****

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДАЙДЖЕСТ**

**(период с 22 по 28 июля 2024 года)**

**ПРАВИТЕЛЬСТВО/ГД/СФ**

**Путин поручил увеличить размер налогового вычета за диспансеризацию**

Россияне, регулярно проходящие диспансеризацию, получат налоговые бонусы. Таким образом государство надеется мотивировать граждан к ведению здорового образа жизни.

Президент **Владимир Путин** поручил главам правительства и Госдумы **Михаилу Мишустину** и **Вячеславу Володину** доработать проект изменений в Налоговый кодекс, предусмотрев существенное увеличение размера стандартного налогового вычета по налогу на доходы физических лиц, который будет предоставлен налогоплательщикам, регулярно проходящим диспансеризацию и успешно выполняющим нормативы ГТО. [Список поручений](http://www.kremlin.ru/acts/assignments/orders/74632) по итогам совещания с членами правительства 4 июня опубликован 24 июля на сайте Кремля.

Таким образом, по мнению главы государства, будет создан эффективный механизм мотивации граждан к ведению здорового образа жизни. Доклад по этому поручению ответственные должны представить до 5 августа 2024 года.

О том, что государство планирует поощрять активно участвующих в диспансеризации граждан через налоговый вычет, стало известно в мае. Тогда Минфин внес в правительство пакет законопроектов по изменению системы налогообложения. Одна из новелл предполагает, что на граждан, которые выполнили нормативы ГТО и прошли диспансеризацию, будут распространяться стандартные налоговые вычеты, [сообщал «МВ»](https://medvestnik.ru/content/news/Gosudarstvo-budet-pooshryat-aktivno-uchastvuushih-v-dispanserizacii-grajdan-cherez-nalogovyi-vychet.html).

В перечне поручений содержится также указание Минздраву до 15 декабря установить сроки, в течение которых осуществляется отсроченное обслуживание рецептов на получение лекарств. В июне министерство [собиралось внести](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-uvelichit-srok-otsrochennogo-obslujivaniya-receptov-do-30-dnei.html) в приказ об отсроченном использовании рецептов на лекарства норму в 30 дней, в течение которых льготники смогут пользоваться отсроченным обслуживанием в аптеках. Затем был разработан проект приказа об установке до десяти дней максимального срока на отсроченное обслуживание льготных рецептов на лекарства. Рецепты с пометкой «cito» («срочно») будут обслуживаться в срок, не превышающий трех рабочих дней. Покупателей будут оповещать о поступлении товара через звонки или СМС.

Кроме того, президент рекомендовал главам Орловской области и Ханты-Мансийского автономного округа – Югры принять меры по завершению строительства и вводу в эксплуатацию до конца 2024 года Орловской областной клинической больницы и Центральной больницы на 1100 коек в Нижневартовске. Доклады по этим вопросам Путин ждет до 1 сентября.

<https://medvestnik.ru/content/news/Putin-poruchil-uvelichit-razmer-nalogovogo-vycheta-za-dispanserizaciu.html>

**Правительственная комиссия одобрила законопроект о более жестком регулировании страховщиков**

Правительственная комиссия одобрила законопроект, предусматривающий ряд изменений в работе страховых медицинских компаний и ограничения на доступ частных клиник в систему ОМС. Ранее его рассмотрение неоднократно переносили со ссылкой на слишком жесткое регулирование и негативные последствия для рынка.

Госдума рассмотрит доработанный ко второму чтению законопроект об изменениях в работе страховых медицинских компаний (СМО) с застрахованными. Новеллы предполагают более жесткий [контроль](https://medvestnik.ru/content/news/FOMS-nameren-differencirovat-oplatu-raboty-strahovyh-kompanii.html) со стороны Фонда ОМС (ФОМС), в том числе штрафы в размере до 10% от суммы средств, перечисленных его территориальными фондами на расходы на ведение дела за период, во время которого установлены нарушения. Перечень нарушений и размеры штрафов будут определяться в форме типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, [пишут](https://www.vedomosti.ru/society/articles/2024/07/23/1051520-strahovim-medorganizatsiyam-rasshiryat-polnomochiya-po-soprovozhdeniyu-zastrahovannih) «Ведомости».

В соответствии с поправками территориальные фонды ОМС (ТФОМС) будут выступать третьей стороной при заключении договоров на оказание и оплату медпомощи по ОМС между СМО и медорганизацией. Изменения будут внесены в ч.7 ст.14 закона «Об ОМС». ФОМС будет вести мониторинг деятельности СМО, работающих в сфере ОМС, и предоставлять информацию из него физическим и юридическим лицам, органам власти, а также Банку России.

Более детально прописан порядок работы страховых представителей. Информация о них должна размещаться на сайтах СМО, ТФОМС и портале госуслуг. Уточняется, что к полномочиям страховых представителей относится информирование по вопросам, связанным с ОМС и оказанием медпомощи, а также помощи застрахованным для предъявления претензий к больницам и поликлиникам.

Страховщики также будут включены в перечень предприятий, которым разрешено делать рассылки для информирования застрахованных. В ч.9 ст.14 закона «Об ОМС» появились новые пункты, согласно которым страховщики вправе осуществлять сопровождение застрахованных, в том числе информационное, на всей территории страны.

Доработанный законопроект меняет также содержание ч.2 ст.15, касающейся медицинских организаций. Алгоритмы включения клиник в реестр работающих по ОМС прописаны отдельно для государственных, муниципальных и частных медорганизаций. Для первых двух групп включение в реестр проходит на основании уведомления. Частные клиники должны будут подать заявления, а ТФОМС — принять и рассмотреть их. При этом критерии для отбора коммерческих организаций установит правительство, следует текста законопроекта. Кроме того, новеллы предлагают упрощение процедур подключения государственных и муниципальных больниц к системе ОМС.

Как сообщили в пресс-службе Всероссийского союза страховщиков (ВСС), законопроект существенно расширяет функционал СМО. В частности, страховые организации получат функции по сопровождению и защите прав застрахованных экстерриториально. Документ также предусматривает сбор и обобщение сведений о работе СМО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС. ФОМС совместно с ВСС разработают методику сбора таких данных, что повысит информированность застрахованных при выборе страховой организации.

Законопроект был внесен в Госдуму в 2019 году, но с тех пор его неоднократно [отправляли](https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-vernulo-na-dorabotku-proekt-zakona-ob-izmenenii-pravil-raboty-SMO.html) на доработку, в том числе из-за давления бизнес-кругов. В 2022 году ВСС направил вице-премьеру **Татьяне Голиковой** письмо, в котором указал, что ряд предложений страховщиков не был учтен в финальной версии документа, а его текущая редакция при росте инфляционных процессов может привести к «снижению финансовой устойчивости участников системы ОМС».

<https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvennaya-komissiya-odobrila-zakonoproekt-o-bolee-jestkom-regulirovanii-strahovshikov.html>

# **Медвузам могут запретить обучать непрофильных специалистов**

Медицинским вузам могут запретить подготовку непрофильных специалистов, чтобы сконцентрировать образовательные ресурсы на решении проблемы кадрового дефицита в отрасли. В качестве компенсации им пообещали увеличить контрольные цифры приема.

Медицинским вузам планируют запретить готовить специалистов с непрофильным высшим образованием ради скорейшей ликвидации дефицита врачебных кадров в здравоохранении, сообщила 24 июля вице-премьер **Татьяна Голикова** на форуме «Здоровое общество 2024», передает корреспондент «МВ».

По ее словам, вузам Минздрава будет рекомендовано переоценить подходы к подготовке медицинских кадров, несмотря на то, что они используют эту возможность, чтобы зарабатывать внебюджетные средства.

«Мы анализировали ситуацию по вузам Министерства здравоохранения. Этот анализ показывает, что часть вузов готовит других специалистов немедицинской направленности. Высвобождение этого потенциала важно для подготовки профильных специалистов. Уважаемые коллеги, нужно переоценить свои подходы к подготовке медицинских кадров. Это важно не для конкретного вуза, это важно для страны», — заявила Голикова.

Есть планы увеличить контрольные цифры приема (КЦП) по медицине, прежде всего число целевых мест. Для ликвидации кадрового дисбаланса текущих мер недостаточно и нужны мероприятия, которые будут давать быстрый эффект. Прежде всего это организация внутрирегиональной [мобильности](https://medvestnik.ru/content/news/Deputaty-rassmotryat-popravki-v-TK-RF-o-povyshenii-trudovoi-mobilnosti.html) медицинских работников и привлечение в медорганизации ординаторов в качестве врачей-стажеров. Из 19 тыс. ординаторов около 5 тыс. могут закрывать дефицит, пояснила Голикова.

При этом она сообщила, что ряд регионов не выполнили поручения президента по увеличению количества бюджетных мест в средних профессиональных учебных заведениях. Какие именно субъекты, не уточнялось. Поручение было дано в связи с тем, что численность среднего медперсонала в России [снижается](https://medvestnik.ru/content/news/Gosudarstvennye-medorganizacii-v-Rossii-poteryali-za-proshlyi-god-9-7-tys-vrachei.html) год к году.

В прошлом году правительство [поручило](https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-planiruet-dobavit-budjetnyh-mest-v-medicinskih-vuzah-i-kolledjah.html) профильным ведомствам и регионам подготовить предложения по увеличению количества бюджетных мест по наиболее востребованным специальностям в медицинских вузах и колледжах и разработать дополнительные меры по трудоустройству выпускников, писал «МВ». В том числе речь идет о целевом обучении. В 2023 году по программам специалитета в подведомственные Минздраву вузы на первый курс было зачислено 33 тыс. абитуриентов, из них на целевые места — более 24 тыс. В последние три года контрольные цифры приема в рамках специалитета по медицинским и фармацевтическим специальностям выросли на 3%, по программам ординатуры — на 13%.

На решение проблемы врачебного кадрового дефицита в здравоохранении требуется не менее 5—6 лет, комплекс мер для решения этой задачи проработан, [заявлял](https://medvestnik.ru/content/news/Murashko-poprosil-na-reshenie-kadrovoi-problemy-v-otrasli-4-5-let.html) в мае министр здравоохранения **Михаил Мурашко**. Ликвидация кадрового дефицита в отношении среднего медперсонала может занять 4—5 лет. В прошлом году в отрасль пришли около 10 тыс. врачей.

По данным Минздрава, дефицит врачей в России сейчас [составляет](https://medvestnik.ru/content/news/Murashko-nazval-realnyi-deficit-vrachei-v-Rossii.html) около 25—26 тыс. человек, среднего медперсонала — около 50 тыс.

По мнению экспертов, регионам следует тщательнее планировать кадровую политику, [разрабатывать](https://medvestnik.ru/content/news/V-nezavisimom-profsouze-nazvali-vynujdennye-pererabotki-vrachei-pozorom-dlya-strany.html) адресные меры социальной поддержки, создавать региональные кадровые центры, развивать механизмы целевого обучения и материальной поддержки «целевиков» за счет средств работодателя. Пока государственные учреждения проигрывают в конкуренции частным: как по условиям труда, так и в зарплатах. По оценкам независимых профсоюзов, отток персонала из отрасли не прекращается в первую очередь из-за [низких зарплат](https://medvestnik.ru/content/news/V-nezavisimom-profsouze-nazvali-vynujdennye-pererabotki-vrachei-pozorom-dlya-strany.html) и переработок.

<https://medvestnik.ru/content/news/Medvuzam-mogut-zapretit-obuchat-neprofilnyh-specialistov.html>

**До 2030 года сокращенную переподготовку пройдут 30 тысяч врачей**

## Вице-премьер РФ Татьяна Голикова на форуме «Здоровое общество» анонсировала комплекс мер из будущего нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь», направленных на сокращение дефицита медкадров. Одна из инициатив – уменьшение сроков переподготовки не менее 5 тысяч врачей по «узким» специальностям ежегодно. К 2030 году их количество должно достигнуть 30 тысяч.

Также до 2030 года планируется внедрить механизм работы врачей вахтовым методом – к тому моменту до 6 тысяч врачей будут временно трудоустраиваться в недоукомплектованные медучреждения своих регионов проживания. Еще один шаг – трудоустройство 5 тысяч ординаторов второго года обучения врачами-стажерами. Голикова считает, что только эти три меры позволят компенсировать более 50% дефицита кадров.

Предполагается, что к 2030 году во всех регионах России будут созданы кадровые центры, направленные на организацию управлением персоналом. Программы повышения квалификации должны будут пройти 26 тысяч медработников бригад скорой помощи и 20 тысяч специалистов, участвующих в оказании медпомощи пациентам с сахарным диабетом. Также будет кратно повышено число обученных медиков со средним медобразованием – с 6 тысяч в 2023 году до 60 тысяч в 2030-м.

Татьяна Голикова отметила, что не все регионы «закрывают» контрольные цифры по обучению среднего медперсонала: «Есть соответствующее поручение главы государства об увеличении приема в средние специальные медицинские учебные заведения для увеличения подготовки специалистов, но, к сожалению, вынуждена констатировать – не буду называть регионы, они известны, – что некоторые субъекты не выполнили поручение президента. Еще раз, пользуясь сегодняшним форумом, обращаю внимание уважаемых коллег на необходимость исполнения поручения главы государства».

Такие показатели, как контрольные цифры приема (КЦП) по программам среднего профобразования и высшего образования (65 090 и 27 160 в 2023 году соответственно), только будут определены. В последнем случае, по словам вице-премьера, КЦП будут увеличены за счет сокращения немедицинских специальностей.

«Мы анализируем ситуацию и по вузам Министерства здравоохранения. Этот анализ показывает, что часть вузов готовит и других специалистов немедицинской направленности, поэтому высвобождение этого потенциала важно для подготовки профильных специалистов. Конечно, вы скажете, что вузы используют эту возможность для того, чтобы зарабатывать внебюджетные средства, но, уважаемые коллеги, нужно переоценить свои подходы подготовки медицинских кадров. Это важно не для конкретного вуза, это важно для страны», – подчеркнула Татьяна Голикова.

В июне 2023 года Минздрав РФ [утвердил](https://vademec.ru/news/2023/06/02/minzdrav-predstavil-novye-trebovaniya-k-obrazovaniyu-medikov-do-2025-goda/) очередную версию приказа с квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием. Документ с 1 сентября 2023 года заменил аналогичный приказ №707н от 8 октября 2015 года. Новый регламент позволил еще большему числу медиков сменить специальность по направлениям «онкология», «общая гигиена», «эндокринология», «неврология», «эпидемиология», «урология», «детская онкология-гематология» и некоторым другим. Действовать приказ будет до 1 сентября 2025 года.

В марте 2024 года Минздрав [утвердил](https://vademec.ru/news/2024/03/19/regulyator-utverdil-poryadok-dopuska-ordinatorov-na-rabotu-vrachami-stazherami/) порядок допуска ординаторов к работе на должности врача-стажера. Разрешение вступить в должность, гласит документ, будет выдавать специальная комиссия, предварительно изучив пакет документов заявителя. Возможность работать стажерами у ординаторов появилась с 1 апреля – соответствующие поправки ранее были внесены в №323-ФЗ по поручению президента Владимира Путина.

Среди требований к кандидатам: обучение в ординатуре больше года, наличие диплома специалиста по лечебному делу, педиатрии, медико-профилактическому делу, стоматологии, остеопатии, медицинской биохимии, медицинской биофизике или медицинской кибернетике, а также свидетельства о прохождении первичной аккредитации специалиста.

<https://www.vademec.ru/news/2024/07/24/do-2030-goda-sokrashchennuyu-perepodgotovku-proydut-30-tysyach-vrachey/>

**На здоровье! В регионах будут менять систему ОМС**

Система ОМС в малых населенных пунктах в регионах России нуждается в изменениях. Сейчас она ориентируется на количество прикрепленных по ОМС граждан. То есть, чем меньше людей прикрепилось, тем меньше денег дают каждой конкретной поликлинике или больнице. А так как в селах становится меньше людей, то и прикрепленных тоже становится меньше. Вслед за этим сокращается финансирование, и получается замкнутый круг: меньше денег — меньше специалистов, хуже больницы — люди уезжают туда, где лучше. Чтобы окончательно не «потерять село», в Госдуме хотят продумать механизм, который будет ориентироваться не только на количество прикрепленных по ОМС, рассказала **зампред Комитета ГД по аграрным вопросам Юлия Оглоблина**.

«Готовлю предложения по изменению системы сельского здравоохранения. Эта проблема особо ощутима там, где происходят оптимизации поликлиник и больниц. Происходит это потому, что основным источником финансирования сельских учреждений здравоохранения являются средства, поступающие из Фонда обязательного медицинского страхования. Ключевую роль при расчете объема средств, поступающих в конкретную медорганизацию, играет численность населения, которая в сельской местности заведомо меньше, чем в крупных городах. С 2024 года при распределении средств ОМС учитывается, в том числе, плотность населения, устанавливаются коэффициенты для разных медицинских организаций в зависимости от комплектности, радиуса обслуживания, транспортной доступности и других особенностей. Конечно, в селах есть отток населения, и если мы продолжим работать по этой системе, то рискуем ослабить здравоохранение на селе. А без врачей невозможно привлекать людей на село. А без них, в свою очередь, невозможно гарантировать продовольственную безопасность», — пояснила депутат.

Чтобы разобраться в системе и найти верное решение, в Госдуме было организовано совещание, в котором приняли участие **председатель Комитета ГД по охране здоровья Бадма Башанкаев**, представители Минздрава России, Всероссийской Ассоциации развития местного самоуправления, Народного фронта и медицинского сообщества, добавила Оглоблина.

«Прорабатываем возможность изменения механизма распределения субвенций Федерального фонда ОМС между регионами. В том числе, чтобы выделить повышающий коэффициент при финансировании учреждений здравоохранения в опорных населенных пунктах. Готовлю запросы в регионы для сбора предложений», — заключила она.

<https://aif.ru/society/healthcare/na-zdorove-v-regionah-budut-menyat-sistemu-oms?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fdzen.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D>

**В СФ считают, что денег на ОМС в регионы надо выделять больше**

Проблема с просроченными задолженностями медицинских организаций в системе ОМС наблюдается не первый год, основной причиной является то, что средств, которые получают регионы, недостаточно, рассказала председатель Комитета СФ по социальной политике Елена Перминова в эфире [«Вместе-РФ»](https://vmeste-rf.tv/).

Мы наблюдаем такую проблему, она сложилась не в этот год. Можно говорить, несколько лет происходит такое напряжение в системе ОМС. И главная причина, на наш взгляд, это все-таки недостаточно средств, которые получают наши субъекты, Елена Перминова, глава Комитета СФ по социальной политике

Она добавила, что должно быть как общее решение этой проблемы, так и индивидуальный подход. Сенатор отметила, что необходимо добиваться того, чтобы субвенция на ОМС в субъектах РФ увеличивалась. Она уточнила, что работа в этом направлении ведётся не первый год.

Парламентарий рассказала, что ранее был проработан вопрос относительно северных территорий, но, например, в Магаданской области все ещё недостаточно средств.

Глава комитета также обратила внимание на вопрос зарплат в медицинской сфере. В некоторых регионах врачи работают на полторы ставки, специалистов не хватает. По её словам, это вопрос не может быть решен в рамках субвенции, но можно рассмотреть вариант трансферта на эти цели.

Ранее глава Счётной палаты РФ Борис Ковальчук рассказал, что СП направила в кабмин предложения по повышению доступности медицинской помощи, в том числе в малых городах и селах. В частности, рекомендовано предусмотреть меры для [минимизации числа переездов медработников](https://senatinform.ru/news/schyetnaya_palata_schitaet_neobkhodimym_podnyat_vyplaty_po_programme_zemskiy_doktor/) в другие регионы, на более высокие зарплаты, в том числе увеличив размер единовременной выплаты по программе «Земский доктор».

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко сообщал, что с 2025 года планируется переход на [новую систему оплаты труда медиков](https://senatinform.ru/news/trud_medikov_budut_oplachivat_po_novym_pravilam/).

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

**МИНЗДРАВ/ФОМС**

**Возраст скрининга на гепатит C в России планируют снизить до 18 лет**

Скрининг на гепатит C в России могут начать проводить не с 25, а с 18 лет. Поправки Минздрав внесет в порядок прохождения диспансеризации.

Минздрав планирует внести новые изменения в порядок прохождения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров. В частности, возраст прохождения скрининга на антитела к гепатиту C могут снизить с 25 до 18 лет, сообщила 23 июля на пресс-конференции главный внештатный специалист по медицинской профилактике ведомства **Любовь Дроздова**, передает корреспондент «МВ».

По ее словам, поправки проходят финальную стадию согласования. На сколько увеличится охват россиян такими скринингами, Дроздова не уточнила, отметив лишь, что таких пациентов будет очень много.

Скрининг на гепатит C в России [включен в профосмотры](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-vkluchit-v-profosmotry-vzroslyh-skringing-na-gepatit-C.html) взрослого населения с 2024 года. Исследование на антитела к гепатиту С разрешено проводить гражданам в возрасте 25 лет и старше один раз в десять лет путем определения суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови. В Минздраве отмечали, что это «позволит обеспечить раннее выявление гепатита С».

В апреле финансирование мер по борьбе с гепатитом С погрузили в госпрограмму «Развитие здравоохранения», [сообщал «МВ»](https://medvestnik.ru/content/news/Finansirovanie-mer-po-borbe-s-gepatitom-S-pogruzili-v-gosprogrammu.html). Деньги в регионы должны направляться на обеспечение находящихся под диспансерным наблюдением пациентов с таким диагнозом противовирусными лекарственными препаратами в амбулаторных условиях.

Росстат фиксировал резкий рост заболеваемости социально значимыми болезнями — сифилисом, ВИЧ и туберкулезом, а также острыми гепатитами в 2023 году, [писал «МВ»](https://medvestnik.ru/content/news/Rosstat-zafiksiroval-rezkii-rost-zabolevaemosti-ostrymi-gepatitami-i-sifilisom-v-nachale-goda.html). Эксперты связывают тенденцию с ужесточением требований к медработникам к подаче данных о таких пациентах, однако не исключают и влияния специальной военной операции. Заболеваемость острыми гепатитами в начале 2023 года выросла на 45%, среди них наибольшую динамику показали гепатит А (в 1,5 раза, за месяц заболели около 300 человек) и гепатит С (+42%, около 100 человек). Заболеваемость гепатитом B выросла на 11%.

<https://medvestnik.ru/content/news/Vozrast-skrininga-na-gepatit-C-v-Rossii-planiruut-snizit-do-18-let.html>

**Минздрав обновил клинрекомендации по лечению ВИЧ-инфекции у взрослых**

Минздрав РФ представил обновленные клинические рекомендации по лечению ВИЧ-инфекции у взрослых, разработанные Национальной вирусологической ассоциацией и Московским онкологическим обществом. Прошлая версия документа датирована 2020 годом. В числе нововведений – расширение числа учреждений, имеющих право диагностировать ВИЧ-инфекцию, увеличение этапов диагностики, включение информации о лечении COVID-19 у пациентов с ВИЧ и другие.

Согласно Правилам поэтапного перехода медорганизаций к работе по клинрекомендациям, [**применение**](https://www.vademec.ru/news/2024/01/17/minzdrav-predstavil-novye-pravila-poetapnogo-perekhoda-na-klinicheskie-rekomendatsii/) утвержденных в документе изменений отложено до 1 января 2025 года.

В новых клинрекомендациях обозначено, что ВИЧ-инфекция у пациента может быть установлена только после заключения, сделанного врачом Центра по профилактике и борьбе со СПИД или другой уполномоченной специализированной медорганизации в результате полного комплекса диагностики, включающего эпидемиологические и клинические данные, а также результаты лабораторных исследований. В предыдущей версии документа указывалось, что диагностировать ВИЧ-инфекцию могут только специалисты из центров СПИД.

Согласно клинрекомендациям, диагностика ВИЧ-инфекции происходит в три этапа (прошлая вариация документа предполагала два), включающих в себя установление факта инфицирования ВИЧ путем лабораторных исследований, постановку предварительного диагноза и составление плана диспансерного наблюдения, установление развернутого клинического диагноза – определение стадии и маркеров прогрессирования ВИЧ-инфекции.

Кроме того, при постановке пациента на диспансерный учет рекомендуется провести комплекс диагностических исследований на такие заболевания, как сифилис, вирусные гепатиты C и B, токсоплазмоз, туберкулез. Женщинам также необходимо пройти обследование с целью выявления патологии шейки матки.

В регламенте зафиксированы и особенности течения COVID-19 на фоне иммунодефицита. Так, люди с ВИЧ могут столкнуться с более тяжелыми проявлениями коронавирусной инфекции из-за сочетанной патологии. Кроме того, специфическим проявлением COVID-19 при ВИЧ выступает поражение коронавирусом макрофагов (клетки, поглощающие чужеродные или вредные для организма частицы) и лимфоцитов (основные клетки иммунной системы, помогающие вырабатывать антитела). Бессимптомное течение COVID-19, согласно документу, отмечается не менее чем у 20% заболевших в общей популяции людей, однако среди ВИЧ-инфицированных пациентов число таких случаев составляет 2,6%. Анализ клинических симптомов также продемонстрировал, что среди людей с ВИЧ, заразившихся коронавирусной инфекцией, наиболее часто встречаются такие проявления заболевания, как усталость и слабость (82,1%), потеря обоняния и вкуса (66,6%), повышенная температура (61,5%).

Помимо этого, в новых клинрекомендациях прописаны особенности вакцинации ВИЧ-инфицированных пациентов от COVID-19, кори, краснухи, ветряной оспы, гриппа и других заболеваний, а также обозначены способы развития, течения и лечения анемии, являющейся наиболее частым гематологическим осложнением у ВИЧ-инфицированных людей (до 95% от всех пациентов).

Предыдущую версию клинрекомендаций по лечению ВИЧ-инфекции у взрослых Минздрав [**принял**](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/79_1) в 2020 году. Она должна была действовать до 2022 года. В октябре 2021 года Правительство РФ [**поручило**](https://vademec.ru/news/2021/10/21/v-rossii-usovershenstvuyut-klinicheskie-rekomendatsii-po-lecheniyu-vich-infektsii/) профессиональным НКО и Минздраву разработать и представить до 2024 года усовершенствованные **[клинрекомендации](https://nvarus.ru/klinicheskie-rekomendacii/)** по методам профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции. Задача была включена в план мероприятий по реализации Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в России до 2030 года.

В феврале 2022 года Минздрав [**утвердил**](https://vademec.ru/news/2022/02/17/dlya-beremennykh-s-vich-infektsiey-razrabotany-otdelnye-klinicheskie-rekomendatsii/) клинрекомендации по терапии ВИЧ-инфекции у беременных. Ранее их не выделяли в отдельную группу: беременные пациентки с ВИЧ были включены в клинические рекомендации по терапии ВИЧ-инфекций у взрослых от 2019 года. Однако после обновления документа беременных из него исключили. Среди прочего в новой версии клинических рекомендаций расширили критерии назначения схемы антиретровирусной терапии беременным, а также пересмотрели применение ряда препаратов.

<https://vademec.ru/news/2024/07/23/minzdrav-obnovil-klinrekomendatsii-po-lecheniyu-vich-infektsii-u-vzroslykh/>

**РАЗНОЕ**

**Страховщики раскритиковали новую редакцию приказа Минздрава об экспертизе медпомощи**

Всероссийский союз страховщиков дал отрицательный отзыв на разработанный Минздравом проект приказа о критериях оценки качества медицинской помощи. По мнению страхового сообщества, представленные в нем критерии недостаточны для проведения экспертных мероприятий и требуют существенной доработки.

Всероссийский союз страховщиков (ВСС) попросил Минздрав и Федеральный фонд ОМС (ФОМС) доработать проект приказа о критериях оценки качества медицинской помощи как «не отвечающий современным требованиям к обеспечению гарантий прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи надлежащего качества». Принятие документа в существующем виде приведет к размыванию ответственности медучреждений за нарушения и деградации механизмов экспертного контроля, говорится в письме, которое 19 июля президент ВСС **Евгений Уфимцев** направил председателю ФОМС **Илье Баланину** (копия есть в распоряжении «МВ»).

Среди критически важных замечаний эксперты отмечают, что в проекте приказа, который был разослан участникам страхового рынка на прошлой неделе, «требования [клинических рекомендаций](https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-poruchil-strahovshikam-podgotovit-chek-listy-dlya-sootvetstviya-medpomoshi-klinrekam.html) отражены выборочно, в существенно усеченном виде», «не предусмотрено ни одно из положений порядков оказания медицинской помощи, в том числе вопросы переводов пациентов по различным условиям оказания медицинской помощи в зависимости от их видов, что не позволит контролировать соблюдение преемственности медицинской помощи».

Так, например, в рамках экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) по проектируемым критериям невозможно оценить своевременность оказания помощи, поскольку в ряде случаев не установлены временные интервалы, в течение которых должны быть проведены исследования. То же касается правильности выбора методов диагностики, профилактики и лечения — для них не установлены исчерпывающие критерии оценки качества медпомощи, которые совпадали бы в полной мере с порядками и клиническими рекомендациями. Таким образом из ЭКМП полностью исключаются требования к первичному осмотру пациента и срокам оказания такой помощи, необходимости установления предварительного диагноза и формирования планов обследования и лечения; требования к установлению клинического диагноза, к назначению и выписке лекарственных препаратов, к корректировке плана обследования и лечения с учетом состояния пациента.

Важно, что корректировке подверглись социально значимые с демографической точки зрения заболевания — онкологические и сердечно-сосудистые, что противоречит поставленным государством задачам по снижению смертности. Например, из 15 действующих критериев оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке молочной железы исключены шесть, устанавливающие сроки начала терапии (адъювантной, таргетной, гормональной, лучевой), проведения антибактериальной профилактики при хирургическом лечении.

Проект документа не содержит значительное количество групп критериев, предусмотренных в действующем Приказе Минздрава России № 203н от 10.05.2017, в том числе тех, которые вносят существенный вклад в достижение национальных целей развития до 2030 года и влияют на репродуктивное здоровье граждан. В том числе необоснованно исключены 127 групп критериев при злокачественном новообразовании предстательной железы, болезнях щитовидной железы, отдельные состояния при сахарном диабете, острые аппендициты, панкреатиты, кишечные непроходимости, полипы слизистых оболочек, инвалидизирующие артриты, нефротические синдромы, болезни мочеполовой системы, беременность и др.

Сокращено количество критериев оценки лечения при остром нарушении мозгового кровообращения, а при геморрагическом инсульте изъят пункт, согласно которому системный внутривенный тромболизис должен быть проведен пациенту не позднее 40 минут с момента постановки диагноза.

«По ряду болезней в рамках первичной медико-санитарной помощи предусматривается только один или два критерия, которые, по сути, не отражают качество оказанной медицинской помощи: например, выполнен прием (осмотр, консультация) врача, проведена одна манипуляция. Такой критерий, как «Назначен осмотр/прием врача», «Назначены лекарственные препараты», «Назначено обследование», не служит конечным результатом медицинской помощи и не может быть оценен», — говорится в примечаниях к документу.

В проекте не предусмотрены критерии оценки качества медицинский помощи по значительному объему заболеваний, по которым нет действующих клинических рекомендаций. В 2023 году 12,1% всех случаев медицинской помощи, по которым проводились экспертизы [медико-экономические экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи], были связаны с заболеваниями, критерии качества для которых в проекте предлагается исключить. Указанные случаи содержали 26,7% нарушений.

Необоснованное исключение критериев качества медицинской помощи по ряду заболеваний приводит к риску невозможности оценки качества медицинской помощи по ним при осуществлении контроля не только на уровне страховой медицинской организации (СМО), но также на уровне территориального фонда ОМС (ТФОМС) и ФОМС. Это повлечет «снижение качества медицинской помощи», «нарушение права застрахованных лиц на предоставление им своевременной и качественной медицинской помощи», а также «деградацию механизмов независимого экспертного контроля» и «снижение ответственности медицинских организаций за нарушения требований к оказанию медицинской помощи», прогнозируют участники страхового рынка.

Проектируемые критерии также не позволят контролировать рациональность расходов на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС, говорится в обращении.

«В проекте многие критерии качества обрублены. Критериев своевременности оказания медпомощи и достижения запланированного результата практически нет. Надеемся, что Минздрав услышит мнение профессионалов и переработает документ», — сообщил «МВ» эксперт, близкий к ВСС, на условиях анонимности.

«МВ» направил запросы в Минздрав и ФОМС с просьбой прокомментировать причины сокращения списка критериев оценки качества медицинской помощи по сравнению с действующим приказом № 203н, а также ответить на вопросы: будут ли учтены предложения страхового сообщества о сохранении действующего перечня критериев для ЭКМП, каким образом будут обеспечены гарантии прав граждан на бесплатное оказание медпомощи надлежащего качества.

В 2022 году сумма финансовых санкций к медорганизациям из-за дефектов при оказании помощи [превысила](https://medvestnik.ru/content/news/Meduchrejdeniya-poteryali-na-shtrafah-za-nekachestvennoe-okazanie-pomoshi-v-2022-godu-23-mlrd-rublei.html) 23 млрд руб. Почти в половине регионов совокупный размер штрафов превышал 0,9% от общей суммы счетов за медицинскую помощь. Тогда же сообщалось, что ФОМС разрабатывает [новую систему](https://medvestnik.ru/content/news/FOMS-razrabatyvaet-novuu-sistemu-proverok-meduchrejdenii.html) контроля за качеством помощи в рамках ОМС. Планируется внедрить риск-ориентированный подход к проверкам медучреждений: чаще проверяться будут онкологические и сосудистые учреждения, а также те, в которых уже выявлялись нарушения.

<https://medvestnik.ru/content/news/Strahovshiki-raskritikovali-novuu-redakciu-prikaza-Minzdrava-ob-ekspertize-medpomoshi.html>

**Глава Мордовии пообещал решить вопрос дефицита кадров вахтовым методом**

В Мордовии планируют решить вопрос нехватки врачей вахтовым методом — их будут «возить» из крупных медцентров в села. Глава республики привел в пример опыт работы специалистов в Херсонской области.

В Мордовии уже готовы внедрить вахтовый метод работы для врачей, сообщил 24 июля глава республики **Артем Здунов** на форуме «Здоровое общество» в Москве. По его словам, сейчас есть «дисбаланс медицинских кадров – профицит врачей в крупных медорганизациях и их дефицит в первичном звене»: в городском стационаре на одного врача может приходиться по 5—7 коек, на амбулаторном приеме у врача-специалиста может быть по 30 и более пациентов за смену.

«Я считаю, один из выходов – это внутренняя мобильность. Если врачей не хватает на местах, будем их возить. У нас очень хороший опыт – 50 наших врачей постоянно работают в Херсонской области: ведут диспансерное наблюдение (диспансеризация там составляет 100%), работают педиатры и все ключевые специалисты. То же самое мы можем сделать в районах – реализовать вахтовый метод», — предложил Здунов.

Он также указал на необходимость привлекать к работе ординаторов второго года обучения, врачей-стажеров. Кроме того, обеспечивать систему здравоохранения необходимыми специалистами помогает переподготовка врачей.

В начале 2024 года в правительстве придумали оригинальный способ решения проблемы нехватки врачей в отдаленных поселках — направлять медработников на работу туда вахтовым методом. При этом изученные данные показали, что сейчас работодатели заманивают врачей на вахты на зарплату больше 200 тыс. руб. Опрошенные «МВ» эксперты признают, что если денег на это не выделит федеральный центр, то регионы попросту будут отправлять в командировки медработников с помощью административного давления.

Подробнее о том, к чему может свестись инициатива для врачей, «МВ» писал [здесь](https://lib.medvestnik.ru/articles/Ne-mytem-tak-katanem.html).

<https://medvestnik.ru/content/news/Glava-Mordovii-poobeshal-reshit-vopros-deficita-kadrov-vahtovym-metodom.html>