****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период 9-15 августа 2022)**

**Минздрав/ФОМС**

**В РФ около 40% случаев оказания высокотехнологичной медпомощи приходится на болезни сердца**

**В ФОМС сообщили, что по профилю "сердечно-сосудистая хирургия" на I полугодие в рамках ОМС провели около 120 тыс. высокотехнологичных операций**

МОСКВА, 11 августа. /ТАСС/. Число случаев оказания в России высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в рамках базовой программы ОМС возросло за последние восемь лет в 3,5 раза, около 40% от общего объема госпитализаций приходится на направление "сердечно-сосудистая хирургия". Об этом в четверг говорится в сообщении Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС).

"За последние восемь лет количество случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (ОМС) увеличилось в 3,5 раза, с 229 тыс. до 795 тыс. госпитализаций в год. Направление "сердечно-сосудистая хирургия" преобладает над всеми остальными профилями оказания медицинской помощи в части количества госпитализаций - около 40% от общего объема ВМП", - говорится в сообщении.

Как отметил председатель ФОМС Илья Баланин, по профилю "сердечно-сосудистая хирургия" на I полугодие 2022 года в рамках ОМС провели около 120 тыс. высокотехнологичных операций - стентирование, шунтирование, установка кардиостимулятора. За год в планах провести около 260 тыс. таких операций, уточнил он.

11 августа отмечается Международный день здорового сердца. Его учредили для информирования людей о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

<https://tass.ru/obschestvo/15446029?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**ФОМС представил статистику госпитализаций по профилю «Сердечно-сосудистая хирургия».**

До 40% случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи в России приходится на сердечно-сосудистые заболевания. Ежегодно для проведения операций по стентированию, шунтированию, установке кардиостимулятора проводится до 795 тыс. госпитализаций.

Количество случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования увеличилось за последние восемь лет в 3,5 раза, с 229 тыс. до 795 тыс. госпитализаций в год. Такие данные привел Федеральный фонд ОМС (ФОМС).

Направление «Сердечно-сосудистая хирургия» преобладает над всеми остальными профилями оказания медицинской помощи по количеству госпитализаций, достигая 40% от общего объема ВМП. За первое полугодие текущего года по этому профилю за счет средств ОМС проведено около 120 тыс. высокотехнологичных операций: стентирование, шунтирование, установка кардиостимулятора. За год эта цифра составит около 260 тыс.

С 2014 года растиражированные методы ВМП ежегодно включаются в базовую программу ОМС и финансируются за счет субвенций ФОМС в целях повышения доступности медицинской помощи, напомнили в фонде.

В августе Минздрав обновил правила формирования перечней ВМП. Планируется более тщательно проводить корректировку названий видов и методов высокотехнологичной медицинской помощи и исключать их в случае дублирования в перечнях. В том числе речь идет о позициях, включенных в базовую программу ОМС, ВМП-I и ВМП-II или клинико-статистические группы (КСГ).

С 2014 года растиражированные методы ВМП ежегодно включаются в базовую программу ОМС и финансируются за счет субвенций ФОМС в целях повышения доступности медицинской помощи, напомнили в фонде.

В августе Минздрав обновил правила формирования перечней ВМП. Планируется более тщательно проводить корректировку названий видов и методов высокотехнологичной медицинской помощи и исключать их в случае дублирования в перечнях. В том числе речь идет о позициях, включенных в базовую программу ОМС, ВМП-I и ВМП-II или клинико-статистические группы (КСГ).

С 2014 года растиражированные методы ВМП ежегодно включаются в базовую программу ОМС и финансируются за счет субвенций ФОМС в целях повышения доступности медицинской помощи, напомнили в фонде.

В августе Минздрав обновил правила формирования перечней ВМП. Планируется более тщательно проводить корректировку названий видов и методов высокотехнологичной медицинской помощи и исключать их в случае дублирования в перечнях. В том числе речь идет о позициях, включенных в базовую программу ОМС, ВМП-I и ВМП-II или клинико-статистические группы (КСГ).

<https://medvestnik.ru/content/news/FOMS-predstavil-statistiku-gospitalizacii-po-profilu-serdechno-sosudistaya-hirurgiya.html>

# Средняя зарплата врачей в России достигла почти ста тысяч: но только на бумаге

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) заявил, что зарплата врачей достигла целевых показателей в 59 регионах.

Об этом написали на портале «Медицинская Россия». В сообщении говорится, что средняя зарплата докторов в России достигла 96 тысяч рублей в первом полугодии 2022 года.   
А зарплата среднего медперсонала достигла 47 тысяч рублей.   
О 20-процентном росте зарплаты медиков за последние четыре года заявил также Росстат. Наибольший рост наблюдается у врачей федеральных центров – 109 тысяч рублей.   
В сообщении говорится, что в регионах средняя зарплата в медучреждениях 89 тысяч рублей, самая маленькая зарплата в муниципальных больницах – 57 тысяч рублей.   
Однако заявления ФОМС и Росстата для большинства врачей – это «филькина грамота». Остается нерешенным острый вопрос дифференциации зарплат в регионах. Новая система оплаты труда медикам, которую должны были внедрить летом этого года, перенесли на 2025 год.

https://www.vkpress.ru/life/srednyaya-zarplata-vrachey-v-rossii-dostigla-pochti-sta-tysyach-no-tolko-na-bumage/?id=151277&ysclid=l6uqlwq19a961251660

**Разное**

**Почти 50% российских врачей поддержали отмену практики посещения пациентов на дому**

Почти половина российских врачей считают, что визиты к пациентам на дом нужно отменить (47,8%). Почти треть полагают, что такая форма медпомощи необходима только для маломобильных категорий пациентов и в педиатрической практике.

Почти половина российских врачей поддержали отмену практики посещения пациентов на дому. За это высказались 47,8% специалистов, опрошенных «МВ» и аналитической компанией RNC Pharma. Исследование проводилось среди интернет-аудитории портала «МВ» с 5 по 9 августа 2022 года. Общая выборка составила 1388 человек. Респондентами выступили врачи 94 специальностей из 282 городов России.

Медработники считают, что неотложными состояниями должна заниматься служба скорой помощи либо отдельные бригады в рамках системы СМП. Хотя вопрос безопасности сотрудников службы скорой помощи тоже требует решения.

Еще 42,6% полагают, что отказаться от практики неотложных вызовов полностью не получится. Их следует сохранить для отдельных категорий пациентов, например маломобильных граждан и в педиатрической практике (так считают 26,3% респондентов). 7,9% участников исследования считают, что развитие телемедицинских сервисов позволило бы отказаться от части визитов по вопросам, не требующим очного присутствия.

Значительная часть опрошенных отмечала необходимость обеспечения безопасности врача, в том числе транспортом, охраной или средствами самообороны, такой ответ выбрали 13,3% специалистов. Еще 3% респондентов выступают на позициях фатализма, полагая, что подобные случаи могут произойти с кем угодно, например в нерабочее время.

Дискуссия о необходимости сохранения практики посещения пациентов на дому в профессионального сообществе возобновилась после жестокого [убийства](https://medvestnik.ru/content/news/Bastrykin-vzyal-pod-kontrol-rassledovanie-ubiistva-molodogo-vracha-v-Orenburge.html)молодой женщины терапевта, которая направлялась на вызов в Оренбурге. Ей нанесли более 30 ранений ножом, в результате чего она скончалась. [Подозреваемый](https://medvestnik.ru/content/news/V-Orenburge-zaderjan-podozrevaemyi-v-ubiistve-vracha.html) задержан, он состоит на учете у психиатра.

Рис. Нужно ли отменить визиты врача на дом к пациентам? (вопрос предполагал возможность одного ответа)



<https://medvestnik.ru/content/news/Pochti-50-rossiiskih-vrachei-podderjali-otmenu-praktiki-posesheniya-pacientov-na-domu.html>

**Как сохранить врачей? Не пора ли ужесточить постановку вопроса?**

48% медицинских работников сообщили, что их зарплата не дотягивает даже до средней по экономике региона. Более чем квалифицированное большинство медицинских работников — 91% — сказало, что их зарплата не соответствует майским указам президента и не достигает 200% от средней по экономике региона. Такие данные получили эксперты Общероссийского народного фронта (ОНФ) в ходе опроса 16 тыс. человек. Бывает, что врач фактически работает на трех ставках для того, чтобы достичь пресловутых 200%, а 53% врачей занимают более двух ставок. Доколе это будет продолжаться? Что еще надо сделать, чтобы указания президента Российской Федерации исполнялись?

Обещанное тремя министрами и одним вице-премьером проведение пилотного проекта по внедрению новой системы оплаты труда медработников планировалось начать в ноябре 2021 года в семи регионах. Однако Минздрав и Минтруд сначала сдвинули его старт на декабрь, потом отложили до июля 2022 года. В итоге уже август, но пилотная программа так и не начата. Жаль, так как основная цель — сократить разрыв в заработных платах между субъектами и ввести единую отраслевую систему оплаты труда.

По данным Росстата, средняя зарплата врачей в первом квартале 2022 года составила 92 тыс. руб. Заработок среднего медперсонала за этот период составил 46,5 тыс. руб., младшего медперсонала — 39,7 тыс. руб. Счетная палата составила перечень регионов с максимальной убылью медработников, самые нижние строчки которого заняли Курская, Ростовская, Оренбургская области, Республика Башкортостан, суммарно потерявшие в первом квартале 2022 года больше тысячи специалистов. В Курской области сайтом «Работа России» сейчас заявлено 630 врачебных вакансий, 2099 — в Ростовской области, 925 — в Оренбургской области, 3033 — в Республике Башкортостан.

Суммарные потери системы здравоохранения в этих субъектах составили 1184 специалиста. Из 14 регионов, в которых зафиксирован прирост количества медработников, только в Республике Саха (Якутия) этот показатель статистически значим (+249 человек). Возможно, это связано с тем, что, к примеру, в Усть-Майскую центральную районную больницу требуется помощник врача-эпидемиолога с заявленной зарплатой в 589 401 руб. Это какая-то странность на официальном сайте «Работа России», так как на этом же сайте предлагаемая зарплата врачу районных больниц в республике около 120 тысяч рублей. Кстати, на сайте вакансий самой Усть-Майской ЦРБ размещены объявления о потребности в 7 врачах с наивысшей зарплатой 116 279 рублей, но с пожеланием — чтобы соискатель был без вредных привычек.

В системе здравоохранения работает 654 тыс. врачей и 1,5 млн специалистов со средним медицинским образованием, но проблему [дефицита](https://medvestnik.ru/content/news/Nikolai-Volodin-soobshil-ob-umenshenii-chisla-vrachei-v-Rossii.html)кадров в первичном звене решить не удается, несмотря на увеличение объемов подготовки в медицинских вузах. Количество врачей уменьшается как в абсолютных цифрах, так и в пересчете на 10 тыс. населения. В одной из наших предыдущих статей сообщалось, что только 16,5 процента из 17 836 аккредитованных после окончания вузов врачей-терапевтов и лишь 28,6 процента из 5777 врачей-педиатров трудоустроены на эти должности. Сейчас аналогичные данные добыть не удалось. Возможно, это связано с тем, что, как считает Счетная палата, Минздрав потерял статус ведомства с высоким уровнем открытости. Это самый верный способ избежать публичного обсуждения — ничего никому не сообщать.

Дважды ИА REGNUM рассказывало о ситуации с центральной районной больницей в г. Белый Тверской области. Больница расположена в 234 километрах от Твери. В 2017 году городу Белому присвоено звание Города воинской доблести. В годы Великой Отечественной войны на территории современного Бельского района около 20 месяцев шли жестокие бои. Здесь действовало более полусотни воинских частей и соединений, несколько партизанских отрядов, в том числе легендарный отряд «Смерть фашизму». Сражения под Белым сыграли большую роль в успехе битвы за Москву, стали важным вкладом в Великую Победу. На территории района находится множество воинских захоронений и мемориалов, крупнейший из которых — Мемориал славы воинам-сибирякам 6-го сибирского добровольческого стрелкового корпуса в деревне Плоское, где покоятся 12,5 тысячи бойцов.

Апокалиптикой казалось, что больнице новоиспеченного Города воинской доблести и восстановленного из абсолютных руин требовался главный врач, врач-стоматолог, врач-невролог, врач общей практики, врач акушер-гинеколог и другие специалисты. Никаких дополнительных требований. Главное, чтобы все были с дипломом и без судимости. Минимальная зарплата — 11 280 рублей, максимально обещанная — 25 000 рублей. Жилья нет. Полноценного главного врача у больницы не было с 5 декабря 2016 года с момента увольнения по собственному желанию бывшего руководителя. Исполняющим обязанности главного врача с того времени и до сих пор являлся фельдшер скорой помощи с доплатой 50% от должностного оклада главного врача. Как было сказано в приказе Минздрава области — «до решения вопроса о назначении главного врача» (кстати, великая благодарность этому фельдшеру, что продолжал трудиться). Медицинскую помощь в Бельском районе оказывали 9 сертифицированных врачей, но не имеющих высшей квалификационной категории. Из 47 средних медицинских работников имели высшую квалификационную категорию 28 человек, первую квалификационную категорию — 3 чел., вторую квалификационную категорию — 1 чел. Какой-либо развернутой медиа информации о больнице не было. Теперь ее нет практически. От слова — вообще. Единственное сообщение о том, что в больнице в декабре 2021 года наконец-то появился главный врач. Это Крюков Олег Эдуардович, о котором другими сайтами сообщается как о бывшем индивидуальном предпринимателе в сфере фармацевтики в Смоленской области. И вторая информация о больнице: срок регистрации ее домена истек.

По сайту «Работа России» в стране сейчас 65 816 врачебных вакансий. В Тверской области их 1070. Может ли рассчитывать население, что найдутся специалисты для ГБУЗ «Жарковская центральная районная больница», если администрация предлагает врачу-терапевту зарплату от 12 800 рублей и самостоятельный поиск жилья, врачу-рентгенологу — от 14 000 рублей и самостоятельный поиск жилья, врачу-психиатру-наркологу полставки на 6945 руб.? В Кашинской ЦРБ зарплаты предлагаются иные, в два-три раза выше, но и специалистов требуется много: срочно — два врача-хирурга, пять участковых терапевтов, врачи акушер-гинеколог, инфекционист, педиатр, эндокринолог, дерматовенеролог, 5 заведующих ФАП. Конаковской центральной районной больнице нужны 25 врачей, а самую высокую зарплату предлагают участковому врачу-педиатру — 80 тыс. рублей. Бежецкой ЦРБ нужны 13 врачей.

Можно рассчитывать на успех приглашений центральных районных больниц Тверской области, если вдруг образуется очередь из врачей, потерявших всякую надежду найти работу где бы то ни было. Такого, понятно, не будет. Чтобы не усугублять безрадостную картину многолетних вакансий, менеджеры минздрава Тверской области просто обновляют даты объявления о вакансиях. Не понять, сколько времени больницы ищут специалистов на самом деле, но в ИА REGNUM помнят: с 14 апреля 2015 года Сонковская ЦРБ ждет терапевта, офтальмолога и оториноларинголога, а теперь ждет еще 13 врачей, в том числе тех же самых терапевта, офтальмолога и оториноларинголога. То есть — 7 лет. ГКУЗ МИАЦ Тверской области содержит свою базу вакансий, в соответствии с которой с 2015 года ждут четверых врачей в ЦРБ Лесного района и т.д.

На тематической площадке Народного фронта «Здравоохранение» прошел круглый стол по проблемам кадрового обеспечения российского здравоохранения. Это не первое и, видимо, не последнее заседание, которое уже традиционно завершилось Л. Рошалем: вопросы кадрового дефицита остаются на контроле Народного фронта, а проект решений круглого стола будет передан в соответствующие профильные министерства. Опять несуразица: в заседании помимо членов Национальной медицинской палаты приняли участие представители правительства РФ, Совета Федерации, Минздрава, Минтруда и социальной защиты, Минфина, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Счетной палаты РФ, эксперты профессионального медицинского сообщества. Любые предложения можно было бы оформить на самом заседании в виде проектов нормативных правовых актов, а не рассчитывать на то, что аппарату правительства кто-то когда-то даст поручение по итогам круглого стола. Напрасно профессор призывает становится на путь возвращения к возрождению клинического мышления, присущего нашему советскому здравоохранению: это не конструктивно, если нам нужно сегодня решать неотложные кадровые проблемы. И тем не менее профессор высказал абсолютно правильную идею о разработке **государственной программы ликвидации кадрового дефицита в здравоохранении**. В этом и должно было бы состоять итоговое решение тематической площадки ОНФ, а его вторым пунктом — образование рабочей группы по разработке проекта программы о ликвидации кадрового дефицита из числа тех, кто собрался на круглом столе.

ИА REGNUM поддерживает эту идею, несмотря на его критику практики государственного программирования. Число программ чрезмерно, они плохо прописаны, полностью не реализуемы и не исполняются на протяжении всех последних лет. Нужно максимально сократить их число, сохранив лишь те, которые носят общенациональный и межведомственный характер. Однако госпрограмму ликвидации кадрового дефицита в здравоохранении нужно незамедлительно сконструировать и приступить к решению самой важной задачи — **закрепления врачебных кадров в отрасли, в принципе, и в первичном звене здравоохранения**, **в частности.** Нужно профилактировать отток медицинских кадров из регионов в более крупные города и сохранение их на рабочих местах с помощью дополнительных мер социальной поддержки. Предоставление жилья, возмещение коммунальных расходов, оздоровление работников и детей, предоставление мест в дошкольных учреждениях — важные для конкретного человека вопросы не должны решаться по-разному в зависимости от субъекта Российской Федерации. Нужен единый социальный общегосударственный пакет.

На это конкретное направление под контролем общественности нужно целенаправить усилия Минздрава и его многочисленных подведомственных и аффилированных структур. Иначе в управленческих структурах вновь увлекутся либо разработкой новых методик подсчета потребного числа медработников, либо бесконечным обсуждением всё новых и новых аспектов врачебной деятельности, как это произошло на прошедшем 1-м Национальном конгрессе с международным участием «Национальное здравоохранение 2022». Там в ходе нескольких отдельных дискуссий, организованных Минздравом и его НИИ по организации и информатизации здравоохранения, вопросы были поставлены остро: о том, что выраженные симптомы профессионального выгорания имеют 9 из 10 медицинских работников. Есть ли большая красная таблетка для решения кадровых проблем? Однако надежды на то, что через три-четыре года эта «большая красная таблетка» начнет свое целительное действие, не образовалось. Более того. Верное наблюдение высказал научный руководитель ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения», академик В. Стародубов. По его словам, в последние годы налицо резкое снижение студентов, готовых повышать степень образования до кандидатов наук и докторов наук. Численность аспирантов в 2019 г. — 7,9 тыс. человек, а уже в 2020 г. количество желающих повышать степень уменьшилось на 800 человек и составило 7,1 тыс. аспирантов. Прием в докторантуру составил 21 человек в 2019 г. и 12 человек в 2020 г. во всех учебных заведениях России. Он считает, что в первую очередь это связано с долгим сроком обучения и низким уровнем финансовой поддержки, поэтому в целях развития медицинской науки необходимо рассмотреть вопрос поднятия зарплат ординаторов и аспирантов.

И еще. Надо не столько наращивать цифры приема в вузы, сколько — для начала — прекратить их терять. Иначе Тверская область так и не дождется 230 врачей-хирургов, 220 врачей-терапевтов, 210 врачей-педиатров. Ставка на «целевиков» — студентов-медиков из регионов, на которых выделяются бюджетные места, на которых по-иному считаются баллы ЕГЭ, правильная, но не исчерпывающая. Более того, она сама порождает новые и новые сюжеты, о котором — не для широкой публики — заявил заместитель министра здравоохранения Тверской области А. Давыдов. Что он сказал? Как бы между делом он заявил: «Каждый год штрафы и пени за невыполнение договора целевого направления растут».

Проектирование государственной программы Российской Федерации по ликвидации дефицита врачей в стране — неотложный шаг. В этом и может быть «большая красная таблетка», о которой мечтают врачи.

<https://regnum.ru/news/polit/3665720.html>

**ОТ АНОНСА ДО ПОЛУЧКИ: ЗАПУСК НОВОЙ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА МЕДИКОВ ОТЛОЖЕН ДО 2025 ГОДА. МНЕНИЯ**

В начале июля Правительство РФ [перенесло](https://vademec.ru/news/2022/07/06/zapusk-novoy-sistemy-oplaty-truda-perenesli-na-2025-god/) на 2025 год внедрение так называемой новой системы оплаты труда медработников. Старт перехода сдвигался неоднократно, в предыдущий раз – как раз на июль 2022-го. Новацию планировали опробовать в семи «пилотных» регионах, где должны были начать рассчитывать зарплаты медиков с учетом коэффициента дифференциации окладов в зависимости от должности работника и коэффициента экономического развития региона. Предполагалось, что новая формула помогла бы в среднем увеличить оклады медиков на 52% и выровнять их заработки по регионам. Vademecum обратился к представителям профсообщества и чиновникам, чтобы узнать, с чем, на их взгляд, связан очередной перенос запуска зарплатной программы и каких корректив стоит ждать. В Минэкономразвития рассказали, что участвовали в подготовке первой версии документа, но редактировать ее не планируют. Минфин посоветовал адресовать вопросы разработчикам – Минздраву и Минтруду, однако ни там, ни в аппарате правительства, ни в профильном комитете Госдумы, ни в Нацмедпалате, равно как и в нескольких минздравах «пилотных» регионов, на запросы Vademecum не отреагировали.

Анатолий Домников, председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ:

– Не берусь судить в полном объеме о тех факторах, которые подвигли правительство страны к принятию такого решения. Одним из них, очевидно, стали организационные и штатные изменения в системе здравоохранения в связи с ковид-эпидемической ситуацией. Наш профсоюз откровенно разочарован таким решением. Должен сказать, что и у медработников перенос вызвал, мягко говоря, недоумение, ведь они ждут повышения зарплаты, тем более в условиях изменения механизмов установления «ковидных» выплат. Реформа системы оплаты труда давно назрела, а отсутствие конкретных шагов в этом направлении не позволяет решить острейшую проблему дефицита кадров. Очевидно, что приостановка «пилота» стала шагом назад в той огромной работе, которая по поручению президента проводилась два последних года. Мы будем продолжать участвовать вместе с разработчиками в доводке проекта, основываясь на предложениях с мест. Необходимо еще раз серьезно проанализировать эффективность предложенного механизма оценки региональной экономической дифференциации размеров окладов, чтобы обеспечить сближение уровней зарплаты по регионам. Расчетная величина, заложенная в основу исчисления окладов, также должна быть увеличена. Нам не удалось достичь взаимопонимания с федеральными властями по ряду надтарифных выплат. В частности, мы будем настаивать на сохранении надбавки за стаж, на увеличении размера доплаты за работу в ночное время, на достижении консенсуса по формированию новой модели оплаты труда и для немедицинских работников, в первую очередь водителей скорой помощи, которые не попали в «пилот».

Андрей Коновал, сопредседатель Межрегионального профсоюза работников здравоохранения «Действие»:

– По самым скромным оценкам, маневр потребует дополнительно не менее 500 млрд рублей в год, и, возможно, в нынешних экономических условиях правительству показалось, что это слишком много. К тому же если что-то пойдет не так (а у нас в здравоохранении все время что-то идет не так), возрастают политические риски. Единая отраслевая система подразумевает, что уровень зарплаты фактически каждого медработника определяется федеральным центром и, если возникнут проблемы, ответственность ляжет непосредственно на центральное правительство. Перенаправить недовольство медработников на «плохих» региональных чиновников уже не получится. Мне кажется, подобная отсрочка – до 2025 года – дипломатичная форма отказа от самой идеи отраслевой системы. Полагаю, правительство просто недооценивает глубину проблем и уровень социальной напряженности в здравоохранении. В краткосрочной перспективе мы прогнозируем резкий рост социальной напряженности в коллективах. Митингов не будет, но стихийные вспышки протеста, коллективные петиции, демонстративные увольнения целых групп специалистов вероятны. В долгосрочной – мы получим кадровую катастрофу в госклиниках, особенно в регионах, в сельской местности. Разработанный правительством проект в целом существенно улучшает ситуацию, но у нас к нему есть и возражения. Прежде всего, он закрепляет серьезный разрыв в уровне зарплат между регионами по одним и тем же должностям, максимальный – между Москвой и самыми «бедными» регионами – в три с лишним раза. Еще минус – проект распространяется только на медиков и не затрагивает водителей скорой помощи. Мы еще в октябре 2021 года предложили разработчикам проекта снизить разрыв в должностных окладах, изменив методику расчета регионального коэффициента. Правительство положило в его основу уровень медианной зарплаты, мы же предложили опираться на стоимость фиксированного набора товаров и услуг, рассчитываемого Росстатом. В качестве минимальной расчетной величины (оклада санитарки в двенадцати «бедных» регионах), от которой в проекте пляшут все оклады, мы предложили двойной МРОТ, а не один, как у правительства. Но еще раз подчеркиваю: даже в нынешнем виде проект предполагает серьезное повышение окладов и зарплат основной массы медицинских работников, причем в расчете на ставку по каждой должности, а не «среднюю температуру» по больнице.

Ирина Николаева, замминистра здравоохранения Белгородской области («пилотный» регион):

– Минздрав Белгородской области не располагает информацией о причинах переноса срока запуска проекта, от медработников региона отзывов на проект не поступало, и наше министерство не имеет предложений для разработчиков о корректировках. Вместе с тем, несмотря на изменение сроков запуска, правительство области планирует принять постановление о внесении поправок в действующее положение об оплате труда работников здравоохранения в части повышения должностных окладов. Предполагается, что доля выплат по окладам в структуре зарплаты в документе будет прописана на уровне 50–53% в зависимости от категории работника. Размеры окладов будут привязаны к МРОТ для ежегодной индексации, а минимальный оклад будет не ниже МРОТ.

Илья Шилькрот, президент НАНМО:

– Перенос «пилотирования» новой системы оплаты труда в профессиональном сообществе не обсуждался. И раз появилось время, то, возможно, стоит ее проверить в одной-двух медицинских организациях, не объявляя «пилотных» проектов и не рискуя в масштабах системы здравоохранения того или иного субъекта. Начнем с того, что ранее существовала понятная система под названием «единая тарифная сетка». Может быть, следует конкретизировать, сказать, что есть базовый оклад на основании тарифа с учетом всех льгот и доплат (за стаж, степени и так далее), к базовой ставке прибавляются другие обязательные выплаты, например, за вредность труда, и учитываются коэффициенты субъекта РФ. Определяется соотношение базовых ставок и стимулирующих выплат, которые не должны превышать 30%, и принципы распределения стимулирующих выплат. Понятные, прозрачные и абсолютно объективные, которые легко считаются, а не виртуальные, которыми можно манипулировать. Должно быть и соотношение заработных плат сотрудников на разных должностях. Допустим, зарплата главного врача, включая стимулирующие выплаты, не может быть более чем на 10% выше, чем зарплата его заместителя. У замглавврача – не может быть выше, чем у завотделения, и так далее. Или, наоборот, идти от вспомогательного персонала или младшего. Все просчитывается отдельно для медицинского и немедицинского персонала – четко, понятно, чтобы каждый понимал, почему сегодня он получил одну зарплату, а завтра – другую. В качестве примера: есть два участковых врача, работают они в аналогичных условиях и на одинаковых по численности прикрепленного населения участках. Один принимает 100 человек в день, а другой – 80. Почему он принимает 80? Потому что тот, который принимает 100 человек, никого не опрашивает и не осматривает, а работает, как на конвейере, и у него больше осложнений, больше госпитализаций с гипертоническими кризами и поздняя выявляемость онкозаболеваний. А тот, который принимает по 80 человек, показывает другой результат. Или нет? Ответ на этот вопрос должны искать администраторы и управленцы. Может быть, это они KPI неправильный поставили? Или, может быть, у одного врача на участке пациенты молодые и реже обращаются? Или есть проблема транспортной доступности – кабинет расположен так, что не добраться? На мой взгляд, отдать решение вопроса оплаты труда на откуп главным врачам было ошибкой. Принципы должны быть едиными. Вот две поликлиники стоят – одна на Плющихе, а другая на Пироговке, у них разные системы оплаты труда. Они отражены в положениях об оплате труда, положениях о премировании и так далее. Эти документы, кстати, можно согласовывать с трудовым коллективом, чтобы они имели больший вес. Допустим, но база должна быть одна – единая тарифная сетка, определенные регулятором соотношения и пропорции.

Назар Шевченко, первый замдиректора Депздрава Курганской области («пилотный» регион):

– Депздрав Курганской области вместе с Медицинским информационно-аналитическим центром региона за прошедший период собрали, проанализировали и подготовили все запрашиваемые материалы, выполнили оперативные задания, поставленные Минздравом и Минтрудом РФ для подготовки к переходу на новую систему оплаты труда. Также мы провели моделирование фонда заработной платы медработников с применением проектных параметров новой системы по нескольким вариантам. От медработников отзывов на проект новой системы в Депздрав не поступало.

Анна Солдатова, первый заместитель директора Депздрава Севастополя («пилотный» регион):

– Внедрение проекта требует финансовых затрат. Ведется работа по выработке и оценке необходимых объемов дополнительного финансирования. В связи с отсутствием выработанных общих подходов отзывы о проекте от медицинских работников не поступали. Новая система оплаты труда позволит привести в единую систему расчет заработной платы медицинских работников на территории всей Российской Федерации, в результате чего размер заработной платы будет отличаться лишь из-за территориальной особенности медицинской организации, что положительно скажется на работе медицинских работников. Прозрачность новой системы позволит исключить конфликтные ситуации между работодателем и медицинским работником, возникающие вследствие того, что медицинский работник не всегда понимает принцип формирования и начисления заработной платы.

Марина Лапочкина, врио начальника Управления здравоохранения Тамбовской области («пилотный» регион):

– Реализация «пилотного» проекта по внедрению новой системы оплаты труда медицинских работников отложена до 2025 года. Причины переноса до субъектов РФ не доводились. Предложений для разработчиков проекта о его корректировке у управления нет.

Лилиана Перелыгина, замминистра здравоохранения Оренбургской области («пилотный» регион):

– Министерство здравоохранения Оренбургской области является правоприменителем правовых актов федеральных органов исполнительной власти, а потому не обладает компетенциями по анализу причин распространения их действия во времени и по кругу лиц, а равно по перспективам внедрения федеральных проектов. Отзывы от медицинских работников в Министерство здравоохранения Оренбургской области на проект не поступали. Предложений по вопросам реализации «пилотного» проекта, в том числе по корректировке его параметров, не имеется.  
Подробнее: <https://vademec.ru/news/2022/08/08/ot-anonsa-do-poluchki-zapusk-novoy-sistemy-oplaty-truda-medikov-otlozhen-do-2025-goda-mneniya-/>

**России составили антирейтинг регионов по качеству онлайн-записи на прием к врачу**

Минцифры и Минздрав составили рейтинг регионов, где сложнее всего записаться онлайн на прием к врачу. Так, больше всего технических ошибок на портале госуслуг встречается в Чукотском автономном округе, Ингушетии и Иркутской области.

Министерство цифрового развития, связи и массовых коммуникаций совместно с Министерством здравоохранения проверили качество оказания услуги «Запись на прием к врачу» на портале госуслуг. Исходя из показателей технических и организационных ошибок при записи за II квартал этого года, был составлен соответствующий рейтинг. Об этом [сообщили](https://digital.gov.ru/ru/events/41793/#1660203786181) в пресс-службе Минцифры.

В ТОП регионов с наибольшим количеством технических ошибок попали:

Чукотский автономный округ,

Республика Ингушетия,

Иркутская область,

Амурская область,

Краснодарский край,

Оренбургская область,

Кемеровская область,

Удмуртская Республика,

Смоленская область,

Еврейская автономная область.

В списке регионов с наименьшим количеством доступных временных слотов для записи к врачу оказались:

Томская область,

Калининградская область,

Республика Коми,

Брянская область,

Магаданская область,

Республика Башкортостан,

Сахалинская область,

Псковская область,

Ненецкий автономный округ,

Рязанская область,

Республика Марий Эл.

Для контроля за исполнением задачи Минцифры и Минздрав намерены регулярно проводить встречи с региональными уполномоченными, которые обязаны обеспечить качественное оказание услуги.

В июле Минцифры обновило сервис записи на прием к врачу на портале госуслуг. Для повышения эффективности его работы был изменен пользовательский сценарий. Теперь в основе механизма записи лежит технология «витрины данных», [писал](https://medvestnik.ru/content/news/Mincifry-izmenilo-polzovatelskii-scenarii-servisa-zapisi-k-vrachu-na-portale-gosuslug.html) «МВ».

Министерство цифрового развития, связи и массовых коммуникаций совместно с Министерством здравоохранения проверили качество оказания услуги «Запись на прием к врачу» на портале госуслуг. Исходя из показателей технических и организационных ошибок при записи за II квартал этого года, был составлен соответствующий рейтинг. Об этом [сообщили](https://digital.gov.ru/ru/events/41793/#1660203786181) в пресс-службе Минцифры.

<https://medvestnik.ru/content/news/V-Rossii-sostavili-antireiting-regionov-po-kachestvu-onlain-zapisi-na-priem-k-vrachu.html>