Выступление на заседании Государственного совета Министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой


В.СКВОРЦОВА.

Уважаемый Владимир Владимирович! Уважаемые члены президиума, коллеги!

Основные направления развития здравоохранения в нашей стране определены указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года. Все стратегические документы, предусмотренные указами, были разработаны и утверждены в установленный срок. В настоящее время для их реализации начаты и активно проводятся широкомасштабные преобразования, главной целью которых является совершенствование, доступность и качество медицинской помощи. Для достижения этой цели необходимо иметь достаточное количество квалифицированных медицинских кадров, оснащённое современной инфраструктурой здравоохранение. Необходимо выстраивание современной логистики оказания медицинской помощи, а также достаточные финансовые ресурсы.

В 2011 году стартовали программы модернизации и развития здравоохранения в нашей стране, которые были направлены прежде всего на создание условий для оказания качественной медицинской помощи на всей территории страны в соответствии с трёхуровневой системой оказания медицинской помощи. К приоритетам были отнесены развитие первичной медико-санитарной помощи населению, проживающему в отдалённых районах и в сельской местности – по результатам модернизации количество ФАПов, фельдшерских пунктов, сельских амбулаторий, врачебных общих практик увеличилось на 1765 на территории страны, – совершенствование специализированной помощи, в том числе экстренной, в рамках оказания помощи в межмуниципальных центрах – количество таких центров и, соответственно, коек в этих центрах увеличилось

больше чем в два раза, – внедрение высокотехнологичной медицинской помощи, о чём уже было сказано, на территориях самих субъектов Российской Федерации – в настоящее время количество учреждений, оказывающих высокотехнологичную помощь, увеличилось почти в два раза, а число больных, пролеченных в региональных учреждениях, – более чем в четыре раза. Для всей страны в целом за два года фондооснащённость и фондовооружённость здравоохранения увеличились более чем на треть.

Хотелось бы отметить, что особое внимание уделялось равнодоступности оказания медицинской помощи, в том числе в труднодоступных районах страны. Для этого активно развивались выездные формы медицинской помощи. Только в 2012 году было приобретено для субъектов Российской Федерации 187 мобильных медицинских комплексов, было сформировано более 8 тысяч выездных врачебных бригад, полностью оснащённых портативным оборудованием, более 4 тысяч учреждений уже включены в телемедицинскую сеть, готовы и проводят телемедицинские консультации; спутниковой навигацией ГЛОНАСС оснащено более 19,5 тысячи машин скорой помощи и 2,5 тысячи станций скорой помощи. Благодаря реализуемой программе «Земский доктор» около 8 тысяч специалистов пришли работать на село. В этом году программа будет продолжена и, благодаря Вашему решению, Владимир Владимирович, будет распространена на рабочие посёлки, около 5 тысяч дополнительно придёт в труднодоступные районы страны.

Вместе с тем в рамках огромной территории страны сама проблема обеспечения равнодоступной помощи, безусловно, очень сложна и масштабна, и поэтому нам предстоят дальнейшие шаги.

Мы совместно с субъектами Российской Федерации для каждого региона разработали программу развития здравоохранения и просчитали потребности развития. В рамках принятой Правительством федеральной целевой программы устойчивого развития сельских территорий дополнительно предусмотрено в ближайшее время, в ближайшие два-три года, введение в строй 850 ФАПов или офисов врачей общей практики, а также увеличение мощности сельских амбулаторно-поликлинических учреждений на 7,5 тысячи посещений в смену и участковых и районных больниц более чем на 6 тысяч мест. Наряду с этим в региональных программах запланировано создание более 200 передвижных и ФАПов, и врачебных общих практик.

Министерством здравоохранения разработана концепция санитарной авиации, и уже со следующего года запланирована реализация пилотных проектов в четырёх наиболее

нуждающихся регионах странах.

Важнейшим направлением – вторым по значимости, или первым по значимости преобразованием – системы здравоохранения является внедрение единых современных требований к качеству оказания медицинской помощи. В 2012 году были актуализированы или вновь созданы 60 порядков оказания медицинской помощи. И впервые за всю историю нашей страны мы приступили к созданию национальных клинических протоколов, или клинических рекомендаций. Для этого Министерство сплотило вокруг себя более чем семитысячное экспертное медицинское сообщество, и в настоящее время уже завершается разработка первых 287 клинических протоколов, всего их будет за ближайшие три года подготовлено около полутора тысяч.

Безусловно, качество медицинской помощи напрямую зависит от квалификации медицинских работников. Понимая это, до июня 2013 года Министерство вместе с экспертным сообществом полностью актуализировало и обновило государственные образовательные стандарты высшего медицинского фармацевтического образования, кроме того, впервые создало государственные стандарты обучения в ординатуре по 96 медицинским специальностям.

С осеннего семестра прошлого года в стране проводится широкомасштабное повышение квалификации всего профессорско-преподавательского состава – 3 тысячи заведующих кафедрами и основных профессоров медицинских курсов. Осуществляется последовательное внедрение современных симуляционных, виртуальных и других образовательных технологий. В 2012 году мы создали семь симуляционных тренинговых центров на базе наших медицинских вузов, в настоящее время открыто ещё семь дополнительно.

В 2012 году мы завершили создание национальной электронной медицинской библиотеки и подготовили электронное рабочее место врача, о котором только что говорилось. Уже к декабрю мы намерены до 25 процентов рабочих мест врачей первичного звена полностью компьютеризировать с выходом на созданную национальную медицинскую библиотеку. Кроме того, для этой системы были разработаны электронные системы помощи в принятии решений, что очень важно для удалённых районов страны.

Мы разработали также дистанционные программы непрерывного медицинского

образования для первичного звена. С октября этого года в девяти субъектах Российской Федерации стартует пилотный проект. С 2016 года запланирован переход на аккредитацию медицинских работников с выдачей индивидуальных листов допуска к конкретным видам медицинской помощи. Это также будет одной из составных частей непрерывного медицинского образования.

Для решения проблемы обеспечения медицинскими кадрами в соответствии с Вашим указом, Владимир Владимирович, мы разработали комплекс мер, который был утверждён Правительством. На его основе в каждом субъекте Российской Федерации сформирована программа поэтапного устранения дефицита, предусматривающая в том числе дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников. Важным механизмом наращивания кадрового потенциала в конкретных районах и в конкретных учреждениях является, безусловно, доля целевой контрактной подготовки медицинских работников. В этом году она составила уже 40 процентов от всей численности медицинских абитуриентов.

Решение кадровой проблемы невозможно без повышения заработной платы медицинским работникам. Хотела бы отметить, что, по данным Росстата, за I квартал 2013 года средняя зарплата врачей повысилась до 34,5 тысячи рублей – это более 126 процентов от средней по экономике, среднего медицинского персонала – до 20,3 тысячи рублей, более 74 процентов, и младшего – до 11,8 тысяч рублей, более 43 процентов. Ведомственное мониторирование показало, что по результатам первого полугодия продолжился рост зарплат для врачей – до 145 процентов к средней по экономике, и для медицинских сестёр – почти до 80 процентов. Таким образом, уже превышены запланированные на 2013 год целевые значения, которые были утверждены «дорожной картой». В этом направлении мы проводим серьёзный мониторинг по каждому субъекту Российской Федерации.

Повышение оплаты труда остро поставило вопрос о пересмотре отраслевых норм труда, которые не менялись с 80-х годов. С этой целью весной 2013 года была создана межведомственная рабочая группа. И в настоящее время завершается подготовка методики по разработке нормативов труда, а в октябре–декабре мы запланировали пилотный проект по нормированию труда в десяти субъектах Российской Федерации. Для поэтапного перевода медицинских работников на эффективный контракт проводится работа по составлению отраслевых профессиональных стандартов, которые учитывают реструктуризацию самой системы здравоохранения и необходимость перераспределения функций между медицинскими работниками. 27 стандартов будут сформированы до конца 2013 года.

Особую значимость в развитии здравоохранения имеет обновление подходов к формированию и экономическому обоснованию программ государственных гарантий, бесплатного оказания медицинской помощи. В 2012 году были разработаны и утверждены 797 стандартов медицинской помощи, которые позволили просчитать потребность в финансовых ресурсах для реализации программы. Впервые осуществлено перспективное планирование программы на три года.

Для обеспечения сбалансированной структуры тарифа ОМС, особенно принимая во внимание последовательное повышение заработной платы медицинских работников, безусловно, необходим достаточный уровень финансирования программы.

К 2016 году забюджетировано увеличение расходов на программу на 40 процентов – до 2 триллионов 154 миллиардов рублей. Мы очень благодарны, Владимир Владимирович, за Ваше поручение рассмотреть возможность направления дополнительных финансовых ресурсов на оказание медицинской помощи – части акцизов на табак. На наш взгляд, это было бы чрезвычайно полезно для системы.

В.ПУТИН: Это с Минфином нужно проработать. Вы знаете их отношение к этому делу. У нас очень много важных проблем, вообще в любой стране и в нашей тоже. И окрашивать конкретные налоги на конкретные цели – это, скажем так, определённая экзотика. В некоторых странах применяется, но далеко не везде и нечасто. Но проработать можно.

В.СКВОРЦОВА: Спасибо большое.

Хотела бы сказать, что, безусловно, появление дополнительных финансовых ресурсов ни в коей мере не уменьшает ответственность субъектов Российской Федерации за выполнение своих финансовых обязательств по реализации гарантий качественной медицинской помощи.

Для повышения финансовой эффективности реализации программы начата поэтапная реструктуризация объёмов медицинской помощи. Впервые с 2013 года введены нормативы профилактической помощи, неотложной, паллиативной, а также сделан акцент на развитие дневных стационаров.

Необходимо подчеркнуть, что данное перераспределение объёмов не снижает качества медицинской помощи, а развивает ресурсосберегающие технологии и повышает интенсивность работы стационаров. При этом реструктуризация стационарной помощи подразумевает не сокращение коечного фонда, а лишь его оптимизацию. «Острые» койки, работая более интенсивно, фактически высвобождаются для перепрофилирования на койки для долечивания и реабилитации. По расчётам, в результате подобной реструктуризации только за ближайшие три года удастся высвободить и перераспределить более 103 миллиардов рублей, и, таким образом, без привлечения в систему существенных дополнительных финансовых ресурсов нам можно будет развивать необходимые виды медицинской помощи, пока не нормированной в программе государственных гарантий, к которым относится медицинская реабилитация.

Безусловно, финансовая эффективность системы определяется и способами оплаты медицинской помощи. В 2012 году разработаны и с 2013 года внедряются наиболее эффективные способы оплаты, ориентированные на результат. Для стационаров это оплата по клинико-статистическим группам заболеваний, для амбулаторных условий – по законченному случаю лечения. Нужно отметить, что до 2012 года использовались преимущественно способы оплаты по валовым показателям: по койко-дню и посещению. Если экстраполировать полученную в пилотных регионах экономию ресурсов на всю страну, то лишь переход на правильные способы оплаты медицинской помощи высвободит в год не менее 60 миллиардов рублей и позволит их также использовать на развитие системы.

Для снижения расходов государства на поддержание основных фондов здравоохранения особое значение имеет формирование открытой конкурентной среды и вовлечение в реализацию программ государственных гарантий негосударственных медицинских организаций по единым требованиям к оказанию качественной медицинской помощи.

Необходимо отметить, что за два года, с 2010 года, увеличилось число частных медицинских организаций, работающих в территориальных программах обязательного медицинского страхования, и в 2013 году это уже 1251 организация, то есть 14,7 процента от общего количества.

Для того чтобы мы могли дальше активно развивать государственно-частное партнёрство, целесообразно включение инвестиционного компонента в тариф ОМС, что

сделает более рентабельным участие негосударственных организаций в реализации программы государственных гарантий. Безусловно, требуется развитие и других аспектов медицинского страхования, в том числе большая зависимость выплат от качества оказания медицинской помощи.

Как Вы уже отмечали, Владимир Владимирович, и руководитель рабочей группы, анализ причин неудовлетворённости населения медицинской помощью, при том, что в здравоохранении немало сделано за последние годы, свидетельствует о недостаточности нормативной базы, разделяющей платность и бесплатность. Хотела бы сказать, что в настоящее время формируется программа государственных гарантий на 2014–2016 годы. И туда все необходимые изменения, которые жёстко разделят платность и бесплатность, регламентируют условия бесплатного оказания медицинской помощи, обязательно будут внесены.

Мы также постараемся преодолеть совместно с медицинским сообществом другую, наиболее частую причину жалоб нашего населения – на грубость, равнодушие и невнимательность отдельных медицинских работников.

В октябре 2012 года мы провели Первый всероссийский съезд врачей, на котором приняли этический кодекс врача. Он очень широко обсуждался во всех медицинских региональных организациях. Мы надеемся, что все вместе изменим отношение населения и к врачу, и к медицинскому сообществу, и в целом к отечественному здравоохранению. Оно будет более доверительным.

Хотела бы в заключение сказать о том, что в 2012 году удалось достигнуть определённых положительных результатов в снижении смертности от наиболее значимых заболеваний, общей смертности в стране, так же как и в повышении рождаемости, в том числе в связи с применением медицинских программ. Главным результатом явилось достижение долгожданного перекреста рождаемости и смертности, который заключает 20-летний период активной убыли населения страны после перекреста, который был ровно 20 лет назад – в 1992 году.

Результаты 2013 года свидетельствуют о том, что позитивные тенденции сохраняются, несмотря на эпидемию гриппа, которая прошла у нас в январе–апреле. Хотелось бы отметить, что лишь за один месяц после эпидемии общая смертность в стране снизилась на 7 процентов, смертность от сосудистых заболеваний – более чем на 9 процентов, от

болезней дыхания – на 11, от туберкулёза – на 13 процентов. Последовательно снижается младенческая смертность, она достигла по результатам первого полугодия 2013 года 8,3, то есть уже ниже результата 2012 года на 3,5 процента.

Мы надеемся, что совместная работа с субъектами Российской Федерации позволит нам двигаться дальше в этом направлении, существенно укрепить здоровье населения нашей страны и выполнить те задачи, которые руководство страны перед нами поставило.

Спасибо большое.

В.ПУТИН: Да, графики действительно положительные по смертности и по рождаемости. Это хорошо.

Что касается акцизов, ещё раз, вы понимаете, если вы договоритесь с экономическим блоком, с Минфином, с руководством Правительства, что это будут дополнительные деньги, то это одно. А если вам дадут акцизы, но подрежут общие программы, то это будет совсем другое.

В.СКВОРЦОВА: Мы тогда лучше обойдёмся без акцизов.

В.ПУТИН: Повнимательнее. Это первое.

И второе. С самими акцизами нужно работать аккуратно. Я знаю о планах Правительства постепенного повышения акцизов, но это должно быть именно постепенное, не резкое. Не нужно резких движений, это сфера тонкая, мы знаем с вами, к чему в прежние времена привела борьба с алкоголем – начали самогонку варить, начали денатурат пить. Поэтому здесь не столько запретительные, в том числе экономические, меры должны действовать, а просветительство, спорт, здоровый образ жизни. Это сложная работа, она требует больших усилий, финансирования, времени, настойчивости, изобретательности, но только она даст положительный и долгосрочный эффект.