

О ПОВЫШЕНИИ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Вероника Игоревна Скворцова

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 высокое качество медицинской помощи. Для достижения этой цели необходимо иметь достаточное количество квалифицированных медицинских кадров, оснащенное современной инфраструктурой здравоохранения. Необходимо выстраивание современной логистики оказания медицинской помощи, а также достаточные финансовые ресурсы.

В 2011 году в нашей стране стартовали программы модернизации и развития здравоохранения, которые были направлены прежде всего на создание условий для оказания качественной медицинской помощи на всей территории страны, в соответствии с трехуровневой системой оказания медицинской помощи. К приоритетам были отнесены развитие первичной медико-санитарной помощи населению, проживающему в отдаленных районах и в сельской местности (по результатам модернизации количество ФАПов, фельдшерских пунктов, сельских амбулаторий, кабинетов врачебных общих практик увеличилось на 1765 по всей стране), 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 чем 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 фондооснащенность и фондовооруженность 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, сформировано более 8 тыс. выездных врачебных бригад, полностью оснащенных портативным оборудованием. Более 4 тыс. учреждений уже включены в телемедицинскую сеть и проводят телемедицинские консультации; спутниковой навигацией ГЛОНАСС оснащено более 19,5 тыс. машин скорой помощи и 2,5 тыс. станций скорой помощи. Благодаря реализуемой программе «Земский доктор» около 8 тыс. специалистов пришли работать в село. В этом году программа благодаря решению Президента Российской Федерации будет распространена на рабочие поселки, около 5 тыс. медработников дополнительно придет в труднодоступные районы страны.

Вместе с тем по причине огромной территории страны сама проблема обеспечения равнодоступной помощи, безусловно, очень сложна и масштабна, и поэтому нам предстоят дальнейшие шаги. Минздрав 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 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 тыс. посещений в смену и участковых и районных больниц более чем на 6 тыс. мест. Наряду с этим, в региональных программах запланировано создание более 200 передвижных и ФАПов, и офисов врачебных общих практик.

Министерством здравоохранения Российской Федерации разработана концепция санитарной авиации и уже со следующего года запланирована реализация пилотных проектов в четырех наиболее нуждающихся регионах страны. Важнейшим направлением преобразования 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 7-тысячное экспертное медицинское сообщество, и в настоящее время уже завершается разработка первых 287 клинических протоколов. Всего за ближайшие три года их будет подготовлено около 1,5 тыс.

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 тыс. 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 еще семь.

В 2012 году мы завершили создание национальной электронной медицинской библиотеки и подготовили электронное рабочее место врача. Уже к декабрю 2013 года мы намерены до 25% 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 удаленных 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 указом президента мы разработали комплекс мер, который был утвержден правительством. На его осно-



ве 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, увеличение доли целевой контрактной подготовки медицинских работников. В этом году данный показатель составил уже 40% от всей численности абитуриентов медицинских образовательных учреждений.

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

Повышение оплаты труда остро поставило вопрос о пересмотре отраслевых норм труда, которые не менялись с 1980-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 10 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. До конца 2013 года будет сформировано 27 стандартов.

Особую значимость в развитии здравоохранения имеет обновление подходов к формированию и экономическому обоснованию программ государственных гарантий, бесплатного оказания медицинской помощи. В 2012 году было разработано и утверждено 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, необходимо предусмотреть достаточный уровень финансирования программы. К 2016 году забюджетировано увеличение расходов на программу на 40% – до 2,154 трлн рублей. Мы очень благодарны президенту страны Владимиру Владимировичу Путину за поручение рассмотреть возможность направления дополнительных финансовых ресурсов – части акцизов на табак – на оказание медицинской помощи. На наш взгляд, это было бы чрезвычайно полезно для системы. 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 объемов медицинской помощи. Впервые с 2013 года введены нормативы профилактической помощи, неотложной, паллиативной, а также сделан акцент на развитии дневных стационаров.

Необходимо подчеркнуть, что данное перераспределение объемов не снижает качества медицинской помощи, а кроме того, 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 долечивания и реабилитации. По расчетам, в результате подобной реструктуризации только за ближайшие три года удастся высвободить и перераспределить более 103 млрд рублей. 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 млрд рублей и позволит использовать их на развитие системы.

Для снижения расходов государства на поддержание основных фондов здравоохранения особое значение имеет формирование открытой конкурентной среды и вовлечение негосударственных медицинских организаций в реализацию программ государственных гарантий по единым требованиям к оказанию качественной медицинской помощи. Необходимо отметить, что с 2010 года, то есть за два 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% от общего количества. Для того чтобы мы могли дальше активно развивать государственно-частное партнерство, 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 отмечал Президент России Владимир Владимирович Путин, анализ причин неудовлетворенности населения медицинской помощью, притом 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 жестко 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 определенных результатов в снижении смертности от наиболее значимых заболеваний, общей смертности в стране, так же как и в повышении рождаемости, в том числе благодаря применению медицинских программ. Главным итогом года явилось достижение долгожданного перекреста рождаемости и смертности, аналогичного перекресту, который произошел 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%, смертность от сосудистых заболеваний – более чем на 9%, от болезней дыхания – на 11%, от туберкулеза – на 13%. Последовательно снижается младенческая смертность: она достигла по результатам первого полугодия текущего года 8,3, то есть уже ниже результата 2012 года на 3,5%.

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.