**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ (период с 24 сентября по 1 октября 2023)**

**ПРАВИТЕЛЬСТВО/СФ/ГД**

**Доля расходов на здравоохранение в общем объеме федерального бюджета уменьшится в 2024 году**

Доля расходов на здравоохранение в общем объеме федерального бюджета в 2024 году уменьшится по сравнению с 2023 годом. Для отрасли это не будет сюрпризом.

Расходы федерального бюджета по разделу «Здравоохранение» в 2024 году составят 1,62 трлн руб., следует из пояснительной записки к [проекту закона](https://sozd.duma.gov.ru/bill/448554-8). В 2025 году сумма увеличится до 1,63 трлн руб., в 2026-м — снизится до 1,615 трлн руб.

По отношению к объему ВВП доля расходов раздела «Здравоохранение» в 2024 году составит 0,9%, в 2025 и 2026 годах — 0,9 и 0,8% соответственно.

Доля в общем объеме расходов федерального бюджета на здравоохранение в 2024 году по сравнению с 2023 годом уменьшится с 5,2 до 4,4%. В 2025 и 2026 годах она составит 4,9 и 4,8% соответственно.

При этом предусмотренные в законопроекте объемы бюджетных ассигнований по сравнению с объемами, утвержденными действующим проектом бюджета на 2023—2025 годы, увеличены в 2024 году на 109,2 млрд руб., в 2025 году — на 109,8 млрд руб., отмечается в пояснительной записке к документу.

Сумму бюджетных ассигнований на финансовое обеспечение нацпроекта «Здравоохранение» в 2024 году планируется снизить с 308,6 млрд руб., предусмотренных в законе «О федеральном бюджете на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов», до 289,9 млрд руб. (на 6% или на 18,6 млрд руб.). Финансирование госпрограммы «Развитие здравоохранения», напротив, увеличится на 8% — с 1,23 трлн до почти 1,33 трлн руб.

**Бюджетные ассигнования на финансовое обеспечение национального проекта «Здравоохранение», млн руб.**

| Наименование | 2023 год\* | 2024 год |
| --- | --- | --- |
| Закон № 466-ФЗ | Законопроект | Δ к закону, % |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5=4/3\*100 |
| **Всего** | **321 327,7** | **308 529,1** | **289 890,7** | **94,0** |
| *в том числе:* |  |  |  |  |
| Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» | 9 524,9 | 7 678,0 | 7 677,0 | 100,0 |
| Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» | 17 401,4 | 23 333,9 | 20 375,0 | 87,3 |
| Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями» | 159 922,7 | 152 174,7 | 147 435,0 | 96,9 |
| Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» | 19 526,6 | 10 369,2 | 10 161,4 | 98,0 |
| Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» | 1 199,3 | 1 240,6 | 1 230,6 | 99,2 |
| Федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» | 7 163,6 | 11 130,6 | 9 978,0 | 89,6 |
| Федеральный проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)» | 11 949,2 | 12 572,9 | 11 364,9 | 90,4 |
| Федеральный проект «Развитие экспорта медицинских услуг» | 26,0 | 29,2 | 28,2 | 96,7 |
| Федеральный проект «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации» | 94 614,1 | 90 000,0 | 81 640,5 | 90,7 |

\* – показатели СБР по состоянию на 1 сентября 2023 г.

О том, что расходы федерального бюджета на здравоохранение не преодолеют планку в 1% ВВП до 2025 года, [«МВ» сообщал](https://medvestnik.ru/content/news/Rashody-federalnogo-budjeta-na-zdravoohranenie-ne-preodoleut-planku-v-1-VVP-do-2025-goda.html) год назад. Экономисты тогда предупреждали о вытекающих из этого рисках.

На прошлой неделе стало известно, что [расходы бюджета](https://medvestnik.ru/content/news/Rezerv-budjeta-FOMS-vyrastet-v-2-4-raza.html) Федерального фонда ОМС на 2024 год по сравнению с 2023 годом вырастут на 21%, до 3,9 трлн руб. Особенно заметно увеличится нормированный страховой запас — в 2,4 раза. Эти средства в последнее время [активнее всего](https://medvestnik.ru/content/news/FOMS-napravil-72-5-strahovogo-zapasa-na-nujdy-SVO-v-I-polugodii.html?utm_source=main&utm_medium=center-main-left) расходуются на выплаты медработникам, оказывающим помощь в зоне специальной военной операции.

<https://medvestnik.ru/content/news/Dolya-rashodov-na-zdravoohranenie-v-obshem-obeme-federalnogo-budjeta-umenshitsya-v-2024-godu.html>

**В Госдуме предложили создать институт уполномоченного по правам медработников**

Депутаты продолжают настаивать на декриминализации медицинской отрасли. Для защиты прав медработников предлагается учредить институт профильного омбудсмена.

Депутаты фракции ЛДПР в Госдуме выступили с инициативой учредить должность уполномоченного по правам медработников, а также декриминализировать статьи Уголовного кодекса, предусматривающие уголовную ответственность за врачебные ошибки. Как сообщил на [пленарном заседании](http://duma.gov.ru/multimedia/video/stream/) Госдумы 28 сентября заместитель председателя Комитета по охране здоровья **Сергей Леонов,** об этом просит медицинское сообщество.

Речь идет о статьях о выполнении работ или оказании услуг, не отвечающих требованиям безопасности (238) и причинении смерти по неосторожности (109). По ним, по словам депутата, ежегодно в России возбуждаются две тысячи уголовных дел на медицинских работников. Из них доходит до суда около 200 дел, по которым выносится только 10% оправдательных решений. «Уголовные преследования могут длиться годами, медики находятся либо под подпиской о невыезде, либо под домашним арестом, как злостные преступники», — подчеркнул Леонов.

По его словам, юридические службы больниц очень слабы и занимаются в основном закупками. В помощь им необходимо ввести институт медицинского омбудсмена и систему медиации спорных случаев, а также внедрить медицинский арбитраж по типу морского либо воздушного.

Ранее Леонов [предлагал](https://medvestnik.ru/content/news/V-Gosdume-predlojat-vvesti-obyazatelnoe-strahovanie-otvetstvennosti-medrabotnikov.html%D0%97%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B5%D0%BA%D1%82) ввести обязательное страхование ответственности медработников. Документ до сих пор не разработан.

Депутаты уже больше года обещают заняться декриминализацией и дебюрократизацией российской медицины, [сообщал «МВ»](https://medvestnik.ru/content/news/Zakonodateli-poobeshali-dekriminalizaciu-i-deburokratizaciu-rossiiskoi-mediciny.html). Для этого, в частности, предлагается заменить в законодательстве термин «медицинская услуга» на «медицинская помощь».

В России только в 2020 году появился общественный защитник интересов предпринимателей от медицины. На этот пост уполномоченным при Президенте России по защите прав предпринимателей [был назначен](https://medvestnik.ru/content/news/Obshestvennym-zashitnikom-prav-predprinimatelei-v-sfere-mediciny-stal-Andrei-Yanovskii.html) директор Управляющей компании АО «Европейский медицинский центр» **Андрей Яновский**.

<https://medvestnik.ru/content/news/V-Gosdume-predlojili-sozdat-institut-upolnomochennogo-po-pravam-medrabotnikov.html>

**В Думу внесли проект бюджета федерального фонда ОМС на 2024-2026 годы**

Общий объем доходов бюджета фонда планируется на 2024 год в сумме 3 738,7 млрд рублей

МОСКВА, 29 сентября. /ТАСС/. Проект бюджета федерального Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) на 2024-2026 годы внесен в Госдуму. Документ [размещен](https://sozd.duma.gov.ru/bill/448555-8) в электронной базе данных нижней палаты парламента.

Согласно документу, общий объем доходов бюджета фонда планируется на 2024 год в сумме 3 738,7 млрд рублей, на 2025 год - 3 931,7 млрд рублей, на 2026 год - 4 192,1 млрд рублей. "Основным источником доходов бюджета фонда являются страховые взносы на ОМС, на долю которых приходится в 2024 году 85,0%, в 2025 году - 85,9%, в 2026 году - 86,0%. Размер страховых взносов на ОМС запланирован на 2024 год в сумме 3 189,6 млрд рублей, на 2025 год - 3 378,7 млрд рублей, на 2026 год - 3 607,0 млрд рублей", - говорится в пояснительной записке. В бюджете фонда предусматриваются межбюджетные трансферты из федерального бюджета на 2024 год в размере 486,6 млрд рублей, на 2025 год - 504,3 млрд рублей, на 2026 год - 526,2 млрд рублей.

Оценка расходов бюджета фонда произведена с учетом планируемых доходов на трехлетний период и прогнозируется на 2024 год в сумме 3 885,8 млрд рублей с приростом к предыдущему году на 666,5 млрд рублей или на 20,7%, на 2025 год - 3 965,5 млрд рублей (прирост 79,7 млрд рублей, 2,1%), на 2026 год - 4 210,3 млрд рублей (прирост 244,8 млрд рублей, 6,2%).

В бюджете фонда предусмотрена субвенция для распределения по субъектам РФ на 2024 год в размере 3 120,2 млрд рублей, на 2025 год - 3 336,4 млрд рублей, на 2026 год - 3 559,4 млрд рублей. Планируемый размер субвенции обеспечивает подушевой норматив финансового обеспечения базовой программы ОМС на 2024 год в размере 17 932,5 рубля, на 2025 год - 19 175,3 рубля, на 2026 год - 20 456,9 рубля, который предусмотрен в проекте Программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов. На оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, в бюджете фонда планируются целевые средства с учетом увеличения на темп роста заработной платы и индекс потребительских цен по прогнозу социально-экономического развития РФ от 8 сентября 2023 года на 2024 год в сумме 131,3 млрд рублей, на 2025 год - 137,6 млрд рублей, на 2026 год - 144,0 млрд рублей.

Объем дефицита бюджета фонда на 2024 год составит 147,085 млрд рублей, на 2025 год - 33,838 млрд рублей, на 2026 год - 18,163 млрд рублей.

<https://tass.ru/ekonomika/18876487?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**СФ поручил внедрить процедуру получения согласия пациента на использование персональных данных**

Совет Федерации считает важным регламентировать процесс получения согласия пациента на использование его результатов исследований для развития цифровых сервисов. Данные будут обезличены.

В Совете Федерации предлагают Минздраву, Минэкономразвития и Минцифры внедрить процедуру получения согласия пациента на использование его рентгеновских снимков и результатов других исследований без указания персональных данных для развития цифровых сервисов. Рекомендация содержится в решении секции «Искусственный интеллект» Совета по развитию цифровой экономики, [передает](https://tass.ru/obschestvo/18881481) ТАСС.

По мнению сенаторов, это позволит улучшить качество оказания медицинской помощи и послужит развитию технологий искусственного интеллекта в здравоохранении. Как подчеркнул зампред Совета по цифровизации **Артем Шейкин**, по мере развития цифровых сервисов в медицине растет необходимость в использовании инструмента анализа результатов обследований на основе большого массива имеющихся данных.

«Например, речь идет о программах, сравнивающих снимки пациентов с патологиями с обследуемыми пациентами для более быстрой обработки результатов исследований и постановки диагнозов. Но для того, чтобы снимки пациентов попадали в базу информационной системы, их необходимо обезличить, то есть удалить из рентгенограммы имя пациента», — пояснил он.

На взгляд Шейкина, чтобы избежать путаницы, на снимке можно оставить номер медицинской карты пациента, таким образом данные будут обезличены, потому что «определить субъекта персональных данных можно будет, только сопоставив номер карты на снимке и номер карты в картотеке».

«В таком случае целесообразно, чтобы субъект персональных данных понимал и давал согласие на то, что его снимки будут храниться в информационной системе, будут обезличены и для анализа доступ к ним будет осуществляться только в обезличенном виде», — резюмировал сенатор.

<https://medvestnik.ru/content/news/SF-poruchil-vnedrit-proceduru-polucheniya-soglasiya-pacienta-na-ispolzovanie-personalnyh-dannyh.html>

**МИНЗДРАВ/ФОМС**

**Минздрав изменит номенклатуру должностей для повышения зарплат среднего медперсонала**

Минздрав РФ вынес на общественное обсуждение новую версию номенклатуры должностей медицинских и фармацевтических работников. Ведомство планирует внести уточнения в документ – в частности, в нем появятся такие формулировки, как «средний медицинский персонал» и «средний фармацевтический персонал». В пояснительной записке к проекту приказа отмечено, что в большинстве регионов и на федеральном уровне должностные оклады медработников устанавливаются по квалификационным уровням профессиональных квалификационных групп, где используются именно такие формулировки, но в номенклатуре они отсутствуют. Проект подготовлен с целью повышения зарплаты работников до 100% от средней заработной платы в соответствующем регионе. Мера отмечена в «майских» указах президента Владимира Путина.

Также Минздрав предлагает добавить в перечень позицию «заместитель заведующего аптечной организации и структурного подразделения (отдела) организации оптовой торговли лекарственными средствами». Могут измениться и параметры должности провизора-технолога. В действующей версии регламента указано, что трудоустройство на должность будет возможно до 31 декабря 2025 года.

В связи с возрождением деятельности производственных аптек в России ограничение планируется снять. В ноябре 2022 года аптечные организации [**получили**](https://vademec.ru/news/2022/11/23/gosduma-prinyala-zakon-o-vozrozhdenii-proizvodstvennykh-aptek/) право изготавливать препараты по рецептам врача с индивидуальными дозировками, однако профильные индивидуальные предприниматели не смогут заниматься такой деятельностью.

Также редакционные изменения коснулись должностей младшей медицинской сестры и младшей медсестры по уходу за больными. Эти позиции получили вариативность названия должности в отношении мужчин.

Минздрав России впервые с 2020 года [**обновил**](https://vademec.ru/news/2023/06/02/v-nomenklature-dolzhnostey-medrabotnikov-poyavilis-neyropsikholog-i-meditsinskiy-logoped/) Номенклатуру должностей медицинских и фармацевтических работников в июне 2023-го. Регламент пополнился такими позициями, как 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).

Также Минздрав решил исключить из номенклатуры ряд позиций. 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 сохранятся только для специалистов, принятых на должность до 1 сентября 2023 года.

<https://vademec.ru/news/2023/09/25/minzdrav-izmenit-nomenklaturu-dolzhnostey-dlya-povysheniya-zarplat-srednego-medpersonala/>

**Выплаты медработникам за раннее обнаружение рака предлагают продлить еще на три года**

Минздрав России предложил до конца 2026 года выплачивать из бюджета ФФОМС в бюджеты ТФОМС трансферты на:

осуществление денежных выплат стимулирующего характера медработникам за выявление онкозаболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медосмотров населения;

формирование НСЗ ТФОМС для софинансирования расходов медорганизаций на оплату труда врачей и среднего медперсонала.

Соответствующий проект поправок в Закон об ОМС опубликован на федеральном портале проектов нормативных правовых актов ([проект федерального закона (подготовлен Минздравом 19.09.2023), ID 04/13/09-23/00141938](http://ivo.garant.ru/#/document/56971144/paragraph/1:4)).

Напомним, сейчас выплата в 1 000 рублей [распределяется](https://base.garant.ru/73364697/bea2ca1bd9faa58a2fd9c086bd138552/#block_1008) между тремя медработниками:

[500 рублей](https://base.garant.ru/73364697/bea2ca1bd9faa58a2fd9c086bd138552/#block_1081)– [врачу](https://base.garant.ru/403537224/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/#block_2232), который отвечает за организацию и проведение диспансеризации и медосмотра, и который направил пациента к онкологу (или даже другому специалисту, который направил пациента к онкологу),

[250 рублей](https://base.garant.ru/73364697/bea2ca1bd9faa58a2fd9c086bd138552/#block_1082)– [врачу](https://base.garant.ru/403537224/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/#block_2233), который, осмотрев пациента (по направлению врача, который отвечает за организацию диспансеризации и медосмотров), направил его к онкологу,

[250 рублей](https://base.garant.ru/73364697/bea2ca1bd9faa58a2fd9c086bd138552/#block_1083)– [медработнику](https://base.garant.ru/403537224/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/#block_2234), который своевременно установил диспансерное наблюдение за упомянутым пациентом с онкологическим заболеванием.

В конце 2022 года Минздрав России [предложил](https://base.garant.ru/56942383/) изменить порядок распределения этой стимулирующей выплаты и закрепить, что стимвыплату в 1 000 рублей должен получать только один медработник - тот, кто выдаст пациенту [направление](https://base.garant.ru/12137975/c9c989f1e999992b41b30686f0032f7d/#block_5000) на консультацию онколога, при условии, что онкодиагноз подтвердится в течение месяца со дня выдачи направления.

<https://www.garant.ru/news/1649525/?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**Чек и лист**

ФОМС подготовил механизм оценки качества лечения пациентов с гепатитом C

Федеральный фонд ОМС (ФФОМС) отправил в регионы чек-лист с алгоритмом лечения хронического вирусного гепатита С (ХВГС) в дневном стационаре. Этот документ будут использовать страховые компании и территориальные фонды ОМС при проверке качества медпомощи, а также сами медорганизации для внутреннего контроля. Регуляторы таким образом продолжают формировать перечень мер для снижения смертности от гепатита С — такое поручение еще в 2021 году дал президент Владимир Путин. В пациентском сообществе отмечают важность четкого алгоритма ведения пациента от скрининга до излечения. Но опасаются, что без лечения могут остаться больные, не попавшие в перечни чек-листа,— прежде всего, с начальными стадиями гепатита С.

Форму индивидуального чек-листа «Контроль качества медицинской помощи по случаю оказания медицинской помощи пациентам с хроническим вирусным гепатитом C в условиях дневного стационара» Федеральный фонд ОМС отправил в регионы 11 сентября. В письме председателя ФФОМС Ильи Баланина уточняется, что алгоритм разработан «в целях организации исполнения "Плана мероприятий по борьбе с хроническим вирусным гепатитом С на территории РФ в период до 2030 года", утвержденного распоряжением правительства России».

Напомним, еще в апреле 2021 года Владимир Путин поручил Минздраву РФ сформировать перечень мер для снижения смертности от нескольких заболеваний, включая хронический вирусный гепатит С. В декабре 2021 года главный инфекционист Минздрава Владимир Чуланов представил проект паспорта федеральной программы по борьбе с хроническим гепатитом С. На первом этапе, в 2023–2025 годах, предполагается вылечить более 50% пациентов — 343 тыс. человек, уже состоящих на диспансерном учете (с первоочередным охватом пациентов на поздней стадии фиброза печени). На втором этапе, до 2030 года, запланировано выявить и вылечить всех пациентов, которые пока не находятся на диспансерном наблюдении. При этом аналитики экспертной группы «Здравресурс» указывали, что в 2022 году охватить лечением удалось только около 4% пациентов от стоявших на учете и лишь 1% от оценочного числа людей, живущих с хроническим гепатитом C в России.

Чек-лист содержит сведения о пациенте:

назначениях и проведенных обследованиях,

опыте предыдущей противовирусной терапии,

признаках ХВГС с исходом в цирроз печени, фиброза и рецидива после трансплантации печени;

информацию о вакцинациях против гепатита A и B.

Напомним, заражение вирусом гепатита C происходит через кровь. Также вирус может передаваться половым путем и от инфицированной матери к ребенку (внутриутробно или во время родов).

Оценка качества медпомощи с использованием индивидуальных чек-листов включает «контроль нарушенных прав пациента на надлежащее качество и доступность полнообъемной медицинской помощи», говорится в письме.

Эти данные, как предполагается, будут использовать страховые компании и ТФОМС при проведении проверок. Кроме того, к форме будут обращаться сами медорганизации — для внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Председатель правления межрегиональной общественной организации «Вместе против гепатита» Никита Коваленко говорит, что появление такого чек-листа связано с обновлением стандартов лечения гепатита С. По его оценке, документ «в целом хороший», так как дает врачу четкий алгоритм ведения пациента от скрининга до излечения. Однако у господина Коваленко «все еще есть несколько вопросов». «Во-первых, зачем еще одна бумажка, хоть и в электронном виде? Уже к концу года в рамках ЕГАИС (Единая государственная автоматизированная информационная система.— **“Ъ”**) должен заработать регистр пациентов. Оттуда можно наладить выгрузку всей необходимой информации, чтобы врачу не приходилось по нескольку раз забивать 10-значные цифры,— комментирует Никита Коваленко.— Во-вторых, к сожалению, чек-лист укрепляет позиции 70-го приказа Минздрава как документа, регулирующего лечение гепатита С в целом в рамках ОМС».

[“Ъ” рассказывал](https://www.kommersant.ru/doc/5839487) ранее про приказ Минздрава РФ №70 о критериях оказания медпомощи больным с гепатитом С в стационаре, который был согласован Минюстом в конце марта. Пациенты и общественные организации просили ведомство доработать его. Из документа следовало, что рассчитывать на лечение за счет средств ОМС могут только больные на поздних стадиях фиброза и с циррозом печени. Пациентское сообщество просило пересмотреть приказ «в сторону расширения доступа к терапии». Они упомянули, в частности, пациентов с фиброзом средней тяжести; людей из листа ожидания на пересадку внутренних органов; пациентов с сопутствующими онкологическими заболеваниями; наблюдающихся по профилю «хронический вирусный гепатит С» в специализированном лечебном учреждении более года; женщин детородного возраста, в том числе проходящих или планирующих процедуру ЭКО. В итоге Минздрав учел лишь одно из 23 предложений, сообщили “Ъ” в «Коалиции по готовности к лечению (ITPC)»: в перечень были добавлены пациенты с риском быстрого развития заболевания печени по причине сопутствующих болезней.

Никита Коваленко уточняет, что пациентское сообщество «понимает и поддерживает» необходимость этого приказа как инструмента, контролирующего рост расходов Федерального фонда ОМС на лечение гепатита С.

«Но сейчас мы получаем еще один документ, нарушающий нормы закона "Об обязательном медицинском страховании в РФ", в соответствии с которым страховые компании получат официальную возможность не оплачивать лечение пациентов, не попадающих в чек-лист.

И такие случаи уже есть: ТФОМС Республики Коми отказывается оплачивать лечение девяти пациентов, которое началось до вступления в силу 70-го приказа»,— говорит господин Коваленко.

На этом фоне, продолжает он, «совсем незначительной» кажется еще одна проблема: авторы чек-листа предлагают проводить эластометрию печени (ультразвуковое исследование, в ходе которого оценивают эластичность и жесткость тканей) только пациентам с подозрением на цирроз. «С одной стороны, понятно: в подавляющем большинстве случаев можно обойтись и без эластометрии, но иногда она все-таки нужна и не только при подозрении на цирроз. А у врача нет возможности ее назначить в рамках ОМС — чек-лист без вариантов. В результате пациент опять пойдет делать за собственные деньги, а это нарушение его прав»,— заключает Никита Коваленко.

Главный инфекционист Минздрава Владимир Чуланов ранее заявлял “Ъ”, что установление критериев оказания медпомощи больным с гепатитом С обеспечивает возможность более чем в пять раз увеличить охват терапией, в особенности пациентов с высокими рисками развития жизнеугрожающих состояний. Он подчеркивал, что новые критерии касаются только стационарной помощи, в которой, как правило, нуждаются пациенты, имеющие осложнение основного заболевания или сопутствующих, при этом в полном объеме сохраняются возможности амбулаторного лечения пациентов с гепатитом С.

<https://www.kommersant.ru/doc/6239909?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**РАЗНОЕ**

**Больше 90% опрошенных врачей поддержали упрощение аккредитации**

Больше 90% опрошенных врачей поддерживают идею упрощения аккредитации для медицинских работников. Почти половина из них считают существующую процедуру не более чем бюрократией.

Почти половина (49,5%) российских врачей считают, что необходимость изменений в институте аккредитации медицинских специалистов давно назрела. Существующий механизм респонденты называют «бесполезной бюрократией», показал опрос «МВ» и аналитической компании RNC Pharma.

Исследование проводилось среди интернет-аудитории портала «Медвестник» с 12 по 25 сентября 2023 года. Общая выборка составила 372 человека. Респондентами выступили медицинские работники 45 специальностей из 147 городов России.

Еще 18,3% респондентов выступают за глубокое реформирование этого процесса, например, предлагается отменить требования об обязательном портфолио и необходимости набирать баллы НМО. В комментариях некоторые участники исследования предлагали в качестве альтернативы, чтобы периодическая аккредитация засчитывалась автоматически при наборе определенного количества баллов НМО, пусть и без увязывания ее с аттестацией.

Еще 22,8% специалистов высказались за «полное изменение к подходам в отношении кадровой политики в здравоохранении, в том числе в вопросах повышения квалификации», что очевидно подразумевает необходимость решения помимо образовательных массы организационных и финансовых вопросов.

Только 5,4% медицинских работников указали, что не видят необходимости в каких-то изменениях, поскольку «периодические экзамены держат в тонусе хорошего специалиста». В ходе исследования не было зафиксировано статистически значимых расхождений вариантов ответов ни по географии, ни по половозрастным характеристикам.



Президент России **Владимир Путин** поручил правительству до 1 мая 2024 года упростить процедуры подачи документов для прохождения мед- и фармработниками периодической аккредитации специалиста, [сообщал](https://medvestnik.ru/content/news/Vracham-mogut-razreshit-akkreditaciu-na-osnovanii-attestacii-dlya-polucheniya-kvalifikacii.html)«МВ». Предлагается предусмотреть возможность формирования работодателем отдельных разделов портфолио сотрудника в Федеральном регистре медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения. Кроме того, предусматривается возможность получения аккредитации на основании успешного прохождения медработниками аттестации для получения квалификационной категории по аналогичной специальности.

В прошлом году Минздрав выпустил обновленный [приказ](https://medvestnik.ru/content/news/Minust-zaregistriroval-prikaz-o-novyh-pravilah-akkreditacii-specialistov.html) о порядке проведения аккредитации медицинских и фармацевтических специалистов. Значительно упрощены механизмы подачи документов для прохождения всех типов аккредитаций. С 1 января 2023 года заявления на аккредитацию медработники подают [только](https://medvestnik.ru/content/news/FAC-raskryl-samye-chastye-prichiny-nedopuska-k-akkreditacii-med-i-farmspecialistov.html) через личный кабинет ФРМР, кроме случаев, когда сведений о специалисте нет в регистре. То же касается портфолио — их принимают только в электронном виде. По закону заявление на периодическую аккредитацию подается минимум за три месяца до окончания срока действия свидетельства.

Инициатива автоматизировать периодическую аккредитацию медработников для экономии средств выдвигалась в прошлом году как [предложение](https://medvestnik.ru/content/news/Periodicheskuu-akkreditaciu-medrabotnikov-predlojili-avtomatizirovat-dlya-ekonomii-sredstv.html) на портале РОИ. В том числе предлагается упразднить предоставление «отчетов о работе», к которым отсутствуют внятные требования. Нацмедпалата также предлагала Минздраву [отменить](https://medvestnik.ru/content/news/Nacmedpalata-predlojit-Minzdravu-otmenit-akkreditaciu-dlya-vrachei-s-bolshim-stajem.html) аккредитацию для врачей с большим стажем работы (более 30 лет практики).

<https://medvestnik.ru/content/news/Bolshe-90-oproshennyh-vrachei-podderjali-uproshenie-akkreditacii.html>

**ВС: клинические рекомендации обязательны для выполнения клиниками**

Верховный суд (ВС) РФ постановил, что клинические рекомендации (КР), хотя пока и не являются полноценными нормативными актами, фактически обязательны для выполнения медорганизациями. С такой трактовкой ВС отправил на пересмотр дело одной из пациенток, которой, по ее заявлениям, оказали некачественную медпомощь. Суды предыдущих инстанций, опираясь на результаты судмедэкспертизы, изначально не нашли отклонений от стандартов лечения и согласились с необязательным характером КР. Теперь это дело с учетом позиции ВС пересмотрят другие судьи.

Пациентка с острым аппендицитом, согласно материалам дела, в 2020 году была доставлена на скорой помощи в Клиническую больницу «РЖД-Медицина» Волгограда, однако там ее отказались принимать из-за отсутствия у поступившей флюорографии или КТ легких. Гражданку отправили на КТ в горбольницу №4, где ей отказали в проведении исследования «без объяснения причин». Скорая помощь вновь доставила пациентку в больницу РЖД, где ей снова указали на отсутствие результатов диагностики и направили в противотуберкулезный диспансер. Так так транспорт за пациенткой не приехал, рентген и экспресс-тест на COVID-19 ей сделали на месте.

Истица, подавая в суд на больницу РЖД и ГБ №4, указала, что ее необоснованно перенаправляли в различные учреждения и затягивали лечение, из-за чего у нее поднялось артериальное давление, «началось нервное расстройство», а острый аппендицит перешел в флегмонозную форму. В итоге пациентка оказалась на столе у хирурга только в 23 часа того же дня, таким образом, от момента вызова «скорой» до операции прошло около десяти часов.

Суды первой и апелляционной инстанций жалобу пациентки отклонили. По данным судмедэкспертизы, медпомощь оказывалась в полном объеме и здоровье пациентки от действий медиков не пострадало.

Согласно клиническим рекомендациям, как заметил Верховный суд (куда в итоге дошел иск), операцию при диагнозе «аппендицит» должны провести в течение двух часов, осмотр – в течение часа. Аргумент экспертной комиссии, проводившей экспертизу, о необязательном характере КР был отклонен, поскольку, согласно ч. 2 ст. 64 №323-ФЗ «Об охране здоровья», клинрекомендации «являются одной из основ формирования критериев оценки качества медпомощи». Решения предыдущих инстанций ВС отменил и направил дело на пересмотр в другом судейском составе.

Статус клинических рекомендаций в России менялся с годами: изначально документы создавались для помощи врачам в принятии решений, затем в них включили критерии качества медпомощи, на их основе стали производиться стандарты медпомощи и рассчитывать объем финансирования ОМС по определенному профилю. Фактически КР и содержащиеся в них критерии качества стали основой для аудита страховщиков ОМС и территориальных фондов. Эти же документы активно [**оцифровываются**](https://vademec.ru/news/2022/01/11/minzdravu-porucheno-otsifrovat-klinicheskie-rekomendatsii-po-pyati-profilyam-do-2024-goda/) для создания ВИМИС.

При этом №323-ФЗ до сих пор не обязывал клиники строго соблюдать положения КР. Эти документы должны были стать обязательными с 2022 года, однако из-за того, что по многим нозологиям рекомендации не были выпущены вовремя, вступление нормы [**перенесли**](https://vademec.ru/news/2021/09/24/minzdrav-raspisal-etapnost-vnedreniya-klinicheskikh-rekomendatsiy/) на 2024 год и ввели переходный режим.

Сейчас закон гласит, что медпомощь во всех регионах и клиниках оказывается «в соответствии» с Положением об организации оказания медицинской помощи, порядками оказания медпомощи, «с учетом» стандартов медпомощи и (полноценно – с 2024 года) «на основе» клинических рекомендаций.

<https://vademec.ru/news/2023/09/25/vs-klinicheskie-rekomendatsii-obyazatelny-dlya-vypolneniya-klinikami/>

**Центр Минздрава включил качество записи на прием к врачам в KPI руководителей медучреждений**

Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения предложил региональным минздравам оценивать эффективность руководителей поликлиник по ряду показателей, связанных с доступностью удаленной записи на прием к врачу. Достижение целевых значений по этим направлениям планируется сделать условием начисления стимулирующих выплат.

Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ) Минздрава России предложил увязать начисление стимулирующих выплат главным врачам поликлиник с доступностью самостоятельной удаленной записи на прием к врачам по 14 специальностям. Соответствующий раздел появился в третьей редакции Методических рекомендаций о записи на прием к врачу, в том числе через единый портал госуслуг и единые региональные call-центры, которые опубликовала в своем telegram-канале директор НИИ **Ольга Кобякова,** обратил внимание «МВ».

Предполагается, что достижение целевых значений будет напрямую увязано с начислением выплат стимулирующего характера. Деятельность главных врачей планируется оценивать по пяти параметрам. Один из самых важных — соответствие сроков ожидания приема по записи к врачам-специалистам, установленным в территориальной программе госгарантий.

Кроме того, региональные минздравы должны получать отчеты о количестве «конкурентных слотов», доступных пациентам для самостоятельной записи к специалистам по 14 профилям, включая врачей-хирургов, офтальмологов, акушеров-гинекологов и стоматологов; заполнении штатного расписания специалистами, к которым открыта запись (в расчет не включаются случаи отсутствия врача на работе по уважительной причине: отпуска, болезни и т.д.); доле успешных записей через портал госуслуг.

«При заключении трудовых договоров с руководителями медицинских организаций рекомендуется включать в состав показателей эффективности деятельности, выполнение которых дает право на начисление им выплат стимулирующего характера, показатели, характеризующие организацию записи на прием к врачу в медицинской организации», — следует из документа. Показатели могут быть внесены в дополнительные соглашения к трудовым договорам с руководителями в рамках эффективного контракта.

В конце 2022 года ЦНИИОИЗ представил методичку по речевым модулям — она касалась рекомендации по организации дистанционной записи на прием к врачу. Эксперты составили [список](https://medvestnik.ru/content/news/NII-Minzdrava-razrabotal-novye-rekomendacii-dlya-vrachei-po-obsheniu-s-pacientami.html) недопустимых при разговоре «фраз-провокаторов», которые необходимо исключить и заменить на более корректные выражения. Среди запрещенных слов, например, обращения «женщина», «девушка». Их предлагают заменять именем пациента или местоимением «вы». Фразу «ваша проблема», по мнению авторов рекомендаций, нужно заменить «нашим вопросом» или «нашей с вами ситуацией». Вместо фраз-обвинений «Это же не я вас неправильно проконсультировал(а)» или «Что вас еще не устраивает?» нужно извиниться и спросить, чем еще можно помочь. Кроме того, запрещены уменьшительно-ласкательные слова и выражения «не могу» или «не можем».

Среди параметров работы медицинских организаций, которые чаще всего не устраивали пациентов в 2022 и 2023 годах, самые низкие оценки были связаны именно со[сроками](https://medvestnik.ru/content/news/Tolko-tret-rossiyan-udovletvorena-srokami-okazaniya-medicinskoi-pomoshi.html) ожидания медицинской помощи. По данным опросов страховых медицинских организаций, по таким параметрам, как «доступность записи на прием», «ожидание медицинской помощи» и «ожидание у кабинета врача», удовлетворенность каждым пунктом не превышала 40%.

<https://medvestnik.ru/content/news/Centr-Minzdrava-vkluchil-kachestvo-zapisi-na-priem-k-vracham-v-KPI-rukovoditelei-meduchrejdenii.html>

**Росздравнадзор сможет штрафовать за непредоставление данных в ЕГИСЗ с 1 апреля 2024 года**

Росздравнадзор начнет активно контролировать поставщиков информации в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения с 1 апреля 2024 года. Дополнительных денег и штатных единиц на эту работу служба не получит.

Минздрав дополнит Положение о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения нормами, которые позволяют сотрудникам Росздравнадзора проверять полноту, достоверность и актуальность сведений, вносимых в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) поставщиками информации. [Проект постановления](https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=142192) правительства опубликован на портале regulation.gov.ru.

Планируется, что Росздравнадзор начнет активно контролировать эту сферу с 1 апреля 2024 года. Дополнительных денег и штатных единиц на эту работу служба не получит.

В июле Госдума одобрила поправки в закон «Об основах охраны здоровья», которые ужесточают ответственность региональных органов управления здравоохранением за несвоевременное предоставление данных в ЕГИСЗ. Под санкции документа подпадают чиновники органов государственной власти субъектов и медицинские организации. За нарушение порядка и недостоверные данные будут предусмотрены штрафы в размере 10—20 тыс. руб., а в случае повторов — в 20—30 тыс. руб., или дисквалификация ответственных на срок до двух лет, [сообщал «МВ»](https://medvestnik.ru/content/news/Gosduma-nadelila-Roszdravnadzor-pravom-nakazyvat-minzdravy-regionov-za-otsutstvie-dannyh-v-EGISZ.html).

Такая необходимость вызвана тем, что власти регионов не в полной мере обеспечивают предоставление информации в ЕГИСЗ, из которой геоинформационная подсистема осуществляет автоматический сбор и отображение на геоинформационной карте сведений о ресурсах здравоохранения — о медорганизации, ее зданиях, структурных подразделениях, штатном расписании, оснащении, лицензии на медицинскую деятельность и т.д. Все это необходимо для рационального планирования.