****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период 15- 21 августа 2022)**

**МИНЗДРАВ/ФОМС**

# **Минздрав запретил поступление в ординатуру не завершившим целевое обучение медикам**

Департамент медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава РФ и глава ведомства Михаил Мурашко разослали в подведомственные медвузы указание не принимать в ординатуру студентов, не выполнивших обязательства по договорам на целевое обучение, кроме тех, кто продлевает договор с тем же заказчиком обучения. В противном случае министерство обещает уведомить Рособрнадзор о нарушениях.

[Письма](https://cardioweb.ru/files/division_ordinat_and_graduate/2022/1.pdf) Минздрава 12-2/И/2-13202 и 16-2/2358 с таким уведомлением были отправлены в регионы 11 и 12 августа. Позже сами медвузы [разместили](https://rmapo.ru/abitur/558-priemnaya-komissiya-ordinatura.html) на своих сайтах предупреждение, а, например, НМИЦ кардиологии обязал всех поступающих заполнить «Заявление об отсутствии обязательств по целевому обучению в ВУЗе». Документом абитуриент подтверждает, что «информирован о невозможности зачисления для обучения по программам высшего образования – программам ординатуры лиц, не выполнивших обязательства по договорам о целевом обучении», а также что все обязательства по целевому обучению он выполнил.

Исключение составляют абитуриенты, продлевающие с тем же заказчиком (региональным органом в сфере охраны здоровья или медорганизацией) уже заключенный договор на следующую ступень обучения, в данном случае ординатуру.

Указанные требования, уточняет Минздрав, распространяются и на бюджетное, и на коммерческое обучение в ординатуре. «Обращаем внимание, что в случае несоблюдения образовательными и иными организациями нормативно-правовых актов, регулирующих вопросы целевого обучения, Министерство здравоохранения Российской Федерации будет информировать Федеральную службу по надзору в сфере образования и науки для организации проведения соответствующих контрольно-надзорных мероприятий», – предупредили в ведомстве.

Целевое обучение в России регламентируется постановлением Правительства РФ №1681 от 13 октября 2020 года. Согласно документу, договор о целевом обучении будущий медработник заключает с регионом или конкретной медорганизацией, также медик обязан отработать в конкретной клинике после завершения обучения, в зависимости от условий, минимум три года. Если медик добровольно расторгает договор (отчисляется либо не выходит на работу), он обязан по специальной методике возместить образовательной или медицинской организации убытки. Об ограничениях на поступление в медвузы в случае неисполнения обязательств гражданина в постановлении не говорится.

Регионам целевое обучение необходимо, чтобы закрыть наиболее дефицитные кадровые позиции в первичном звене здравоохранения. Несмотря на жесткие параметры целевого договора, Минобрнауки намерено еще больше усилить контроль над обучающимся и [хочет](https://vademec.ru/news/2022/06/09/k-studentam-tselevikam-smogut-primenyat-sanktsii-za-neuspevaemost/) разрешить заказчику в одностороннем порядке расторгать договор, если студент не исполняет «требования к успеваемости».

В 2022 году полностью «целевая» ординатура, оплачиваемая за счет федбюджета, была открыта по направлениям «анестезиология», «акушерство и гинекология», «радиология», «рентгенология», «детская онкология», «детская эндокринология», «кардиология», «неврология» и другим. По направлениям специалитета «лечебное дело» и «педиатрия» доля целевого обучения [составляет](https://vademec.ru/news/2021/11/25/v-2022-godu-vse-mesta-v-ordinature-po-defitsitnym-spetsialnostyam-ostanutsya-tselevymi/) по 75%.

https://vademec.ru/news/2022/08/16/minzdrav-zapretil-postuplenie-v-ordinaturu-ne-zavershivshim-tselevoe-obuchenie-medikam/

**ПОРЯДОК МЕДПОМОЩИ ПО ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ И ГЕМАТОЛОГИИ ВСТУПИТ В СИЛУ ЧЕРЕЗ ДВА ГОДА**

Минздрав РФ 19 августа утвердил изменения в приказ № 55н от 5 февраля 2021 года «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская онкология и гематология», зарегистрированный Минюстом в середине марта прошлого года. Изначально этот документ должен был вступить в силу 1 сентября 2022 года, но Минздрав сдвинул начало действия приказа на два года – на 1 сентября 2024 года.

В пояснительной записке к проекту изменений [говорилось](https://regulation.gov.ru/Projects/List#npa=130245), что поправки в [приказ](https://vademec.ru/news/2021/03/17/utverzhden-poryadok-okazaniya-medpomoshchi-po-profilyu-detskaya-onkologiya-i-gematologiya/) вносятся с целью исполнения [поручения](https://vademec.ru/news/2021/12/16/minzdravu-dali-dve-nedeli-na-obnovlenie-poryadka-onkopomoshchi/) вице-премьера Татьяны Голиковой от 6 декабря 2021 года. Согласно поручению, Минздрав должен доработать некоторые положения Порядка.

Впервые Голикова [поручила](https://vademec.ru/news/2021/11/08/golikova-poruchila-podgotovit-izmeneniya-v-poryadok-onkopomoshchi/) Минздраву внести изменения в Порядок по профилю «детская онкология и гематология» еще в ноябре 2021 года. Однако тогда не было конкретизировано, о каких изменениях идет речь.

В марте прошлого года вице-премьер [дала поручение](https://vademec.ru/news/2021/03/15/minzdrav-prorabotaet-predlozheniya-yarovoy-po-optimizatsii-sistemy-okazaniya-pomoshchi-detyam-s-onko/?ysclid=l6gmlffngd547238749) министру здравоохранения Михаилу Мурашко проработать все предложения по совершенствованию оказания медпомощи детям с онкологическими заболеваниями, подготовленные вице-спикером Госдумы Ириной Яровой. Нужно было дополнить Порядок оказания помощи по профилю «детская онкология и гематология» в том числе положениями о маршрутизации детей и об организации консилиумов. Главным внештатным онкологам, в свою очередь, поручено рассмотреть вопрос о разработке программ реабилитации детей с онкозаболеваниями.

Приказом №566н от 19 августа 2022 года Минздрав также перенес на 1 сентября 2024 года начало действия некоторых положений приказа № 629н от 10 июня 2021 года «Об утверждении Порядка диспансерного наблюдения детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями». Сами порядок диспансерного наблюдения [вступил в силу](https://vademec.ru/news/2021/07/16/utverzhden-poryadok-dispansernogo-nablyudeniya-detey-s-onkogematologicheskimi-zabolevaniyami-/) 1 марта 2022 года.

В пояснительной записке к проекту изменений в порядки оказания медпомощи и диспансерного наблюдения по профилю «детская онкология и гематология» также отмечалось, что поправки в том числе необходимы из-за длительных сроков подготовки специалистов – детских онкологов-гематологов.

«Детская онкология-гематология» была внесена в квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием в 2020 году. Чтобы получить соответствующую должность, специалисту необходимо получить высшее медобразование по специальностям «лечебное дело» и «педиатрия», а также пройти профильную ординатуру, однако в России такая ординатура пока не проводится, поскольку не подготовлена необходимая нормативная база.

При этом «детская онкология-гематология» уже есть в [номенклатуре](http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202010020018) должностей медработников и [специальностей](https://vademec.ru/news/2019/11/26/nomenklatura-meditsinskikh-spetsialnostey-dopolnitsya-detskoy-onkologiey-gematologiey/) выпускников, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование. В марте 2022 года Минобрнауки России [утвердило](https://www.vademec.ru/news/2022/03/04/detskaya-onkologiya-gematologiya-ne-voshla-v-novyy-perechen-spetsialnostey-ordinatury/) обновленный перечень специальностей и направлений подготовки высшего образования, в том числе по разделу «здравоохранение и медицинские науки». К специальностям, по которым можно пройти ординатуру, добавилась «медицинская микробиология», однако в список не вошла «детская онкология-гематология», хотя подготовку врачей по ней планировалось начать с 2022 года. Новый перечень медицинских специальностей вступит в силу 1 сентября 2024 года.

*UPD. В новость от 5 августа 2022 года о том, что Минздрав 4 августа представил на общественное обсуждение*[*проект изменений*](https://regulation.gov.ru/Projects/List#npa=130245)*в приказ № 55н от 5 февраля 2021 года «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская онкология и гематология», 19 августа 2022 года внесены изменения в связи с*[*утверждением*](http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202208190023?index=0)*тематических поправок.*

*:*[*https://vademec.ru/news/2022/08/05/poryadok-medpomoshchi-po-detskoy-onkologii-i-gematologii-mozhet-vstupit-v-silu-tolko-cherez-dva-goda/*](https://vademec.ru/news/2022/08/05/poryadok-medpomoshchi-po-detskoy-onkologii-i-gematologii-mozhet-vstupit-v-silu-tolko-cherez-dva-goda/)

# **Минздрав готовит Положение об оказании скорой медпомощи**

Минздрав РФ разработал и направил отраслевым объединениям проект Положения об организации оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи. Предполагается, что положение заменит действующий профильный Порядок (приказ №388н от 20 июня 2013 года). В проекте документа говорится, что системы скорой помощи и медицины катастроф будут объединены. Кроме того, появятся новые нормативы, по которым будет формироваться число выездных бригад скорой помощи. Подробнее о предлагаемых Минздравом нововведениях – в обзоре Vademecum.

В мае 2022 года Минздрав уже [представлял](https://www.vademec.ru/news/2022/05/20/v-nomenklature-medorganizatsiy-mozhet-poyavitsya-regionalnyy-tsentr-skoroy-pomoshchi/) к общественному обсуждению похожий проект приказа – об утверждении Порядка оказания скорой медицинской помощи (СМП). Общественное обсуждение этого проекта проходило до 2 июня, но затем документ утвержден не был. В региональных отделениях Нацмедпалаты подготовили множество изменений к этому проекту, но большинство из них не были учтены.

Проект Положения об оказании СПМ Минздрав [разослал](http://www.noav.ru/?p=34402) отраслевым объединениям в середине августа. Этот документ дублирует многие пункты предыдущего проекта, но также вводит и новые нормы. В проекте положения описываются правила и условия оказания СПМ, ее формы, поводы для вызова бригад скорой помощи и другое. Отдельно в документе выделены штатные нормативы для учреждений СМП и выездных бригад, а также стандарты их оснащения. При этом в новой редакции документа отсутствует пункт о том, что подразделения СМП могут использоваться в качестве клинической базы медицинских вузов, колледжей и научных организаций, оказывающих медпомощь.

Новый проект приказа еще не представлен на Федеральном портале проектов нормативных правовых актов. Однако в тексте проекта говорится, что в случае утверждения приказ вступит в силу 1 марта 2023 года и будет действовать до 1 марта 2029 года.

**Структура подразделений СМП**

В проекте документа прописано, что медицина катастроф теперь входит в систему скорой медицинской помощи – создаются центры СМПиМК (скорой медицинской помощи и медицины катастроф), включающие как минимум 16 отделов (в том числе филиалы, аптеку, отдел эвакуации и другое). В штате таких центров будет 32 специалиста (от главного врача до провизора-технолога).

«Место расположения и территория обслуживания центра скорой медицинской помощи и медицины катастроф и его структурных подразделений устанавливаются с учетом численности и плотности населения, особенностей застройки, состояния транспортной инфраструктуры, интенсивности автотранспортного движения, протяженности населенного пункта, с учетом 20-минутной транспортной доступности», – сказано в документе.

Основные функции центров – это оказание скорой медпомощи, взаимодействие с экстренными службами и медицинская эвакуация населения в случае ЧС.

Также документом вводятся новые отделы медицинской эвакуации при центрах СМПиМК. Они возьмут на себя функции отделений экстренной консультативной СМП медучреждений, которые в новом положении не предусмотрены. В их функции входит экстренная доставка медработников к месту ЧС, организация взаимодействия с экстренными службами, мониторинг заполненности коечного фонда медучреждений и другое.

**Медицинская эвакуация**

В проекте положения также уточняется порядок, по которому принимается решение об эвакуации нуждающихся в экстренной помощи пациентов. Для этого организуется консилиум врачей (в том числе с помощью телемедицинских технологий). В консилиум должны быть включены специалисты того медучреждения, где находится пациент, а также станции СМП и медорганизации, в которую будет доставлен больной. Согласно действующему порядку, решение принимается руководителем или дежурным врачом больницы, где пациент проходит лечение.

Отдельно указано, что решение об эвакуации из медучреждения, в котором больному не могут оказать экстренную помощь, должно приниматься «не позднее двух часов с момента поступления пациента в указанную медицинскую организацию». Сама эвакуация должна быть осуществлена не позднее 12 часов с момента принятия решения об этом. Если речь идет о труднодоступных районах, то срок эвакуации может быть увеличен до 24 часов.

**Порядок формирования выездных бригад**

В новом положении введены нормативы, по которым формируется количество выездных бригад СПМ. Оно будет зависеть от радиуса территории обслуживания и численности обслуживаемого населения. Например, при радиусе до 20 км необходимо обеспечить работу не менее одной бригады на 10 тысяч взрослых и еще хотя бы одну – на 10 тысяч детей. Если радиус территории обслуживания превышает 50 км, то по одной бригаде должно быть на 6 тысяч взрослых и 6 тысяч детей.

«Специализированные выездные бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации формируются исходя из норматива: 1 бригада на 100 тысяч человек обслуживаемого населения», – говорится в проекте.

**Изменения в штатных нормативах**

По сравнению с действующим порядком изменения внесены и в рекомендуемое штатное расписание подразделений и выездных бригад СМП. Так, в штате станции СМП и отделения СМП прибавились три позиции (их стало 32): заместитель главврача по клинико-экспертной работе (один на станцию СМП), заведующий отделом – врач-методист (один на организационно-методический отдел станции) и врач-методист (один на каждые 100 тысяч вызовов СМП в год).

Штатные нормативы прописали и для оперативных отделов СМПиМК (раньше они относились к медорганизациям, оказывающим СМП вне медицинского учреждения). Предполагается, что в оперативных отделах будут работать кардиологи (5,75 ставки для обеспечения круглосуточной работы врачебно-консультативного поста), педиатры (столько же) и психиатры (6 ставок для обеспечения круглосуточной работы). Всего в штате отделов предусмотрено 9 позиций.

Помимо обеспечения круглосуточного приема обращений за СМП, контролем за работой выездных бригад и взаимодействия с экстренными службами, оперативные отделы должны будут определять повод для вызова скорой помощи в поступившем обращении, дистанционно консультировать обратившегося об оказании первой помощи до приезда бригады, а также дистанционно помогать самим выездным бригадам.

В штатном расписании стационарного отделения СМП количество позиций уменьшили с 35 до 22. Там не будет рентгенолаборанта, медицинского лабораторного техника и некоторых других позиций, зато появятся по 5,25 ставки врача-терапевта и врача-педиатра для обеспечения круглосуточной работы палаты краткосрочного пребывания, а также одна ставка старшего фельдшера для круглосуточной работы пяти выездных бригад СМП. Кроме того, изменены доли ставок остальных специалистов (например, 5,25 ставки медсестры теперь рассчитываются на 25 пациентов – раньше было на 50).

«Вместо кабинета клинико-лабораторной диагностики возможно оборудование отделения системой медицинской пневматической почты, предназначенной для передачи биологических образцов в лабораторию медицинской организации, в структуре которой создано отделение», – сказано в проекте.

**Отзывы членов Нацмедпалаты о проекте Положения об оказании СМП**

Некоторые новшества, предложенные в новом проекте, вызвали дискуссию в отраслевом сообществе. На совещании Национальной медицинской палаты 17 августа «наиболее дискутабельным» [назвали](https://nacmedpalata.ru/?action=show&id=37859) вопрос о введении норматива оказания СМП в неотложной форме. Предполагается, что бригада должна прибыть к пациенту в течение 120 минут с момента вызова (ранее норматив был установлен только для экстренного вызова скорой помощи – 20 минут).

«Это в первую очередь потребует очень значительных дополнительных затрат на укомплектование необходимого количества выездных бригад скорой помощи, не говоря о том, что в настоящее время территориальные программы развития здравоохранения позволяют финансировать 65–70% затрат на работу скорой помощи», – отметил в ходе заседания главврач Городской станции СМП Санкт-Петербурга Алексей Бойков. Он уточнил, что сейчас служба СМП в 60–70% случаев обеспечивает вызовы, относящиеся к компетенции неотложной помощи амбулаторного звена.

Бойков также добавил, что по сложившейся практике на неотложные вызовы едет первая освободившаяся бригада, которая не занята экстренным вызовом. Он предложил ввести компромиссный вариант, когда нормативы неотложной помощи будут устанавливать власти конкретного региона. А вот экс-министр здравоохранения Ростовской области Татьяна Быковская считает, что норматив должен быть единым для всех регионов, а ссылки на конкретные территории не являются корректными.

По мнению главы Депздрава Ивановской области [Светланы Москвиной](https://vademec.ru/news/2022/08/03/v-depzdrave-ivanovskoy-oblasti-vtoroy-raz-za-god-smenilsya-rukovoditel/), такой норматив для скорой помощи «приведет к полному разрушению существующей службы с учетом недоукомплектованности 53% выездных бригад». Москвина предложила сначала решить вопрос с кадрами в системе скорой помощи.

Практически все участники совещания призвали четко прописать в положении отличие неотложной помощи от экстренной. По итогам электронного голосования против введения норматива высказался 81% участников заседания.

Эксперты обсудили еще одну проблему, связанную с нормативами по числу выездных бригад СМП с учетом численности населения и радиуса обслуживания. В регионах, особенно дотационных, считает Татьяна Быковская, соблюсти эту норму невозможно, поскольку служба СМП финансируется территориальными фондами ОМС. Ряд коллег с ней не согласились, указывая на то, что на уровне субъекта РФ есть возможность дополнительного финансирования регионального здравоохранения, в том числе скорой помощи. Зампредседателя Врачебной палаты Тверской области Олег Самошин предложил ввести минимальный норматив, который власти региона по возможности будут увеличивать. Вопрос о числе реанимационных бригад также стоит отдать в ведение регионов, заключили эксперты.

Кроме этого, члены Нацмедпалаты предложили прописать в положении возможность привлечения старшекурсников медвузов и колледжей к работе в системе СМП в условиях дефицита кадров, а также установить 15-процентную надбавку медработникам СМП при работе с пациентами с туберкулезом, ВИЧ-инфекцией, COVID-19, психозами и прочими опасными заболеваниями.

**Замечания медработников к предыдущему проекту приказа (о Порядке оказания СМП)**

В проект Порядка оказания СМП, представленный в мае 2022 года, свои предложения [вносили](http://www.noav.ru/?p=34402) и медицинские работники. Среди десятков замечаний можно выделить несколько наиболее конкретных. Например, в оснащение автомобилей выездных бригад СМП предлагалось, помимо средств радиосвязи, добавить средства мобильной связи. Обосновывалось это тем, что рации не всегда могут покрыть район обслуживания бригады «с учетом пересеченной местности и погодных условий». Предложение не было учтено Минздравом: «Не ясно, что подразумевается под понятием «мобильная связь».

Споры среди медработников и экспертов вызвал также пункт об оснащении медиков скорой помощи планшетами на отечественной операционной системе (ОС). Врачи отметили невозможность выполнения этого пункта теми медорганизациями, которые уже имеют планшетные компьютеры на зарубежных ОС, поскольку переход на устройства с отечественной системой потребует «значительных дополнительных расходов бюджетных средств».

Также было предложено оснащать медиков планшетами с возможностью подключения к медицинским или государственным информационным системам. Алексей Бойков отметил, что внедрять планшеты на отечественной ОС нужно после ее разработки и апробации. В Минздраве на это ответили, что словосочетание «на базе отечественной операционный системы» предложено ведомственным Департаментом цифрового развития и информационных технологий.

https://vademec.ru/news/2022/08/22/minzdrav-gotovit-polozhenie-ob-okazanii-skoroy-medpomoshchi/

**РАЗНОЕ**

**Нацмедпалата разработала защищающие медиков при уголовном преследовании поправки**

Нацмедпалата подготовила поправки в № 323-ФЗ о праве медработника выходить за рамки стандартов медпомощи в ситуациях «крайней необходимости и обоснованного риска». Изменения должны защитить медиков при уголовном преследовании.

Группа юристов Национальной медицинской палаты подготовила поправки в ст.72 № 323-ФЗ о праве медиков выходить за рамки стандартов медицинской помощи в ситуациях «крайней необходимости» и «обоснованного риска». Глава Комитета Госдумы по охране здоровья **Дмитрий Хубезов** поддержал их и планирует внести соответствующий законопроект на рассмотрение депутатов, — сообщила «МВ» руководитель юридической службы НМП **Лилия Айдарова.**

Предлагаемые изменения должны защитить врачей при уголовном преследовании при применении к ним ст.109 УК РФ («Причинение смерти по неосторожности»), ст.118 УК РФ («Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности»), ст.238 УК РФ («Выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей»).

Общая норма о ситуациях «крайней необходимости» и «обоснованного риска» есть в УК РФ, она касается всех сфер деятельности. В НМП считают, что эти положения защищают врачей недостаточно и конкретизированные с учетом особенностей медицинской деятельности условия должны быть и в профильном для медиков законе «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Ключевым постулатом изменений является норма, согласно которой действия медицинского работника в условиях крайней необходимости или обоснованного риска не являются правонарушением и не подлежат ответственности.

Под понятием обоснованного риска понимается ситуация, когда сохранение жизни и здоровья пациента не могло быть достигнуто без вероятности причинения вреда. Например, при проведении сердечно-легочной реанимации, когда пациента удалось вернуть к жизни, но был перелом ребра. Обязательные условия ситуации «обоснованного риска»: ожидаемая польза превышала возможный риск причинения вреда пациенту, медицинским работником предприняты меры для избегания такой ситуации, медицинская помощь оказывалась с учетом профессиональных требований и индивидуального состояния пациента.

«В обсуждаемом законопроекте мы рассматриваем два варианта освобождения от ответственности.  Один — это крайняя необходимость, которая возможна  при оказании экстренной или неотложной медицинской помощи. Вторая ситуация — обоснованный риск, когда нет необходимости мгновенного срочного принятия решения и стандартные способы лечения не помогают. То есть речь идет об оказании плановой медицинской помощи. Действия медработника, даже если они сопряжены с нарушением норм, но соблюдались условия обоснованного риска, не будут считаться правонарушением и за это не будет ответственности», — уточнила Лилия Айдарова.

По ее словам, все возможные варианты лечения при оказании плановой медицинской помощи в условиях обоснованного риска, как и ранее, будут требовать добровольного информированного согласия пациента. «Только с согласия пациента медицинские работники могут принять решение и отойти от тех протоколов, которые применяются обычно, если они считают, что изменение привычного метода лечения может привести к позитивным для пациента последствиям», — уточнила Айдарова.

В России снова [растет](https://medvestnik.ru/content/news/SK-privel-novye-dannye-o-kolichestve-obvinyaemyh-v-yatrogennyh-prestupleniyah-medrabotnikov.html)количество сообщений в правоохранительные органы о преступлениях, связанных с дефектами оказания медицинской помощи. В 2021 году каждое третье обращение завершилось возбуждением уголовного дела, сообщал ранее «МВ». В 2021 году в Следственный комитет России (СКР) поступило 6248 заявлений от граждан о ятрогенных преступлениях, принято 2095 решений о возбуждении уголовных дел. Из них направлено в суд с обвинительным заключением 176 материалов. В 2020 году в СКР поступило 5452 сообщения, по которым было возбуждено 1639 уголовных дел (в суд с обвинительным заключением направлены материалы по 202 эпизодам).

В 2020 году в производстве российских судов по существу находилось минимум 149 уголовных дел, фигурантами которых были врачи, [подсчита](https://medvestnik.ru/content/articles/Process-s-anamnezom-Medvestnik-podschital-kolichestvo-vrachebnyh-del-v-sudah.html)л в прошлом году «МВ». Данные были взяты из государственной автоматизированной системы (ГАС) «Правосудие». Это самый минимум от реального количества: при подсчетах учитывались лишь несколько распространенных для подобных случаев статей Уголовного кодекса и только те дела, в которых был текст судебного акта. В совокупности по этим делам суды признали виновными по меньшей мере 60 врачей. В 47 случаях обвиняемые были оправданы либо дела были прекращены по реабилитирующим основаниям, например из-за примирения с потерпевшим. Чаще всего врачам вменяли в вину причинение смерти по неосторожности (не менее 97 дел).

По [данным](https://medvestnik.ru/content/news/Hirurgi-lidiruut-sredi-osujdennyh-medrabotnikov.html), которые приводил в 2019 году на «круглом столе» в Госдуме главный внештатный хирург Минздрава России, директор НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского **Амиран Ревишвили,**больше всего среди специалистов, осужденных в связи с врачебными ошибками и ненадлежащим оказанием медицинской помощи, врачей-хирургов (40%). На втором месте — акушеры-гинекологи (21%) и анестезиологи-реаниматологи (13%).

<https://medvestnik.ru/content/news/Nacmedpalata-razrabotala-zashishaushie-medikov-pri-ugolovnom-presledovanii-popravki.html>

**Глава профсоюза вновь попросил Минздрав не ухудшать ситуацию с «ковидными» выплатами**

Профсоюз работников здравоохранения РФ направил на имя главы Минздрава Михаила Мурашко еще одно обращение с просьбой расширить перечень получателей «ковидных» выплат и уточнить источник поступления в регионы средств на эти цели.

Глава профсоюза работников здравоохранения **Анатолий Домников** 12 августа снова направил в Минздрав обращение о ситуации с новыми правилами начисления «ковидных» выплат. Он попросил четко определить источники финансирования указанных льгот, конкретизировать условия и сроки их получения медперсоналом, [сообщила](https://solidarnost.org/articles/nadbavkam-propisali-obrezanie.html) профсоюзная газета «Солидарность».

Также профсоюз предлагает профильному министерству «в целях недопущения нарушения трудовых прав работников и предотвращения социальной напряженности в коллективах» включить в категории получателей выплат работников выездных бригад скорой медицинской помощи, диагностической службы, включая клинико-диагностические лаборатории, а также патологоанатомов, узких специалистов стационарного и амбулаторного звена, фельдшеров терапевтических участков поликлиник и водителей «скорой помощи».

Сейчас для значительной части людей, фактически участвующих в оказании медицинской помощи больным COVID-19, выплаты больше не предусмотрены вовсе, говорится в письме от 12 августа. Профсоюзная организация серьезно озабочена отсутствием дополнительных средств из федерального бюджета на установление компенсационных выплат врачам и медицинским работникам, борющимся с COVID-19. Так как источник компенсационных выплат неясен, есть опасения, что «это сброшено на регионы».

Отмечается, что в условиях не окончившейся пандемии «медработники заслуживают получать больше». Домников уже [обращался](https://medvestnik.ru/content/news/Profsouz-prizval-Minzdrav-i-Mintrud-k-sovmestnoi-rabote-nad-novym-poryadkom-kovidnyh-vyplat.html) в Минздрав и Минтруд с просьбой пересмотреть новые условия начисления «ковидных» выплат в июле.

Татарстанская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения России попросила правительство региона и Минздрав республики выделить ассигнования и включить станции скорой медицинской помощи в перечень медорганизаций, а также иные категории медиков, в число получателей компенсационных выплат.

Как заявил глава Тверской областной организации профсоюза **Вячеслав Грек,** если региональные власти дополнительных денег не выделят (в случае дотационных субъектов вероятность этого высокая), то главный врач будет вынужден перераспределять существующий фонд оплаты труда в пользу указанных в методических рекомендациях. Чьи-то зарплаты будут урезаны, а за этим непременно последует социальная напряженность.

В конце июля Минздрав и Минтруд [выпустили](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-i-Mintrud-razyasnili-novyi-poryadok-kovidnyh-vyplat.html) методические рекомендации с разъяснениями о порядке начисления компенсационных выплат за борьбу с COVID-19. Обновленные правила подразумевают, что с 1 июля 2022 года медработники, задействованные в борьбе с COVID-19, вместо фиксированных доплат будут получать компенсационные выплаты в размере 25% от оклада, — сообщал ранее «МВ». Определять перечни работников, причастных к оказанию медицинской помощи больным с коронавирусной инфекцией, должны региональные минздравы. Руководители медорганизаций должны составить списки должностей, которым предоставят выплаты.

Компенсации медработникам будут начисляться ежемесячно к окладу отдельно на основном месте работы и по совместительству с учетом районных коэффициентов и облагаться страховыми взносами. Если сотрудник отработал неполный месяц, то выплаты начислят на неполный оклад. Так как выплаты включили в зарплату, то их учтут при расчете среднего заработка, в том числе и для расчета оплаты отпуска, компенсации за неиспользованный отпуск и т.д.

После введения нового порядка «ковидных» выплат 78% российских врачей ожидает сильное сокращение доходов. В группе риска прежде всего молодые специалисты, [показало](https://medvestnik.ru/content/news/Pochti-80-vrachei-ojidaut-silnogo-snijeniya-dohodov-v-svyazi-s-novym-poryadkom-kovidnyh-vyplat.html) исследование, проведенное «МВ» и аналитической компанией RNC Pharma.

Глава профсоюза работников здравоохранения **Анатолий Домников** 12 августа снова направил в Минздрав обращение о ситуации с новыми правилами начисления «ковидных» выплат. Он попросил четко определить источники финансирования указанных льгот, конкретизировать условия и сроки их получения медперсоналом, [сообщила](https://solidarnost.org/articles/nadbavkam-propisali-obrezanie.html) профсоюзная газета «Солидарность».

Также профсоюз предлагает профильному министерству «в целях недопущения нарушения трудовых прав работников и предотвращения социальной напряженности в коллективах» включить в категории получателей выплат работников выездных бригад скорой медицинской помощи, диагностической службы, включая клинико-диагностические лаборатории, а также патологоанатомов, узких специалистов стационарного и амбулаторного звена, фельдшеров терапевтических участков поликлиник и водителей «скорой помощи».

Сейчас для значительной части людей, фактически участвующих в оказании медицинской помощи больным COVID-19, выплаты больше не предусмотрены вовсе, говорится в письме от 12 августа. Профсоюзная организация серьезно озабочена отсутствием дополнительных средств из федерального бюджета на установление компенсационных выплат врачам и медицинским работникам, борющимся с COVID-19. Так как источник компенсационных выплат неясен, есть опасения, что «это сброшено на регионы».

Отмечается, что в условиях не окончившейся пандемии «медработники заслуживают получать больше». Домников уже [обращался](https://medvestnik.ru/content/news/Profsouz-prizval-Minzdrav-i-Mintrud-k-sovmestnoi-rabote-nad-novym-poryadkom-kovidnyh-vyplat.html) в Минздрав и Минтруд с просьбой пересмотреть новые условия начисления «ковидных» выплат в июле.

Татарстанская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения России попросила правительство региона и Минздрав республики выделить ассигнования и включить станции скорой медицинской помощи в перечень медорганизаций, а также иные категории медиков, в число получателей компенсационных выплат.

Как заявил глава Тверской областной организации профсоюза **Вячеслав Грек,** если региональные власти дополнительных денег не выделят (в случае дотационных субъектов вероятность этого высокая), то главный врач будет вынужден перераспределять существующий фонд оплаты труда в пользу указанных в методических рекомендациях. Чьи-то зарплаты будут урезаны, а за этим непременно последует социальная напряженность.

В конце июля Минздрав и Минтруд [выпустили](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-i-Mintrud-razyasnili-novyi-poryadok-kovidnyh-vyplat.html) методические рекомендации с разъяснениями о порядке начисления компенсационных выплат за борьбу с COVID-19. Обновленные правила подразумевают, что с 1 июля 2022 года медработники, задействованные в борьбе с COVID-19, вместо фиксированных доплат будут получать компенсационные выплаты в размере 25% от оклада, — сообщал ранее «МВ». Определять перечни работников, причастных к оказанию медицинской помощи больным с коронавирусной инфекцией, должны региональные минздравы. Руководители медорганизаций должны составить списки должностей, которым предоставят выплаты.

Компенсации медработникам будут начисляться ежемесячно к окладу отдельно на основном месте работы и по совместительству с учетом районных коэффициентов и облагаться страховыми взносами. Если сотрудник отработал неполный месяц, то выплаты начислят на неполный оклад. Так как выплаты включили в зарплату, то их учтут при расчете среднего заработка, в том числе и для расчета оплаты отпуска, компенсации за неиспользованный отпуск и т.д.

После введения нового порядка «ковидных» выплат 78% российских врачей ожидает сильное сокращение доходов. В группе риска прежде всего молодые специалисты, [показало](https://medvestnik.ru/content/news/Pochti-80-vrachei-ojidaut-silnogo-snijeniya-dohodov-v-svyazi-s-novym-poryadkom-kovidnyh-vyplat.html) исследование, проведенное «МВ» и аналитической компанией RNC Pharma.

<https://medvestnik.ru/content/news/Glava-profsouza-vnov-poprosil-Minzdrav-ne-uhudshat-situaciu-s-kovidnymi-vyplatami.html>

**ОПРОС: 50% ВРАЧЕЙ НАЗВАЛИ ВОЗВРАТ НАДБАВОК МЕРОЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ ВОВЛЕЧЕННОСТИ В БОРЬБУ С COVID-19**

В мобильном приложении «Справочник врача» прошел опрос, посвященный увеличению числа заражений коронавирусной инфекцией в России. Среди ответов на вопрос, какие меры могут наиболее эффективно сдерживать рост заболеваемости, 50% респондентов назвали возврат «ковидных надбавок» и выплат, так как эта мера могла бы повысить вовлеченность медработников в борьбу с COVID-19 (полноценные спецдоплаты за лечение инфекции и страховые гарантии на случай заражения во время исполнения рабочих обязанностей были [отменены](https://vademec.ru/news/2022/07/16/otmeneny-strakhovye-vyplaty-medikam-za-zarazhenie-covid-19/) в июне-июле 2022 года).

Опрос проводился с 10 по 16 августа 2022 года, в нем приняли участие 1 627 врачей-специалистов.

Более половины (56,6%) опрошенных поддержали повторное возвращение ограничительных мер. Ранее ограничения не соблюдали 4% врачей (иногда соблюдали 12%) и не рекомендовали делать этого пациентам 2,7% (рекомендовали иногда соблюдать 8,6%). Соблюдали все вводимые ковидные ограничения 84% респондентов, 88,7% рекомендовали так поступать и своим пациентам.

Половина опрошенных в качестве меры для улучшения эпидемиологической обстановки поддержали социальную изоляцию людей. Также среди самых популярных ответов были обязательное ношение масок и перчаток в людных местах (43,4%), тотальный карантин по примеру Китая (31,8%), доступ в общественные места только по QR-коду (20,8%), принудительная вакцинация (19,8%) и уголовная ответственность за нарушение масочного режима (11,3%). В эффективности ограничительных мер уверены 56,5% медиков, не верят в них 24,4%. С тем, что принятые в 2020-2021 годах меры помогли снизить количество заболевших, согласились 26,6% опрошенных.

Также врачи назвали причины своего негативного отношения к коронавирусным ограничениям, среди них – отсутствие ресурсов для реального выполнения ограничений (43%), уменьшение зарплат не работавшим с ковидными больными специалистам (17,4%), отсутствие доверия к Минздраву и властям (16,1%) и недовольство «фактором принуждения» (12,1%).

Чуть менее 35% опрошенных отметили, что жители России охотнее соблюдали бы санитарные ограничения, если бы произошло «улучшение имиджа российского врача», а 31,8% согласились, что на положительное отношение повлияло бы информирование об актуальной эпидемиологической обстановке и исследованиях «понятным языком».

Коронавирусные ограничения были [сняты](https://www.vademec.ru/news/2022/07/01/rospotrebnazdor-snyal-vse-koronavirusnye-ogranicheniya/) Роспотребнадзором 1 июля 2022 года. Они действовали с 2020 года в связи с распространением COVID-19. По данным ведомства, недельный показатель заболеваемости «снизился более чем в 64 раза (с максимального 907,6 в середине февраля до текущего 14,06) и находится на минимальных значениях с начала пандемии». В последние несколько недель в России наблюдается рост заболеваемости коронавирусной инфекцией (так, 19 августа 2022 года было выявлено 37 609 случаев заражения, а, например, 21 июля – 6 391).  
Подробнее: <https://vademec.ru/news/2022/08/19/opros-50-vrachey-nazvali-vozvrat-nadbavok-meroy-po-povysheniyu-vovlechennosti-v-borbu-s-covid-19/>

**ЦЭККМП РАЗРАБОТАЛ ДЛЯ «КРУГА ДОБРА» МОДЕЛЬ РАСЧЕТА ПОТРЕБНОСТИ В ДОПФИНАНСИРОВАНИИ**

Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи (ЦЭККМП) Минздрава разработал методику и модель расчета потребности в финансовых ресурсах для обеспечения детей – подопечных госфонда «Круг добра» необходимыми им препаратами. В основе модели – данные о количестве утвержденных на сегодня заболеваний, информация о препаратах для проведения терапии и числе подопечных фонда.

Модель позволит рассчитать потребность в финансовых ресурсах для обеспечения детей в возрасте до 18 лет, а также подопечных, достигших совершеннолетия, на ближайшие семь лет – с 2023 года по 2030 год.

В середине мая 2022 года председатель правления «Круга добра» Александр Ткаченко [рассказал](https://vademec.ru/news/2022/05/19/krug-dobra-prorabotal-vopros-o-medpomoshchi-podopechnym-kotorye-dostignut-18-let/) Vademecum, что фонд проанализировал затраты на оказание медицинской и лекарственной помощи за 2021 год и направил эти данные в Минздрав. Эта информация, по задумке представителей фонда, должна была позволить Правительству РФ принять решение, будут ли дети после достижения ими 18 лет оставаться подопечными фонда и на протяжении какого периода.

Проработать вопрос обеспечения препаратами, медизделиями и техническими средствами реабилитации подопечных фонда «Круг добра» после достижения ими совершеннолетия президент Владимир Путин [поручил](https://vademec.ru/news/2022/01/06/podopechnymi-fonda-krug-dobra-smogut-stat-patsienty-starshe-18-let/) правительству в январе 2022 года. Исполнить поручение необходимо было до 15 февраля 2022 года.

В июле Минздрав [представил](https://regulation.gov.ru/projects?type=ListView#npa=129284) на общественное обсуждение законопроект, разрешающий «Кругу добра» оказывать пациентам с орфанными заболеваниями необходимую помощь (речь о препаратах, медизделиях и технических средствах реабилитации) на протяжении 12 месяцев с момента достижения ими совершеннолетия. По подсчетам фонда, таких детей будет всего 70–100 человек в год.

<https://vademec.ru/news/2022/08/19/tsekkmp-razrabotal-dlya-kruga-dobra-model-rascheta-potrebnosti-v-dopfinansirovanii/>

**Россиян без их ведома записывают к врачам: что стоит за фейковыми приписками на «Госуслугах»**

Россиян «лечат» без их личного присутствия. Человек может зайти на сайт «Госуслуги» и обнаружить, что он — постоянный клиент местной больницы, хоть по факту он ни разу не обращался к врачу. Более того, судя по оказанным услугам, внезапно может выясниться, что вы были серьезно больны, прошли обследование и долго лечились. В ситуации разбиралась **Общественная служба новостей.**

**ПО ВСЕЙ СТРАНЕ**

Пару лет назад**житель Санкт-Петербурга Сергей Иванов** запросил выписки на «Госуслугах» и был неприятно удивлен. Оказалось, что на протяжении года каждый месяц к нему приходил участковый врач.

**«Я же никогда не вызывал медика на дом»**

«Оплата за один его визит, выплаченная страховой компанией, небольшая, но какая сумма накопилась за год? При этом врачи в поликлинике – чудесные люди. Что происходит – непонятно», – поделился Сергей.

В этом году с подобной ситуацией столкнулась жительница Оренбургской области, которая по факту посещала поликлинику раз в год, а «по бумажке» ходила к врачу, как на работу. А в Иваново обладатель зубных протезов был в легком шоке, когда обнаружил, что уже несколько лет наблюдается у стоматолога.

Похожая история случилась с **66-летней Натальей Степановной Журавель из Краснодарского края**. Через портал государственных услуг она хотела уточнить дату посещения травматолога, зашла в свой личный кабинет и увидела, что… практически постоянно вызывала врача на дом, хотя этого не делала.

**БЕЗ БОЛИ БОЛЬНАЯ**

«Все началось, когда я заказала выписку: «Сведения о оказанных медицинских услугах и их стоимости» за период с 09.09.2016 по 29.09.2021. В документе указано, что я практически регулярно получала: «Прием (осмотр, консультация) фельдшера на дому! Последний раз — якобы 4 августа прошлого года», — поделилась Наталья Степановна.

Женщина заметила, что за эти пять лет всего один раз вызывала скорую помощь — когда упала на тротуаре.

**«Поставьте себя на мое место: Вы смотрите сведения об оказанной Вам медицинской помощи и видите, что почти каждый месяц к Вам домой приезжает фельдшер, чего на самом деле не было»**

«Я связалась с государственными органами, в том числе с ФОМС по Краснодарскому краю. Были проведены медико-экономические экспертизы. В итоге из сведений об оказанных медицинских услугах за счет средств фонда ОМС сначала убрали приписки за 2021 год, а потом за 2019 и 2020 год», – вспомнила женщина.

Наталья Степановна рассказала, что обратилась в отдел МВД России по Щербиновскому району и в Следственное Управление Следственного Комитета по Краснодарскому краю, обращение было перенаправлено в прокуратуру.

«Деньги фонда ОМС предназначены для оказания медицинской помощи больным людям. Присваивание их – это воровство у больных детей, стариков, инвалидов. Речь идет не о формальных приписках в целях улучшения статистики, а о длящемся мошенничестве, когда осуществлялось воровство денег, предназначенных для оказания медицинской помощи людям. Представьте, каким личными нравственными качествами нужно обладать, чтобы такое творить и работать в системе здравоохранения?! Деньги нужны? Мало платят?» – возмутилась Наталья Журавель.

**ЧАСТАЯ СИТУАЦИЯ**

Данная проблема возникла не сегодня, приписки начались в 2013-2014 годах и массово начали выявляться людьми в 2015-м, заметил **заслуженный юрист РФ Иван Соловьев.**

«Люди заходили в свой личный кабинет на сайте ФОМС и обнаруживали, что «прошли» комплексную диспансеризацию или циклом посещали узкопрофильного специалиста. Поначалу проверяющие пытались списать все на некачественную работу операторов, которые набирают в форму медицинские услуги, оказанные пациенту. Получалось, что они ошибочно вводили данные других пациентов», – объяснил Иван Соловьев.

Затем все-таки выяснилось, что приписки вынужденная для поликлиник мера: они должны регулярно отчитываться о выполнении плана по приему пациентов и проведению диспансеризации, продолжил он.

**«При этом деньги из фонда поступают на счёт поликлиники и расходуются на зарплаты, премии и другие нужды».**

«Опасность таких действий для простого пациента в том, что ему может быть приписана услуга, которую государство оплачивает с определённой периодичностью (например, раз в год или в два), кроме того, искажается реальная картина о состоянии здоровья человека, – рассказал Иван Соловьев. – Опасения же людей, что в результате приписок будут выбраны все деньги, выделенные на человека в фонде, относятся к разряду страшилок. Все дальнейшие необходимые расходы государства будут в обязательном порядке произведены за счёт ФОМа, то есть за счёт тех, кто не пользовался или почти не пользовался медицинскими услугами».

В целом же, наличие такой ситуации говорит о нездоровой обстановке в российском здравоохранении, когда отчетность и выполнение планов и разнарядок выходит на первое место по сравнению со здоровьем людей и элементарной порядочностью, заключил он.

**БЫЛ В ГЕРМАНИИ? НЕ, У ВРАЧА В РАЙОНКЕ!**

**Глава Лиги защитников пациентов Александр Саверски**й сообщил, что сейчас «приписок» стало гораздо меньше, несмотря на то, что раньше это было практически нормой. Фактически в 2014 году начался переход системы здравоохранения на оплату в поликлиниках не за пролеченный случай, как раньше, а за прикрепленный контингент. Связан этот переход был именно с приписками.

**«В 2013 году только в Москве было оказало 700 миллионов услуг. А в 2014, когда Москва перешла на подушевое финансирование, стало 400 миллионов. То есть 300 миллионов оказались «прописками»!**

«В 2015 году, если посмотреть отчет городского фонда ОМС в Москве, еще 29,5% диспансеризаций и профосмотров были «приписками». А сейчас, после ковида, трудно понять, что происходит: у нас не было профильной помощи в 2020-2021 годах. Сейчас она постепенно возвращается, и, возможно, люди скоро тоже задумаются об этой проблеме. Но до 2020 года было ее резкое уменьшение», – продолжил Александр Саверский.

По его словам, где-то народ удивлялся: «Я пять лет в Германии живу, а у меня каждый месяц прием у разных специалистов в России!».

Он рассказал, что в госпитальном звене проблема остается. Там оплата идет за клинико-статистическую группу, где пациенты разделены по видам сложности заболевания, состояния здоровья и так далее.

**«Но у меня простой вопрос. Неужели сложно объявить простой аппендицит гнойным перитонитом, чтобы получить денег, сложно?»**

«Я уверен, что они так и делают. Поэтому у нас количество сложных хирургических операций возросло. Количество высокотехнологичной медицинской помощи тоже увеличилось. Оно и объективно: денег на это стали выделять больше, появился отдельный сегмент. Но к нам обращаются люди, говоря: «Я пришел к врачу после операции на сердце, а кардиолог мне говорит: «Я что-то не понял, а зачем тебя вообще оперировали? У тебя не было показаний», — поделился Александр Саверский.

**ПРИПИСКА! ЧТО ДЕЛАТЬ?**

Ответил **генеральный директор АО «Мосэкспертиза», основатель системы обязательного медицинского страхования, профессор, доктор экономических наук Владимир Гришин:**

«Для начала могу посоветовать срочно обратиться в страховую компанию и попросить разобраться, в чем дело. Но если вы не посещаете врача, то списание денег на вряд ли произойдет, потому что это может быть просто технический вопрос», — поделился он.

<https://www.osnmedia.ru/obshhestvo/rossiyan-bez-ih-vedoma-zapisyvayut-k-vracham-chto-stoit-za-fejkovymi-pripiskami-na-gosuslugah/?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**Занимаются не пациентами, а бумагами: почему российские врачи тратят половину рабочего времени на бюрократию**

Как минимум половину времени, положенного на осмотр пациента, российские врачи тратят на заполнение необходимой документации. Такие цифры в разговоре с RT назвали практикующие медики и эксперты, которые занимаются проблемой дебюрократизации медицины. По словам специалистов, введение системы заполнения электронных документов в этой сфере нередко приводит к тому, что врачи вынуждены тратить ещё больше времени. Как из-за бюрократии и бумажной волокиты врачи теряют деньги, а пациенты — время, читайте в материале RT.

«Каждый раз, приходя на дежурство, мы заполняем три журнала учёта наркотических препаратов, журналы передачи мобильного устройства, учёта медицинского оборудования и состояния автомобиля», — перечисляет работающий в Орле фельдшер скорой помощи Дмитрий.

По его словам, в течение смены, которая длится 24 часа, он также заполняет карты вызова, когда приезжает к пациентам. Во время осмотра минимум половину времени, если не 60%, занимает не взаимодействие с человеком, а заполнение необходимой документации, отмечает медик.

Все эти бумаги потом проверяют не только старшие врачи, но и сотрудники фонда обязательного медицинского страхования. Если в документах будут найдены ошибки или недочёты, страховщики могут снизить выплаты за конкретного пациента, а это, в свою очередь, может сказаться на зарплате Дмитрия и его коллег.

«Пару лет назад у нас на станции оштрафовали человек 300 — 80% сотрудников. Дело в том, что по клиническим рекомендациям нельзя снижать пациенту давление больше, чем на 25%. Высокое давление — один из самых частых вызовов скорой помощи. И вот страховая компания посмотрела документацию, посчитала, на сколько каждая бригада снизила давление каждому такому пациенту, и оштрафовала тех, кто превысил клиническую рекомендацию», — рассказывает Дмитрий.

Помимо уже упомянутых документов, он и его коллеги также заполняют журналы, куда вписывают данные о больных с инфекционными заболеваниями, отравлениями, случаи самоубийства и т. д. Документы по передаче пациента в поликлинику в последнее время перевели в электронный вид, и это, признаёт мужчина, несколько упростило процесс.

«Сложно, когда пациент тяжёлый, а ты один фельдшер в бригаде и не можешь оставить его и тратить время на то, чтобы заполнять документы по дороге в больницу. При таком адреналине легко можно ошибиться или что-то недописать, и за это потом оштрафуют, когда сотрудник страховой компании проверит документацию и найдёт ошибку в документе. Я могу спасти человека, но получить штраф за то, что ошибся в карточке на суточной смене», — рассказывает собеседник RT.

Цена ошибки

Штрафы, о которых говорит Дмитрий, по закону не относятся напрямую к зарплатам врачей, фельдшеров и медсестёр. Страховые компании, работающие в системе ОМС, по итогам проверки документации могут штрафовать государственные больницы и поликлиники, и, таким образом, уменьшается сумма выплат медучреждениям от фонда ОМС.

«Страховщики проверяют медицинские документы, чтобы лечение, которое проводят в медучреждениях, соответствовало клиническим требованиями. Но часто попутно с помощью штрафов подрезается сумма выплат. Формально они не могут оштрафовать врачей, но у медучреждений есть заранее запланированный бюджет, из которого они не могут выйти, поэтому им приходится на чём-то экономить, чтобы выплатить штрафы. Часто их вычитают из зарплаты медработников, которые ошиблись в заполнении документации», — пояснил в беседе с RT российский хирург, заместитель председателя комитета Госдумы по охране здоровья Бадма Башанкаев.

По его словам, он, как практикующий врач, не раз сталкивался с бумажной волокитой, которая отнимает время. В Госдуме Башанкаев организовал рабочую группу по правам медработников, которая в том числе разрабатывает меры по снижению нагрузки на медиков в сфере документации. Депутат подчёркивает, что часть бумаг, которые заполняют врачи и средний медперсонал, нужны только проверяющим из органов, в том числе правоохранительных.

«Врачам надо постоянно оправдываться перед проверяющими органами в том, почему мы приняли то или иное решение. В истории болезни пациента море ненужной для врачей информации. Например, сотрудники страховой компании очень внимательно смотрят на формальные признаки соответствия лечения поставленному диагнозу. То есть смотрят и спрашивают: «А почему вы не провели ещё вот эти два анализа, которые положены при таком диагнозе? А почему этот пациент у вас пролежал в стационаре дольше положенного срока? Докажите, что это было оправданно», — поясняет он.

Огромный объём документов, которые приходится заполнять медработникам, сказывается не только на них самих, но и на пациентах, отмечает Башанкаев. Все врачи, с которыми пообщался RT в рамках подготовки материала, подтвердили, что во время приёма пациентов не меньше половины времени они тратят не на сам осмотр, а на заполнение истории болезни.

«Есть ещё важный момент: когда пациент получает на руки от врача шесть листов, исписанных с обеих сторон, он не понимает, что с этим делать дальше. Я в своей практике трачу много времени, чтобы объяснить человеку, куда дальше нести документы и что они означают», — добавляет хирург.

Компьютер против медиков

«У меня есть 12 минут на осмотр пациента. Из них больше половины я трачу на то, чтобы заполнить документы. Причём бывает так, что мне приходится этим заниматься после того, как человек уходит из моего кабинета: не всегда во время приёма я успеваю и качественно провести осмотр, и заполнить все документы, чтобы не отвлечься и не ошибиться. Поэтому другим пациентам в очереди приходится сидеть и ждать», — рассказывает 33-летняя Елена (имя изменено. — RT), участковый терапевт в поликлинике при районной больнице в Ярославской области.

С начала 2022 года в её медучреждении активно вводят электронную амбулаторную карту. Однако врач отмечает, что это не только не облегчило работу с документами, но и увеличило время их заполнения.

«Если раньше всё это можно было быстренько написать от руки, то сейчас это занимает больше времени, потому что в этой базе надо открыть список, найти там нужное лекарство, кликнуть на него и так далее. Мне это, в принципе, даётся легко, но вот мои коллеги — в основном люди в возрасте, и для них это трудно. Например, сегодня я пришла помогать заполнить документы педиатру, которая совсем не дружит с компьютером: она не понимает, какие кнопки нажимать. Представляете, сколько времени ей нужно, чтобы заполнить историю болезни? А ведь за дверью её ждут пациенты», — говорит Елена.

Она добавляет, что сама электронная база зависает как минимум раз в день из-за того, что в их поликлинике плохое интернет-соединение. Это тоже удлиняет время приёма пациентов, потому что выписать назначение к узкому специалисту или на сдачу анализов Елена может только с помощью электронной базы.

«Раз или два в месяц база перестаёт работать, нам об этом сообщает местный сисадмин. Все направления к специалистам у нас только через базу, и если вдруг она зависает, то пациентам, которые в этот день пришли за направлением, приходится потом приходить ещё раз», — говорит врач.

Но самое большое количество времени у неё отнимает заполнение личной карты пациентов, которые обращаются за оформлением инвалидности. Дело в том, что врачу-терапевту необходимо внести в электронную базу результаты всех многочисленных обследований и анализов, которые проходят люди.

«Все эти данные я должна перепечатать с бумажных протоколов и заключений. Там огромное количество цифр, терминов и других данных. И мы не можем, например, отсканировать эти документы и прикрепить к личной карте пациента. Нет, мы должны все эти огромные тексты впечатать вручную. Лично у меня на одного такого пациента уходит по два часа в течение трёх дней. Сейчас у меня десять человек ждут, когда я внесу их документы в базу. Если честно, я вообще не знаю, где мне найти время, чтобы всё успеть сделать», — возмущается Елена.

О необходимости перевести российское здравоохранение на электронный документооборот говорят уже не одно десятилетие. Первый национальный стандарт электронной истории болезни, который был утверждён на федеральном уровне, ввели в действие ещё в 2008 году. Тогда же по поручению президента России была запущена программа по информатизации здравоохранения, на которую выделили 30 млрд рублей. Федеральное финансирование этой программы завершилось спустя шесть лет. С 2014-го развитие электронных медицинских систем происходит в том числе за счёт бюджетов самих медучреждений.

С 1 февраля 2021 года в силу вступил приказ Минздрава РФ №947н, который позволяет медучреждениям полностью перейти на электронный оборот медицинских документов. Это дало врачам возможность отказаться от двойной работы: заполнять бумажные документы, а затем дублировать их в электронную базу.

«Этот приказ — ключевой документ для отрасли, который позволит медицинским организациям перейти от бумажного документооборота к электронному. До сегодняшнего дня существовала проблема. Мы уже второй год живём в федеральном проекте создания единого цифрового контура, а сам процесс цифровизации идёт ещё дольше — с начала 2000-х годов. И мы до сих пор обязаны были вести всю медицинскую документацию в бумажном виде. Приказ закрепляет правовой статус электронного документооборота, позволяя медицинским организациям отчитываться перед контрольно-надзорными органами в цифровом формате», — подчеркнул тогда замминистра здравоохранения РФ Павел Пугачёв.

Но как отмечают специалисты, простой перевод документов в электронный формат не решит проблему бумажной волокиты для медработников. Проведённый приложением «Справочник врача» в июне этого года опрос показал, что почти пятая часть российских медиков не имеет доступа к интернету на рабочем месте.

Согласно исследованию, 84,14% медработников регулярно используют компьютер в повседневной работе, однако 17% опрошенных не имеют доступа в интернет. У 57% респондентов рабочий компьютер подключён к медицинской информационной системе (МИС). Хотя 64% медиков отметили, что цифровизация помогает им в работе, меньше половины опрошенных считают, что МИС удовлетворяет их рабочие потребности (16,6%) или удовлетворяет частично (27,8%).

Как отмечает Бадма Башанкаев, создать удобную для медиков электронную форму заполнения документов — задача непростая.

«Во-первых, есть сложности с технической частью: необходимы серверы, нормальная скорость передачи данных, хорошее интернет-соединение в самих медучреждениях. Во-вторых, наши сегодняшние правила ведения медицинской документации базируются на указах и подзаконных актах, принятых в 80-х годах прошлого века. Недостаточно просто перевести бумажные истории болезни в компьютер, нужна новая архитектоника этого документа. Когда неподготовленным программистам дают разрабатывать бланки истории болезни, надо понимать, что они не врачи. Необходимо, чтобы с ними работали консультанты — сами медработники, которые объяснили бы им, что и как им будет удобно заполнять», — поясняет Башанкаев.

Сейчас в электронном формате медикам приходится по несколько раз вводить одни и те же данные. Если в бумажных бланках можно было просто проставить галочки напротив терминов, то в электронной базе нужно разворачивать списки, выбирать нужное слово и отмечать его. Уже один этот процесс увеличивает время заполнения документов.

«В результате время заполнения электронной истории болезни увеличилось на 30—40% по сравнению с бумажным вариантом», — говорит депутат.

«Мы не секретари»

В свою очередь, главный редактор портала о взаимоотношениях медиков с пациентами, СМИ и правоохранительными органами «Медицинская Россия» Игорь Артюхов отмечает, что и сами медработники нередко сопротивляются переходу на электронный документооборот.

«Во-первых, очень много врачей у нас — пожилые люди, особенно это касается первичного звена здравоохранения (поликлиники, амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты. — RT). Некоторые из них не могут даже мышку держать в руках, а оставляют их работать потому, что других специалистов нет», — отмечает собеседник RT.

По его словам, он нередко сталкивается с тем, что врачи, которые работали по определённой схеме 10—30 лет, воспринимают изменения в штыки.

«Когда я работал врачом около десяти лет назад, сам видел такую картину, когда в поликлинике установили компьютеры. Сидит дерматолог, женщина старше 60 лет, печатает одним пальцем текст на клавиатуре и рыдает. В другой ЦРБ у врача того же возраста сломался монитор, так она впала в истерику, потому что думала, что все данные пропали. Пришлось объяснять ей, что это всего лишь монитор. К сожалению, зачастую на местах учить врачей старшего возраста работе на компьютерах просто некому», — рассказывает Артюхов.

По данным Росстата, в 2020-м средний возраст медработника в РФ был 44,2 года. Категория медиков в возрасте от 40 до 49 лет составляла 28,3% от общего количества, а от 50 до 59 лет — более четверти (25,9%) от всех занятых в отрасли. 9,7% медиков были старше 60 лет.

Ещё одна проблема, подчёркивает собеседник RT, связана с перекладыванием работы на средний медицинский персонал.

«Перекладывание рутинного процесса на медсестёр происходит в медучреждениях повсеместно. Иногда это действительно связано с тем, что врач физически не успевает и заниматься пациентом, и заполнять все документы. Но иногда это связано с ленью врача и нежеланием выполнять свою работу. Нельзя разгружать одного сотрудника в ущерб другому», — отмечает он.

Медсестра, которая работает в отделении анестезиологии, интенсивной терапии и реанимации в одном из столичных федеральных медцентров, рассказала RT, что ей трудно перечислить за один раз все документы, которые она должна заполнять на работе. Среди них — журналы движения больных, учёта операций, учёта лекарственных средств, передачи ключей от сейфа временного хранения, регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

«Мы также заполняем анестезиологическую карту, наркотический лист (на мой взгляд, абсолютно бесполезный документ), недавно начали заполнять отдельный лист А4 на периферический венозный катетер. Сложность ещё и в том, что мы пишем сначала от руки, а потом дублируем информацию в компьютерную систему. Но мы ведь не секретари, у нас ещё есть пациенты, с которыми надо работать. Поэтому заполнять все документы в течение рабочей смены не успеваем», — добавила собеседница.

Игорь Артюхов считает, что для облегчения работы медсестёр и врачей необходимо не только перейти на удобную электронную форму, но и снизить объём информации, которую они должны записывать.

«Нужно сократить количество информации в документах. Например, надо прекратить обязывать врачей описывать норму. Сейчас медработник в истории болезни должен описать не только жалобы пациента и симптомы болезни, но и его нормальное состояние! «Слизистые нормальные розовые, кожные покровы сухие, нормальные» — зачем это делается?» — сетует эксперт.

По его мнению, медицине необходим полный переход на электронную историю болезни, за исключением листа назначений. При этом история болезни не должна потерять информацию, необходимую врачам, которым передают пациента.

«Задача в том, чтобы врач, к которому направили больного, мог зайти в единую базу, ввести данные пациента и увидеть полную историю его болезни: как и кто его лечил, какие жалобы были и т. д. То есть вопрос не просто в сокращении документооборота, а в том, чтобы избавиться от бессмысленной информации», — подытожил Артюхов.

RT направил запрос в Минздрав РФ с просьбой прокомментировать, как проходит цифровизация документооборота в медучреждениях, с какими трудностями сталкиваются сотрудники и какие меры принимаются для облегчения нагрузки врачей и медсестёр. На момент публикации ответ не пришёл.

<https://russian.rt.com/russia/article/1038340-vrachi-rossiya-byurokratiya?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**В Москве создадут сеть скоропомощных стационарных комплексов**

В ближайшие годы в Москве запустят сеть скоропомощных стационарных комплексов. В течение первых часов после госпитализации пациенты из любого района столицы смогут оперативно получить всю необходимую помощь. Комплексы будут оснащены медоборудованием и вертолетными площадками.

В Москве в ближайшие годы будет сформирована сеть скоропомощных стационарных комплексов (ССК) с уникальным медицинским оборудованием и вертолетными площадками. В течение первых часов после госпитализации пациенты из любого района столицы смогут максимально оперативно получить всю необходимую помощь. Об этом [заявил](https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/news/default/card/6613.html) заместитель мэра Москвы по вопросам градостроительной политики и строительства **Андрей Бочкарев.**

Сейчас комплекс при больнице им. В.В. Вересаева готов на 75%, при НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского — на 84%, при Боткинской больнице — на 65%. После завершения строительных работ в зданиях начнется подготовка к приему пациентов: в них установят высокотехнологичное диагностическое оборудование и мебель.

Подобные комплексы строятся и на территории городских клинических больниц № 15 им. О.М. Филатова и им. В.М. Буянова. Кроме того, на базе городской клинической больницы № 1 им. Н.И. Пирогова ведется капремонт корпуса, в котором расположится шестой скоропомощный стационарный комплекс.

По словам замруководителя Департамента здравоохранения Москвы **Алексея Сапсая,** ССК повысит оперативность и качество оказания медицинской помощи пациентам, состояние которых требует экстренного вмешательства. В приемных отделениях внедрят принцип «триаж» — при поступлении пациентов будут распределять по категориям в зависимости от степени тяжести их состояния: «красная», «желтая» и «зеленая».

Среди современной техники будут многофункциональные аппараты КТ, МРТ, рентген-установки, аппараты УЗИ экспертного класса, эндоскопическое оборудование. Для проведения хирургических вмешательств в новых комплексах оборудуют разнопрофильные операционные: гибридные и ангиографические.

<https://medvestnik.ru/content/news/V-Moskve-sozdadut-set-skoropomoshnyh-stacionarnyh-kompleksov.html>