперсонала. В то же время, по данным портала «Работа в России», открыто почти 26 тыс. вакансий в сфере здравоохранения, из которых 63% — для врачей.

Одним из факторов сохраняющегося кадрового дефицита Голикова назвала снижение доли выпускников, реально приходящих в отрасль. По ее словам, цифры приема абитуриентов на меднаправления растут: в 2024 году показатель достиг 238 тыс. человек, а шесть лет назад составлял 165 тыс. При этом проблему это не решает, поскольку только 75% выпускников медвузов и 56% выпускников медколледжей начинают работать по специальности после окончания обучения. При этом в среднем около 17% студентов профильных учебных заведений не завершают обучение.

«К сожалению, отток кадров идет и в частные медицинские организации и, особенно в случае со средним и младшим персоналом, в фитнес-индустрию и сферу красоты», — отметила Голикова. На ее взгляд, ситуация требует системных изменений в организации работы медицинских вузов, колледжей и регионов, чтобы минимизировать потери кадрового потенциала.

<https://medvestnik.ru/content/news/Golikova-nazvala-srednuu-stavku-i-srednii-vozrast-vrachei-v-Rossii.html>

**МИНЗДРАВ/ФОМС**

**О чем говорили на итоговой коллегии Минздрава**

Масштабная национальная цель нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь» — повышение качества медицинской помощи по всей стране. Стоят задачи обновления первичного звена, модернизации федеральных медорганизаций и центров здоровья, создания новых приемных отделений, заявили участники итоговой коллегии Минздрава.

Основные установки

Приоритеты работы правительства в области сохранения здоровья населения будут сконцентрированы в рамках нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь». Он охватывает все аспекты — от профилактики заболеваний до поддержания активного долголетия, заявил 16 мая в видеообращении к участникам итоговой коллегии Минздрава премьер-министр **Михаил Мишустин.**

«Важно и дальше обеспечивать обновление первичного звена, строительство и ремонт фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий. Предусмотрена и модернизация федеральных организаций, а также центров здоровья, создание новых приемных отделений. Решение таких задач зависит от слаженных действий вашего министерства и всего врачебного сообщества. Нужно обязательно ориентироваться на обратную связь от граждан, пациентов поликлиник и больниц, смотреть, насколько удобно им проходить лечение, как они оценивают работу медицинских учреждений», — отметил глава правительства.

По его словам, особое внимание надо уделить вопросам развития кадрового потенциала отрасли. Для поддержки первичного звена здравоохранения правительство установило специальные социальные выплаты (ССВ), которые получает больше 1 млн медработников. Это позволило привлечь в медучреждения небольших и отдаленных населенных пунктов страны больше 6,5 тыс. сотрудников.

Вице-премьер **Татьяна Голикова**напомнила, что в общей сложности на новые нацпроекты из федерального и региональных бюджетов в ближайшие шесть лет будет выделено 3,2 трлн руб. Задача повышения доступности и качества медицинской помощи предполагает инфраструктурное развитие медучреждений и поддержку 2160 опорных населенных пунктов. С 2026 года стартует второй этап модернизации первичного звена, предполагающий обновление более 30 тыс. медицинских объектов и 60 тыс. единиц оборудования.

Один из самых важных вопросов — кадровое обеспечение. Усредненная потребность отрасли в притоке специалистов — почти 100 тыс. человек в год. Голикова отметила, что в системе здравоохранения уже увеличился объем приема студентов: с 165 тыс. в 2018 году до 238 тыс. — в 2024-м.

Векторы развития

На кадровом вопросе остановился в докладе министр здравоохранения **Михаил Мурашко.** По его словам, ведомство запустило «механизм качественного обновления системы подготовки медицинских кадров», приоритетом станет качество образования и соответствие структуры приема в профильные вузы реальным потребностям регионов. С этой целью уже введен запрет на полное дистанционное обучение по медицинским специальностям с разработкой типовых образовательных программ и жесткие требования к практической подготовке. Сейчас экспертные группы формируют модели компетенций для каждой специальности.

Среди планируемых изменений: обязательная отработка выпускников вузов и колледжей, усиление ответственности за нарушение целевых договоров; введение квот на подготовку кадров; преимущественное право целевиков при поступлении в колледжи. «Мы внедряем систему, где максимальное количество студентов будет проходить практику непосредственно у будущих работодателей. Это не просто стажировка — ранняя профессиональная адаптация. Каждый выпускник — и вуза, и колледжа — должен прийти на свое рабочее место. Мы создаем систему, где каждый целевик обязательно придет работать туда, где его ждут, — сказал министр.

Мурашко подчеркнул, что стоит задача создать систему здравоохранения, в которой медработник будет чувствовать себя востребованным, защищенным и мотивированным. Врачи уже тратят в два раза больше времени на пациентов, а не на бумаги, а роботизация лабораторий и внедрение ИИ в медорганизациях повысили эффективность работы. Ставится цель увеличения уровня обеспеченности врачами до 43,5 специалиста на 10 тыс. населения и увеличения контрольных цифр приема в медицинские вузы до 30,8 тыс. мест.

Работа всех структурных элементов системы профилактики от центров здоровья до кабинетов и отделений медицинской профилактики, центров общественного здоровья должна обеспечить дальнейший рост доли граждан, ведущих здоровый образ жизни до 13,6%, а число россиян, которым будут рекомендованы индивидуальные планы по ЗОЖ, должно превысить 4 млн. Поэтому необходимо продолжить разработку и внедрение муниципальных, корпоративных программ, направленных на укрепление общественного здоровья.

Рост удовлетворенности граждан медициной — задача не менее важная, чем строительство новых больниц, — работа первичного звена формирует мнение населения о всей системе. «Новая инфраструктура, доступность записи, время ожидания у кабинета, логистика так же важны, как качество медицинской помощи для создания положительного образа и результата, — подчеркнул Мурашко. — Перед нами стоит задача приблизиться к уровню удовлетворенности не менее 55%».

Мнения участников

Как рассказал «МВ» вице-президент Всероссийского союза страховщиков (ВСС) [**Роман Щеглеватых**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Sheglevatyh-Roman-Vyacheslavovich.html)**,** среди ключевых тем, на которых было сосредоточено внимание участников коллегии, можно выделить несколько: фокус внимания на каждом пациенте, повышение производительности труда, подготовка медицинских кадров и обновление инфраструктуры.

«Особое внимание на заседании было уделено совершенствованию кадрового потенциала, сокращению дефицита врачей в государственных медицинских учреждениях, модернизации инфраструктуры медучреждений, внедрению передовых технологий и усовершенствованию телемедицинских консультаций, а также повышению качества медицинской помощи и уровню удовлетворенности граждан этой помощью, — прокомментировал «МВ» повестку коллегии председатель Комитета Госдумы по охране здоровья [**Сергей Леонов**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Leonov-Sergei-Dmitrievich.html)**.** — Отмечалось, что объем финансирования программы бесплатного оказания медпомощи в 2025 году составит 4,7 трлн руб. По сравнению с 2024 годом объем финансового обеспечения возрос на 13,7%. Динамика, безусловно, позитивная, но не менее важно, что на реализацию трех нацпроектов: «Продолжительная активная жизнь», «Семья» и «Новые технологии сбережения здоровья» будет выделено около 3,2 трлн руб. до 2030 года. Тем не менее, не сами суммы решают проблемы, а качество распределения и эффективное использование выделенных средств. Это и позволяет в конечном счете влиять на работу отрасли».

Как рассказал «МВ» генеральный директор Ассоциации Российских фармацевтических производителей (АРФП) [**Виктор Дмитриев**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Dmitriev-Viktor-Aleksandrovich.html)**,** в регионах видят, что федеральные программы по импортозамещению продукции медицинского назначения дают первые результаты. Но здесь самое главное — на них не останавливаться, а продолжать двигаться вперед. «В последние месяцы я выезжаю в регионы по линии Общественного совета при Росздравнадзоре, посещаю поликлиники, амбулатории, стационары. Приятно отметить, что национальный проект прошел не зря: мы видим новые поликлиники, шикарно оснащенные, в том числе отечественным оборудованием», — отметил он.

«В ближайшие пять лет российское здравоохранение ждет дальнейшая эволюция. Все, что заложено в предыдущих нацпроектах, будет продолжено, появились новые цели. Все системные изменения — от модернизации инфраструктуры до подготовки кадров — обеспечены комплексным обновлением законодательной базы. Это не просто реформы, а стройная система взаимосвязанных преобразований, — пояснил первый зампред Комитета Госдумы по охране здоровья [**Бадма Башанкаев**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Bashankaev-Badma-Nikolaevich.html)**.** — Первое — инфраструктура. Бюджет более триллиона рублей позволит не просто строить новые медцентры, а создавать современные клиники с цифровыми решениями — от телемедицины до «умного» оборудования. Это будет принципиально новый уровень доступности и качества помощи. Второе — кадры. Реформа подготовки врачей уже дает результаты: обязательное наставничество, усиленная практика с первых курсов, целевая подготовка для регионов с возвратом медиков в родные места. Скоро в поликлиниках и больницах появятся тысячи новых квалифицированных специалистов».

Среди других ключевых векторов работы: усиление профилактики, а именно предотвращение болезней в результате борьбы с вредными привычками и введение налоговых льгот для соблюдающих ЗОЖ и освобождение врачей от непомерной бюрократической нагрузки, которая уже сокращена вдвое. «Мы рассчитываем, что к 2030 году каждый седьмой россиянин будет осознанно следить за своим здоровьем. Результат? Не просто увеличение продолжительности жизни, а жизнь более активная и качественная. Современная медицина — без бесконечных очередей и бумажной волокиты. Именно на это нацелены новые национальные проекты», — отметил Башанкаев.

Сопредседатель Всероссийского союза пациентов (ВСП) [**Юрий Жулёв**](https://medvestnik.ru/directory/persons/Urii-Julev.html) подтвердил, что на коллегии были заявлены очень амбициозные планы с фокусом на семью, на продолжительность и качество жизни. «Определенное внимание было уделено вопросу кадровому, и это очень правильно, потому мы понимаем, что он ключевой в системе здравоохранения. Многократно было сказано, и в докладе министра это прозвучало, насколько важно мнение пациентов о системе здравоохранения, о конкретных медорганизациях. Речь шла о повышении удовлетворенности граждан и было сказано, что в этом направлении будет продолжаться работа в виде создания четких критериев, по которым будет оцениваться система здравоохранения и эффективность национальных проектов», — отметил он.

<https://medvestnik.ru/content/news/O-chem-govorili-na-itogovoi-kollegii-Minzdrava.html>

**В Минздраве будут подсчитывать количество и продолжительность больничных листов**

Новый показатель поможет оценить качество медицинской помощи работающему населению

Профилактика заболеваний, основанная на скрининге и здоровьесберегающем подходе, стала сегодня ключевым направлением здравоохранения. Профилактическая работа как одно из направлений охраны здоровья особенно важна для работающего населения. Об этом заявил министр здравоохранения Михаил Мурашко на расширенном заседании коллегии Минздрава России.

В 2024 году диспансеризацию в России прошли более 82 млн взрослых и 27 миллионов детей, что составляет почти 75% населения страны. Но, по мнению министра, важно, чтобы обследование имело логичное продолжение, и человек оставался в фокусе внимания медицинских работников.

"Важно обеспечить контроль не только за качеством диспансеризации, но также за тем, чтобы после обследования люди были поставлены на диспансерное наблюдение при наличии патологии и получили эффективное лечение. Наша задача - не только своевременно выявлять болезни, но и предоставить всю необходимую медицинскую помощь", - сказал Михаил Мурашко.

Министр заявил, что впервые установлен очень важный показатель деятельности в здравоохранении - снижение общей продолжительности больничных у работающих граждан.

"Это комплексный показатель, на него влияет множество факторов: доступность первичной помощи, ее качество и соответствие клиническим рекомендациям, работа профилактической службы, приверженность здоровому образу жизни, муниципальные и корпоративные программы здоровья, доступность спортивных сооружений, распространение инфекционных заболеваний и проведение прививочных кампаний, и даже работа ЖКХ - график начала отопительного сезона", - пояснил министр.

Для управления всеми этими резервами разработана система показателей, источником данных для которых является, прежде всего, система ОМС. Это и есть управление медико-демографическими показателями "по отклонениям".

"На основании этой системы показателей был инициирован федеральный инцидент, направленный на снижение смертности. В рамках этого инцидента в течении года мы формировали таргетные мероприятия для каждого региона - в зависимости от конкретной ситуации, потребностей и возможностей. Цель - обеспечить индивидуальные для каждого региона целевые показатели. А в дальнейшем - проводить аналитику, чтобы понимать вектор развития", - заключил он.

<https://rg.ru/2025/05/16/minzdrav-v-rossii-snizilas-prodolzhitelnost-bolnichnyh-u-rabotaiushchih-grazhdan.html?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch>

**Минздрав обновил Порядок организации медпомощи с применением телемедицинских технологий**

Минздрав РФ утвердил обновленный Порядок организации и оказания медпомощи с применением телемедицинских технологий взамен действующего с 2018 года аналогичного документа. Среди нововведений – при проведении отложенных консультаций возможность использовать системы поддержки принятия врачебных решений, которые являются медизделиями и относятся к программному обеспечению с применением технологий искусственного интеллекта (ИИ).

Обновленный порядок будет действовать с 1 сентября 2025 до аналогичной даты 2031 года. Параллельно утратит силу приказ Минздрава РФ № 965н от 30 ноября 2017 года «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

В перечень действий для дистанционного наблюдения за пациентами вошла обработка данных о состоянии их здоровья, в том числе с использованием систем поддержки принятия врачебных решений.

Новый порядок также содержит подробные правила дистанционного взаимодействия медработников между собой и с пациентами или их законными представителями. Общение может осуществляться посредством проведения консультаций при оказании медпомощи в экстренной, неотложной и плановой форме, для вынесения заключения по результатам диагностических исследований и дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

В пока действующей версии порядка от 2018 года прописано, что консультирующий врач несет ответственность за рекомендации, предоставленные по результатам консультации (консилиума врачей) с применением технологий, в пределах данного им медицинского заключения. В новом приказе такой пункт отсутствует.

Минздрав РФ в феврале 2025 года [**предложил**](https://vademec.ru/news/2025/02/21/tsentry-zdorovya-osnastyat-rabochimi-mestami-dlya-provedeniya-telemeditsinskikh-konsultatsiy/) скорректировать стандарты оснащения кабинетов для диспансерного наблюдения и центра здоровья для взрослых. Теперь там могут появиться рабочие места для телемедицинских консультаций.

В конце апреля 2025 года Минэкономразвития РФ [**представило**](https://vademec.ru/news/2025/04/28/minekonomrazvitiya-nazval-epr-po-telemeditsine-i-personalnym-medpomoshchnikam-uspeshnymi-/) доклад о результатах экспериментального правового режима (ЭПР) по телемедицине, назвав его успешным. Так, телемедицинскими консультациями за 2023-2024 годы воспользовались более 51 тысячи граждан (в 2024 году – 28 тысяч). Участники ЭПР «Телемедицина» подчеркнули, что заинтересованы в расширении телемедицинских возможностей, например, в постановке предварительного диагноза и назначении симптоматического лечения в ходе онлайн-консультаций.

ЭПР [**действует**](https://vademec.ru/news/2023/07/20/vracham-nekotorykh-chastnykh-klinik-razreshili-vypisyvat-retsepty-onlayn/) с августа 2023 года и расширяет функционал врачей на телемедицинских консультациях. Так, если специалист не является лечащим врачом пациента, он может скорректировать или назначить лечение по поставленному очно диагнозу в онлайн-режиме. Эксперимент дает возможность пациентам выбранных для проекта организаций получать электронные рецепты дистанционно (общее текущее законодательство этого не позволяет). Участие в ЭПР на данный момент [**принимают**](https://vademec.ru/news/2024/12/19/omskiy-evromed-mozhet-voyti-v-epr-po-telemeditsine/) 17 клиник и медицинских сервисов (33 юрлица).

Минздрав РФ утвердил обновленный Порядок организации и оказания медпомощи с применением телемедицинских технологий взамен действующего с 2018 года аналогичного документа. Среди нововведений – при проведении отложенных консультаций возможность использовать системы поддержки принятия врачебных решений, которые являются медизделиями и относятся к программному обеспечению с применением технологий искусственного интеллекта (ИИ).

Обновленный порядок будет действовать с 1 сентября 2025 до аналогичной даты 2031 года. Параллельно утратит силу приказ Минздрава РФ № 965н от 30 ноября 2017 года «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

В перечень действий для дистанционного наблюдения за пациентами вошла обработка данных о состоянии их здоровья, в том числе с использованием систем поддержки принятия врачебных решений.

Новый порядок также содержит подробные правила дистанционного взаимодействия медработников между собой и с пациентами или их законными представителями. Общение может осуществляться посредством проведения консультаций при оказании медпомощи в экстренной, неотложной и плановой форме, для вынесения заключения по результатам диагностических исследований и дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

В пока действующей версии порядка от 2018 года прописано, что консультирующий врач несет ответственность за рекомендации, предоставленные по результатам консультации (консилиума врачей) с применением технологий, в пределах данного им медицинского заключения. В новом приказе такой пункт отсутствует.

Минздрав РФ в феврале 2025 года [**предложил**](https://vademec.ru/news/2025/02/21/tsentry-zdorovya-osnastyat-rabochimi-mestami-dlya-provedeniya-telemeditsinskikh-konsultatsiy/) скорректировать стандарты оснащения кабинетов для диспансерного наблюдения и центра здоровья для взрослых. Теперь там могут появиться рабочие места для телемедицинских консультаций.

В конце апреля 2025 года Минэкономразвития РФ [**представило**](https://vademec.ru/news/2025/04/28/minekonomrazvitiya-nazval-epr-po-telemeditsine-i-personalnym-medpomoshchnikam-uspeshnymi-/) доклад о результатах экспериментального правового режима (ЭПР) по телемедицине, назвав его успешным. Так, телемедицинскими консультациями за 2023-2024 годы воспользовались более 51 тысячи граждан (в 2024 году – 28 тысяч). Участники ЭПР «Телемедицина» подчеркнули, что заинтересованы в расширении телемедицинских возможностей, например, в постановке предварительного диагноза и назначении симптоматического лечения в ходе онлайн-консультаций.

ЭПР [**действует**](https://vademec.ru/news/2023/07/20/vracham-nekotorykh-chastnykh-klinik-razreshili-vypisyvat-retsepty-onlayn/) с августа 2023 года и расширяет функционал врачей на телемедицинских консультациях. Так, если специалист не является лечащим врачом пациента, он может скорректировать или назначить лечение по поставленному очно диагнозу в онлайн-режиме. Эксперимент дает возможность пациентам выбранных для проекта организаций получать электронные рецепты дистанционно (общее текущее законодательство этого не позволяет). Участие в ЭПР на данный момент [**принимают**](https://vademec.ru/news/2024/12/19/omskiy-evromed-mozhet-voyti-v-epr-po-telemeditsine/) 17 клиник и медицинских сервисов (33 юрлица).

<https://vademec.ru/news/2025/05/16/minzdrav-obnovil-poryadok-organizatsii-medpomoshchi-s-primeneniem-telemeditsinskikh-tekhnologiy/>

**РАЗНОЕ**

**Программы ординатуры начнут обновлять с учетом клинрекомендаций**

Минобрнауки РФ утвердило новый порядок организации и осуществления образовательной деятельности по программам ординатуры. Корректировки предполагают, что такие программы необходимо обновлять с учетом не только развития науки, культуры, экономики, техники, технологий и социальной сферы, как это было в предыдущей версии порядка, но и с учетом клинических рекомендаций, исполнение которых стало обязательным для медорганизаций с начала 2025 года, и профессиональных стандартов. Документ вступит в силу с 1 сентября 2025 года и будет действовать до аналогичной даты 2031 года.

С принятием документа утратит силу приказ Минобрнауки РФ №1258 от 19 ноября 2013 года «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры».

В новой версии порядка прописано, что организации при реализации программ ординатуры смогут применять электронное обучение, дистанционные образовательные технологии, однако проводить практическую подготовку обучающихся в таком формате будет запрещено. Предельный объем программ ординатуры, реализуемый за один учебный год, не включая объем факультативных дисциплин, теперь будут определять образовательным стандартом. В прошлой версии при очной форме обучения он составлял 60 зачетных единиц.

С утверждением приказа количество каникул в учебном году будет иметь общую продолжительность «не менее 4 недель и не более 10 недель». Ранее показатель был на уровне «не менее 6 недель».

Организация будет обеспечивать контроль качества освоения программ ординатуры путем текущего контроля успеваемости, промежуточной и итоговой аттестации обучающихся. Условия организации обучения инвалидов будут определяться ‎в соответствии с индивидуальной программой реабилитации и абилитации.

В феврале 2025 года Минобрнауки [**предложило**](https://vademec.ru/news/2025/02/12/studentam-tselevikam-mogut-razreshit-zaklyuchit-vtoroy-dogovor-s-tem-zhe-zakazchikom-pri-postuplenii/) разрешить студентам-целевикам при поступлении в ординатуру заключать второй договор о целевом обучении с тем же заказчиком. Авторы проекта убеждены, что, например, в области здравоохранения это может иметь «принципиальное значение». Сейчас документ находится на этапе подготовки заключения об ОРВ.

*UPD. В новость от 14 марта 2025 года о том, что Минобрнауки*[***предложило***](https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=155460%20)*обновлять программы ординатуры с учетом клинрекомендаций, 15 мая 2025 года внесены изменения в связи с утверждением тематического*[***приказа***](http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202505140017?pageSize=100&index=1#print)*.*

<https://vademec.ru/news/2025/03/14/minobrnauki-predlozhilo-obnovlyat-programmy-ordinatury-s-uchetom-klinrekomendatsiy/>

**Утвержден стандарт психологической реабилитации инвалидов боевых действий**

Минтруд РФ утвердил стандарт оказания услуг по социально-психологической реабилитации и абилитации инвалидов, которые получили травму, ранение, контузию, увечье в связи с боевыми действиями. Среди прочего в приказе содержится перечень мероприятий, который должен быть проведен в ходе оказания услуг, список привлекаемых специалистов, показатели продолжительности реабилитации. Также в документе зафиксированы наименования требуемого оборудования и иные аспекты.

Согласно стандарту, услуги могут оказываться в стационарной, полустационарной формах и на дому, в том числе с применением телекоммуникационных технологий. Форма определяется в зависимости от состояния пациента и степени выраженности ограничений в основных категориях жизнедеятельности: способность к самообслуживанию и самостоятельному передвижению, ориентация в пространстве, контроль своего поведения, посещение реабилитационной группы и так далее.

Услуги по реабилитации, как указано в приказе, должны оказываться в соответствии с рекомендациями из индивидуальной программы инвалида. Стандарт может применяться в отношении целевых реабилитационных групп, куда входят пациенты, получившие ранение верхних и нижних конечностей, ожоги, отморожения, спинальную травму, поражение органов зрения, дыхания, слуха и другие увечья.

Реабилитационная организация, предоставляющая услуги, должна иметь в распоряжении все необходимое оборудование и нужных специалистов. Так, согласно стандарту, в числе обязательных категорий медработников должен присутствовать медицинский психолог или психолог. Среди рекомендуемых – врач-психотерапевт, врач-сексолог, врач-психиатр, переводчик русского жестового языка, тифлосурдопереводчик.

В число проводимых мероприятий включена социально-психологическая диагностика, информирование, психологическое консультирование, психологическая коррекция, психологические тренинги, социально-психологическое просвещение. В ходе этих мероприятий должен быть проведен анализ сведений для определения дальнейшей программы, исследование психической деятельности и личностных особенностей инвалида, снятие или снижение остроты и интенсивности травматических переживаний, формирование навыков преодоления неадекватных стереотипов реагирования на непредвиденные и стрессовые ситуации, выполнены иные задачи.

В ходе психологического консультирования могут использоваться такие методы, подходы и направления, как десенсибилизация и переработка движением глаз, когнитивно-поведенческая терапия, семейная психотерапия, кататимно-имагинативная психотерапия, экзистенциальная психотерапия и другие методы.

В марте 2025 года президент РФ Владимир Путин [**подписал**](https://vademec.ru/news/2025/03/11/novaya-komissiya-gossoveta-zaymetsya-voprosami-uluchsheniya-medpomoshchi-veteranam-svo/) указ о создании комиссии Государственного совета России по вопросам поддержки ветеранов боевых действий – участников специальной военной операции, а также членов их семей. Одной из основных задач комиссии станет разработка предложений по совершенствованию организации медпомощи, в том числе психолого-психотерапевтической, социального обслуживания, обеспечения указанной группы техническими средствами реабилитации и лекарствами.

Минтруд РФ в мае 2025 года [**утвердил**](https://vademec.ru/news/2025/05/14/mintrud-utverdil-standart-sotsialnoy-reabilitatsii-invalidov-boevykh-deystviy/) стандарт оказания услуг по социально-средовой реабилитации и абилитации инвалидов боевых действий. В документе прописаны действия организаций при оказании услуг, перечень привлекаемых специалистов и содержание мероприятий.

<https://vademec.ru/news/2025/05/16/utverzhden-standart-psikhologicheskoy-reabilitatsii-invalidov-boevykh-deystviy/>

**Семь шапок из шкуры ОМС Неважно, при какой системе финансирования не дают денег**

Исследователи из Высшей школы экономики пытались проанализировать, как можно было бы изменить систему финансирования здравоохранения, и пришли к выводу: риски выше потенциальной пользы от перемен. Профсоюзы же считают, что основная проблема - недофинансирование отрасли. И не так важно, при какой системе денег недодают.

НЕ ЖДЕМ ПЕРЕМЕН

Недавно Издательский дом Высшей школы экономики опубликовал новую монографию “Организация и финансирование здравоохранения в России и в мире: тенденции и перспективы”. Авторы пытались ответить на вопрос: стоит ли менять систему финансирования здравоохранения в России? Ученые выделили несколько путей реформирования:

1) Полностью упразднить систему обязательного медицинского страхования и возвратить бюджетное финансирование отрасли. По мнению исследователей, этот вариант однозначно понравится общественности, но тогда будут отменены взносы на обязательное медицинское страхование (а они в 2021 году составили 1,1% от ВВП, или 1,5 трлн рублей). Это приведет к снижению взносов, которые платят работодатели, и может привести к тому, что часть скрытой занятости выйдет из тени.

Однако надо будет решать вопрос с возмещением этих выпадающих доходов, и расходы региональных бюджетов на сферу здравоохранения должны будут увеличиться минимум на 85%. А так как регионов-доноров у нас немного, то потребуется увеличение объема дотаций. Потребуется смена системы (чтобы убедиться, что дотации пошли именно на медицину), а также пересмотр всей нормативной правовой базы, регулирующей сектор здравоохранения. Не исключено, что раз не будет полисов страхования, возможность получать медпомощь придется снова привязывать к месту прописки. Соответственно, сложно будет получить медпомощь в другом регионе или выбрать самому медорганизацию.

2) Сделать сектор ОМС более рыночным. Внедряется рисковая модель ОМС, страховые медицинские организации (СМО) выступают в роли реальных покупателей медпомощи у медицинских организаций.

У такого варианта есть один серьезный риск - для отдельных групп населения доступность и качество медицинской помощи могут существенно ухудшиться, потому что СМО и клиникам будет выгодно вступить в сговор с целью экономии средств. По мнению исследователей, такой риск столь велик, что даже опробование этой модели проводить не стоит.

3) Расщепить систему ОМС. К сохранившейся системе ОМС добавить новую, с индивидуальными возможностями за более высокий страховой взнос (медуслуги, импланты, медизделия, лекарственные препараты, дистанционный мониторинг - медуслуги, не входящие в стандартный пакет). Теоретически дополнительной системой может воспользоваться до четверти населения.

Главный недостаток этой системы - “институционализация неравенства возможностей получения медпомощи гражданами с разным уровнем доходов”. Что увеличит социальное напряжение в обществе.

В результате авторы исследования сделали вывод: риски всех вариантов изменений высоки и целесообразно развивать существующую систему.

ИЗЪЯНЫ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ

Однако у нынешней системы уже есть серьезный недостаток: средств, получаемых за оказываемую медицинскую помощь, не хватает для поддержания жизни в медучреждениях. Поэтому лечебные учреждения стали массово фальсифицировать оказание медпомощи.

Например, недавно выяснилось, что главврача Базарно-Матакской ЦРБ (Татарстан) Светлану Одушкину обвиняют в том, что она выставляла счета за фиктивное лечение 16 покойников. А начальника одного из отделов Национального медицинского исследовательского центра реабилитации и курортологии, а также главврача санатория на КавМинВодах обвинили в том, что они вносили в медицинские карты ложные сведения о якобы тяжелом диагнозе и о несуществующей реабилитации для 84 пациентов. Таким образом их учреждения получили страховых выплат на 10,8 млн рублей. Было заведено уголовное дело.

Многие россияне, запросив на Госуслугах “Сведения об оказанных медицинских услугах и их стоимости”, обнаруживают, что, оказывается, они “проходили диспансеризацию”, “посещали врача”, “сдавали анализы” и даже “вызывали неотложку”. Об этом опыте люди много пишут в социальных сетях.

“Самое смешное, мой муж тоже так же “прошел” диспансеризацию и у него обнаружили неполадки, извиняюсь, с шейкой матки”. (Людмила И.)

“В своем кабинете увидела услуги стоматолога - о том, что поставили пломбу и стоимость работы и материала, удивилась - мне не ставили пломбу. Написала в страховую, проверили клинику, ответили, что мне предоставили услугу в полном объеме, я почувствовала себя... трудно выразить. Хотела написать в прокуратуру и одумалась. Все в этом принимают участие - и мед. раб., и страховщики вместе пилят наши налоги”. (teo16-10.)

“Вот надумал ты диспансеризацию пройти, а нет, ты ее уже “прошел”. Фиг докажешь обратное. У меня пока скромно: пара диспансеризаций и общий анализ крови. В поликлинике не была больше пяти лет”. (tnk.1977.)

Из-за фальшивых записей невозможно попасть к врачу на самом деле:

“Я тут решила записать ребенка в поликлинику, и мне выдала программа, что нельзя иметь более одной записи, и увидела что уже записана аж на 2 дня; оказывается, в личных целях врачи записывают сами, мне так сказали в регистратуре”. (nadielpis.)

Попытки отменить фальшивые записи к врачу бывают безуспешны, равно как и жалобы в региональный Минздрав или страховую фирму:

“Зашла на Добродел и офигела. Там появилось 5 талонов на якобы “Терапию” и “Диспансеризацию”. Отменить эти записи невозможно ни через приложение, ни через звонок в 122. Это что вообще такое?! Что за фиктивные записи? Кому жаловаться? Писать жалобу на врача, который засветился в талоне, или на заведующую? Может, поэтому и невозможно “поймать” талон к врачу, когда это действительно нужно?” (Аноним.)

НУЖНЫ ДЕНЬГИ, А НЕ СМЕНА СИСТЕМЫ

По мнению заместителя председателя профсоюза работников здравоохранения РФ Михаила Андрочникова, разговоры о смене системы финансирования не имеют особого смысла:

- Разговоры о смене или о реорганизации системы финансирования ведутся давно. Но проблема в том, что общая недостаточность финансирования перекрывает любые недостатки и плюсы любой модели. Денег недостаточно, вот и всё. У нас сейчас здравоохранение финансируется на уровне 3,5% от ВВП, а остальное дофинансируется самими гражданами и теми, кто покупает страховые продукты. И так, сообща, еле-еле доводят до 5 - 6%, как это и полагается в теории. Суть в том, что государство недофинансирует отрасль, так что страховая система будет или бюджетная - толку никакого не будет без вливания денежных средств.

Что же касается фальсификации оказания медицинской помощи… Финансирование страховое: только оказав какую-то услугу, можно получить оплату за нее. Это и толкает людей на подлог. Об этом мало говорят, но у нас огромное количество больниц из-за общего недофинансирования находится в кредиторской задолженности. О чем это говорит? О том, что, получая средства и от медицинского страхования, и от бюджетов территорий, они могут лишь выплачивать зарплаты и оплачивать какие-то расходники, которые нужны, чтобы лечить больных. А покрыть коммунальные платежи медорганизации уже не могут: не платят ни за свет, ни за воду, накапливают задолженность, которую обычно в конце года гасят за счет бюджета региона.

На сегодня тарифы Фонда обязательного медицинского страхования не соответствуют реальным затратам. Как это изменить? Надо наполнять фонды. То есть поднимать отчисления работодателей на ОМС, увеличивать тариф на неработающее население, добиваться вывода занятости из тени. Но никто этого не делает. Либо надо увеличивать финансирование со стороны государства. То есть в любом случае - повышать количество финансов, которые уходят на здравоохранение, - подытожил заместитель председателя.

Источник: <https://solidarnost.org/articles/sem-shapok-iz-shkury-oms.html?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch>