

ПРИОРИТЕТНЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ И РЕФОРМИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ
Михаил Юрьевич Зурабов

При Совете при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов действует Межведомственная рабочая группа по приоритетному национальному проекту «Здоровье» и демографической политике. Выводы рабочей группы позволяют более определенно судить о перспективах развития здравоохранения, в том числе и в части, касающейся приоритетного национального проекта.

Прежде всего необходимо четко понимать сложившуюся структуру финансирования. Оказание основной, массовой медицинской помощи находится в ведении муниципалитетов. На муниципальном уровне оказывается более 70% амбулаторно-поликлинической и более 65% стационарной помощи. Соответственно, субъекты Федерации принимают на себя порядка 25–27% стационарной и амбулаторной поликлинической помощи, а федеральный бюджет и того меньше.

Рост зарплаты и укрепление кадрового потенциала

Финансовое наполнение муниципальных бюджетов является далеко не самым благополучным, несмотря на значительно возросшие в последние годы объемы финансирования. Так и не удалось полностью решить ключевые проблемы здравоохранения, которыми являются кадровое обеспечение, материально-техническая база и финансирование текущих расходов. То, что по инициативе Президента РФ началась реализация приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, безусловно, было своевременной мерой, призванной решить эти и другие важные проблемы.

Говоря о кадровом обеспечении медицинской помощи, следует отметить ряд важных моментов. В определенный период удалось использовать федеральные ресурсы для того, чтобы укрепить кадровый потенциал. Средняя заработная плата в здравоохранении за последний год выросла с 5,8 тыс. до 9 тыс. рублей. Существенно снизился коэффициент совместительства: если в начале 2006 года он составлял 1,6, то к его концу в целом ряде регионов коэффициент снизился до уровня 1,1. В некоторых регионах он продолжает оставаться на более высоком уровне, но есть позитивная динамика, которая, в частности, состоит в том, что в систему государственного здравоохранения приходят работать выпускники вузов, чего не было все последние годы. Расчет на то, что удастся восстановить действовавшую в Советском Союзе систему распределения выпускников медицинских вузов после окончания учебы, нереалистичен. Поэтому акцент нужно делать на создание мотивации к труду, в том числе посредством повышения заработной платы, предоставления жилья, социальных пакетов работникам здравоохранения и особенно фельдшерско-акушерских пунктов.

Без укрепления первичного звена вряд ли можно добиться, чтобы ситуация изменилась в лучшую сторону. Речь прежде всего идет об удельном весе финансирования стационарной и амбулаторной медицинской помощи. На сегодняшний день стационары продолжают расходовать более 60% всех средств, направляемых на здравоохранение, из которых 28%, по сути, идет на финансирование «социальных» коек. Кроме того, первые шаги в рамках реализации национального проекта направлены на то, чтобы преодолеть своего рода застой, возникший в области материально-технического обеспечения. Так, по состоянию на начало 2006 года 62% автомашин скорой медицинской помощи имели 100%-ный износ. Около 64% медицинского оборудования тоже уже исчерпало свой физический и моральный ресурс, и поэтому поставки оборудования в 2007 году существенно изменят положение в регионах. И это только первые шаги.

Демографические проблемы

В 2007 году в рамках приоритетного национального проекта будут развиваться программы совершенствования оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов. Стоимость родового сертификата увеличилась до 11 тыс. рублей.

При этом службе родовспоможения будет предоставлена возможность направлять до 25% средств, которые были получены за оказание определенной медицинской помощи, на приобретение высококласного медицинского лечебного и диагностического оборудования. В женские консультации дополнительно будет поступать одна тысяча рублей с тем, чтобы затем направить эти средства на приобретение лекарственных и железосодержащих препаратов, витаминов, микроэлементов.

Принципиально важно, что с 2007 года в родовом сертификате появился третий талон. Этот талон через полгода после выписки из родильного дома женщина отдаст в детскую поликлинику. Если она будет удовлетворена качеством медицинской помощи, то по прошествии года с момента прикрепления своего ребенка к детской поликлинике отдаст и второй купон этого талона. Таким образом, детские поликлиники будут получать две тысячи рублей за каждого ребенка, что не только позволит решить вопрос по повышению заработной платы специалистам, но и создаст элемент непрерывного наблюдения женщины в период беременности и родов и ее ребенка после рождения.

Прилагаются значительные усилия для того, чтобы улучшить качество медицинской помощи детям на раннем этапе жизни. Нередко бывает, что ребенок, который получил качественную медицинскую помощь в перинатальном центре, затем сталкивается с ситуацией, когда такого же уровня медицинская помощь не может быть оказана в детских поликлиниках. Поэтому чрезвычайно важно, что это направление приобретает законченный организационный финансовый ход.



Высокотехнологичная медицинская помощь и снижение смертности

В 2007 году федеральное Правительство впервые проводит конкурсный отбор медицинских учреждений субъектов, которые смогут оказать высокотехнологичную медицинскую помощь не только для граждан, проживающих на территории субъекта РФ, где расположено медицинское учреждение, но и для жителей близлежащих регионов. Безусловно, существует несколько условий: уровень технической оснащенности медицинских учреждений и квалификационный уровень специалистов, выполнение федеральных клинических стандартов и, самое главное, предложение экономически разумной конкурсной цены.

В 2007 году существенно увеличатся объемы высокотехнологичной медицинской помощи и составят 17,5 млрд. рублей (в 2006 году – 10 млрд. рублей), а через год объемы финансирования планируется увеличить до 22,5 млрд. рублей. В 2006 году согласно плану были пролечены 128 тыс. граждан, в нынешнем запланировано пролечить уже 170 тыс. граждан. Если активное развитие материальной базы продолжится теми же темпами, то системные проблемы, связанные с недоступностью дорогостоящей высокотехнологичной медицинской помощи, прежде всего по кардиохирургии, ортопедии и травматологии, будут успешно решены. В ближайшее время начнется строительство четырех первых центров высоких медицинских технологий.

Особое внимание с 2007 года будет уделяться снижению смертности по трем направлениям: при ДТП, от сердечно-сосудистых патологий и от острых химических отравлений. Так, Президент РФ Владимир Путин обратил внимание Министерства внутренних дел РФ и Министерства здравоохранения и социального развития РФ на снижение смертности и совершенствование организации медицинской помощи при ДТП, в связи с чем состоялся целый ряд важных совещаний на региональном уровне. Региональное здравоохранение активно подключается к работе по данному направлению. Планируется оснащение служб скорой помощи реанимобилями, в 2007 году их будет закуплено больше 300. Травматологические отделения будут укомплектованы необходимой аппаратурой лучевой диагностики, планируется и дополнительное укомплектование медицинским и диагностическим оборудованием нейрохирургических служб.

Необходимо отметить, что в 2006 году впервые за последние годы начала снижаться смертность по всем видам патологий: по сравнению с показателями 2005 года смертность в Российской Федерации снизилась на 66 тыс. человек. При этом смертность от внешних причин, таких как убийство, самоубийство, отравления, дорожные травмы – то есть от того, что непосредственно связано с качеством жизни и на что влияет экономическая ситуация в стране в целом, – составляет 15,5 тыс. из 66. Таким образом, основной результат начинают давать те мероприятия, которые проводятся в сфере здравоохранения уже с 2005 года, когда существенно повысилась доступность медицинской помощи и, в частности, лекарственное обеспечение.

Переход к новым моделям организации здравоохранения

Как неоднократно подчеркивал Президент РФ, национальный проект – это первый шаг, толчок к развитию здравоохранения. Необходимо сделать и последующие шаги. Это шаги, которые должны повысить структурную эффективность здравоохранения, переход на финансирование по конечному результату, внедрение персонифицированного учета как оказанной медицинской помощи, так и учета пациентов, которые обратились в медицинское учреждение. Это, конечно же, разработка и повсеместное внедрение клинических стандартов оказания медицинской помощи.

В формирующейся модели здравоохранения совершенно четко надо определить, какой объем медицинской помощи предоставляется гражданам бесплатно. Когда гражданин обращает-



ся за медицинской помощью, он не знает, что платно, а что нет. В любой момент ему могут предложить ту или иную услугу оплатить, и он будет вынужден это сделать. Механизм софинансирования медицинской помощи построен именно так, что зачастую ни медработник, ни обратившийся за медицинской помощью гражданин не могут твердо ответить на вопрос, на что пациент имеет право без дополнительной оплаты.

В 2007 году должна быть создана реальная модель, построенная на принципах бесплатной медицинской помощи по специальной гарантированной государством программе, модель, которая подкреплена клиническими стандартами и описанием всего, что предоставляется гражданину без оплаты. Необходимо сформировать обоснованные тарифы на медицинскую помощь, прежде всего медико-экономические стандарты, по которым будет осуществляться расчет за эту медицинскую помощь. В ряде территорий такая работа уже ведется.

Сегодняшняя модель функционирования и финансирования здравоохранения, построенная на ограниченной финансовой самостоятельности лечебного учреждения, создает предпосылки только для одной модели оплаты труда. Это сметный принцип, тарифная система оплаты труда, это схема должностных окладов, штатное расписание и все, что из этого вытекает. Если начинается последовательный переход на оплату медицинской помощи по конечному результату, то это предполагает переход на определение норматива затрат заработной платы в стоимости медицинской услуги.

Так, при разработке родовых сертификатов было определено, что до 60% всех средств могут направляться на выплату заработной платы. Затем либо само лечебное учреждение определяет, либо на уровне субъекта Федерации готовятся рекомендации, как эти средства могут быть направлены на стимулирование эффективного и качественного труда медицинского персонала. В 2007 году предстоит двигаться в этом направлении не только в службе родовспоможения, но и в других сферах.

В 2007 году будет разработан стандарт минимального платежа, который субъекты Федерации и муниципалитеты должны вносить за неработающее население. Но в России проживает 35 млн. человек мигрантов, работающих на предприятиях, которые уплачивают налоги по упрощенным схемам и, как правило, не осуществляют никаких социальных выплат. Поэтому одним из важнейших направлений работы на 2007 год должно стать установление минимального платежа на медицинское страхование или социальный пакет.

Минимальный платеж должен распространяться не только на неработающих. Надо подумать о том, как этот же подход можно реализовать для всех категорий граждан. Причем данный вопрос не решить только путем увеличения минимального размера оплаты труда, который в 2007 году, вероятно, увеличится уже до 2000 рублей. Для того чтобы бесплатно предоставить социальный пакет, этот уровень заработной платы все равно является недостаточным, поэтому следующая проблема, которой предстоит заниматься, – увеличение доходов населения и привязка к источникам финансирования всех социальных обязательств государства, включая здравоохранение и пенсионное обеспечение.

Существует еще одна проблема. У всех регионов разный уровень развития, причем не столько уровень экономического развития, сколько уровень управляемости, внедрения новых управленческих технологий, развития социальной инфраструктуры. Поэтому в 2007 году предстоит разработать модельный закон, регулирующий проблемы медицинского страхования, и предложить механизм, используя который субъекты Российской Федерации могли бы вводить экономические модели реализации медицинской помощи на территориях, которые будут к этому готовы. Можно рассчитывать, что во второй половине 2007 года уже появятся предложения по модельному закону и по дальнейшим этапам его внедрения в регионах.