

ИТОГИ РАБОТЫ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ В 2010 ГОДУ И ЗАДАЧИ НА 2011 ГОД



МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Татьяна Алексеевна Голикова

Итоги работы в 2010 году

Год назад, несмотря на сложности периода – тяжелые последствия мирового финансово-экономического кризиса, негативное воздействие сокращения объемов валового внутреннего продукта и промышленного производства на динамику ряда ключевых социальных показателей, – ставились задачи наращивания уровня социальных гарантий.

Меры по *материальной поддержке малообеспеченных групп населения*, прежде всего пенсионеров, были самыми значительными за последние 10 лет.

Была проведена валоризация пенсионных прав граждан, приобретенных до 1 января 2002 года; введены социальные доплаты к пенсиям, размеры которых были ниже региональных прожиточных минимумов; проведена индексация трудовых пенсий, дважды проиндексированы социальные пенсии.

Социальные доплаты к пенсии получили около 5 млн. пенсионеров. Половина из них (почти 2,5 млн. человек, проживающих в 65 субъектах Российской Федерации) получили федеральную доплату. Наибольшая прибавка к пенсии за счет социальных доплат установлена получателям пенсии по случаю потери кормильца и социальной пенсии. Решена важнейшая социальная задача – средний размер социальной пенсии превысил прожиточный минимум пенсионера.

В декабре 2010 года средний размер пенсии составил почти 7,6 тыс. рублей, в том числе трудовой пенсии по старости – около 8,2 тыс. рублей. Это в 1,45 раза выше, чем в 2009 году.

В целом за 2010 год рост пенсий в реальном исчислении составил около 35%. Средний размер назначенных пенсий составил 35,3% от средней начисленной заработной платы. Год назад это соотношение было значительно меньше – 27,8%.

Как и в предыдущем году, размер индексации пособий гражданам, имеющим детей, а также ежемесячной денежной выплаты отдельным категориям граждан превысил уровень инфляции.

Экономическое оживление, начавшееся в 2010 году, позволило существенно улучшить ситуацию в *трудоустройстве*.

В 2010 году реальная заработная плата выросла на 4,2% (в 2009 году отмечалось снижение реальной заработной платы на 3,5%).

Просроченная задолженность по заработной плате на 1 января 2011 года была ниже, чем задолженность на 1 января 2010 года, на 1,2 млрд. рублей, или в 1,5 раза. Если в конце 2009 года численность работников, перед которыми имелась просроченная задолженность, составляла 256 тыс. человек, то в начале 2011 года она стала меньше в 2,3 раза (111 тыс. человек).

Численность работников, работавших неполное рабочее время по инициативе работодателя и по соглашению между работодателем и работником, уменьшилась с 725 тыс. человек в декабре 2009 года до 271 тыс. человек в декабре 2010 года (снижение почти в 2,7 раза).

Потребность работодателей в работниках, заявленная в службу занятости, увеличилась с 724 тыс. человек в декабре 2009 года до 982 тыс. в декабре 2010 года (рост в 1,36 раза).

Численность безработных по методологии Международной организации труда (МОТ) сократилась с 6,6 млн. человек в I квартале 2010 года (8,8% экономически активного населения) до 5,2 млн. человек в IV квартале 2010 года (6,9% экономически активного населения).

Численность безработных, зарегистрированных в службе занятости, уменьшилась с 2,2 млн. человек в январе 2010 года (3% экономически активного населения) до 1,6 млн. человек в декабре 2010 года (2,1% экономически активного населения).

Параметры занятости населения, обозначенные в Основных направлениях антикризисных действий Правительства Российской Федерации на 2010 год, выполнены.

В 2010 году 12,2 млн. человек получили государственные услуги в области содействия занятости населения. Профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации прошли 456 тыс. безработных. Почти 793 тыс. человек приняли участие в оплачиваемых общественных работах. Около 85 тыс. безработных, испытывающих трудности в поиске работы, были заняты на временных работах. Получили содействие в открытии собственного дела 285,5 тыс. безработных. На временные работы трудоустроены 965,5 тыс. несовершеннолетних в возрасте от 14 до 18 лет, или почти 94% от общей численности учащихся, обратившихся за содействием в поиске работы в свободное от учебы время. Около 30% выпускников учреждений начального и среднего профессионального образования, ищущих работу впервые и обратившихся за содействием в поиске подходящей работы, были трудоустроены при содействии органов службы занятости (24,8 тыс. человек).

Организованы и проведены специальные мероприятия по обеспечению занятости работников ОАО «АвтоВАЗ», ОАО «Вятско-Полянский машиностроительный завод «Молот», по опережающему профессиональному обучению штурманов и бортиженеров, увольняемых в связи с реорганизацией и переходом авиакомпаний на современные воздушные судна. Специальные программы реализовывались в Северо-Кавказском федеральном округе и монопрофильных населенных пунктах.

Поддержка занятости населения имеет огромное социальное значение, поскольку позволяет поддерживать как моральное, так и материальное положение многих российских семей. Эти мероприятия получили положительную оценку руководства страны.

Весь 2010 год проходил под знаком празднования знаменательной даты – 65-летия Победы в Великой Отечественной войне. На федеральном уровне и в субъектах Российской Федерации была проведена огромная работа по поддержке одной из наиболее значимых категорий населения – ветеранов Великой Отечественной войны.

Несмотря на финансово-экономический кризис, разработаны и начали выполняться *масштабные программы*. Главные из них – переход на новые принципы обязательного медицинского страхования и введение государственного регулирования обеспечения населения лекарственными препаратами. Принятые в 2010 году федеральные законы «Об обязательном медицинском страховании» и «Об обращении лекарственных средств» поэтапно должны коренным образом изменить ситуацию в этих сферах и обеспечить в короткие сроки решение важнейшей



социальной задачи – выйти на новый, существенно более высокий уровень доступности и качества медицинской помощи.

В 2010 году по всей стране развернулась широкомасштабная программа формирования здорового образа жизни. Правительством Российской Федерации утверждены ключевые документы: Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года, Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010–2015 годы и план ее реализации, Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года.

В 2010 году принята Концепция совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

Подготовлена Государственная программа «Доступная среда на 2011–2015 годы», которая утверждена Правительством Российской Федерации 17 марта 2011 года. Хочется подчеркнуть, что это первая госпрограмма в сфере социальной политики.

На заседаниях президиума Государственного Совета Российской Федерации рассмотрены вопросы социальной политики в отношении граждан пожилого возраста, а также государственной политики в отношении семьи, материнства и детства. Приняты важные решения о проведении в ближайшее время дополнительных мероприятий по повышению качества жизни этих групп населения.

В 2010 году изменен механизм проведения и финансирования *оздоровительной кампании детей*, который вызвал разные оценки. Соответствующие полномочия были переданы субъектам Российской Федерации. Объем ассигнований на эти цели из бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов превысил объем средств, израсходованных в 2009 году, на 11,2% (34,5 млрд. против 31 млрд. рублей). Объем средств федерального бюджета на софинансирование мер по обеспечению отдыха детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, увеличился в 3 раза (до 4,1 млрд. рублей). Регионам удалось предоставить всем детям равные права на отдых и оздоровление. В 2010 году в детских оздоровительных учреждениях отдохнуло 8,6 млн. детей, что почти на 20% больше, чем в предыдущем году.

В результате последовательной реализации мер *социальной и демографической политики* на федеральном и региональном уровнях положительная динамика демографических процессов в 2010 году получила дальнейшее продолжение и развитие. Это был год завершения первого этапа реализации концепции демографической политики. Цели и задачи первого этапа реализации Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, который осуществлялся в 2007–2010 годах, выполнены полностью.

В 2010 году родились 1789,6 тыс. детей, что на 27,9 тыс. (на 1,6%) больше, чем в 2009 году. Коэффициент рождаемости составил 12,6 на 1 тыс. населения против 10,4 в 2006 году (рост на 21,2%). Мы считаем, что это хороший результат тех действий и мероприятий, которые реализовывались всеми участниками этого процесса.

По предварительной оценке, суммарный коэффициент рождаемости, который характеризует средний уровень рождаемости одной женщины репродуктивного возраста, в 2010 году составил 1,59. В 2006 году он составлял лишь 1,3.

Общий коэффициент смертности снизился с 15,2 в 2006 году до 14,3 в 2010 году (снижение на 5,9%). Естественная убыль населения уменьшилась за четыре года в 2,85 раза – с 4,8 на 1 тыс. населения в 2006 году до 1,7 в 2010 году.

Правительство Российской Федерации оперативно реагировало на демографические процессы и принимало в прошедшем году дополнительные меры по стимулированию рождаемости и улучшению материального положения семей с маленькими детьми.

С 1 января 2010 года увеличен максимальный размер пособий по беременности и родам, а также по уходу за ребенком до 1,5 года лицам, подлежащим обязательному социальному страхованию.

В июле 2010 года принято решение о продлении на год права на получение из средств материнского (семейного) капитала единовременной выплаты в размере 12 тыс. рублей. Этим правом воспользовались более 1,6 млн. семей.



В 2010 году также принято решение о возможности использования материнского капитала на строительство (реконструкцию) индивидуального жилого дома, осуществляемое без привлечения специализированных подрядных организаций, и о досрочном использовании этих средств на погашение ипотечных кредитов. Эти меры оказались востребованными. Правом использовать материнский капитал на погашение основного долга и уплату процентов по кредитам и займам, на строительство или приобретение жилья воспользовались более 215 тыс. человек. Более 39 тыс. семей, получивших сертификат в 2007 году, направили средства материнского капитала на улучшение жилищных условий (без привлечения кредитных средств).

В 2010 году приняты дополнительные меры по улучшению работы учреждений родовспоможения и детства. Повсеместно внедрялись современные формы медицинской помощи женщинам и детям. Формировалась трехуровневая система оказания медицинской помощи женщинам во время беременности и родов и новорожденным. Создавались акушерские и детские реанимационно-консультативные центры с выездными реанимационными акушерскими и неонатологическими бригадами, межмуниципальные центры перинатальной медицины. Внедрялись современные медицинские технологии, в том числе хирургические методы лечения детей с врожденными пороками развития.

Введен в эксплуатацию федеральный перинатальный центр ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова» (Санкт-Петербург). Завершено строительство 12 региональных перинатальных центров, из которых 7 (в Твери, Ростове-на-Дону, Волгограде, Кемерово, Екатеринбурге, Кирове, Курске) уже оказывают медицинскую помощь женщинам и новорожденным. В 5 перинатальных центрах (в Краснодаре, Томске, Саратове, Мурманске, Саранске) завершаются пусконаладочные работы и монтаж медицинского оборудования.

В трех субъектах Российской Федерации (Московской, Ростовской и Томской областях) приступили к реализации пилотного проекта «Пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка».

В 2010 году обследованием на пять наследственных заболеваний было охвачено более 1,7 млн. новорожденных, выявлено 1157 случаев наследственных заболеваний.

В 2010 году проведен аудиологический скрининг 1,1 млн. детей, выявлено более 4,6 тыс. детей с нарушением слуха. Проведено оперативное лечение детей, нуждающихся в кохлеарной имплантации. Создается сеть реабилитационных центров для детей-инвалидов с нарушениями слуха.

В 2010 году осмотрено 339,7 тыс. детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях. В отношении всех детей с нарушениями в состоянии здоровья проводятся лечебные и оздоровительные мероприятия.

Планировалось, что к 1 апреля 2011 года будет открыто в соответствии с показателями нацпроекта «Здоровье» 193 центра здоровья. Сейчас открыто более 200 центров. Это говорит о высокой заинтересованности регионов Российской Федерации и востребованности такой меры для профилактики, выявления и лечения заболеваний у детей и подростков.

Все эти меры дали результаты, которые являются самыми позитивными в группе демографических показателей. Только за 2010 год коэффициент младенческой смертности сократился на 7,4%. А за четыре года реализации программы «Родовый сертификат» и дополнительных мер по развитию системы родовспоможения удалось обеспечить снижение коэффициента младенческой смертности на 26,4% (с 10,2 на 1 тыс. родившихся живыми в 2006 году до 7,5 в 2010 году).

К сожалению, нельзя не сказать о динамике общей смертности в 2010 году. Аномальные погодные условия июля и августа 2010 года вложили свой негативный вклад в общий показатель смертности за этот год. В целом за год количество умерших выросло на 20 тыс. человек, или на 1% по сравнению с 2009 годом. Коэффициент смертности составил 14,3 на 1 тыс. населения против 14,2 в 2009 году.

Структура смертности населения осталась прежней. На 1-м месте болезни системы кровообращения, на 2-м – онкологические заболевания, на 3-м – внешние причины смерти, где наибольший процент занимает смертность от самоубийств и транспортных травм, на 4-м – болезни органов пищеварения, на 5-м – болезни органов дыхания.



Однако определенные положительные тенденции в количественных показателях, особенно в части смертности от наиболее распространенных болезней, все же произошли. И главная причина этого – реализация программных мероприятий по совершенствованию медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями, пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий, больным онкологическими заболеваниями. За период реализации программ (начиная с 2006 года) удалось сохранить жизнь 274 тыс. человек. Ожидаемая продолжительность жизни увеличилась за пять лет на 3,7 года, в том числе мужчин – на 4,1 года, женщин – на 2,5 года. Впервые за много лет этот показатель приблизился к 70-летнему порогу. Но все же ожидаемая продолжительность жизни у мужчин еще остается низкой и составляет 63 года, что почти на 12 лет меньше, чем у женщин.

В 2010 году показатели смертности улучшились практически по всем видам основных заболеваний. Смертность от внешних причин снизилась на 8,1%, в том числе от дорожно-транспортных происшествий – на 3,6%, от случайных отравлений алкоголем – на 32,6%. Смертность от самоубийств уменьшилась на 11,3%.

Впервые за последние годы зафиксировано снижение смертности от новообразований и от туберкулеза. Это, безусловно, позитивные показатели. Но нельзя останавливаться на достигнутом.

Все еще остаются нерешенными проблемы в оказании онкологической помощи населению. Всего лишь 47% онкологических больных выявлены на 1–2-й стадиях заболевания. Остальные больные, к сожалению, выявлены на 3–4-й стадиях. Именно поэтому имеется такой низкий процент 5-летней выживаемости больных – 50%. Работу всех врачей по раннему выявлению онкологических заболеваний, а также по развитию материально-технической базы онкологических служб нужно существенно усилить.

В 2010 году Минздравсоцразвития России утвердило новый Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом. Как и в ряде стран мира, обязанности по проведению наблюдаемого лечения больных туберкулезом возложили на фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов. Теперь необходимо организовать их деятельность, включая и техническое оснащение, в соответствии с новыми методами работы.

В ряде регионов России, в том числе участвующих в приоритетном национальном проекте «Здоровье» (Липецкая и Ярославская области, Приморский край и др.), отмечен рост показателя смертности от ДТП.

В 2010 году в целом по России отмечено увеличение смертности от болезней системы кровообращения, органов пищеварения и случайных утоплений. Главная причина этого – аномально жаркая погода, стоявшая в наиболее плотно заселенных регионах России в июле и августе прошлого года. Анализ ситуации в регионах, где в летний период отмечен значительный рост смертности, показал, что смертность увеличилась в основном на дому, вне лечебно-профилактических учреждений. Внутрибольничная летальность возросла незначительно. Выводы из такой ситуации неутешительные.

Хочется привлечь внимание органов управления здравоохранением и руководителей учреждений к тому, что постоянное наблюдение за диспансерными группами ведется недостаточно эффективно. Патронаж на дому осуществляется плохо. Работа с населением по предупреждению и выявлению факторов риска в аномальных условиях не ведется. Профилактическое направление, которое, в отличие от лечебного, не требует больших дополнительных финансовых средств, развивается очень медленно. Число посещений амбулаторно-поликлинических подразделений, несмотря на значительные средства, вложенные в развитие первичной медицинской помощи, практически не увеличилось и в расчете на одного жителя осталось на уровне 2008 года – 2,4.

Показатель заболеваемости в целом по стране продолжает расти. И это объяснимо, так как рост является следствием проведения дополнительной диспансеризации, профилактических и периодических осмотров. Однако в ряде территорий происходят труднообъяснимые процессы, которые косвенно свидетельствуют о недостаточной эффективности этой работы: на фоне снижения заболеваемости наблюдается увеличение смертности (Владимирская, Псковская, Новгородская, Смоленская, Воронежская области).



К сожалению, пока еще не в полную силу работают центры здоровья, созданные в субъектах Российской Федерации. В 2010 году в центры обратились 2,3 млн. человек. На один центр здоровья приходилось 4710 посещений. А ведь их пропускная способность – до 6 тыс. посещений в год. Факторы риска были выявлены у 66% обследованных, но к врачам амбулаторно-поликлинического звена направлено всего 18% обратившихся. Возникает вопрос: остальные пациенты не нуждались в дообследовании и диспансерном наблюдении? Или контингент обратившихся был достаточно молодой и относительно здоровый? Думаю, что здесь регионам нужно провести дополнительную оценку. Особенно это касается республик Ингушетия, Мордовия, Карачаево-Черкесской, Чеченской, Кабардино-Балкарской, а также Калининградской области, где выявлены наименьшие показатели посещений центров здоровья.

Сейчас настоятельно требуется реализация иных подходов к организации амбулаторной помощи населению. В организации первичной медико-санитарной помощи должны участвовать не только врачи, но и медицинские сестры, фельдшеры фельдшерско-акушерских пунктов, другие медицинские работники. Необходимо существенно улучшить взаимодействие с дворовыми хозяйствами, на которые возлагаются функции по само- и взаимопомощи (первая помощь).

В проекте федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», новая редакция которого подготовлена и представлена в Правительство Российской Федерации, предусматривается выстроить *более эффективную модель оказания медицинской помощи*. Целевая задача – повысить эффективность медицинских услуг за счет увеличения объемов первичной медико-санитарной помощи и сокращения затрат на дорогостоящие виды стационарной медицинской помощи.

Специалисты каждой из трех видов медицинской помощи: первичной медико-санитарной, включая первичную специализированную помощь, специализированной помощи, в том числе высокотехнологичной, и скорой медицинской помощи – должны решать свои специфические задачи.

В первичном звене здравоохранения необходимо развивать все элементы первичной специализированной помощи, а также создавать специальные структуры по оказанию неотложной помощи с переадресацией части вызовов со скорой медицинской помощи через единую диспетчерскую службу. В качестве необходимой составной части амбулаторного лечения должны развиваться стационарозамещающие технологии, дневные стационары и стационары на дому.

Начинается масштабная модернизация скорой медицинской помощи. На базе приемных отделений круглосуточных стационаров необходимо развивать отделения экстренной медицинской помощи, постепенно передавая им и бригады скорой медицинской помощи. Это должен быть единый механизм, когда врач будет напрямую заинтересован в результатах своего труда, вместо того чтобы оставлять больных на пороге приемных отделений, снимая с себя ответственность за их жизнь и здоровье.

Необходимо обратить особое внимание на развитие санаторно-курортной помощи, которая должна стать ключевым элементом системы оздоровления и медицинской реабилитации. К сожалению, число санаторно-курортных учреждений, особенно санаториев-профилакториев и детских санаториев, ежегодно сокращается. Этот процесс надо остановить. Закрытие санаторно-курортных учреждений недопустимо. Ресурс системы медицинской реабилитации и оздоровления надо развивать. Это один из наших пробелов в системе долечивания.

Важным направлением работы здравоохранения является удовлетворение потребностей населения в высокотехнологичных видах медицинской помощи, которая вносит весомый вклад в снижение смертности населения.

Количество медицинских учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в рамках государственного задания, увеличилось с 207 в 2009 году до 236 в 2010 году. Высокотехнологичную помощь получили почти 290 тыс. больных, что на 35 тыс. (на 12%) больше, чем в 2009 году. Положительные результаты оказания высокотехнологичной медицинской помощи при выписке пациентов отмечены в 94% случаев.



Высокотехнологичная помощь – очень затратное мероприятие, и подготовка больных к операциям в высокотехнологичных медицинских центрах, которая проводится на местах, должна осуществляться особо тщательно. Региональные органы здравоохранения должны обратить на это особое внимание, с тем чтобы не допускать обоснованных отказов в оказании высокотехнологичной медицинской помощи из-за недостаточного обследования или наличия противопоказаний к операциям.

Главная задача на 2011 год в области здравоохранения – принятие и реализация *региональных программ модернизации здравоохранения*, которые разрабатывают субъекты Российской Федерации во исполнение Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Программы модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации представляют собой комплекс социально-экономических, организационных и других мероприятий, увязанных по ресурсам, исполнителям и срокам реализации. Программы включают в себя три основных направления:

- 1) укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, в том числе завершение строительства ранее начатых объектов, текущий и капитальный ремонт государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, приобретение медицинского оборудования;
- 2) внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде;
- 3) внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Безусловным приоритетом программ модернизации здравоохранения является снижение показателей по причинам – «лидерам» в структуре заболеваемости и смертности. Решению этой задачи должно способствовать полное и безусловное внедрение во всех субъектах Российской Федерации порядков оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством в 2009–2010 годах (всего – 31 порядок). На сегодняшний день положение дел с их внедрением во многих регионах неудовлетворительное. Однако реализация порядков в предыдущие годы в основном осуществлялась в пилотных регионах Российской Федерации, поэтому можно рассчитывать, что в течение двух лет после получения средств, которые предназначаются регионам, работа будет проведена на должном уровне.

Министерство будет настоятельно требовать от региональных органов здравоохранения подробных расчетов потребностей для внедрения в каждом муниципальном образовании, в каждом населенном пункте утвержденных порядков оказания медицинской помощи и включения в программы модернизации мероприятий, обеспечивающих их полное выполнение.

Модернизация пройдет и в федеральных учреждениях здравоохранения, которые также должны выстроить свою работу в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, оптимизировать штатные нормативы и пересмотреть коечный фонд. Рядом субъектов Российской Федерации уже запланирована передача части объемов медицинской помощи федеральным учреждениям.

Внедрение порядков и федеральных стандартов оказания медицинской помощи требует соответствующей квалификации медицинского персонала.

С 2011/12 учебного года будут введены новые федеральные государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования по специальностям здравоохранения. Принципиальным отличием федеральных государственных образовательных стандартов третьего поколения является существенное увеличение объема клинической подготовки и приобретение в процессе обучения необходимых профессиональных компетенций – знаний и умений, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности выпускников медицинских и фармацевтических образовательных учреждений в учреждениях первичного звена здравоохранения непосредственно после окончания учеб-



ного заведения. К этому времени будут также внесены изменения в программы обучения в соответствии с принятыми порядками и утвержденными стандартами оказания медицинской помощи.

Одним из разделов программы модернизации является обеспечение потребности во врачах по основным специальностям с учетом объемов медицинской помощи по Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, повышение уровня заработной платы врачей и среднего медицинского персонала, снижение размера дефицита обеспеченности врачебными кадрами и увеличение укомплектованности должностей врачей различных специальностей.

В настоящее время дефицит врачебных кадров в отрасли составляет около 30%. Нехватку кадровых ресурсов испытывают учреждения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую и скорую медицинскую помощь. Сохраняется высокая потребность в анестезиологах-реаниматологах, фтизиатрах, врачах скорой медицинской помощи, врачах клинической лабораторной диагностики, психиатрах и психиатрах-наркологах.

Планируемые в рамках программ модернизации объемы подготовки и переподготовки врачей должны отражать потребность в дополнительном профессиональном образовании и формироваться с учетом количества специалистов, работающих в отрасли, и периодичности обучения один раз в пять лет. Планы должны быть нацелены на снижение дефицита врачей и повышение укомплектованности первичного звена здравоохранения и скорой медицинской помощи.

Программы модернизации здравоохранения должны быть нацелены на расширение охвата населения современными специализированными, в том числе высокотехнологичными, методами диагностики и лечения, а также всеми методами медицинской реабилитации, как ранней, так и поздней.

К сожалению, сейчас уровень оказания медицинской помощи далек от идеального, что подтверждается многочисленными жалобами жителей подавляющего большинства субъектов Российской Федерации. Количество жалоб в Минздравсоцразвития России на оказанные медицинские услуги очень большое и, к сожалению, не сокращается. Очень много нареканий от граждан, проживающих в Кировской, Новгородской, Ленинградской областях, Москве и Санкт-Петербурге.

Поступают также многочисленные жалобы на работу бюро судебно-медицинской экспертизы, на затягивание процесса исследований, результаты проведенных экспертиз зачастую обоснованно оспариваются. В мае 2010 года Министерство утвердило специальный Порядок для бюро судебно-медицинских экспертиз. Однако проверка деятельности бюро судебно-медицинской экспертизы, проведенная Росздравнадзором, выявила многочисленные нарушения этого порядка, главным образом организационного характера. В ближайшее время будет подписан приказ о создании специальной рабочей группы по совершенствованию работы судебно-медицинской экспертизы в Российской Федерации.

В мероприятиях, формирующих здоровый образ жизни, особое внимание должно уделяться *предупреждению, выявлению и своевременному лечению наркозависимости.*

Стратегия государственной антинаркотической политики, утвержденная указом Президента Российской Федерации в 2010 году, закрепила единый комплексный лечебно-реабилитационный подход к оказанию наркологической помощи населению Российской Федерации. И наша задача – осуществить его оперативное внедрение, включая подкрепление соответствующей ресурсной базой.

Для наркозависимых граждан следует применять разные виды профилактики.

Прежде всего, в центрах здоровья, куда обращается значительное число молодых людей, необходимо организовать работу по выявлению наркотической зависимости и факторов, ее определяющих. Здесь нужно наладить проведение психологического тестирования обращающихся, выявление у них признаков наркопотребления. При получении негативных результатов требуется провести первичную профилактику, то есть выработать и реализовать комплекс мероприятий, стимулирующих граждан отказаться от употребления наркотиков.

Для людей, сознательно принимающих наркотические препараты и не желающих отказываться от них, необходимо организовать направление в первичные наркологические кабинеты и наркологические диспансеры.



Весь комплекс мер вторичной профилактики должен проводиться на уровне первичных наркологических кабинетов.

Качество работы третьего звена, то есть учреждений медико-социальной реабилитационной помощи больным наркологического профиля, надо существенно улучшать, исходя из того что любая реабилитация больных наркоманией может быть только медико-социальной. Никаких видов социальной реабилитации без медицинской ведущей составляющей для данной категории пациентов быть не может. Регионы должны оказывать им социальные услуги по бытовому устройству, трудовой занятости бывших наркопотребителей, то есть по их ресоциализации. Но делать это нужно в тесном взаимодействии системы здравоохранения и социальных служб.

Думаю, что пионерами в переходе на предлагаемую систему организации оказания наркологической помощи населению будут регионы, в которых отмечается рост больных наркоманией и лиц, употребляющих наркотики, – Москва и Московская область, Липецкая, Ивановская, Ульяновская, Челябинская области, Приморский край.

Основные цели и задачи, стоящие перед государством в сфере охраны здоровья женщин и детей, указаны в Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию РФ 2010 года. С целью реализации послания в части поддержки материнства и детства необходимо усилить работу, направленную на повышение качества и доступности медицинской помощи женщинам и детям. Необходимо провести технологическую модернизацию детских поликлиник и больниц, повысить квалификацию их сотрудников.

Особое внимание модернизации службы охраны материнства и детства должно уделяться в региональных программах развития здравоохранения. С целью развития детской медицины объем средств, выделяемых на совершенствование оказания медицинской помощи матерям и детям, должен составлять не менее 25% от совокупного объема средств, выделяемых на модернизацию здравоохранения.

На 2011 год запланировано ввести в эксплуатацию восемь перинатальных центров, из них семь – с нарушением установленных сроков ввода в эксплуатацию. Еще один центр будет введен в эксплуатацию в 2014 году.

Наибольшие показатели отставания от графиков выполнения работ по строительству перинатальных центров отмечены в Забайкальском, Пермском краях, Амурской и Курганской областях. Руководителям высших исполнительных органов государственной власти субъектов, не обеспечивших ввод в эксплуатацию перинатальных центров в установленные сроки, необходимо принять все меры по завершению строительства и оснащению перинатальных центров в 2011 году.

Будет продолжена реализация родовых сертификатов. Медицинское обслуживание в рамках родового сертификата в 2011 году получат 1,6 млн. женщин.

Имеется огромное количество обращений от медицинского персонала по поводу того, что прибавка к зарплате не зависит от количества родов. Заработная плата является одной из насущных тем для медицинских работников.

С 2011 года субъектам Российской Федерации из федерального бюджета выделяются субсидии для реализации мероприятий по неонатальному и аудиологическому скринингу.

В 2011 году планируется осмотреть более 315 тыс. детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях.

В целях сохранения здоровья детей и формирования здорового образа жизни в 2011 году в субъектах Российской Федерации начнут действовать центры здоровья для детей, в которых будут проводиться обследование детей, обучение гигиеническим навыкам, мероприятия, мотивирующие к отказу от вредных привычек, включая помощь в отказе от потребления алкоголя и табака, профилактику наркомании, а также работа с семьей в части развития ответственного родительства.

В субъектах Российской Федерации планируется поэтапное внедрение комплексной пренатальной диагностики в ранние сроки беременности, что позволит ежегодно снижать показатель младенческой смертности на 0,5%, уменьшить первичный выход детей на инвалидность на 3%.

Будет начата реализация комплекса мероприятий по выхаживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела, по качественному повышению уровня оказания реабилитационной и реабилитационной помощи недоношенным новорожденным.



В рамках программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации предусмотрено развертывание дополнительных реанимационных коек и приобретение медицинского оборудования для выхаживания новорожденных, а также создание отделений реабилитации для детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела. Расчеты показывают, что действия в этом направлении позволят снизить смертность среди новорожденных, родившихся с экстремально низкой массой тела, примерно на 30%.

Новым направлением приоритетного национального проекта «Здоровье» является создание симуляционных обучающих центров во всех федеральных округах. С 2011 по 2013 год планируется создание 12 таких центров, которые будут решать проблему повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала за счет овладения мануальными навыками.

С целью повышения эффективности лечения бесплодия будет увеличено финансирование высокотехнологичной медицинской помощи (экстракорпоральное оплодотворение), что позволит увеличить объемы оказания помощи пациентам, страдающим бесплодием, до 9 тыс. рублей в год и обеспечит рождение более 3 тыс. детей.

В рамках программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации необходимо предусмотреть создание центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Основной задачей подобных учреждений является медицинская и социально-психологическая помощь женщинам.

Внедрение пренатальной диагностики обеспечит развитие неонатальной хирургии. Реализация данного направления позволит ежегодно сохранять жизнь 1 тыс. детей раннего возраста, а также снизить первичный выход на инвалидность у 5% детей с врожденными и наследственными заболеваниями, требующими хирургической коррекции.

Углубленная диспансеризация подростков с последующим выполнением программ лечения и реабилитации позволит сохранить репродуктивное здоровье молодого поколения. Реализация данного направления позволит увеличить рождаемость в последующие годы.

Еще одним новым направлением развития детского здравоохранения является создание системы паллиативной помощи детям, страдающим неизлечимыми, ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями. С 2011 года в субъектах Российской Федерации должно быть начато развитие паллиативной помощи детям.

Реализация указанных мероприятий позволит сократить показатели материнской и младенческой заболеваемости и смертности.

Реализация региональных программ модернизации здравоохранения является ключевым шагом к внедрению *новой системы обязательного медицинского страхования*.

С 2012 года начнется переход на новую систему организации обязательного медицинского страхования – организация ОМС будет являться полномочием Российской Федерации, переданным для исполнения в субъекты Российской Федерации. С 2013 года указанные полномочия будут сопровождаться субсидией, основанной на нормативах единой базовой программы ОМС.

Работоспособность указанной системы напрямую зависит от того, удастся ли выравнять условия и качество оказания медицинской помощи на всей территории России. Программы модернизации здравоохранения регионов должны минимизировать так называемые точки неэффективности, чтобы избыточные мощности медорганизаций содержались не в ущерб доступности медицинской помощи. Работа должна вестись планомерно.

Следует напомнить, что с 2012 года доступ медицинских организаций к участию в территориальных программах ОМС является свободным. Модернизация здравоохранения должна позволить обеспечить безболезненную интеграцию федеральных медицинских учреждений в систему ОМС. Для этого, с одной стороны, регионы должны представить свою позицию относительно объемов участия федеральных медицинских организаций в ОМС, а с другой стороны, мы будем обрабатывать с федеральными учреждениями мероприятия по совершенствованию их материально-технической базы.

Хочется остановиться на организационных вопросах подготовки и подписания соглашений по реализации региональных программ модернизации здравоохранения. По состоянию



на 24 марта 2011 года подписаны соглашения между Минздравсоцразвития России, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и высшими исполнительными органами государственной власти следующих субъектов Российской Федерации: Чувашской Республики, Республики Татарстан, Брянской, Пензенской и Саратовской областей. Высокая степень готовности программ модернизации здравоохранения отмечена в Республике Мордовия, Краснодарском и Хабаровском краях, Москве, Кемеровской, Ивановской, Ростовской, Рязанской, Волгоградской областях. В остальных субъектах Российской Федерации подготовка к подписанию соглашений находится в начальной стадии.

В 2011 году начинается работа по *повышению результативности деятельности научных учреждений* Министерства, особенно в части развития приоритетных направлений фундаментальной и прикладной науки.

Мировая практика научного развития основана на эффективности тесного взаимодействия образования, науки и бизнеса. Именно поэтому мировая элита научной мысли сосредоточена в крупнейших вузах. Именно они являются основными генераторами знаний и центрами притяжения интеллектуальных, материальных и других ресурсов. Необходимо рассмотреть вопрос о расширении материально-технической базы сильнейших медицинских вузов с концентрацией исследовательских лабораторий, добиваясь тем самым максимального синергетического эффекта от совмещения научной и образовательной деятельности.

Не секрет, что научная деятельность в России осуществляется в условиях межведомственной разобщенности и высокой степени ведомственной закрытости. Фактически наука замкнута сама на себя, слабо взаимодействуя как с образованием, так и с конечным заказчиком. Эффективность научной деятельности во многом будет зависеть от возможностей преодоления ведомственных барьеров. Нужно научиться работать с компетенциями отдельных групп исследователей, лабораторий. Подписано поручение Департаменту инновационной политики и науки Минздравсоцразвития России организовать проведение масштабной паспортизации подведомственных организаций, осуществляющих научную деятельность. В результате данной работы должен быть сформулирован системный подход к формированию государственного задания на выполнение научно-исследовательских работ по приоритетным направлениям инновационного развития здравоохранения, а также предложения по внедрению системы оценки эффективности научной деятельности.

Как известно, эффективная научная деятельность возможна при наличии конечного заказчика результата исследований. Точечными заказчиками в ряде случаев выступают западные компании, ориентированные на ранний выкуп разработок и концентрацию знаний в своей юрисдикции. Но очевидно, что выкупленные идеи возвращаются в Российскую Федерацию в виде готовых товаров, оставляя всю добавленную стоимость за рубежом. На системной основе необходимо формулировать национальные интересы и запросы к новым продуктам и технологиям, регулярно обозначать области и направления исследований, ранжировать приоритеты.

По поводу финансирования научной деятельности нужно отметить следующее. Сметное финансирование инфраструктурного развития в последние годы уже обеспечило определенное поле возможностей для национальной науки. Мировой опыт указывает на необходимость поддержки научной инфраструктуры при одновременном целевом финансировании исследований со стороны заказчика, ориентированного на извлечение из научной среды инновационных результатов и внедрение их в практику. Необходимо увеличить долю целевого размещения средств. Например, в США доля государственных средств, выделяемая целевым образом, составляет более 75%, у нас же – менее 20%. Ключевым инструментом поддержки целенаправленной поисковой деятельности должны стать ведомственные целевые программы. Департаменту инновационной политики и науки поручено приступить к формированию целевых программ по развитию отдельных приоритетных направлений научных исследований, включая такие важные направления, как разработка передовых вакцин, противоопухолевых препаратов и онкомаркеров, диагностика и лечение аутоиммунных, нейродегенеративных, эндокринных, сердечно-сосудистых, инфекционных заболеваний, а также регенеративная медицина.



Государство в настоящий момент предлагает различные финансовые инструменты, разрабатываются новые законодательные инициативы, направленные на поддержку инновационной исследовательской деятельности. Необходимо применять принципиально новые финансово-правовые конструкции в этой сфере, реализующие эти возможности.

Мировой вектор развития здравоохранения связан в первую очередь с ростом рынка биомедицинских технологий, который, по экспертным оценкам, достигнет в ближайшее время 1 трлн. долларов. Начавшееся столетие международными экспертами определено как «столетие биомедицины», в том числе потому, что биомедицинские клеточные технологии должны обеспечить появление инновационных методик лечения целого спектра заболеваний, являющихся социально значимыми, а зачастую и неизлечимыми.

Министерством разработан и представлен в Правительство РФ проект федерального закона «О биомедицинских клеточных технологиях». Законодательное закрепление правовых норм обращения стволовых клеток, требований к безопасности клеточных продуктов, их применения и обращения на рынке позволит обеспечить безопасность и донора клеток, и пациента, получающего лечение с применением клеточных продуктов. Полагаю, что принятие законопроекта даст новый импульс развитию медицинской науки и ориентирует исследования на разработку принципиально новых технологий, способных побороть ныне неизлечимые болезни, продлить жизнь человека.

Нация, обладающая и генерирующая компетенции в области биомедицины, способна обеспечить себе глобальное лидерство в управлении человеческим капиталом. Государства, способные предложить механизмы продления человеческой жизни, а также социально активного, трудоспособного периода, обеспечат удовлетворение наиболее актуальных потребностей населения.

Министерство планирует активно поддерживать инициативы, направленные на развитие здравоохранения как в Российской Федерации, так и на международной арене. По предложению Министерства, Правительством Российской Федерации было принято решение о проведении в апреле 2011 года в Москве столь важного мероприятия, как глобальная министерская конференция по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям. В конференции участвовали представители из более чем 190 стран – не только министры здравоохранения и социального развития, но и представители других заинтересованных секторов: министерств образования и науки, спорта, экологии и природопользования, сельского хозяйства и промышленности, финансов и экономического развития. Среди почетных гостей – генеральный директор Всемирной организации здравоохранения Маргарет Чен и известные политические лидеры. Итогом работы конференции стало принятие Московской декларации, которая закрепит принципиально новую парадигму развития глобального здравоохранения (от лечения больных к созданию межсекторальной профилактической среды и управлению здоровьем каждого человека на протяжении всей его жизни) и ляжет в основу обсуждений проблемы неинфекционных заболеваний на заседании высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН, которое состоится в Нью-Йорке в сентябре этого года.

В 2010 году широкий общественный резонанс и положительный отклик как общественности, так и профессионального сообщества вызвали *коммуникационные кампании* по формированию здорового образа жизни, по снятию напряженности на рынке труда и пропаганде безвозмездного массового донорства. Эффективность проведенных кампаний подтверждена достижением целевых показателей, результатами качественными и количественными. В рамках каждой кампании было разработано общее стилевое направление оформления носителей и созданы информационные материалы в соответствии с высокими стандартами рекламного рынка.

Напряженным 2010 год был и в *сфере оказания социальной поддержки и медицинской помощи гражданам, пострадавшим в результате беспрецедентных лесных пожаров, террористических актов, крупных техногенных катастроф*. С учетом полученного опыта принят ряд законодательных актов и решений Правительства Российской Федерации в целях повышения качества медицинской помощи, размеров компенсаций и оперативности их выплат.

Эта работа проводится в тесном взаимодействии с органами государственной власти субъектов Российской Федерации. Вместе с тем ей пока не хватает должной системности.



Отмечается недостаточная подготовленность к оперативным действиям на первом этапе ликвидации последствий, когда люди особенно нуждаются в помощи. Управление осуществляется в основном «в ручном режиме», а не на основе заранее отработанных, взаимосогласованных типовых решений и планов.

Чрезвычайные ситуации не должны быть для нас внезапными. Поэтому на всех уровнях должны быть созданы высокоподготовленные структурные подразделения как в здравоохранении, так и в сфере социальной защиты, расчеты оперативных групп, разработаны взаимоувязанные планы действий и сформированы резервы необходимых средств для оказания помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

Задачи на 2011 год

Основные направления работы в *социально-трудовой сфере* вытекают из Генерального соглашения между общероссийскими объединениями профсоюзов, общероссийскими объединениями работодателей и Правительством Российской Федерации на 2011–2013 годы, подписанного в конце 2010 года.

Предстоит решать сложные экономические и социальные задачи, прежде всего по модернизации и повышению конкурентоспособности экономики, созданию более комфортной деловой среды, развитию кадрового потенциала предприятий.

Особое внимание в блоке этих задач будет обращено на проблемы развития рынка труда, окончательная стабилизация которого еще не достигнута.

Общая численность безработных граждан в феврале 2011 года составила 5,6 млн. человек, или 7,4% от численности экономически активного населения.

По состоянию на 1 марта 2011 года в органах службы занятости в качестве безработных зарегистрировано 1,67 млн. человек. Уровень регистрируемой безработицы в целом по Российской Федерации – 2,2% от численности экономически активного населения. Коэффициент напряженности на рынке труда – 1,9. Пока этот показатель несколько превышает уровень второй половины 2010 года.

По предварительной оценке, при благоприятном варианте выхода экономики из кризиса среднегодовая численность безработных граждан, зарегистрированных в органах службы занятости, в среднем за 2011 год составит 1,7 млн. человек, а в конце года не превысит 1,8 млн. человек.

Выход на новую траекторию экономического развития еще не означает, что безработица будет постоянно сокращаться. Предприятия будут оптимизировать численность работников, увеличивать производительность труда и, соответственно, высвобождать персонал. Задача службы занятости – оперативно реагировать на это.

В 2011 году будет продолжен мониторинг ситуации на рынке труда по ряду наиболее острых направлений – высвобождение работников, трудоустройство инвалидов, ситуация в моногородах, эффективность региональных программ.

Мероприятия, оправдавшие себя в период кризиса и носившие временный характер, целесообразно перевести в разряд постоянных и придать им соответствующее правовое оформление.

В целях совершенствования государственной политики занятости в 2011 году планируется подготовить изменения в Закон о занятости населения. Они будут касаться содействия самозанятости безработных граждан, возмещения затрат работодателей на оборудование специальных рабочих мест для инвалидов.

Одновременно должна быть проведена работа по подготовке рынка труда к решению долгосрочных задач инновационного развития экономики. В первую очередь это касается организации опережающего профессионального обучения работников, подлежащих высвобождению. Важно предусмотреть возможность их стажировки на предприятиях, применяющих передовые технологии, в целях получения новых профессиональных навыков и компетенций, а также организо-



вать опережающее профессиональное обучение работников предприятий, осуществляющих реструктуризацию и модернизацию производства в соответствии с инвестиционными программами.

Предусматривается провести комплекс мер, позволяющих расширить возможности трудоустройства женщин, имеющих малолетних детей, а также родителей детей-инвалидов, многодетных родителей. Прежде всего это организация их профессионального обучения и оборудование надомных рабочих мест и рабочих мест с гибкими формами занятости.

Уже в 2011 году в рамках региональных программ по снижению напряженности на рынке труда планируется организовать профессиональное обучение более 20 тыс. женщин, находящихся в отпуске по уходу за ребенком до трех лет и планирующих возвращение к трудовой деятельности. Предусматривается создать около 4,6 тыс. рабочих мест для родителей, воспитывающих детей-инвалидов, и многодетных родителей.

Особое внимание должно быть обращено на вопросы охраны труда. Катастрофы на некоторых предприятиях, произошедшие в 2010 году, вскрыли ряд масштабных проблем и недоработок в этом направлении. Главные из них – низкая эффективность обучения работников практическим методам безопасного проведения работ, безразличное отношение собственников и менеджмента предприятий к обеспечению безопасности и сохранению здоровья на производстве. С этим надо решительно бороться. Работу по внесению в административное законодательство изменений, предусматривающих усиление ответственности собственников за нарушение требований охраны труда, надо завершить в кратчайшие сроки.

В 2011 году должен быть подготовлен комплекс мероприятий, направленных на сохранение здоровья на производстве, в том числе по профилактике и своевременному выявлению профессиональных заболеваний, поэтапному сокращению рабочих мест с вредными или опасными для репродуктивного здоровья населения условиями труда.

При разработке данных мероприятий будет впервые реализован комплексный подход к организационным, техническим и медицинским аспектам здоровья работников на производстве. Комплекс мероприятий будет предусматривать реализацию скоординированных действий по двум основным направлениям. Первое – совершенствование системы охраны труда работников на производстве. Второе – создание и развитие системы медико-профилактического обслуживания работников.

Предстоит внедрить как на законодательном уровне, так и в практику работы предприятий механизмы управления профессиональными рисками, создать систему единых стандартов безопасности труда в целях выявления и ликвидации рабочих мест с вредными условиями труда. Планируется разработать новые подходы к подготовке работников путем внедрения современных обучающих технологий, ориентированных на отработку практических навыков безопасной работы, реализовать комплекс обучающих и информационно-консультационных мероприятий, в первую очередь для организаций малого и среднего бизнеса.

Необходимо разработать механизмы экономического стимулирования работодателей к внедрению новых безопасных технологий, сокращению рабочих мест с вредными или опасными для репродуктивного здоровья условиями труда.

Потребуется совершенствовать систему социального страхования в этой части. В среднесрочной перспективе предстоит выстроить специальную систему социально-трудовой реабилитации, направленную в первую очередь на восстановление здоровья работника, а также пересмотреть предоставляемые виды страхового обеспечения с учетом их качества и эффективности в целях восстановления здоровья работника. Предстоит также разработать методики медицинской и профессиональной реабилитации, оздоровительного лечения для лиц группы повышенного риска профессиональных и производственно обусловленных заболеваний.

Также необходимо разработать и утвердить список профессиональных заболеваний с учетом новых технологических процессов, профессий и производственных факторов, разработать критерии выделения групп повышенного риска профессиональных и производственно обусловленных заболеваний.

Следует отметить, что первые шаги в направлении совершенствования профпатологической службы уже сделаны. В начале марта подписан согласованный с рабочей группой Российской трехсто-



ронной комиссии (РТК) приказ об утверждении требований к комплектации изделиями медицинского назначения аптек для оказания первой помощи работникам. В марте 2011 года был подписан приказ о порядке оказания профпатологической помощи работающим гражданам. В завершающей стадии подготовка комплекса единых стандартов оказания профпатологической помощи.

Предстоит внедрить эффективную систему проведения предсменных медицинских осмотров работников, занятых на опасных производствах, в целях исключения доступа к особо опасным работам лиц, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Внедрение данных медосмотров сдерживается отсутствием законодательно установленных требований к их проведению. Законопроект «О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации», разработанный группой депутатов Государственной Думы и предусматривающий введение обязательных предсменных медосмотров, до сих пор не принят Государственной Думой в первом чтении, несмотря на положительный отзыв Правительства Российской Федерации.

В центре внимания органов социальной защиты населения субъектов Российской Федерации должны быть мероприятия *региональных программ по повышению качества жизни пожилых людей*, принимаемых на основании решения президиума Государственного совета Российской Федерации от 25 октября 2010 года. Данные программы разработаны субъектами Российской Федерации. Специалисты Министерства провели их предварительную экспертизу. Именно реализация мероприятий, заложенных в этих программах, будет являться основой для выделения субсидий из бюджета Пенсионного фонда РФ субъектам Российской Федерации на поддержку материально-технической базы и развитие учреждений социального обслуживания пожилых людей, приобретение для мобильных служб автотранспорта, приспособленного к потребностям граждан пожилого возраста.

В 2011 году вводится ежегодный мониторинг социально-экономического положения пожилых людей. На основе его данных будет вестись учет всех пожилых людей, нуждающихся в социальных услугах, оказываться адресная помощь.

Работу по оказанию адресной помощи надо начать незамедлительно, так как существенный рост цен на продовольственные товары, произошедший в конце 2010 – начале 2011 года, тяжело отразился на покупательной способности низкодоходных групп населения. Опыт ряда регионов России показывает, что особенно действенной является государственная социальная поддержка в виде предоставления продуктов питания бесплатно либо на льготных условиях. Продукты доставляются непосредственно получателям помощи либо отпускаются гражданам через сеть социальных магазинов. Надо предусмотреть возможность реализовать продукты питания первоочередного спроса (хлеб, крупы, макаронные изделия, молоко, яйца, соль, сахар) в этих точках по существенно более низким ценам, чем средние розничные цены на данной территории. Было бы правильным расширить создание социальных магазинов – дискаунтеров, отличающихся более широким ассортиментом. Низкий уровень цен в сети таких магазинов можно поддерживать за счет приобретения товаров крупными партиями без посредников и реализации их с минимальной наценкой.

На новый уровень должна выйти работа по государственной поддержке ветеранов Великой Отечественной войны. Для усиления координации деятельности в этой сфере создан Координационный совет по делам ветеранов при Правительстве Российской Федерации под руководством Председателя Правительства Российской Федерации.

В соответствии с поручением Президента Российской Федерации Министерством подготовлен проект нового федерального закона «Об основах социального обслуживания населения Российской Федерации», который будет отвечать современным экономическим и социальным условиям. Законопроект направлен на создание условий для развития системы социального обслуживания населения, уточняет разграничение полномочий федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации при предоставлении социальных услуг, а также предполагает включение рыночных механизмов в установленную сферу. При разработке законопроекта максимально учитывались принципы, предполагающие адресность и систему оценки степени индивидуальной нуждаемости в предоставлении социальных услуг гражданам. В ближайшее время законопроект предполагается представить на широкое обсуждение.



В июле 2011 года впервые будет проведен ежегодный конкурс на звание «Лучший работник учреждения социального обслуживания» с присуждением призовых премий в размере 200, 300 и 500 тыс. рублей. Это еще один повод для оценки труда почти 640 тыс. работников отрасли, для выявления и поощрения наиболее талантливых представителей одной из самых гуманных профессий.

С целью привлечения бизнеса в сферу социального обслуживания населения, повышения ее инвестиционной привлекательности разработан и проходит согласование законопроект, позволяющий распространить нормы Федерального закона «О концессионных соглашениях» на объекты социального обслуживания населения. Законопроект создает условия для развития ресурсного потенциала сферы социального обслуживания и повышения на этой основе доступности, качества и безопасности предоставления людям социальных услуг.

Принципиально новым шагом в 2011 году является разработка субъектами Российской Федерации, в соответствии с поручением Президента Российской Федерации, перспективных схем развития и размещения стационарных учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов до 2020 года. Переход к стратегическому планированию, с учетом показателей прогноза демографического и социально-экономического развития регионов, градостроительных и иных норм и нормативов, призван обеспечить повышение уровня экономичности, эффективности и результативности социального обслуживания населения. Перспективные схемы могут стать основой принятия решений о финансовой поддержке деятельности субъектов Российской Федерации по развитию стационарных учреждений социального обслуживания.

В 2011 году будет продолжен эксперимент по внедрению системы социальных контрактов при оказании государственной социальной помощи малоимущим гражданам, развернутый в 17 субъектах Российской Федерации. Первые результаты эксперимента показывают, что новая технология имеет хорошие перспективы. Наибольший эффект от ее внедрения дает комплексный подход к программам социальной адаптации малоимущих семей с детьми. При реализации эксперимента особое внимание уделяется мероприятиям по трудоустройству незанятых трудоспособных членов семьи, их профессиональной ориентации и профессиональному обучению через территориальные органы службы занятости населения, по содействию в развитии индивидуальной трудовой деятельности, ведении личного подсобного хозяйства, по поддержке самозанятости.

Применение системы социального контракта позволило улучшить межведомственное взаимодействие различных органов власти в регионах при оказании социальной помощи, усовершенствовать методики работы с нуждающимися семьями, обеспечить дифференцированный подход при оказании поддержки малоимущим гражданам с ориентировкой на помощь тем, кто сам реально хочет улучшить свое материальное положение.

Особое место в работе органов социальной защиты занимает оказание поддержки семьям с детьми. В 2010 году Министерство совместно с Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, начало проведение общенациональной информационной кампании по противодействию жестокому обращению с детьми, в рамках которой стартовало общероссийское движение «Россия – без жестокости к детям!».

В соответствии с поручением Президента Российской Федерации руководители высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации должны проанализировать имеющийся в субъектах опыт служб по оказанию помощи детям и подросткам в случаях жестокого обращения с ними. Министерство обобщает и изучает опыт работы по предотвращению жестокости и насилия по отношению к детям в целях распространения наиболее эффективных ее форм. В мае 2011 года вопрос «О мерах по оказанию помощи детям и подросткам в случаях жестокого обращения с ними» рассмотрен на заседании Правительства Российской Федерации.

В 2011 году субъекты Российской Федерации продолжают работу по *организации отдыха и оздоровления детей*.

Министерством разработан проект типового положения о детском оздоровительном лагере, в котором определяется понятие лагеря, его основные задачи и структура, порядок организации деятельности, содержание, формы и методы педагогической и досуговой работы, возможность создания специализированных профильных смен. Получены замечания и предложения от 62 субъек-



ектов Российской Федерации. Сейчас доработанный проект типового положения проходит установленную процедуру согласования.

В 2011 году Министерство планирует провести Всероссийский смотр-конкурс на лучший летний оздоровительный лагерь. По результатам конкурса будут определены организации, наиболее качественно осуществляющие отдых и оздоровление детей. Передовой опыт работы лучших лагерей будет широко распространен.

Необходимо завершить исполнение поручений Правительства Российской Федерации по учету и паспортизации детских оздоровительных организаций, а также по обеспечению страхования детей на период их пребывания в детских оздоровительных организациях. По представленной регионами информации, паспортизация лагерей завершена только в 33 субъектах Российской Федерации (Республика Карелия, Калужская, Ленинградская, Свердловская, Ивановская, Тюменская и Ярославская области, Пермский край, Санкт-Петербург и др.). Из них 20 субъектов Российской Федерации составили реестры лагерей и разместили данную информацию в сети Интернет.

Министерство с участием Федерации независимых профсоюзов России и Российского союза промышленников и предпринимателей разработало и направило в регионы рекомендации по организации в 2011 году детской оздоровительной кампании. Рекомендовано рассмотреть возможность поддержки инициатив работодателей и создания благоприятных условий для их участия в детской оздоровительной кампании, применять возможности частно-государственного партнерства в области организации отдыха детей.

Хочется еще раз обратить внимание руководителей органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации на необходимость усиления контроля за подготовкой детских оздоровительных лагерей к летнему сезону, обеспечения комплексной безопасности детских оздоровительных организаций.

Необходимо принять меры для того, чтобы объемы финансирования детского отдыха в 2011 году были не ниже уровня расходов на данные цели в 2010 году.

С 1 января 2011 года изменена система *санаторно-курортного лечения федеральных льготников*. «Медицинская составляющая» набора социальных услуг разделена на лекарственное обеспечение и санаторно-курортное лечение. Установлена длительность санаторно-курортного лечения, предоставляемого федеральным льготникам в рамках набора социальных услуг в качестве профилактики основного заболевания. Теперь она составляет 18 дней для всех граждан, 21 день для детей-инвалидов, от 21 до 42 дней – для инвалидов с последствиями травм спинного и головного мозга.

Полномочия по санаторно-курортному лечению отдельных категорий граждан переданы Фонду социального страхования Российской Федерации и субъектам Российской Федерации. Необходимо повысить качество учета потребностей льготных категорий граждан в данном виде социальных услуг.

В 2011 году начинается реализация *Государственной программы «Доступная среда на 2011–2015 годы»*, которая является беспрецедентной по масштабности поставленных задач и привлекаемым ресурсам. Задача ближайшего периода – обеспечить хороший старт, создать необходимые правовые и методологические условия для проведения в субъектах Российской Федерации соответствующих пилотных проектов.

В Республике Хакасия, Удмуртской Республике и Тюменской области будет проведен пилотный проект по осуществлению медико-социальной экспертизы с учетом положений новой Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. В целях сокращения реабилитационного маршрута инвалида предстоит разработать модель внутри- и межведомственного взаимодействия при осуществлении медико-социальной экспертизы и комплексной реабилитации инвалидов.

Еще одна тема касается *совершенствования правового положения государственных учреждений*. Соответствующий Федеральный закон №83-ФЗ принят 8 мая 2010 года и вступает в силу поэтапно. Переходный период должен быть завершен 1 июля 2012 года. Этим законом предусмотрено создание учреждений трех типов – казенных, бюджетных и автономных.



Наиболее консервативный тип государственных учреждений – казенные учреждения. Финансовое обеспечение их деятельности будет осуществляться за счет средств бюджета на основании бюджетной сметы.

Для бюджетных и автономных учреждений предусмотрена иная форма финансового обеспечения деятельности. Этим учреждениям из бюджета будет предоставляться субсидия на выполнение государственного задания. Закон не предоставляет дополнительной свободы бюджетным учреждениям для оказания платных услуг, наоборот, цены на платные услуги нормируются гораздо жестче.

Сейчас реализуется первый этап – подготовительный, и в течение 2011 года все участники этого процесса должны отработать весь комплекс вопросов, связанных с финансированием государственных заданий и с тем, как новые бюджетные и автономные учреждения будут участвовать в программах обязательного медицинского страхования. Важно обеспечить переход на новые требования таким образом, чтобы доступность бесплатной медицинской помощи, а также других услуг в сфере здравоохранения и социального развития не была снижена.

В 2011 году предстоит провести работу по реализации норм Федерального закона от 27.07.2010 №210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг». В Перечне государственных услуг (функций), предоставляемых федеральными органами исполнительной власти, сведения о которых должны быть включены в Сводный реестр государственных и муниципальных услуг, содержится 105 государственных услуг (функций), предоставление которых осуществляется в системе Министерства. Из них 90 услуг предоставляют подведомственные службы и ФМБА России, а также курируемые государственные внебюджетные фонды.

Требуется уже в 2011 году решить несколько задач:

- 1) по-новому выстроить систему взаимодействия в этой работе всех звеньев системы – Министерства, подведомственных служб и ФМБА России, государственных внебюджетных фондов;
- 2) завершить работу по утверждению административных регламентов предоставления государственных услуг;
- 3) осуществить перевод предоставления государственных услуг и исполнения государственной функции в электронном виде, а также по принципу «одного окна».

Всю работу по оказанию государственных услуг необходимо активизировать.

Несколько слов о работе подведомственных Минздравсоцразвитию России федеральных служб и ФМБА России. Объемные отчеты иллюстрируют, как правило, количественные результаты этой деятельности: число проверок, выявленных нарушений, переданных в прокуратуру дел, выданных предписаний, составленных протоколов. При этом количество выявленных нарушений, как правило, не снижается. Очевидно, полученные результаты проверок не анализируются с должной тщательностью, обоснованные выводы не делаются. Надо менять формы работы. Нельзя ограничиваться констатацией фактов нарушений. Необходимо делать анализ обстоятельств и причин выявленных нарушений, готовить рекомендации и предложения по их недопущению, в том числе по внесению изменений в законодательство. Следует продумать перечень показателей, характеризующих эффективность принятых мер по устранению выявленных и недопущению новых нарушений законодательства.

Итак, большой объем задач возлагается не только на Министерство, подведомственные службы, ФМБА России и фонды, но и на региональные подразделения труда и занятости, здравоохранения, социальной защиты, и от согласованности их работы зависит благополучие граждан.