

Доклад Министра здравоохранения Российской Федерации
В.И.Скворцовой

«О задачах субъектов РФ в сфере здравоохранения»

Уважаемый Владимир Владимирович,
уважаемые коллеги!

За последние годы в России осуществлены серьезные преобразования в сфере здравоохранения, направленные на формирование единой Национальной пациенто-ориентированной системы, объединяющей весь медицинский потенциал страны, независимо от формы собственности, основанной на единых требованиях к доступности и качеству медицинской помощи, квалификации медицинских работников, на принципах солидарности и социального равенства.

1. Была разработана и внедрена трехуровневая модель регионального здравоохранения, получившая сейчас широкое признание в мире и используемая во многих странах.

Для оказания современной экстренной специализированной помощи при жизнеугрожающих состояниях в течение «золотого часа» поэтапно создан второй – межрайонный – уровень. Сегодня работают более 1200 ангионеврологических и кардиологических сосудистых центров, 1500 травмацентров, что позволило снизить с 2008 года смертность от инсультов и комбинированных травм более чем в 2 раза (от инфарктов миокарда – на 18%).

Сформирован третий уровень системы – это уже 836 головных региональных организаций, что привело к увеличению объемов ВМП в 5,3 раза при существенном расширении перечня диагностических и лечебных технологий. В том числе созданы 94 перинатальных центра, координирующих региональные системы родовспоможения, что позволило снизить материнскую и младенческую смертность на 56 и 40% за 10 лет, до одних из самых низких в мире показателей.

В последние годы мы уделяли особое внимание развитию комплексной профилактики: созданию системы общественного здоровья и формированию здорового образа жизни, внедрению массовых профилактических осмотров и диспансеризации, расширению вакцинации, что и позволило за 10 лет снизить заболеваемость туберкулезом в 2 раза, а смертность – в 3 раза; заболеваемость гриппом – в 6 раз, а смертность в десятки раз; увеличить выявляемость самых ранних стадий онкологических заболеваний до 57%, а при раках репродуктивной

системы – от 67 до 84%, взять под контроль артериальную гипертензию более чем у 60% пациентов.

Тем не менее, как Вы отметили, состояние первичного звена здравоохранения не может нас устраивать.

Большая часть инфраструктуры первичного звена создавалась более 70 лет назад и дополнительно пострадала в 90-е и 2000-е годы, особенно в сельской местности. Так, число ФАПов и сельских врачебных амбулаторий с 1991 по 2014 год сократилось почти на 16 тысяч.

В 2014–2016 годах впервые с советского периода были пересмотрены требования к размещению инфраструктуры первичного звена здравоохранения. Для помощи в территориальном планировании была создана автоматизированная геоинформационная система. Это позволило в 2016 году субъектам РФ разработать и принять «дорожные карты» по достраиванию первичного звена.

Результатом стало поэтапное восстановление сельской медицины. С 2014 по 2018 год было введено в строй более 2,4 тыс. новых сельских медицинских объектов. А число поликлинических отделений районных и центральных районных больниц увеличилось на 26% – до 11,5 тыс.

По итогам 2018 года, из 45,7 тыс. населённых пунктов, требующих наличия ФАПа, осталось обеспечить 499.

С 2019 года стартовали 6 федеральных проектов НацПроектов «Здравоохранение» и «Демография», направленные на совершенствование работы первичного звена.

Так, до конца текущего года регионы должны построить не менее 390 ФАПов и в следующем году завершить строительство объектов сельской медицины.

Для медицинского обеспечения жителей малонаселенных пунктов (меньше 100 человек) активно внедряются выездные формы работы. Число передвижных подразделений в регионах увеличилось до 3800, а число выполненных ими посещений превысило 4,2 млн. в год. К 2022 году в рамках НацПроекта запланировано приобретение еще 1300 мобильных диагностических комплексов.

Для оказания медицинской помощи жителям труднодоступных районов страны с 2016 года развивается санитарная авиация. В этом году вылеты осуществляются уже в 49 регионах, причем за 9 месяцев совершено почти 13 тыс. вылетов и спасено более 18 тыс. пациентов. С 2021 года санитарная авиация заработает по всей стране.

Вместе с тем, не преодолев накопившегося износа и технологического отставания районных и центральных районных больниц, поликлиник и

амбулаторий мы не сможем сделать первичное звено здравоохранения действительно доступным и качественным.

Необходима масштабная ревизия инфраструктуры в соответствии с реальными потребностями населения, в привязке к каждому населенному пункту и численности проживаемого в нем населения, с учётом транспортной инфраструктуры, коммуникаций и уровня развития цифровых технологий, а также с учётом прогноза демографических и миграционных изменений.

В соответствии с Вашим поручением и принятыми Правительством Принципами модернизации первичного звена здравоохранения, все субъекты РФ должны в сжатые сроки завершить пересмотр схем размещения и мощностей медицинских организаций первичного звена, паспортизацию каждой медицинской организации с оценкой износа зданий, оборудования и транспортных средств и составлением перечней объектов, требующих нового строительства, реконструкции, капитального ремонта, переоснащения.

Минздрав совместно с другими ведомствами окажет всестороннюю помощь регионам в составлении региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, а затем в их реализации.

2. Значительный резерв для повышения доступности медицинской помощи и комфортности условий её получения заключён в развитии цифровых технологий. С 2014 года число медицинских организаций, использующих медицинские информационные системы, увеличилось в 7 раз до 15,5 тыс.

Сегодня перед регионами стоит задача – обеспечить соответствие этих систем утвержденным единым требованиям!

Только в этом случае до 2022 года мы сможем завершить создание единого цифрового контура Национальной системы здравоохранения, включающего все необходимые подсистемы: маршрутизации и управления потоками пациентов, диспетчеризации санитарного авто- и авиа-транспорта, лекарственного обеспечения, лабораторных и инструментальных исследований и др.

В цифровой контур должны быть включены до 2022 г. сельские медицинские подразделения, налажена система многоуровневых телемедицинских консультаций и дистанционной диагностики и мониторинга состояния здоровья пациентов из групп риска.

3. Вся деятельность здравоохранения зависит от кадрового обеспечения отрасли.

После отмены обязательного распределения выпускников медицинских учебных заведений в системе сформировались серьезные кадровые дисбалансы,

прежде всего, острый дефицит кадров в первичном звене и по ряду сложных специальностей при параллельно существующем профиците.

Для возможности кадрового обеспечения даже самых удаленных районов страны были разработаны и внедрены новые механизмы, позволяющие закреплять кадры на рабочих местах по реальной потребности:

аккредитация как механизм допуска выпускников учебных заведений к профессиональной деятельности в первичном звене здравоохранения;

целевая подготовка специалистов, эффективность которой повысилась до 90%;

программы «Земский доктор/Земский фельдшер», которые привели в сельскую медицину более 34 тыс. молодых специалистов, повысив показатель обеспеченности сельского населения врачами на 21%.

Благодаря этому, только за последние полтора года, с 2017 года, дефицит врачей в первичном звене сократился на 10 тысяч – с 35 тыс. до 25 тыс., а среднего персонала – на 12 тысяч, со 142 до 130 тыс.

В целом, за последние 4 года увеличилась численность врачей в поликлиниках: как участковых (педиатров – на 1845 (+7%), врачей общей практики (семейных врачей) – на 1795 (+20%)), так и врачей дефицитных специальностей (онкологов – на 1322 (+20%), реаниматологов – на 2345 (+8%), рентгенологов – на 1069 (+7%)).

Однако сохраняющаяся острота кадровой проблемы в первичном звене потребовала принятия дополнительных мер.

Минздрав пересмотрел правила конкурсного поступления в ординатуру. Особые преимущества при поступлении будут иметь молодые специалисты, имеющие стаж работы в первичном звене.

Считаем также необходимым увеличить число целевых мест по программам специалитета до не менее 70% и ординатуры – до 100%.

Но, при этом необходимо прекратить имеющуюся в ряде регионов негативную практику по откреплению «целевиков» от принятых обязательств как на уровне региональных департаментов здравоохранения, так и на уровне главных врачей.

Регионам предстоит в рамках проводимой паспортизации медицинских организаций первичного звена пересмотреть и обосновать штатные расписания каждой организации с учётом нагрузки на каждого специалиста; уточнить уровень кадровой обеспеченности; привести структуру заработной платы к рекомендуемой еще в 2014 году, с сохранением всех справедливых компенсационных и стимулирующих выплат.

Для сокращения дефицита среднего медицинского персонала особую значимость имеет Ваше поручение субъектам РФ, Владимир Владимирович, увеличить число бюджетных мест в региональных медицинских колледжах не менее, чем на 30% от имеющего дефицита.

Кроме того, чрезвычайно важно обеспечить повышение эффективности трудоустройства специалистов с помощью принятия специальных мер по социальной поддержке медицинских работников, прежде всего, обеспечению жильем, и развитию системы наставничества.

Весь комплекс кадровых мер должен стать важной частью региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения.

4. основополагающим признаком единой Национальной системы здравоохранения являются общие требования к качеству медицинской помощи на всей территории страны.

С 2012 года были разработаны и внедрены обязательные к исполнению порядки оказания медицинской помощи по профилям, национальные клинические рекомендации при основных заболеваниях человека, критерии качества медицинской помощи, являющиеся базой для любых контрольных и экспертных мероприятий.

Совместно с Национальной Медицинской Палатой, разработаны и утверждены профессиональные стандарты по 58 медицинским специальностям.

В соответствии с принятыми смысловыми документами, были обновлены образовательные программы вузов, активно заработали 105 симуляционно-тренинговых центров, внедрены 2700 интерактивных образовательных модулей для дистанционного повышения квалификации медицинских работников, которые размещены в свободном доступе на Федеральном Портале непрерывного профессионального образования Минздрава. Активными пользователями стали уже более 340 тысяч врачей.

Сегодня важнейшей задачей является привить навыки врачам во всех регионах страны работать в соответствии с клиническими рекомендациями и порядками. Определяющую роль в этом играют главные профильные специалисты округов и регионов, главные врачи медицинских организаций, Национальная медицинская палата.

Кроме того, для осуществления методологической и консультативной поддержки с 2016 года сформирована сеть головных национальных медицинских исследовательских центров, которые курируют профильные подразделения регионов и оказывают круглосуточную телемедицинскую помощь, в том числе через диагностические референс-центры.

Для перехода на новый уровень управления качеством и преемственностью медицинской помощи, поддержки врачебных решений в этом году разработана первая интеллектуальная вертикально-интегрированная информационная система по профилю онкология. Завершается ее пилотирование; масштабное внедрение начнется в 2020 году. Аналогичные системы будут разработаны по основным медицинским профилям и внедрены до 2023 года.

5. Ключевым принципом работы здравоохранения является приоритет интересов пациента, уважительное отношение к его времени и создание комфортных условий пребывания в медицинских организациях.

С конца 2016 года, совместно с ГК Росатом, был запущен проект по внедрению новой организационной модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь с применением бережливых технологий.

На сегодняшний день проект реализуют уже 3 тыс. поликлиник в 82 регионах, в том числе 1,5 тыс. детских. Достигнуты впечатляющие результаты:

В разы сократилось время ожидания в очередях. Более чем в 2 раза увеличилось время непосредственной работы врача с пациентом.

Теперь пройти диспансеризацию можно не за 5, а за 1–2 посещения, в том числе вечером и по субботам.

В рамках проекта развиты медицинские информационные системы: введены электронные медицинские карты и обмен медицинскими документами, в том числе рецептами и листками нетрудоспособности, электронные расписания врачей и дистанционная запись на прием, автоматизированные рабочие места медицинских работников.

Для дополнительного мотивирования руководителей и сотрудников всех поликлиник к совершенствованию технологических процессов считаем целесообразным нормативно закрепить основные требования к новой организационной модели и порядок определения степени соответствия этим требованиям.

Во всех регионах важную поддержку пациентам в реализации их главного права на охрану здоровья оказывают более 14 тысяч страховых представителей. Созданы контакт-центры, введены СМС-оповещения с активным приглашением на диспансеризацию и проф осмотры, оказывается помощь в организации индивидуального графика посещений. Эти механизмы ОМС стали важной частью работы первичного звена.

Уважаемые коллеги!

Главными парадигмами развития современной медицины и здравоохранения являются, с одной стороны, комплексная профилактика и медицинской сопровождение здоровых; с другой – персонификация технологий диагностики и лечения на основе самых современных достижений науки и инженерии.

Именно сочетание этих двух направлений позволило нам обеспечить значительные положительные результаты в борьбе с инфекционными и неинфекционными заболеваниями и увеличить продолжительность жизни – за 10 лет на 5,6 года, у мужчин – на 6,7 и у женщин – на 4,2. Причём за 9 месяцев текущего года продолжительность жизни достигла исторического национального максимума – 73,5 лет (рост на 0,6 года) за счёт дополнительного спасения 31 тыс. человеческих жизней.

Хотелось бы ещё раз подчеркнуть, что в настоящее время в стране создана нормативная, методологическая и организационная база, которая доказала свою эффективность.

Сегодня нам нужно на основе детального анализа реальной ситуации и потребностей населения в каждом регионе реализовать все заложенные потенциальные возможности. Это можно сделать только при условии исполнения единых минимально-достаточных требований и региональных обязательств, включая недопущение дефицита финансового обеспечения территориальных программ госгарантий из регионального бюджета, а также при активном вовлечении самого населения и медицинских работников во все преобразования.

Спасибо!