

ПРОЕКТНОЕ УПРАВЛЕНИЕ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ



ПРЕДСЕДАТЕЛЬ КОМИТЕТА СОВЕТА ФЕДЕРАЦИИ
ПО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКЕ
Валерий Владимирович Рязанский

Удовлетворение запроса общества на реальное изменение экономической и социальной среды требует эффективных управленческих подходов, значительных финансовых ресурсов и рационального их использования. Инициатором внедрения проектного подхода в масштабах страны выступил Президент Российской Федерации В.В. Путин. На Петербургском международном экономическом форуме в 2016 году глава государства указал, что задачи, стоящие перед нами, требуют новых подходов к управлению развитием, и здесь мы намерены активно использовать проектный принцип. Был дан старт внедрению проектного подхода в государственном управлении на федеральном и региональном уровнях. За это время были сформированы функциональная и организационная структуры проектного управления, создана необходимая нормативная правовая база.

Особую актуальность проектный подход имеет в решении социальных проблем. Именно поэтому значительное число инициатив, обозначенных президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам, реализуется в социальной сфере. Так, 7 из 29 проводимых в настоящее время стратегических проектов относятся к сфере здравоохранения. Они нацелены на решение следующих первоочередных задач:

- открытие в стране сети перинатальных центров;
- развитие санитарной авиации;
- информатизация медицины;
- создание системы мониторинга госзакупок лекарств;
- обеспечение отрасли квалифицированными специалистами;
- повышение качества организации медицинской помощи;
- увеличение доли граждан, приверженных здоровому образу жизни.

Внедрение проектного управления должно базироваться на передовом региональном и отраслевом опыте. В ряде субъектов Российской Федерации такая система развивается не первый год. Например, в Белгородской области этот подход применяется уже на протяжении 7 лет и убедительно доказал свою эффективность. В рамках программы парламентских слушаний, состоявшихся в Белгородской области 19 февраля 2018 года, члены Совета Федерации, в том числе Комитета Совета Федерации по социальной политике, руководители Министерства здравоохранения Российской Федерации, Росздравнадзора, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области, руководители субъектов Российской Федерации, курирующие вопросы здравоохранения, представители медицинского сообщества на практике ознакомились с внедрением принципов проектного управления. Субъекты, которые недавно приступили к проектному управлению, могут с несомненной пользой для себя перенять белгородский опыт.

Обеспечение устойчивого развития сельских территорий, выход на новый уровень развития и, как следствие, повышение качества жизни селян являются важнейшими государственными задачами. Успех их выполнения напрямую зависит от повышения доступности для населения медицинской помощи.

В целях совершенствования организации оказания первичной медико-санитарной помощи, повышения ее доступности и качества при медицинских учреждениях организуется сеть фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФАП) и фельдшерских здравпунктов на селе. Они создаются в зависимости от численности населения и удаленности от другой медицинской организации. А вот непродуманному сокращению объектов сельской медицины поставлен заслон. В декабре 2017 года мы законодательно закрепили необходимость учета мнения сельских жителей при принятии решений о реорганизации или ликвидации медицинских организаций. Там, где учреждения здравоохранения были необоснованно ликвидированы, их нужно восстанавливать. Отрадно, что за последнее время в эксплуатацию более 500 ФАП и офисов врачей общей практики. В качестве примеров успешной работы таких пунктов в Белгородской области можно привести следующие.

Сергиевский центр врача общей практики. Расположен в с. Сергиевка, в 13 км от г. Губкина. Обслуживает население сёл Сергиевка, Успенка, Рябиновка, Малаховка, Сапрыкино, Копцево, Дубянка и х. Пугачи с общей численностью 1790 человек (в их числе 252 ребенка). Построен в 2016 году. Здесь работают кабинет приема, манипуляционная, процедурный и смотровой кабинеты, палата дневного стационара, аптечный пункт. Имеются детская зона и место для употребления фиточая. Кабинеты оснащены современным медицинским оборудованием, необходимым для работы врача: дефибриллятором, анализатором критических состояний, концентратором кислорода, электроотсосом, ЭКГ-аппаратом. Есть возможности для диагностики нарушений зрения: таблицы Сивцева, щелевая лампа, периметр, тонометр для измерения внутриглазного давления. Врач располагает анализаторами уровня глюкозы крови и общего холестерина, пульсоксиметром, спирометром, оториноофтальмоскопом, набором камертонов, физиотерапевтической техникой. Население обеспечивается медикаментами, а многодетные и малообеспеченные семьи – детским питанием.

Центр врача общей практики с. Ерик. Имеет кабинет приема врача общей практики, гинекологический, прививочный и процедурный кабинеты, помещение для персонала, зал ожидания со стойкой администратора. Для посетителей регулярно работает информационная панель с расписанием и графиком приемов. Общая площадь офиса семейного врача составляет около 170 кв. м. Здание спроектировано с учетом единого дизайн-кода территории. К центру прикреплено 1458 человек.

Кабинеты оснащены современным медицинским оборудованием, необходимым для работы врача: дефибриллятором, анализатором критических состояний, концентратором кислорода, электроотсосом, ЭКГ-аппаратом. Имеются возможности для диагностики нарушений зрения: таблицы Сивцева, щелевая лампа, периметр, тонометр для измерения внутриглазного давления.

У врача есть анализаторы уровня глюкозы крови и общего холестерина, пульсоксиметр, спирометр, оториноофтальмоскоп, набор камертонов и многое другое в соответствии со стандартом оснащения. Кроме того, офис оснащен физиотерапевтическим оборудованием. Рабочие места автоматизированы, что позволяет формировать электронную запись на прием и электронную карту, а также дает возможность выписывать направления на консультации в областные учреждения не



выходя из кабинета. Специалисты ведут работу по диагностическо-лабораторному комплексу: это выявление сахара, холестерина, анализ мочи, снятие кардиограмм.

Истобнянская амбулатория. Расположена в с. Истобное, в 35 км от г. Губкина. Обслуживает население сёл Истобное, Коньшино, Юрьевка, Вторая Ивановка и хуторов Сакменка, Богомолье, Нижняя Матвеевка, Красносолдатский, Жилин Колодезь, Колодезный, Красноплотава, Куфлиёвка, Падина, Зайцево, Кашары с общей численностью 2858 человек (в их числе 314 детей). Построена в 2016 году. В структуре – два кабинета врачей-терапевтов, стоматологический, процедурный, прививочный, физиотерапевтический и смотровой кабинеты, две манипуляционные, стерилизационная, аптека, палата дневного стационара. Имеются детская зона и место для употребления фиточая.

Кабинеты оснащены всем необходимым оборудованием. В манипуляционной имеются дефибрилятор, концентратор кислорода, хирургический электроотсос, аппарат ЭКГ, щелевая лампа, анализатор полей зрения, таблица Сивцева, набор пробных линз. Во второй манипуляционной находятся анализатор критических состояний, экспресс-анализатор мочи, гемоглобинометр, экспресс-анализатор глюкозы и холестерина. Физиотерапевтический кабинет укомплектован современным физиотерапевтическим оборудованием. В кабинетах врачей есть ростомер, весы, набор для оториноофтальмоскопии, тонометр для определения внутриглазного давления, неврологический молоток, пульсоксиметр, спирометр. В процедурном кабинете имеются посиндромные аптечки для оказания неотложной помощи. В аптечном пункте организована розничная торговля лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения. В офисе организована выдача детского питания многодетным и малообеспеченным семьям. Рабочее место врачей оснащено компьютером, МФУ. Имеется доступ к серверу базы данных ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ». Передача данных происходит по защищенному каналу через Интернет. Всё это позволяет дистанционно записывать посетителей на прием к узким специалистам ЦРБ и областных учреждений здравоохранения, вести электронные карты пациентов, выписывать электронные листки нетрудоспособности, направления, рецепты. Возможности интернет-ресурса позволяют проводить телеконсультации по бизнес-скайпу с необходимыми специалистами, таким образом сокращая временной интервал между постановкой диагноза и определением тактики ведения пациента. Также в кабинете есть ЭКГ-аппарат с возможностью передачи данных врачу функциональной диагностики.

Следует и далее открывать такого рода пункты, так как они полностью доказали свою востребованность.

Для приближения медицинской помощи к сельским жителям используются и выездные формы работы. Это социальные автопоезда и «поликлиники на колесах», оснащенные современным оборудованием. Активное использование выездных форм работы обеспечивает возможность диспансерного наблюдения. По оперативным данным, представленным субъектами Российской Федерации, по состоянию на 31 октября 2017 года диспансеризацию прошли 16,75 млн взрослых, из них число граждан, проживающих в сельской местности, – 3,9 млн.

Позитивным региональным опытом использования проектных практик в процессе совершенствования первичной медико-социальной помощи является многоуровневый межведомственный проект «Управление здоровьем», успешно реализуемый в Белгородской области. Его актуальность объективно подтверждена: с одной стороны, усиление профилактической работы в первичном звене здравоохранения – это приоритет развития сферы здравоохранения в Российской Федерации, а с другой – деятельность осуществляется в условиях ограниченности имеющихся ресурсов, особенно в сельской местности. Проект структурирован по принципу трех групп требований к первичной медико-санитарной помощи: требования к условиям, содержанию и результатам. В ходе проекта (2016–2017 годы) были достигнуты следующие результаты:

- отремонтировано, вновь построено и оснащено современным медицинским оборудованием порядка 450 центров врачебной общей практики (семейной медицины) и ФАП в сельской местности;
- 100% медицинских объектов на селе обеспечены доступом к Интернету, автоматизированными рабочими местами врача.

Кроме того, прошла модернизация территориальной информационной медицинской системы (ТИМС), что позволило работникам первичного звена в электронном виде:



- вести медицинскую документацию;
- выдавать рецепты и больничные (1-е место в Российской Федерации по выдаче электронных листков нетрудоспособности);
- вести запись на прием;
- оказывать телемедицинские услуги;
- обеспечивать логистику оказания медицинской помощи по принципу персонализации;
- выступать операторами процесса бюджетирования в рамках своего терапевтического участка.

За счет ресурса федеральной программы «Земский доктор» и муниципальных мер социальной поддержки (разовых выплат при трудоустройстве и регулярных денежных выплат в период работы, предоставления жилья в зоне обслуживания пациентов и пр.), организации и оплаты из средств областного бюджета профессиональной переподготовки проблема дефицита кадров была решена на 98%.

Еще одной особенностью регионального проекта «Управление здоровьем» является его всеохватность: в каждом из 22 муниципальных образований Белгородской области инициируется муниципальный проект, аналогичный региональному. Это дало эффект включения общественных институтов и бизнес-сообщества в создание условий для первичной медико-санитарной помощи. В муниципальных районах появились организационные модели ГЧП (частные медицинские организации, включившись в реализацию территориальной программы государственных гарантий, стали работать с прикрепленным населением), при каждом терапевтическом участке в сельской местности были созданы советы общественности, пропагандирующие ЗОЖ, в социальных сетях началась работа по созданию групп по модели «врач общей практики (семейный врач) + прикрепленное население».

Что касается изменения содержания первичной медико-санитарной помощи, то для достижения стратегической цели регионального проекта «Управление здоровьем», а именно для поэтапного увеличения продолжительности жизни населения Белгородской области, предусмотрена смена парадигмы имеющейся системы «от лечения заболеваний к их предупреждению» посредством формирования системы партнерских связей «врач общей практики (семейный врач) + врач-педиатр + пациенты – члены одной семьи».

В Российской Федерации создается новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства. Это предполагает более современные и эффективные методы работы. Первыми апробацию проекта «Бережливая поликлиника» начали гг. Ярославль, Калининград и Севастополь. Его реализация показала, что достаточно четырех-пяти месяцев, чтобы в каждой медицинской организации разделить потоки больных и здоровых граждан, обеспечить комфортное и быстрое прохождение диспансеризации, сократить время записи на прием к специалисту в пять раз, время ожидания приема у кабинета врача – более чем в три раза, увеличить время непосредственной работы врача с пациентом почти вдвое. На сегодняшний день проект распространен на 301 поликлинику, включая 125 детских, в 40 регионах.

В марте 2017 года Счетной палатой Российской Федерации было проведено экспертно-аналитическое мероприятие по оценке доступности услуг в сфере здравоохранения, в том числе в удаленных районах и сельской местности. В данном мероприятии приняли участие 85 субъектов Российской Федерации. Его результаты свидетельствуют о наличии ряда проблем, характерных для всех видов медицинской помощи.

Дефицит медицинских работников, в первую очередь первичного звена здравоохранения и скорой медицинской помощи, отмечен в 32 субъектах Российской Федерации. Следствием этого является недостаточный охват населения диспансерным наблюдением, что приводит к несвоевременному выявлению заболеваний. Так, губернатором Калужской области представлены сведения, что «кадровые возможности медицинских организаций области не позволяли выполнить комплексную услугу при проведении профилактических осмотров. В связи с отсутствием в медицинских организациях узких специалистов, принимающих участие в профилактических осмотрах детей, не осмотрено 15 225 детей».

Согласно исследованию, дефицит врачей первичного звена здравоохранения во многом обусловлен неэффективным кадровым планированием. Регионы не оценивают потребность



в медицинских кадрах в разрезе населенных пунктов и не предлагают мер, которые бы позволили рационально использовать уже имеющийся ресурс. Меры по привлечению и удержанию медицинских работников зачастую ограничены лишь целевым приемом абитуриентов, а также механизмами социальной поддержки (предоставление жилья, единовременные и ежемесячные компенсационные выплаты).

Значительная удаленность медицинских организаций от населенных пунктов и отсутствие дорог с твердым покрытием, по мнению опрошенных из 32 субъектов Федерации, отрицательно сказываются на эффективности медицинской помощи. На сегодняшний день в нашей стране более 80 тыс. малонаселенных пунктов (до 100 человек), и жители 8866 таких пунктов не имеют возможности получить первичную помощь в шаговой доступности. Отсутствие круглогодичного транспортного сообщения, удаленность от региональных центров, где расположены медицинские организации, оказывающие специализированную помощь, – в таких условиях проживает более 8 млн человек в 34 субъектах Российской Федерации. Среди них около 1 млн человек могут лишиться возможности получения своевременной помощи, прежде всего скорой и экстренной специализированной. Кроме того, в части оказания первичной медико-санитарной помощи наряду с указанными выше проблемами 7 субъектов Федерации отметили недофинансирование медицинских организаций и низкие тарифы на оплату первичной медико-санитарной помощи.

Существенно повысить эффективность оказания первичной медико-санитарной помощи селянам позволят информатизация здравоохранения, широкое внедрение телемедицинских технологий. Законодательная основа для этих целей в стране создана. Задачей на ближайшую перспективу становится преодоление цифрового неравенства, особенно в труднодоступных районах.

По мнению экспертов, одним из препятствий для успешного функционирования системы проектного управления является дублирование работы в рамках проектной и текущей деятельности министерств и ведомств. Отмечается недостаток гибкости при финансировании из бюджетных источников приоритетных проектов и пилотных госпрограмм.

После обсуждения вопросов и проблем повышения качества и доступности первичной медико-санитарной помощи в сельской местности участники парламентских слушаний рекомендуют:

1. Министерству здравоохранения Российской Федерации:

- рассмотреть возможность внесения изменений в порядки оказания медицинской помощи в части укомплектованности отдаленных медицинских организаций, сельских медицинских учреждений штатными должностями медицинских работников с учетом особенностей территориально-транспортной доступности субъектов Российской Федерации;
- своевременно подготовить и принять нормативные правовые акты, необходимые для реализации вступившего в силу с 1 января 2018 года Федерального закона от 29 июля 2017 года №242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья», с целью преодоления цифрового неравенства на всей территории страны;
- продолжить работу по обеспечению доступности медицинской помощи на селе, в том числе в части развития санитарной авиации;
- предоставить возможность перераспределения средств между проектами и программами в течение финансового года;
- закрепить на федеральном уровне возможность участия медицинских организаций частной формы собственности в решении таких социальных задач, как иммунопрофилактика, выписка и выдача льготных лекарственных препаратов, обеспечение специальными продуктами питания беременных женщин, кормящих матерей и детей из малообеспеченных и многодетных семей;
- внести изменения в порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения и предоставить право врачу общей практики на проведение осмотров по смежным специальностям, исключив необходимость направления пациента за пределы медорганизации, что повысит качество диспансеризации и обеспечит более полный охват населения профилактическими осмотрами.



2. Министерству образования и науки Российской Федерации – рассмотреть возможность расширения программ подготовки квалифицированных кадров в сфере проектного управления.
3. Министерству транспорта Российской Федерации совместно с органами государственной власти субъектов Российской Федерации:
 - ускорить развитие транспортной инфраструктуры сельских территорий в целях обеспечения доступности оказания медицинской помощи населению, проживающему на селе;
 - при планировании мероприятий по строительству дорог обращать особое внимание на необходимость первоочередного введения в эксплуатацию подъездных дорог с твердым покрытием к сельским населенным пунктам.
4. Субъектам Российской Федерации:
 - разработать на региональном уровне программы стимулирования молодых специалистов – работников сельской медицины первичного звена с учетом возможностей трудового роста и самореализации, получения дополнительного профессионального образования, развития социальной инфраструктуры данных населенных пунктов;
 - расширить практику использования передвижных подразделений (амбулаторий, ФАП) медицинских организаций, мобильных медицинских бригад в населенных пунктах с низким уровнем развития инфраструктуры;
 - продолжить работу по созданию комфортной среды в поликлиниках, внедрению современных организационных технологий;
 - предусмотреть при разработке региональных планов вопросы в рамках Десятилетия детства из программы развития инфраструктуры детского здравоохранения;
 - улучшить межведомственное взаимодействие.

К сожалению, наиболее чувствительные негативные процессы в сельской жизни – постепенная убыль населения и сокращение трудовых ресурсов, – нам остановить пока не удастся. Согласно предварительным итогам сельскохозяйственной переписи, за последние 10 лет численность работников, занятых в сельском хозяйстве, уменьшилась вдвое. Причины этого понятны: качество жизни на селе до сих пор заметно уступает качеству жизни в городе.

Одним из ключевых направлений государственной политики должно быть выравнивание социальных диспропорций. Необходимо обеспечить всем гражданам вне зависимости от места проживания достойный уровень качества жизни, стандарт благополучия.