Комитет Совета Федерации по социальной политике

Аналитическое управление Аппарата Совета Федерации

СОВЕТ ФЕДЕРАЦИИ
Федерального Собрания Российской Федерации

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК № 7 (696)

Проектное управление как инструмент повышения качества и доступности первичной медико-санитарной помощи в сельской местности

МОСКВА • 2018

Настоящий Аналитический вестник посвящен теме внедрения проектного управления в целях повышения качества и доступности первичной медико-санитарной помощи в сельской местности.

В основу Вестника легли материалы парламентских слушаний, проведенных Комитетом Совета Федерации по социальной политике в Белгородской области 19 февраля 2018 года на тему «Проектное управление как инструмент повышения качества и доступности первичной медико-санитарной помощи в сельской местности». Выездные парламентские слушания – новый формат работы, позволяющий глубже изучить региональный опыт для выработки адекватных современным вызовам решений. В слушаниях приняли участие 15 членов Совета Федерации, представители Государственной Думы, федеральных и региональных органов власти, медицинские работники, эксперты. Общее количество участников – 195 человек.

В Вестнике представлены позиции по рассматриваемому вопросу губернатора Белгородской области и представителей регионального здравоохранения, законодателей, Министерства здравоохранения Российской Федерации, экспертного сообщества.

Данная публикация может быть использована в законодательной деятельности Совета Федерации, в работе органов государственной власти и муниципального управления.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Рязанский В.В., председатель Комитета Совета Федерации по социальной политике

Проектное управление как инструмент управления развитием 4

Выездные парламентские слушания Комитета Совета Федерации по социальной политике на тему «Проектное управление как инструмент повышения качества и доступности первичной медико-санитарной помощи в сельской местности»

Из материалов стенограммы

Савченко Е.С., губернатор Белгородской области 7

Зубарева Н.Н., заместитель губернатора Белгородской области – начальник Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области

Проектное управление – основа совершенствования первичной медико-санитарной помощи в Белгородской области 10

Каминин А.И., врач общей практики (семейный врач) Илёк-Кошарского центра общей врачебной практики Ракитянской центральной районной больницы Белгородской области

Пациентоориентированный подход к работе врача общей (семейной) практики в рамках проекта «Управление здоровьем» на территории Ракитянского района» 22

Кретов А.А., глава администрации Губкинского городского округа Белгородской области

Роль муниципалитета в процессе создания инфраструктуры семейной медицины 29

Куницына Н.М., главный врач Белгородского медицинского центра «Поколение»

Опыт государственно-частного партнерства при организации первичной медико-санитарной помощи 32

Черняева Н.А., член Комитета Государственной Думы по охране здоровья

Реализация программы «Земский доктор» в Российской Федерации 38

Курдюмов Д.А., заместитель председателя правительства Кировской области

О реализации приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» в сельской местности 40

Стрючков В.В., министр здравоохранения Пензенской области

Опыт Пензенской области в решении вопросов кадрового обеспечения, в том числе сельского здравоохранения 53

Виницкая О.В., первый заместитель начальника управления здравоохранения Тамбовской области

Проблемы и перспективы развития инфраструктуры детского здравоохранения (на примере Тамбовской области) 58

Стадченко Н.Н., председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования.....64

Серегина И.Ф., заместитель Руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения

Государственный контроль. Первичная медико-санитарная помощь. Проект «Реформа контрольной и надзорной деятельности» 68

Яковлева Т.В., заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации

Состояние и проблемы сельского здравоохранения 72

Рекомендации по итогам проведения выездных парламентских слушаний.....83

Материалы Министерства здравоохранения Российской Федерации к выездным парламентским слушаниям.....89

Проектное управление как инструмент управления развитием

Рязанский В.В., председатель Комитета Совета Федерации по социальной политике

Удовлетворение запроса общества на реальное изменение экономической и социальной среды требует эффективных управленческих подходов, значительных финансовых ресурсов и рационального их использования.

В 2016 году на Петербургском международном экономическом форуме Президент Российской Федерации В.В. Путин выступил с инициативой о внедрении проектного подхода для эффективной реализации ключевых направлений государственной политики. Глава государства указал: **«Задачи, которые стоят перед нами, требуют и новых подходов к управлению развитием, и здесь мы намерены активно использовать проектный принцип».**

Таким образом, был дан старт внедрению проектного подхода в государственном управлении на федеральном и региональном уровнях. За два неполных года **сформированы функциональная и организационная структуры проектного управления[1], создана необходимая нормативная правовая база[2]**.

Эти важные начинания направлены на концентрацию финансовых ресурсов и рациональное расходование бюджетных средств, формирование работоспособных команд, готовых эффективно решать конкретные задачи и добиваться поставленных целей. Одним из преимуществ проектного подхода является межведомственное взаимодействие и возможность преодоления бюрократических преград. Это своего рода «перезагрузка» управленческих подходов.

Особую актуальность применение проектного подхода имеет для решения социальных проблем. Именно **поэтому значительное число проектов**, которые обозначены Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам, **реализуются в социальной сфере**.

Необходимость применения принципов проектного управления в отраслях социальной сферы определяется, с одной стороны, высокими финансовыми затратами, с другой – невозможностью прямого применения рыночных рычагов и методов для повышения эффективности деятельности отрасли. Переход к проектному управлению позволяет сконцентрировать финансовые и трудовые ресурсы на наиболее проблемных, чувствительных для населения направлениях.

Так, из 29[3] реализуемых в настоящее время стратегических проектов 7 – это

[1] Указ Президента Российской Федерации от 30 июня 2016 года № 306 «О Совете при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам».

[2] Постановление Правительства Российской Федерации от 15 октября 2016 года № 1050 «Об организации проектной деятельности в Правительстве Российской Федерации», Распоряжение Правительства Российской Федерации от 15 октября 2016 года № 2165-р «Об утверждении плана первоочередных мероприятий по организации проектной деятельности в Правительстве Российской Федерации на 2016 и 2017 годы».

[3] По состоянию на 25 января 2018 года.

проекты в сфере здравоохранения. Расширение сети современных 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, – вот ключевые направления современного здравоохранения, от развития которых напрямую зависит качество и доступность медицинской помощи для каждого жителя России в каждом регионе страны.

С 2018 года на механизмы проектного управления переведена и программа «Развитие здравоохранения»[4].

Стоит отметить, что в направлении развития первичной медико-санитарной помощи на селе сделано уже немало.

Вступил в силу Федеральный закон, регулирующий вопросы цифровизации данной сферы и развития телемедицины[5].

Для приближения медицинской помощи к сельским жителям **используются различные выездные формы работы**. Это оснащённые современным оборудованием социальные автопоезда[6], «поликлиники на колёсах»[7]. **Развивается санитарная авиация.**

С 2018 года в число **участников программы «Земский доктор» включены фельдшеры**.

Поставлен заслон на пути непродуманного сокращения объектов сельской медицины[8]. В декабре прошлого года законодательно закреплена необходимость учёта мнения сельских жителей при принятии решений о реорганизации или ликвидации медицинских организаций[9]. За последнее время введено в эксплуатацию **более пятисот фельдшерско-акушерских пунктов и офисов врачей общей практики**[10]**.**

К сожалению, **наиболее чувствительную негативную тенденцию**, связанную с селом, пока переломить не удаётся. Это постепенная **убыль населения и сокращение трудовых ресурсов в сельской местности**[11]. Согласно предварительным итогам сельскохозяйственной переписи за последние десять лет численность работников, занятых в сельском хозяйстве, уменьшилась в два раза[12].

---

[4] Постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 года № 1640.

[5] Федеральный закон 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» (вступил в силу с 1 января 2018 года).

[6] «Здоровье и милосердие» (Брянская область); «Забота и здоровье» (Рязанская область); «Здоровье» (Алтайский край, Курганская и Мурманская области) и др.

[7] Например, поезд «Доктор Войно–Ясенецкий (Святитель Лука)», состоящий из 8–10 вагонов, обустроенных для работы специалистов. В составе размещены: клинико-диагностическое, телемедицинское и консультативное подразделения. В вагонах оборудованы рентгенкабинет, эндоскопический, кабинет функциональной диагностики, УЗИ, стоматологический и др.

[8] Число амбулаторно-поликлинических организаций (самостоятельных и входящих в состав других организаций) на селе сократилось с 2005 по 2014 годы более чем в 2 раза (с 7495 до 3054).

[9] Федеральный закон от 29 декабря 2017 года № 465-ФЗ.

[10] По материалам парламентских слушаний Государственной Думы на тему «Доступность и качество оказания медицинской помощи гражданам, проживающим в сельской местности. Правовое обеспечение», которые состоялись 12 октября 2017 года.

[11] По оценке Росстата, численность населения Российской Федерации за 10 лет выросла почти на 4 млн. (со 142,8 млн. чел. в 2007 г. до 146,8 млн. чел. в 2017 г. по данным на 1 января), при этом число жителей села сократилось с 38,1 млн. человек до 37,8 млн. человек. В 1917 году сельское население составляло 83% всего населения России, в 2017 году – 27%.

[12] Росстат. Презентация «Предварительные итоги Всероссийской сельскохозяйственной переписи 2016 года».

Причины этого ясны: **качество жизни на селе пока заметно уступает качеству жизни в городе.**

Совет Федерации считает, что одним из ключевых направлений государственной политики должно быть выравнивание социальных диспропорций, обеспечение всем гражданам вне зависимости от места проживания достойного уровня качества жизни. Именно проектный подход является тем инструментом, с помощью которого можно приблизиться к решению этой архиважной социальной задачи.

Внедрение проектного управления должно базироваться на передовом региональном и отраслевом опыте.

Презентационной площадкой лучших наработок в социальной сфере является созданный под эгидой верхней палаты российского парламента Форум социальных инноваций регионов. Проектное управление в социальной сфере стало предметом дискуссии на втором Форуме, проходившем в июне 2017 года. В частности, на Форуме отмечалось, что политика крупных отечественных компаний и опыт проектного решения социальных задач способствуют улучшению качества жизни граждан.

В ряде субъектов Российской Федерации система проектного управления развивается не первый год. Так, в Белгородской области проектный подход эффективно применяется уже на протяжении семи лет и убедительно доказал свою эффективность[13].

Успешный опыт Белгородской области может послужить поводом для принятия дополнительных организационно-правовых, нормативных и законодательных инициатив с точки зрения решения непростой задачи – обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи на всей территории страны. Наработанная в регионе практика применения проектного управления в сфере здравоохранения должна быть транслирована на другие субъекты Федерации.

[13] Применение принципов проектного управления в органах исполнительной власти и государственных органах региона регулируется постановлением правительства Белгородской области от 31 мая 2010 года № 202-пп «Об утверждении положения об управлении проектами в органах исполнительной власти и государственных органах Белгородской области» и рядом других нормативно-правовых актов.

Выездные парламентские слушания Комитета Совета Федерации по социальной политике на тему «Проектное управление как инструмент повышения качества и доступности первичной медико-санитарной помощи в сельской местности»

Белгородская область,
Губкинский городской округ
Центр культурного развития с. Истобное 19 февраля 2018 года

Из материалов стенограммы

Савченко Е.С., губернатор Белгородской области

Сердечно приветствую участников парламентских слушаний на Белгородской земле. Для Белгородчины это уникальная возможность – на столь высоком уровне поделиться первыми опытными шагами в реализации областного проекта «Управление здоровьем», направленного на совершенствование первичной медико-санитарной помощи, формирование у населения навыков здорового образа жизни и здоровьесбережения.

Все прекрасно знают о тех проблемах, которые существуют в современном здравоохранении. Их достаточно много: в первую очередь, недостаток финансирования, плохое технологическое обеспечение, материально-техническое оснащение, кадровые проблемы.

На мой взгляд, главная проблема заключается в том, что система здравоохранения, как явствует из ее названия, в общем-то, не занимается плотно, системно самой охраной здоровья. В большей степени вся медицина сориентирована на то, чтобы лечить больных людей. Это, конечно же, не вина каких-то конкретных лиц. Это вина той системы, в которой мы с вами живем и которую, в общем-то, сами и порождаем. Если взять общий бюджет здравоохранения по стране, наверное, я не ошибусь, если скажу, что процентов 70 (а может, и 75, а может, даже и все 80) мы тратим на лечение больных людей, и лишь очень маленькую долю – до 30 процентов – тратим как раз на те мероприятия, которые связаны с предупреждением, профилактикой заболеваний или с реализацией мероприятий, связанных со здоровым образом жизни. Отсюда и структура нашего здоровья.

Мы проанализировали состояние здоровья населения по области. Как известно, существуют три группы здоровья. На долю людей III группы здоровья (то есть с уже имеющимися хроническими заболеваниями) приходится более половины всего населения Белгородской области. И мы здесь, конечно, уже не какое-то исключение – вся российская статистика примерно такая же. Поэтому люди у нас умирают не от старости – в 90 или более лет, а умирают от болезней в 60, 70 лет, ну, кому-то, может, удается и до 80 лет дожить.

Второе. У нас никто конкретно не отвечает за состояние здоровья отдельного человека. В большинстве случаев рядовой гражданин не знает, к кому обратиться с той или иной проблемой, и поэтому ждет, как говорится, до последнего, когда уже «припечет», и тогда уже – скорая помощь и два варианта: или в стационар, или, может быть, сразу в какое-то другое место. У нас потеряна коммуникация между

врачом и пациентом, то есть система у нас не до конца клиентоориентирована, как сейчас принято говорить. С другой стороны, переход здравоохранения на рельсы страховой медицины, на мой взгляд, не решил, а, наоборот, даже усугубил эти проблемы. Поэтому мы, проанализировав ситуацию со здравоохранением в области, решили в рамках имеющихся возможностей изменить подходы к его реализации, да и вообще саму парадигму здравоохранения, и обратились к хорошо забытому старому опыту – возрождению системы семейной медицины, семейного врача. И решили начать с сельской местности, для чего все сельские территории разбили на медицинские округа с численностью населения в среднем в 1500 человек, всего таких округов – 352.

В течение полутора лет мы решили следующие проблемы.

Первая – проблема подготовки кадров и обеспечения их жильем. Наше твердое убеждение (и требование) заключалось в том, чтобы семейный врач жил в пределах своего медицинского округа, и сегодня эта задача на 90 процентов в области решена. Мы вложились в строительство и капитальный ремонт офисов семейных врачей (или врачей общей практики), фельдшерско-акушерских пунктов, их технологическое оснащение. Обеспечили инфраструктурное обустройство, включая ландшафтное обустройство, которому мы придаем очень большое значение (именно ландшафтному обустройству), каждого или ФАПа, или офиса семейной медицины, поскольку мы понимаем, что сам ландшафт тоже несет колоссальную позитивную терапевтическую нагрузку. Решили вопрос информационного обеспечения. К каждому офису семейного врача подведены оптоволоконные кабели. Общие затраты на реализацию проектов в сельской местности у нас составили более 2 миллиардов бюджетных и внебюджетных средств.

Кроме того, разработана нормативная база функционирования семейной медицины. Это и должностные инструкции, это и KPI (ключевые показатели эффективности), это и многие-многие другие вопросы в рамках, конечно, действующего законодательства. И зарплата (мы рекомендовали, и сейчас эту рекомендацию выполняем повсеместно) у врача должна быть в среднем не менее 50 тыс. рублей на руки. По итогам января мы уже проанализировали – она даже чуть-чуть выше оказалась. Причем ее размер может колебаться от 40, а может, даже у кого-то и от 35 тысяч, до 60–65 тысяч в зависимости от KPI.

В настоящее время у нас запускается программный продукт, который позволяет полностью контролировать бюджет расходования средств в медицинском округе. Я повторяю: контроль бюджетных средств, вернее, средств бюджета фонда ОМС и бюджета, которые складываются на один медицинский округ. Если мы посчитаем, то у нас из фонда ОМС по стандарту на одного застрахованного человека получается, по-моему, 10 812 рублей и 3 488 рублей – за счет бюджета, итого – 14 300. Если в одном медицинском округе примерно 1 500 человек (на селе), мы умножаем одну сумму на другую, то бюджет медицинского округа получается более 20 млн. рублей.

Наша идея заключается в том, чтобы через семейного врача контролировать расходование всех средств на медицинские услуги, которые получает это население, проживающее в данном медицинском округе. Для нас это принципиально важный вопрос, потому что таким образом мы будем управлять (даже не будем, а уже управляем) качеством медицинских услуг независимо от того, где они оказываются: человек, проживающий в селе Истобном, может получать медицинскую услугу в районном центре (здесь, в городе Губкине) либо в Белгороде, либо может даже в Москве получать какую-то высокотехнологичную медицинскую помощь. Все это отражается. Семейный врач здесь, в медицинском округе, должен

знать, сколько затратили средств на его лечение. И наша идея еще заключается в том, чтобы эти деньги из фонда медицинского страхования перечислялись после того, как семейный врач поставит свою подпись. То есть любая транзакция должна сопровождаться таким образом, для того чтобы контролировать качество предоставления любой медицинской услуги за пределами медицинского округа.

Тогда возникает у нас вопрос: а нужны ли при этом вообще страховые компании? Не знаю, это мое личное мнение, но история современной медицины показала, что вообще-то это лишнее звено сегодня. И все врачи, с которыми я общался, это прекрасно понимают. Но, видите, раз на Западе – страховая медицина, значит, у нас тоже, и так далее, и так далее. Сегодня это звено у нас лишнее.

Я тоже изучал этот вопрос – как страховая медицина работает на Западе, вернее, страховые компании (у нас медицина страховая, как страховые компании работают). Страховая медицина нужна, нет проблем здесь. Страховые компании работают там, где медицина «заливается» деньгами. Допустим, в Германии, в других странах бюджет всего здравоохранения на одного человека составляет 300–350 тыс. рублей. В Соединенных Штатах – 11 тыс. долларов (это более 500 тыс. рублей). А у нас бюджет (наши и бюджетные, и страховые…) составляет всего 14 300 рублей на человека. Страховые компании заинтересованы в том, чтобы как можно больше было больных людей. Мне кажется, что в этом их основной интерес.

Таким образом, я считаю, надо подумать над тем, чтобы передать администрирование финансовых потоков от страховых компаний к центрам управления здоровьем и семейным врачам, которые обеспечивают контроль за всеми медицинскими услугами. И без их согласия, я повторяю, на мой взгляд, не должна проводиться ни одна денежная транзакция от фонда медицинского страхования к лечебному учреждению.

Таким образом, в моем понимании, семейная медицина – это фундамент здравоохранения, а семейный врач – это главное действующее лицо в этой системе. Я считаю, что семейный врач – это не только врач, но это и учитель, и наставник, и просветитель, и педагог. Он отвечает за здоровый образ жизни на вверенной ему территории. Это, считаю, не профессия, это призвание. Более того, когда мы создали эту систему в сельской местности, мы через призму работы семейной медицины увидели, как нужно совершенствовать и вообще выстраивать все остальные виды медицинской помощи. Мы теперь прекрасно понимаем, какой должна быть консультационно-диагностическая помощь. Мы теперь видим, как должна выглядеть скорая и неотложная медицинская помощь. Мы видим, как еще надо усовершенствовать плановую высокотехнологичную, высокоспециализированную медицинскую помощь в нашем регионе, а также службу родовспоможения.

Какие вопросы, на наш взгляд, требуют решения?

Первое. Необходимо узаконить статус семейной медицины и семейного врача. Пока он у нас прячется, так сказать, в размытых формулировках – «участковый терапевт», «участковый педиатр» и так далее (может быть, где-то кто-то в скобочках напишет «семейный врач»). Считаю, что надо его из скобочек уже вытащить и просто вещи назвать своими именами.

Второе. Нам нужно увеличить подушевое финансирование, а лучше передать регионам полномочие самим устанавливать долю подушевого финансирования, которое идет на первичную медико-санитарную помощь. Мы уже и с Натальей Николаевной, и с Татьяной Владимировной обсуждали. В моем понимании, этот стандарт должен быть где-то 50 процентов – из 10 812 рублей примерно 5 тыс. рублей должно идти на первичную медико-санитарную помощь. Сегодня у нас идет в соответствии с подушевым финансированием, по-моему, около 3 тысяч (2 тысячи с

чем-то). Этого недостаточно. Я считаю, что нужно финансирование увеличить. Мы не настолько богаты сегодня, чтобы жалеть деньги на первичное, профилактическое звено здравоохранения. Жили бы мы с такими финансами, как на Западе, тогда можно было бы вообще о «первичке» забыть. А еще лучше, я считаю, подготовить и принять закон о семейной медицине, где решить все эти вопросы на законодательном уровне. Мы готовы тоже поучаствовать в создании этой рабочей группы – и наши депутаты, и наши специалисты.

Валерий Владимирович, если вы примете такое решение, мы готовы такой проект закона подготовить.

Уважаемые коллеги! Сейчас мы приступили к реализации проекта семейной медицины в наших районных центрах, городах. Здесь, конечно, есть своя специфика. Тем не менее мы видим, что и в районных центрах, и в городах это обязательно принесет успех. В течение этого года выделили даже из бюджета более 1 млрд. рублей на реализацию этого проекта в районных центрах и городах. Конечно, здесь есть своя специфика, я повторяю, – педиатрические округа. Мы все-таки их решили сохранить. Может быть, пока (жизнь покажет), но педиатрические округа мы решили сохранить.

Уважаемые друзья, коллеги! Уверен, что открытая дискуссия о текущем состоянии дел в отрасли медицины и в первичном ее звене придаст дополнительный импульс нашей работе, направленной на развитие регионального здравоохранения, а главным итогом станет создание здоровьесберегающей атмосферы в каждой российской семье.

Зубарева Н.Н., заместитель губернатора Белгородской области – начальник Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области

Проектное управление – основа совершенствования первичной медико-санитарной помощи в Белгородской области

В унисон федеральным приоритетам в Белгородской области проектное управление в социальной сфере используется как ключевой инструмент ее развития. Отдельным блоком при этом выступает сфера здравоохранения. Здесь проектирование обретает свои особенности. Так, с одной стороны, сфера четко нормативно регламентирована отраслевыми законодательными актами, стандартами оказания услуг, клиническими рекомендациями, иными нормами, с другой стороны – очень субъективирована, так как большинство медицинских услуг построено по принципу «человек – человек».

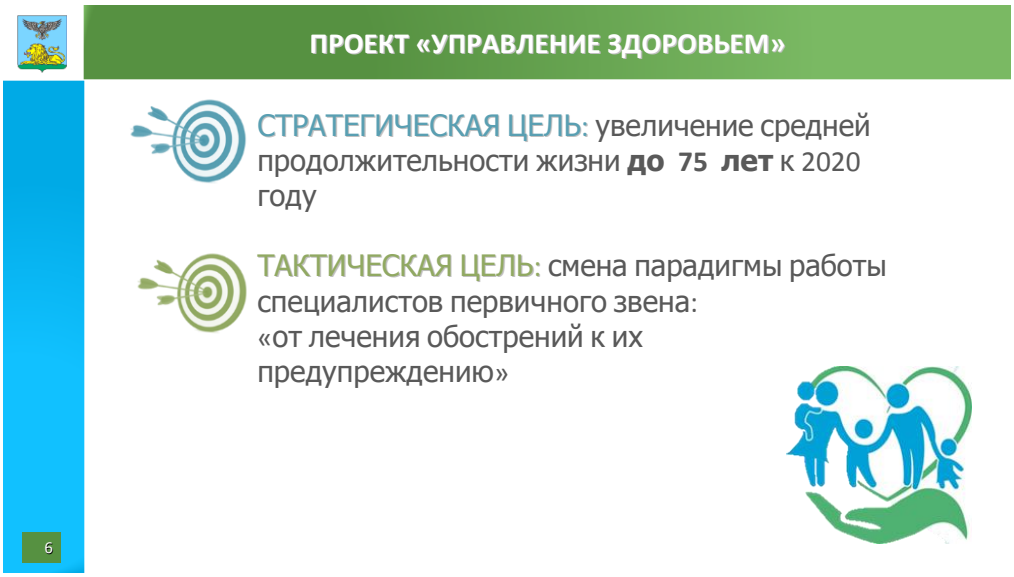
Выдвижение проектных идей происходит как на площадках профессионального сообщества, так и на независимых площадках. Одним из таких ресурсов является сайт «Народная экспертиза», где осуществляются сбор народных идей, их общественное обсуждение, голосование и передача на рассмотрение в отраслевые органы власти. Многие идеи нашли свое отражение в реальных проектах.

Используется и такая форма групповой работы, как стратегическая сессия. В течение двух дней инициируют и «упаковывают» проектные предложения представители органов исполнительной власти, практической медицины, учреждений социальной защиты, общественных организаций, пациентского сообщества, фонда обязательного медицинского страхования, федеральных

надзорных органов, страховых компаний и СМИ. Всего в работе сессии одновременно принимает участие более 100 человек. Далее инициированные проекты проходят стадию широкого обсуждения и включаются в портфель проектов Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области.

Их количество в текущем году составляет 50. Две трети проектов портфеля департамента – многоуровневые и межведомственные. Это позволяет более эффективно аккумулировать различные ресурсы для достижения общих целей.

Примером тому является глобальный региональный проект «Управление здоровьем», который красной нитью прошел через все региональные программы развития здравоохранения и направлен на совершенствование системы оказания первичной медико-санитарной помощи и формирование у жителей региона ответственного подхода к собственному здоровью.



Актуальность проекта объективно подтверждена, с одной стороны, приоритетом развития здравоохранения в Российской Федерации по принципу усиления профилактической работы в первичном звене, с другой стороны – ограниченностью ресурсов для оказания первичной медико-санитарной помощи, особенно в сельской местности.

Остановлюсь на хронологии реализации проекта, основных его промежуточных результатах и перспективах.

Работа по реализации проекта проводилась в три этапа.

На подготовительном этапе была создана рабочая группа, куда вошли все члены правительства области, руководители отраслевых департаментов, главы муниципальных районов и городских округов, представители территориального фонда обязательного медицинского страхования и общественности. Была проанализирована ситуация на начало реализации проекта по трем группам

требований к предоставлению первичной медико-санитарной помощи – требования к условиям, содержанию и результатам ее оказания. То есть была детально изучена инфраструктурная составляющая первичного звена, определен круг проблем.

Исходя из сильных и слабых сторон действующего федерального и регионального законодательства и иных норм, реально сложившейся ситуации в медицинских организациях региона, была сформулирована генеральная цель проекта и на основе SWOT-анализа поставлены конкретные задачи. Определены шаги проекта: 2017 год – реализация в сельской местности, 2018 год – в городской. Разработаны показатели и индикаторы достижения результатов, составлен план конкретных мероприятий.

На втором, организационном этапе, по принципу веерности в каждом из 22 муниципальных образований Белгородской области были инициированы аналогичные региональному муниципальные проекты, руководят которыми главы муниципальных районов и городских округов. При формировании бюджета области были учтены расходы на переподготовку медицинских работников, приобретение компьютерной техники и медоборудования. Для строительства, ремонта и реконструкции зданий центров врачей общей практики (семейной медицины) и ФАПов, приобретения модульных конструкций, помимо бюджетных, были привлечены внебюджетные источники.

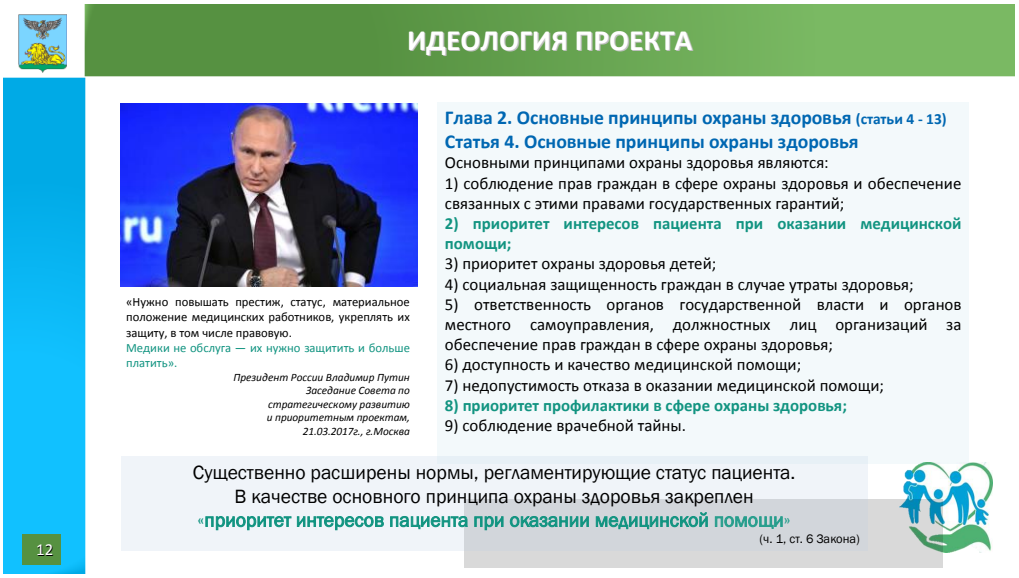
На этом же этапе состоялась защита планов мероприятий реализации проектов в каждом муниципальном образовании с выездом на места. На рассмотрение руководителя проекта – губернатора области Евгения Степановича Савченко, членов команды проекта была представлена полная концепция муниципалитета – от мер по ликвидации дефицита кадров, перечня работ на каждом строительном объекте до зонирования терапевтических участков (а в нашем проекте их брендовое название – «медицинские округа»), которые у нас пронумерованы по всей области сквозным способом для удобства идентификации с целью принятия управленческих решений.

На третьем, внедренческом этапе, проводились непосредственно мероприятия проекта по условным блокам: «Идеология», «Кадры», «Информатизация», «Материальная инфраструктура».

Блок «Идеология».

Суть мероприятий заключалась в пропаганде проектной философии, которая на практике выражается в отказе от позиции медицинского патернализма и пациентской инфантильности в пользу партнерства семейного врача, врача-педиатра и пациентов – членов одной семьи. Превентивность медицинской помощи и пациентоориентированность становятся общими принципами взаимодействия, принципами семейной медицины. Был подготовлен и в настоящее время

реализуется комплексный медиаплан – задействованы СМИ, социальные сети. Врачи общей практики и участковые педиатры, главные врачи создают в социальных сетях и мобильных приложениях свои группы – «Врач», «Коллеги-медработники» и «Пациенты».



Второй блок внедренческих мероприятий – «Кадры».

Основными направлениями здесь стали: переподготовка врачей-терапевтов и врачей-педиатров по специальности «врач общей практики (семейный врач)» и соответствующая переподготовка среднего и младшего медперсонала; трудоустройство врачей в рамках программы «Земский доктор»; осуществление муниципальными районами и городскими округами разовых выплат врачам при трудоустройстве и регулярных денежных выплат в период работы; предоставление служебного жилья медработникам в зоне обслуживания пациентов; выделение на льготных условиях земельных участков для индивидуального жилищного строительства; повышение уровня заработной платы специалистов первичного звена. Для этого разработаны и введены в действие в рамках эффективных

контрактов врачей общей практики (семейных врачей) соответствующие KPI, то есть критерии эффективности их работы, что позволило на основе дифференциации и прозрачности предоставить возможность каждому доктору управлять своим доходом, сопряженным с качеством работы.

Формирование управленческих навыков, навыков бюджетирования в зоне своей ответственности является составляющей федерального профессионального стандарта специалиста в области организации здравоохранения и общественного здоровья, принятого в 2017 году. А это значит, что руководители – от заведующего отделением до главного врача – уже сегодня должны обладать компетенциями менеджеров седьмого и восьмого уровней, грамотно распоряжаться доходной и расходной частями бюджетов медицинских организаций и их структурных подразделений.

Возникает вопрос, как на практике справиться с такой непростой задачей в отсутствие единого инструмента ее решения. Где на регулярной основе руководитель и врач могут получить информацию о бюджете своего подразделения, чтобы в рамках своих полномочий влиять на его сбалансированность через принятие управленческих решений?

В проекте данная проблема решалась в двух направлениях. Первое – повышение профессиональных компетенций работников медицинских организаций в области бюджетирования. Были проведены зональные обучающие семинары представителями финансовой службы Департамента здравоохранения и социальной защиты населения, Департамента финансов и бюджетной политики и территориального фонда обязательного медицинского страхования. Параллельно в медицинской информационной системе был создан блок бюджетирования. Техническое задание для его разработки имело серьезное медико-экономическое обоснование. С одной стороны, оно базировалось на нормах оказания медицинской помощи, регламентированных стандартами и клиническими рекомендациями, и логистике маршрутизации пациентов, с другой стороны – экономическими подходами, положенными в основу разработки территориальной программы

государственных гарантий и тарифного соглашения.

В настоящий момент разработана часть модуля бюджетирования, предназначенная для врача общей практики (семейного врача). Продукт проходит апробацию в медицинских организациях. Остальные части модуля предназначены для использования руководящими работниками медицинских учреждений. Блок бюджетирования будет структурирован по принципу каскадирования медико-экономической информации с уровня одного терапевтического участка (в нашем случае – медицинского округа) до уровня конкретного пациента.

Данный функционал программы позволит решать несколько задач. Врачу общей практики (семейному врачу) позволит оперативно отслеживать факты получения плановой и внеплановой, в том числе экстренной и неотложной, медицинской помощи прикрепленного населения в своей медицинской организации, в других учреждениях на территории области и за пределами региона. В результате врач получит полные данные о логистике медицинских услуг в зоне своей ответственности и сможет в партнерстве с пациентами влиять на доступность, качество и обоснованность услуг в каждом конкретном случае.

Руководителю структурного подразделения, например заведующему отделением, экономической и бухгалтерской службам программный продукт позволит вести реальный учет стоимости всей оказанной медицинской помощи в течение года персонифицировано, в отношении каждого пациента каждого медицинского округа и в целом отделения, контролировать доходную и расходную части этих мини-бюджетов, степень выполнения государственного задания, проще говоря, вести системный управленческий учет.

Главному врачу медицинской организации программный продукт позволит во-первых, аккумулировать аналитические данные для ранжирования структурных подразделений медицинских организаций и отдельных медицинских округов, терапевтических участков с точки зрения их экономической состоятельности (это условно называемые центры баланса доходов и расходов, центры затрат, то есть подразделения с отрицательным балансом, и центры прибыли); во-вторых, после выяснения причин того или иного финансового состояния структурного подразделения использовать данные для принятия адекватных управленческих решений.

Модуль бюджетирования является лишь частью, составляющей региональной медицинской информационной системы, функционал которой охватывает все процессы деятельности медицинских организаций – с момента первого обращения пациента, получения им любых видов медпомощи до взаиморасчетов с территориальным фондом обязательного медицинского страхования и страховыми компаниями.

Стоит отметить и еще одно новшество. В декабре 2017 года к уже существующим добавилась возможность электронной записи на прием к врачу с использованием мобильного приложения, которое повторяет функционал портала расширенной возможностью контролировать свое здоровье. Уже сегодня пациент может свободно загрузить приложение в свой гаджет и использовать его как для просмотра расписания и записи на прием к врачу, так и для ведения наблюдения за своим здоровьем.

Четвертый блок внедренческого этапа – «Материальная инфраструктура».

Суть мероприятий заключалась не только в строительстве, ремонте, реконструкции объектов, но и в придании им некоего концептуально единого облика на каждой отдельно взятой территории. С этой целью было определено несколько проектных решений для вновь возводимых объектов – модульных конструкций и капитально строящихся зданий. Были разработаны и размещены на сайте Департамента строительства и транспорта модельные проекты ландшафтного благоустройства территорий центров врачей общей практики (семейной медицины) и ФАПов, которые по выбору медицинских организаций реализовывались на практике. Места лучших инфраструктурных практик стали региональными стажировочными площадками. Примером тому является Губкинский городской округ.

МАТЕРИАЛЬНАЯ ИНФРАСТРУКТУРА

МОДУЛЬНЫЕ ФАПы

БЛАГОУСТРОЙСТВО

ТИПОВЫЕ ПРОЕКТЫ

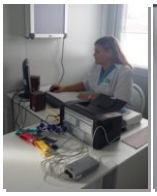
25

МАТЕРИАЛЬНАЯ ИНФРАСТРУКТУРА

Губкинский городской округ

Яковлевский район

Белгородский район



26

МАТЕРИАЛЬНАЯ ИНФРАСТРУКТУРА
государственно-частное партнерство

ООО «Медицинский центр «Поколение»

ООО «Поликлиника «Полимедика - Белгород»

27

Проект «Управление здоровьем» за время своей реализации стал самым массовым и популярным в регионе. Расширился круг ответственных участников в зонах непосредственной реализации проектных мероприятий на местах. В создание условий для оказания первичной медико-санитарной помощи включились

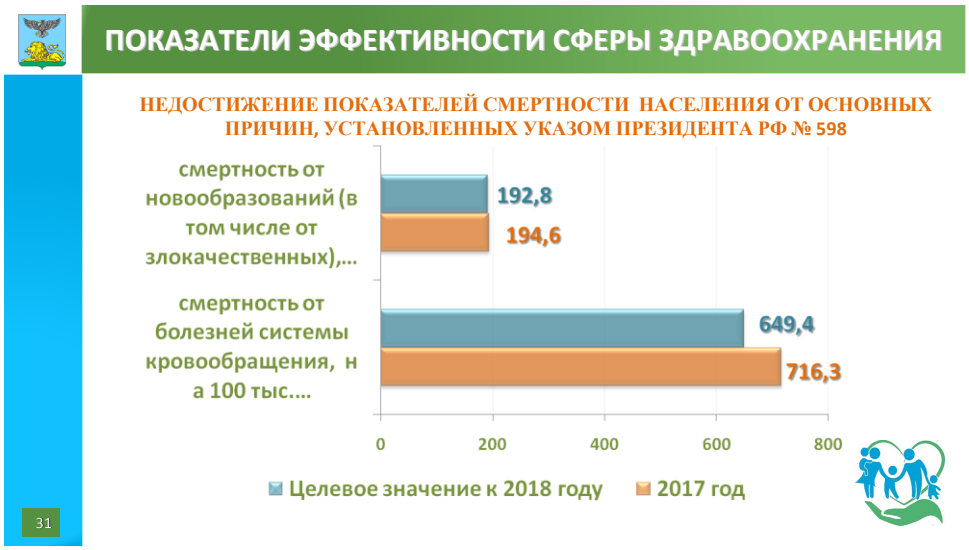
общественные институты и бизнес-сообщество. В муниципальных районах и городских округах появились организационные модели государственно-частного партнерства. Частные медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, стали работать с прикрепленным населением. При каждом терапевтическом участке в медицинском округе в сельской местности были созданы советы общественности, пропагандирующие здоровый образ жизни.

Проект «Управление здоровьем» гармонично согласуется с философией бережливого производства. Включившись в 2017 году в реализацию федерального проекта «Бережливая поликлиника», мы получили синергетический эффект, объединив принципы пациентоориентированности и ликвидации всех видов потерь в процессе предоставления медицинских услуг. На практике это выражается в сокращении очередей к врачам, рациональном перераспределении материально-технических ресурсов, росте удовлетворенности населения качеством услуг. В текущем году уже в рамках двух взаимодополняющих друг друга проектов – «Управление здоровьем» и «Бережливая поликлиника» – к этой работе поэтапно приступают все учреждения, в чьей структуре есть первичное звено, как в городской, так и в сельской местности.

Главным позитивным результатом деятельности сферы здравоохранения Белгородской области за 2017 год является положительная динамика показателей здоровья населения региона.

В первую очередь, это снижение смертности, в том числе младенческой. Снизились показатели смертности населения по всем причинам по основным нозологическим формам во всех возрастных группах. В этом общем результате, бесспорно, есть и доля эффекта проекта «Управление здоровьем». Однако есть и нерешенные проблемы.

Несмотря на положительную динамику снижения, по-прежнему остаются высокими показатели смертности от болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний. Этот факт является посылом к актуализации стратегии развития региональной сферы здравоохранения.



В поддержку ныне реализуемых базовых проектов нами инициированы следующие меры: открытие проектов централизации службы скорой медицинской помощи; организация больницы скорой медицинской помощи; совершенствование фтизиатрической службы; строительство гематологического центра на базе областной клинической больницы Святителя Иоасафа; открытие в рамках государственно-частного партнерства второй региональной площадки для оказания высокотехнологичной кардиопомощи в Старом Осколе на базе медицинской организации «Клиника сердца»; создание интегрированной многоуровневой региональной системы менеджмента качества оказания медицинской помощи.

По завершении организационного и внедренческого этапов проекта «Управление здоровьем» на селе при переходе к его реализации в городской местности наша задача – повысить уровень качества оказания услуг в каждой медицинской организации для каждого пациента. Все наши проектные мероприятия направлены на достижение одной общей стратегической цели – снижение смертности и обеспечение продолжительности жизни населения региона. Сложившаяся на Белгородчине практика коллективного, командного решения глобальных задач позволяет делать уверенные шаги в данном направлении.

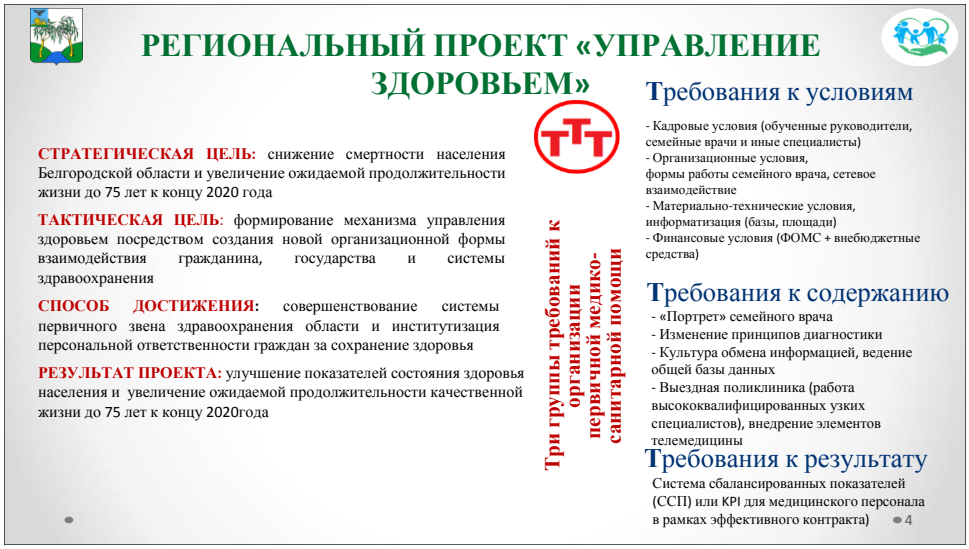
Каминин А.И., врач общей практики (семейный врач) Илёк-Кошарского центра общей врачебной практики Ракитянской центральной районной больницы Белгородской области

Пациентоориентированный подход к работе врача общей (семейной) практики в рамках проекта «Управление здоровьем» на территории Ракитянского района»

Я – врач общей (семейной) практики с 30-летним стажем, все это время живу в селе Илёк-Кошары, где работаю в центре общей врачебной практики (семейной медицины) с нашей командой – двумя медицинскими сестрами общей практики и фельдшером – на прикрепленном ФАПе в селе Святославка. Зона нашего обслуживания – это два села и шесть хуторов, где проживает 537 семей (это 1612 человек). Радиус зоны – 25 километров, удаленность от ЦРБ составляет 17 километров.

Сельская медицина – это особая составляющая здравоохранения: невысокая плотность населения, особенности проживания, достаточно географически разрозненная сеть, особая инфраструктура оказания медицинской помощи, удаленность от специализированных медицинских организаций, специфические отличия, обусловленные культурными и традиционными особенностями жизни на селе. Долгие годы сельскому здравоохранению уделялось внимание по остаточному принципу, что и привело к тому, что смертность в сельской местности выше, чем в городе. Это было характерно не только для Белгородской области, но и в целом для Российской Федерации. Все это должно учитываться при выстраивании новой общей модели организации медицинской помощи на селе.

Второй год мы активно работаем в режиме реализации масштабного регионального проекта «Управление здоровьем».



Важно, чтобы каждый человек, где бы он ни жил, получал медицинскую помощь, соответствующую единым требованиям качества и доступности. Поэтому реализация проекта началась именно с сельского здравоохранения. Этот проект радикально изменил ситуацию на Белгородчине. И в качестве примера позвольте поделиться информацией о первых полученных результатах. Уверен, что наш опыт

вам будет полезен. Мы, как непосредственные участники этого процесса, прочувствовали на себе все эти изменения.

Основой нашей работы являются изменение философии сельского здравоохранения на основе партнерских отношений – от болезнеориентированной медицины к пациентоориентированной, повышение уровня доверия не только ко мне, как к врачу, но и ко всей нашей команде. Формирование команды – это один из главных элементов организации эффективной пациентоориентированной работы с населением. Мы тратим много времени на то, чтобы объяснить каждое профилактическое мероприятие, каждый диагностический шаг, каждое назначение. Человек понимает, что он партнер, а не просто исполнитель предписаний. За время реализации проекта все больше наших жителей становятся активными участниками решения вопросов предупреждения болезней, вооружаются необходимыми знаниями по предупреждению факторов риска, сохранению и укреплению здоровья.

В рамках реализации проектных мероприятий кардинально поменялись условия оказания первичной медицинской помощи. Проведен капитальный ремонт здания, обеспечен доступ маломобильным жителям, проведено ландшафтное благоустройство территории для создания благоприятного настроя уже при входе. Изменен график работы центра. Модернизированы кабинеты доврачебного приема, смотровой, прививочный, процедурный, кабинет приема детей, физиокабинет, стоматологический кабинет. Организованы палата дневного пребывания, аптечный пункт. Развернута фитозона для комфортного пребывания пациентов при посещении врача и занятиях в школах здоровья. Для фиточаев, которые пациенты употребляют по моим назначениям, используются травы Белогорья, а также мед местных пасечников, диастазное число которого – не менее 9 единиц. Используется местная родниковая вода. Также на территории центра открыта молельная комната православной церкви. Поставлено новое медицинское оборудование согласно стандартам оснащения, а сегодняшние стандарты – это достаточно серьезный и большой перечень современного оборудования, и регион нашел возможность оснастить все сельские офисы врачей общей практики и ФАПы.

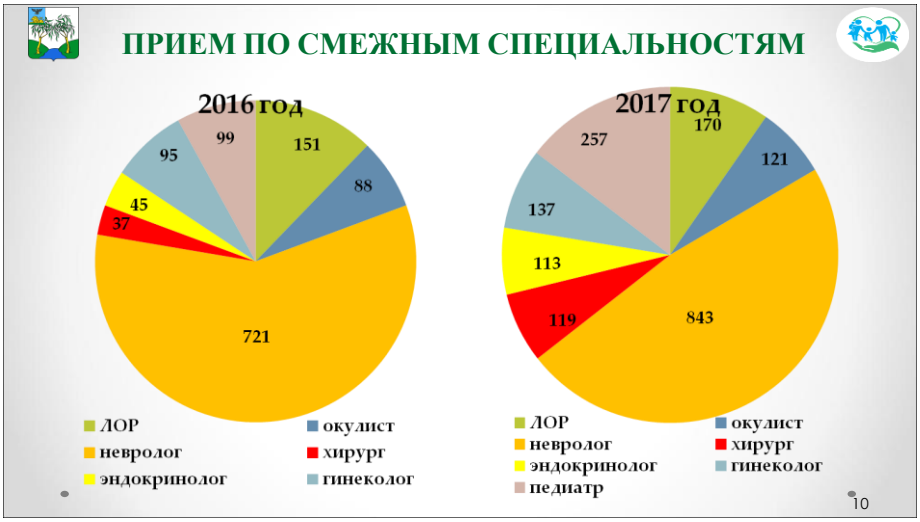
Я общался с коллегами и выражу наше общее мнение, что действительно никогда у нас не было такого высококлассного, современного оборудования. И в связи с этим хочу от всего медицинского сообщества выразить огромную благодарность лично Вам, уважаемый Евгений Степанович, как руководителю этого проекта.

Созданы все условия для работы медицинского персонала. А мы, со своей стороны, приступили к переходу на бережливые технологии, чтобы выявить неэффективные процессы и устранить потери.

Практика внедрения этих технологий показывает, что мы только на первом этапе внедрения – порядка 200 процессов требуют улучшения. Мы вместе ищем на своем рабочем месте возможности их усовершенствования. Хотя в проект «Бережливая поликлиника» вступаем во второй половине 2018 года, тем не менее свои рабочие места уже сейчас организовываем по системе «5С». Мы разработали у себя в центре алгоритм действий медицинской сестры при проведении вакцинации и получили результат – сокращение времени проведения этой процедуры.

На этом останавливаться мы не собираемся. Бережливая медицина – это бережное отношение не только к ресурсам, пациенту, но и к персоналу. Поэтому на своем участке я работаю над вовлечением всех своих сотрудников в этот процесс. И хочу сказать, что постепенно она повышается. Базовое образование, полученные знания во время переподготовки, богатый опыт практической работы дают возможность уже на протяжении многих лет вести смешанный прием. При этом главным моим партнером остается коллега – врач-педиатр.

Расширение структуры приема по смежным специальностям.



С помощью медицинской информационной системы я отслеживаю и анализирую передвижение прикрепленного населения по всем медицинским организациям и вношу корректировки в свою работу. В результате уменьшилось количество необоснованных обращений к узким специалистам. При этом получаю

сразу два эффекта: первый – повышение удовлетворенности населения; второй – положительное финансово-экономическое состояние моего медицинского округа. Да, мы учимся считать наши деньги.

Я понимаю, что не могу заменить, конечно, всех врачей и специалистов, да и не ставлю такую цель, но для себя определил, что направление к ним должно быть только по показаниям. Не буду скрывать, что проблемы, конечно, возникают, но я стараюсь делать так, чтобы пациент, который ко мне пришел, и начинал, и заканчивал диагностику и лечение у меня.

Если возникают вопросы, в любой момент я могу получить на них ответы, пользуясь и информационными базами, и справочниками, такими как Федеральная электронная медицинская библиотека, электронный рубрикатор клинических рекомендаций, содержащий алгоритмы действий врача, которые действительно помогают в принятии правильных решений, потому что они удобные и универсальные (это довольно быстрая поисковая система).

Вся маршрутизация пациентов обслуживаемой территории проходит под моим личным руководством. Сейчас при четко выстроенной трехуровневой системе оказания медицинской помощи в области я знаю, кого и куда я должен направить.

В рамках проекта рабочие места врача и медицинской сестры были оснащены современными компьютерами, многофункциональными устройствами, обеспечен доступ к высокоскоростному Интернету. Теперь по Skype для бизнеса я общаюсь с узкими специалистами ЦРБ, а в выделенные часы при необходимости – со специалистами учреждения третьего уровня (областной медицинской организации) для получения необходимых консультаций по диагностике, ведению пациентов с различными заболеваниями согласно Порядку организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, разработанному Минздравом (при этом пациенту нет необходимости выезжать из своего населенного пункта). Совещания с руководством ЦРБ и ежедневные утренние планерки также проводятся в режиме видеоконференции, что, конечно, экономит наши и время, и средства. Веду также электронные медицинские карты пациентов в единой региональной информационной системе, использую телемедицинские технологии при передаче данных ЭКГ.

Созданная база электронных медицинских карт жителей района дает возможность получить всю медицинскую информацию о своем пациенте на рабочем месте (также имеется возможность обратиться в региональную базу интегрированных электронных медицинских карт, которая содержит медицинскую

информацию о пациенте при обращении его в любую медицинскую организацию области). Направление к узким специалистам, на лабораторные исследования, выписка рецептов, листов нетрудоспособности – все это ведется в электронном виде. Это существенно изменило процесс взаимодействия врача с пациентом, медицинскими организациями района и области, сделало его более быстрым, точным и эффективным и обеспечило устойчивые и продуктивные связи между врачом и пациентом и специалистами разного уровня.

Хочу еще добавить, что наличие интернет-связи позволяет мне, не выезжая, участвовать в вебинарах, проводимых структурами Минздрава, иметь возможность своевременно получать необходимые нормативные документы, методические рекомендации, что действительно очень актуально для врача из глубинки.

Мотивация к непрерывному образованию для меня довольно простая: если я начну отставать, то начну терять своих пациентов. Также от моих знаний и умений зависит материальное благосостояние и работников нашего центра, так как существует четкая, прямая зависимость доходов от профессионального уровня и расширенных компетенций. И сейчас как никогда Минздравом созданы условия для использования дистанционных методик в самообразовании.

Большое спасибо за создание единого портала непрерывного медицинского образования, где есть и программы, и тесты, и ситуационные задачи. И теперь я со своего рабочего места могу повышать свою квалификацию, самостоятельно определять образовательную траекторию и осваивать новые блоки знаний. Все полученные знания в первую очередь должны быть направлены на смену имеющейся парадигмы – от лечения заболеваний к их предупреждению. Это главная задача проекта «Управление здоровьем». Поэтому профилактику считаю основой нашей деятельности.

С целью популяризации проекта и изучения состояния здоровья населения ежегодно проводятся подворные обходы всех жителей села, во время которых я и мои помощники (медсестры и фельдшер) консультируем семьи о здоровом образе жизни, об опасности попадания в зоны риска, по различным заболеваниям, проводим скрининговые исследования. Результаты вносятся в сформированный с начала проекта электронный паспорт здоровья семьи. Конечно, не все еще получается, конечно, мы сталкиваемся и с трудностями. Поэтому очень важно прививать с детства неприятие деструктивного поведения и потребность ведения здорового образа жизни, чтобы поменялся менталитет населения с позиции «мое дело – болеть, а ваше дело, врачи, – лечить» на другую – «сохрани свое здоровье сам». И можно для этого сделать очень многое.

Сейчас имеются очень хорошие методические руководства, созданные ведущими специалистами в области профилактики, которые действительно помогают мне в индивидуальной работе с каждым.

Для достижения целевых показателей уровня здоровья каждого жителя округа я постоянно разрабатываю индивидуальные программы оздоровления, провожу лекции по здоровому образу жизни в колхозе «Знамя труда», в бюджетных организациях, на сходах граждан. Созданы и розданы сотни и сотни буклетов по проекту «Управление здоровьем», по здоровому образу жизни, по профилактике факторов риска. Вывешены и обновляются постеры и баннеры. Наша команда работает со всеми возрастными категориями населения, учитывая особенности каждой. В домах культуры, торговых точках, отделениях почты – практически везде жители сел и хуторов могут ознакомиться с информацией по проекту «Управление здоровьем». И все это направлено на формирование навыков управления своим здоровьем на системной основе.

В своей профилактической работе я активно использую хорошо зарекомендовавшие себя формы взаимодействия врача общей практики и системы медицинской профилактики. Как первый вариант профилактической работы на своем уровне я провожу кратко и углубленно индивидуальное консультирование, занятия с пациентами (веду школы здоровья) по коррекции факторов риска, по коррекции массы тела и отказу от курения (кстати, в этом очень помогает принятый в 2013 году антитабачный закон).

Второй вариант – это кабинет профилактики в ЦРБ. Там проводится групповое углубленное консультирование, действуют школы здоровья с привлечением специалистов второго уровня.

И третий вариант – это направление пациента в межрайонный или областной центр здоровья.

Хорошей формой взаимодействия являются также выездные мобильные бригады специалистов областного центра медпрофилактики в отдаленные сельские поселения, когда проводится обследование пациента и тут же он получает консультацию специалиста по различным проблемам с его здоровьем, факторам риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

Минздрав делает очень многое, чтобы национальная система здравоохранения соответствовала международным стандартам. И за последние годы она неуклонно меняется к лучшему.

Отдельное спасибо хотелось бы сказать за возрождение диспансеризации. На порядок повысилась выявляемость факторов риска, и, что особенно важно, увеличилось количество случаев раннего выявления заболеваний. Яркий пример тому – онкозаболевания. Особое внимание мы со своей командой уделяем

выявлению онкологии на ранних стадиях, особенно видимых локализаций. Я специально прошел обучение на рабочем месте, в онкодиспансере, а потом обучил диагностике и свой коллектив. А с 2018 года порядок диспансеризации стал более таргетным и доказательным, что, несомненно, повысит ее эффективность. По результатам проведенной работы население распределено по группам здоровья следующим образом.

Наша задача – уменьшать II группу здоровья, ни в коем случае не допустить ее перехода в III группу и сделать все для перевода в I группу за счет коррекции факторов риска. Это наиболее перспективное и эффективное направление профилактики.

Качество оказания медицинской помощи определяет уровень развития здравоохранения во всех странах. За последние полтора года в области очень многое сделано в направлении улучшения именно материально-технической базы, подготовки к переходу на формат электронного здравоохранения. Министерством здравоохранения разработаны критерии качества фактически по всем основным нозологиям, то есть понятно, что надо делать. Но нет программного продукта для управления качеством, который давал бы абсолютно объективную оценку и исключал субъективизм. Мы знаем, что на федеральном уровне этот вопрос обсуждается.

И, пользуясь случаем, хотелось бы Вас, уважаемая Татьяна Владимировна, попросить ускорить внедрение электронного бенчмаркинга, так как благодаря нашему проекту уже сейчас мы пользуемся информационным ресурсом в штатном режиме. Настало время поставить качество во главу угла нашей деятельности. Понятно, что это не может произойти мгновенно, но важно понимать, что те, кто сегодня не закладывает в свой план развития внедрение интегрированной системы менеджмента качества, завтра окажутся попросту неконкурентоспособными.

Введение новых показателей KPI стало мотивацией к повышению качества и расширению спектра оказываемых медицинских услуг, так как именно эти показатели являются основой для формирования заработной платы.

Чтобы показатели эффективности были удовлетворительными, приходится ежедневно анализировать свою работу, устранять недостатки, повышать свой профессиональный уровень, трудиться над положительным имиджем, быть не просто доктором, но и менеджером на своем участке.

Наш проект «Управление здоровьем» уже сегодня привел к позитивным

изменениям – к снижению заболеваемости, увеличению продолжительности жизни, снижению смертности (особенно в трудоспособном возрасте) на моем участке.

Конечно же, мы одни не могли справиться со всеми поставленными задачами – задач очень много. Муниципальная власть, представители бизнеса, социальные партнеры, средства массовой информации и коммуникации – все структуры работали одной большой командой. И мы делаем уверенные шаги на пути позитивных перемен. Уже сейчас можно сказать, что вся большая, трудная, кропотливая работа, вложенные средства, подготовка специалистов, все наши усилия направлены на изменение самой парадигмы сельского медицинского обслуживания. И это действительно рациональное инвестирование в наше общее будущее, в основу обновленной системы здравоохранения.

РЯЗАНСКИЙ В.В.

Уважаемые коллеги, я хотел бы обратить внимание на эти два ключевых, базовых выступления. Мы могли подробно ознакомиться с сутью самого проекта и с тем, как его понимает тот врач, который работает в этом офисе. На мой взгляд, выступление Александра Ивановича как раз, что называется, изнутри показывает, как он видит свое место в новой уже системе, в новой парадигме. Это очень непростая задача – изменить, в том числе, философию отношения к этому вопросу. Можно и оснастить, можно и привезти эти модульные офисы, поставить на фундамент и подключить, но очень важно, чтобы там, внутри, работающие люди понимали, для чего все это делается, как его звено влияет на работу всей цепочки.

Кретов А.А., глава администрации Губкинского городского округа Белгородской области

Роль муниципалитета в процессе создания инфраструктуры семейной медицины

Место заседания выбрано не случайно: село Истобное и его окрестности являются центром Среднерусской возвышенности.

В соответствии с концепцией областного проекта управления здоровьем в Губкинском городском округе разработан муниципальный проект с аналогичным

названием. Руководителем команды по его реализации на территории муниципального образования по рекомендации губернатора области утвержден глава администрации.

Основной задачей администрации городского округа по реализации проекта, считаем, являются формирование у населения принципиально новой идеологии сохранения личного здоровья, а также убеждение людей в том, что профилактика болезней намного эффективнее, чем лечение их последствий.

Важным направлением нашей организаторской работы является совершенствование работы медицинских учреждений по укреплению первичного звена здравоохранения. На территории городского округа образовано 56 медицинских округов, из них 21 – сельский и 35 – городских.

В составе сельских медицинских участков действует 24 автономно расположенных фельдшерско-акушерских пункта. В целях улучшения материально-технического состояния этих медицинских учреждений за два года реализации проекта только в селах городского округа введено в эксплуатацию 30 объектов, вновь построенных или капитально отремонтированных.

Все они оснащены современным медицинским оборудованием, компьютерной техникой и мебелью, офисы врачей подключены к сети «Интернет». Следует также отметить, что благоустройство вышеназванных объектов выполнено с использованием элементов ландшафтного дизайна, а также многолетних почвопокровных и хвойных растений. В итоге у нас во всех сельских медучреждениях, включая фельдшерско-акушерские пункты, созданы необходимые условия для обслуживания населения.

Согласно плану управления проектом в первом квартале текущего года в Губкине откроется вновь построенный лечебный корпус для размещения центра семейной медицины по обслуживанию городского населения.

Первоочередным для нас также является обеспечение медицинских участков автотранспортом. Так как существующего парка крайне недостаточно (я думаю, у всех такая «болезнь»), в качестве временной меры для посещения пациентов по месту жительства у нас используется на договорных условиях личный транспорт медработников с возмещением их затрат.

Наиболее острой проблемой остается дефицит квалифицированных

врачебных кадров. Понимая важность решения этого вопроса, несколько лет тому назад мы приняли муниципальную программу по выделению служебного жилья для приглашаемых докторов: в городе – квартир, в сельской местности – жилых домов. В ходе реализации этой программы, к примеру, привлечены 63 врача с предоставлением муниципального служебного жилья. В числе приглашенных – опытные врачи, в том числе и прибывшие из Донецкой и Луганской республик. В рамках программы кадрового обеспечения стали традиционными встречи главы администрации городского округа и руководства медицинских учреждений с выпускниками медицинских вузов, имеющими родословные корни на губкинской земле. С учетом принятых мер нам удалось практически укомплектовать ставки врачей общей практики и в целом сократить дефицит кадров как по центральной районной, так и по детской больницам.

В городском округе уделяется необходимое внимание формированию стандартов здорового образа жизни с вовлечением населения, и прежде всего молодежи, в занятия спортом. С 2008 года у нас реализуется комплексная программа «Губкинская школа здоровья», целью которой является увеличение сторонников здорового образа жизни. Формирование навыков здоровьесбережения у населения начинается с дошкольного возраста.

Широкое распространение получила программа «Здоровый ребенок». Ее целью является создание эффективной системы оздоровления подрастающего поколения. Для выполнения комплекса мероприятий по пропаганде здорового образа жизни в прошлом году успешно реализованы межведомственные проекты во всех сельских округах. Руководителями этих проектов были назначены главы сельских администраций (их у нас 19).

В заключение считаю необходимым отметить, что совместная работа всех социально ориентированных ведомств городского округа при активной поддержке правительства области и непосредственное участие населения позволят сформировать целостную систему управления здоровьем наших земляков.

Куницына Н.М., главный врач Белгородского медицинского центра «Поколение»

Опыт государственно-частного партнерства при организации первичной медико-санитарной помощи

Вопросы, вынесенные на обсуждение на сегодняшнем мероприятии, не менее интересны для частных медицинских организаций. Нам глубоко импонируют слова Министра здравоохранения Российской Федерации Вероники Игоревны Скворцовой о том, что медицина нуждается в государственно-частном партнерстве. Мы понимаем, что в одиночку государство с финансированием здравоохранения не справится, ведь диссонанс между возможностями государственного финансирования и быстро развивающимися технологиями увеличивается с каждым годом.

Многолетний опыт работы медицинского центра «Поколение» позволил нам включиться в систему оказания первичной медико-санитарной помощи на условиях государственно-частного взаимодействия.

Небольшая справка о нашем центре. Медицинский центр был открыт в мае 2010 года фондом «Поколение» депутата Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации Андрея Владимировича Скоча. Идея создания медицинского центра «Поколение» родилась из потребностей населения. При строительстве медицинского центра фонд «Поколение» стремился к тому, чтобы качественная медицина была доступна всем, независимо от уровня доходов той или иной семьи. Возможность получения медицинской помощи в небольших городах не должна уступать зарубежным клиникам и мегаполисам.

Медицинский центр «Поколение» – это многопрофильный современный поликлинический комплекс, где пациент получает широкий спектр медицинской помощи – от диагностики до лечения, включая профилактику и разработку индивидуальных профилактических программ. Медицинская помощь в центре оказывается по многим направлениям, в том числе амбулаторной хирургии или хирургии одного дня. Всего в медицинском центре работают 235 человек, в том числе 76 врачей.

За время работы оказана медицинская помощь более чем 200 тысячам

пациентов, из которых 47 процентов – жители города Белгорода, 35 процентов – жители Белгородской области, 14 процентов – пациенты других субъектов Российской Федерации и 4 процента – жители иностранных государств.

В течение дня медицинскую помощь, включая оперативные вмешательства, получают в среднем 800 пациентов. С момента открытия в настоящее время зарегистрировано более 1 миллиона посещений, проведено более 40 тысяч операций. Это серьезные и значимые показатели.

В рамках хирургии одного дня успешно применяются методики в виде ассистированного удаления межпозвонковых грыж, малоинвазивный метод лечения болей с применением радиочастотной абляции корешков спинномозговых нервов. Выполняется широкий спектр операций на кисти, артроскопические операции лучезапястного, коленного суставов. За годы работы нашего центра мы успешно освоили и широко внедрили в повседневную практику весь спектр услуг для оказания помощи пациентам с заболеваниями лор-органов. В офтальмологическом отделении медицинского центра проводятся эксимерлазерная коррекция зрения, операции по поводу катаракты и витреоретинальной патологии. В стоматологическом отделении проводятся все виды зубосохраняющих операций, имплантация по различным методикам, удаление ретинированных зубов с помощью ультразвука, в том числе под общим обезболиванием.

На сегодняшний день основной целью преобразования здравоохранения является перенос нагрузки на первичное звено, в том числе на врачей общей практики, семейной медицины. С целью повышения качества и доступности

медицинской помощи населению сельской местности администрация Корочанского района обратилась с просьбой к фонду «Поколение» о капитальном ремонте центра общей врачебной практики в селе Алексеевка. Учитывая все замечания и предложения жителей территории, изучив структуру населения, потребность в получении медицинской помощи, административно-территориальные границы, фонд «Поколение» принял решение об инвестировании в строительство нового центра, который бы вписался в идею реализации проекта «Управление здоровьем», инициированного губернатором Белгородской области Евгением Степановичем Савченко.

Медицинским центром «Поколение» совместно с администрацией Корочанского района, администрациями поселений были организованы и проведены земские собрания, на которых обсуждались вопросы организации оказания медицинской помощи сельскому населению. Также были проведены сходы граждан по вопросу прикрепления населения к нашему центру. Жители воспользовались своим правом на выбор медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (заявления собирались преимущественно при посещении домов).

В сентябре 2017 года состоялось торжественное открытие центра общей врачебной практики, расположенного в селе Алексеевка Корочанского района. Участие инвесторов в данном проекте определено как государственно-частное партнерство.

Оказание медицинских услуг осуществляется в первую очередь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования. Медицинский центр «Поколение» уже имеет опыт работы в системе обязательного медицинского страхования, однако организация первичной медико-санитарной помощи с использованием средств ОМС потребовала детального изучения характеристики обслуживаемой территории.

Главная задача нашего центра общей врачебной практики – усилить профилактическую направленность деятельности врача, обеспечить более раннее выявление заболеваний и предупреждение осложнений, улучшить преемственность в ведении пациентов.

Особенностями нашей семейной клиники являются комплексный подход к медицинскому обслуживанию всех членов семьи, планирование здоровой семьи и дальнейшее ее сопровождение от самых маленьких пациентов до населения пожилого возраста и долгожителей. Именно на уровне первичной медико-санитарной помощи и должен быть реализован постулат великого врача Пирогова: «Главное назначение врача состоит в научении пациента быть здоровым и лечении тех, кого не удалось научить этому».

На момент начала работы в октябре 2017 года в центр обратились с заявлениями о прикреплении 2410 человек. А благодаря сформированному как среди профессионалов, так и жителей Белгородской области устойчивому мнению о высоком уровне оказания медицинской помощи населению, от диагностики до лечения, нам удалось увеличить количество прикрепленного контингента до 3025 человек.

В общем количестве прикрепленного населения в настоящее время 567 детей, что составляет 19 процентов. Из них от нуля до года – 31 человек.

Характеристика взрослого населения: доля трудоспособного населения – 47 процентов, людей старше трудоспособного возраста – 34 процента, из которых лиц пожилого возраста (старше 75 лет) – 291 человек и долгожителей (старше 90 лет) – 31 человек.

В общей структуре сельского здравоохранения Корочанского района наш центр общей врачебной практики, расположенный в селе Алексеевка, отдален от Корочанской центральной районной больницы на 12 километров, от Медицинского центра «Поколение» – на 40 километров. В составе центра врачей общей практики функционируют два фельдшерско-акушерских пункта, расположенные в селе Заячье и селе Плоское с численностью населения соответственно 671 и 247 человек. Отдаленность от центра составляет около 9 километров. Помимо сел Алексеевка, Заячье и Плоское врачи обслуживают еще семь малых населенных пунктов. Для осуществления профилактической и лечебной медицинской помощи населению отделенных сел фондом «Поколение» был приобретен автомобиль УАЗ.

На территории обслуживаемых участков сложилась система межведомственного взаимодействия для организации профилактической работы с населением. Ключевыми фигурами при этом являются наши врачи общей практики. В своей работе они активно опираются на деятельность общественного совета,

созданного на территории, и всех предприятий и организаций зоны обслуживания.

Штатная структура центра.

В состав центра общей врачебной практики входит медицинский кабинет в Алексеевской средней общеобразовательной школе, где работает медицинская сестра, оказывающая профилактическую и доврачебную медико-санитарную помощь. Ежемесячно врач-стоматолог общей практики проводит с детьми интересные уроки гигиены и профилактики стоматологических заболеваний.

Несмотря на небольшой опыт работы по оказанию первичной медико-санитарной помощи (это всего 4,5 месяца), нами отмечены существующие на сегодняшний день проблемы финансирования. Они нами объединены в две группы: первая – это недостаточность финансирования в сфере обязательного медицинского страхования, и вторая группа – это законодательное ограничение направлений расходования средств, полученных за медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования.

Современные требования к оказанию медицинской помощи базируются на порядках оказания помощи, стандартах и клинических рекомендациях. Тарифы на оплату медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования не в полной мере обеспечивают покрытие расходов на ее оказание. Возникает дисбаланс между потребностью медицинских организаций и финансовыми ресурсами, выделяемыми на реализацию программы обязательного медицинского страхования.

Проблема недофинансирования особенно важна с учетом сегодняшнего акцента на профилактику, которая требует, прежде всего, развития первичного звена здравоохранения. Стоимость медицинских услуг, то есть тарифы оплаты, в системе обязательного медицинского страхования, как нам кажется, устанавливается не столько на основе анализа обоснования состава необходимых затрат, сколько на основе сложившегося объема их финансирования. Нами рассматривались стоимость услуг и структура обращений: наши фактические расходы превышают запланированные. При этом фактические затраты на лечение одних и тех же заболеваний в медицинских организациях разных форм собственности различаются. Государственные медицинские организации находятся в более выгодных условиях по сравнению с частными в связи с различием в порядке возмещения затрат на оказание медицинских услуг. Так, например, бюджетные учреждения обычно бесплатно пользуются зданиями, сооружениями, то есть у них отсутствует арендная плата, используют дорогостоящее медицинское оборудование, приобретенное за счет бюджетных средств, имеют льготные тарифы на связь, Интернет и так далее.

Частные медицинские организации, в том числе и наша организация, этой возможности лишены, что автоматически увеличивает себестоимость медицинских услуг и не дает возможности работать безубыточно в системе обязательного медицинского страхования.

Для того, чтобы медицинские организации частной и государственной форм собственности имели возможность работать в сопоставимых условиях, необходимо, чтобы тарифы в системе обязательного медицинского страхования были более гибкими. При этом хотелось бы иметь методику достоверной оценки допустимых различий в затратах медицинских организаций на оказание различных видов медицинской помощи.

Мы посчитали, что распределение государственных заказов в системе обязательного медицинского страхования зачастую носит субъективный характер и базируется, в первую очередь, на сохранении финансирования существующей сети государственных медицинских организаций. По нашему мнению, необходимо на федеральном уровне разработать методику размещения государственного задания в медицинских организациях различных форм собственности за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с критериями, направленными, в первую очередь, на показатели доступности и качества медицинской помощи.

Следующий вопрос – расходование средств, полученных за медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования. В соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» допускается расходование по 26 статьям. Установленный перечень не включает в себя целый ряд статей, согласно которым формируется отчетность негосударственных медицинских организаций, например, капитальный ремонт помещений, расходы по долговым обязательствам любого вида и так далее.

Вместе с тем, несмотря на обозначенные проблемы, мы уверены, что внедрение механизма государственно-частного партнерства на национальном уровне позволит ускорить развитие рынка медицинских услуг, а также будет способствовать формированию эффективной конкурентной среды, оптимизации управления финансовыми ресурсами, повышению качества и увеличению числа оказываемых услуг.

Кроме того, развитие государственно-частного партнерства будет способствовать повышению отдачи от вкладываемых в здравоохранение средств,

формированию благоприятного инвестиционного климата, ускорению введения практики государственных гарантий.

Наша медицинская организация благодарна губернатору Белгородской области Евгению Степановичу Савченко за возможность участвовать в региональном проекте «Управление здоровьем». Как представители большого и дружного медицинского сообщества области, мы поддерживаем позицию Евгения Степановича, что активными творцами могут быть только физически здоровые люди. А обеспечить это позволит, с одной стороны, пропаганда здорового образа жизни, а с другой – эффективное здравоохранение.

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Мы обратили внимание на то, что у вас растет количество пациентов, которые решили прикрепиться к вашей базе. Это говорит о том, что в принципе создается некая конкурентная среда между офисами семейной практики. И в будущем, вполне возможно, произойдет перераспределение пациентской аудитории. И какие-то офисы семейной практики, если врачи не будут, что называется, внимательно следовать той методологии и тем выводам, которые были в выступлении нашего уважаемого Александра Ивановича обозначены, будут поглощены другими. Таким образом, создается некая внутренняя конкурентная среда между офисами семейной практики, что, в общем, нормально. Но это не «волчий оскал капитализма», а просто, что называется, создание нормальной конкурентной среды в борьбе за качество предоставляемых услуг. Здесь все интересно складывается. И мы отметили, что функционирующие советы, общественные советы при офисе, – тоже хорошие инструменты. С одной стороны, это создание открытого пространства, открытого для наших граждан. С другой стороны, это некий общественный контроль за тем, как работает эта система. Ваши предложения, связанные с методикой расчетов, с системой распределения государственного заказа, – это темы, над которыми надо продолжать работать.

Черняева Н.А., член Комитета Государственной Думы по охране здоровья

Реализация программы «Земский доктор» в Российской Федерации

В прошедшем году мы подводили итоги реализации программы «Земский доктор», которая реализовывалась на всей территории Российской Федерации. Мы собрали все данные со всех регионов Российской Федерации об эффективности и возможности усовершенствования данной программы. Затем очень тесно работали с Министерством здравоохранения России. В процессе реализации программа «Земский доктор» постоянно совершенствовалась. Это связано с вашими предложениями. Ее важность и эффективность уже не вызывает сомнений, потому что об этом сказали все регионы Российской Федерации.

Мы провели выездное заседание Комитета Государственной Думы по охране здоровья в городе Саратове, где общались с земскими докторами, которые работают, уже завершают пятилетний срок работы в Саратовской области. Они просили нас обратить внимание на следующие моменты.

Конечно, коллеги, здесь мы видим прекрасное межотраслевое взаимодействие, поднятие статуса врача. Отмечаем важность работы главы местного поселения, главы муниципального района, губернатора области. Мы иногда указываем на здравоохранение только как на отрасль. Но это не совсем так.

Мы должны вместе работать и помогать здравоохранению. Здесь выступал глава администрации, он сам нам докладывал и рассказывал, как работает его офис врача. Он знает до мелочей всё, что происходит в этом офисе. Но, к сожалению, это не так в других регионах Российской Федерации.

Из того, что рассказали нам доктора, мы отметили, конечно, низкую заработную плату, отсутствие жилья (а если оно есть, то неблагоустроенное). Здесь мы видим, что все прекрасно. Да, строят, выделяют коттеджи или квартиры. Но в других регионах не всегда это так. Это тоже вопрос. И мы отметили необходимость закрепления врачей в той или иной сельской местности. Мы сейчас говорим о доступности медицинской помощи на селе. Нужно думать о создании надлежащих условий для врачей, обращать внимание на то, какие проблемы возникают в семьях (порой семьи приезжают – супруги с детьми; детям нужны детский сад, школа, а также необходима вся культурная составляющая этого села, транспортная доступность и так далее). То есть эта проблема, конечно, глобальная. Здесь есть интересные предложения, с которыми мы с вами должны поработать.

Я хочу поблагодарить Вас, Валерий Владимирович, за то, что пригласили Комитет Государственной Думы по охране здоровья. Как врачи, мы говорим, что консилиум ставит диагноз. Важно услышать несколько точек зрения – и Министерства здравоохранения, и Совета Федерации, и Государственной Думы. И, конечно, самих врачей. Я больше 30 лет отработала в здравоохранении и понимаю, насколько это тяжело сейчас, как много отчетной документации, сколько проблем. И нужно работать именно во взаимодействии с пациентом, не закрываться в кабинете и бояться, что наши пациенты, наши жители зайдут и выскажут свои проблемы, а именно идти к ним, идти на производство, как показывал свои слайды присутствующий здесь доктор. Тоже важно вот этот барьер пройти.

И еще раз хочу сказать про статус врача. Нам, к сожалению, очень много приходится переживать. И СМИ порой оскорбительно отзываются о медицинском сообществе. Медицинское сообщество всегда было элитой, оно ею и является. И зачастую мы с вами решаем многие проблемы, которые связаны не только со здоровьем. С нами советуются и по поводу личной жизни, и в каких-то профессиональных вопросах. Поэтому мне хотелось бы, чтобы мы тоже на это обратили внимание.

Очень приятно, Евгений Степанович, что в вашем регионе такое бережное отношение к медицинским работникам. Это очень важно.

Та модель, которая здесь существует, весьма интересна. Я давно мечтала поехать (я слышала об этой модели) именно в Белгородскую область и посмотреть. Интересная модель. Мы не вернемся назад, то время ушло. Мы должны идти только вперед, совершенствоваться в оказании медицинской помощи. У нас много разделов: и санитарная авиация развивается, и так далее. Но это всё надо аккумулировать и, возможно, вносить какие-то дополнения в законодательство. Было бы очень хорошо работать вместе с вами, чтобы вы нам эти предложения давали. И мы вместе с Советом Федерации на общих площадках это будем обсуждать и вносить те изменения, которые необходимы именно для улучшения.

Но качество медицинской помощи зависит еще и от подготовки докторов. К сожалению, есть не совсем качественная подготовка. Поэтому медицинским организациям нужно еще работать непосредственно с медицинскими вузами, оттачивать эту программу. И контроль выпускаемых специалистов порой оставляет желать лучшего. И приходится на местах учить молодых специалистов науке здравоохранения.

Мы будем двигаться вперед, и у нас, безусловно, будет повышаться рождаемость, возрастать продолжительность жизни. Наш Президент Владимир

Владимирович говорит: «Здоровая Россия – это сильная страна». Мы будем стремиться следовать тем посылам, которые сделал наш Президент.

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Действительно, программой «Земский доктор» (а потом и «Земский фельдшер») были хорошие импульсы приданы, для того чтобы мы все-таки направили свои усилия на решение этих болезненных вопросов в организации медицинского обслуживания. Тем не менее у нас все-таки остается тема, связанная и со временем работы земских специалистов. Высказываются предложения не учитывать период пребывания в декретном отпуске наших земских врачей в том стаже, который мы установили (5 лет), найти разные дополнительные способы привлечения людей на эту работу. Но мы видим примеры, когда все-таки не эти ограничения играют главную роль, а в большей степени мотивационные характеристики и работа с будущими молодыми врачами начиная со школы. И то, о чем глава муниципального образования говорит, – что он встречается с будущими специалистами, что он их видит, с ними работает, когда они учатся, что он с ними встречается и разговаривает, для того чтобы они потом вернулись, – тоже очень интересно, и, наверное, этому надо содействовать.

Еще есть тема, связанная с профессиональным выгоранием. Никто не затрагивает эту тему. Конечно, работа сельского врача отличается от работы городского, согласитесь: в любой момент могут позвонить, постучать в окошко, и это накладывает особый отпечаток на работу сельского доктора. Я разговариваю со многими участниками этого направления работы. Некоторые говорят: «Знаете, всё устраивает – и зарплата, и место, где я живу», но устают именно от того, что 24 часа полная, мобилизационная готовность. Не каждый может. Поэтому вопросы профессионального выгорания здесь тоже надо учитывать. Здесь нужно давать возможность то ли делать перерывы в работе, то ли изменить место работы, с тем чтобы потом можно было вернуться. Действительно такой факт имеет место быть.

Курдюмов Д.А., заместитель председателя правительства Кировской области

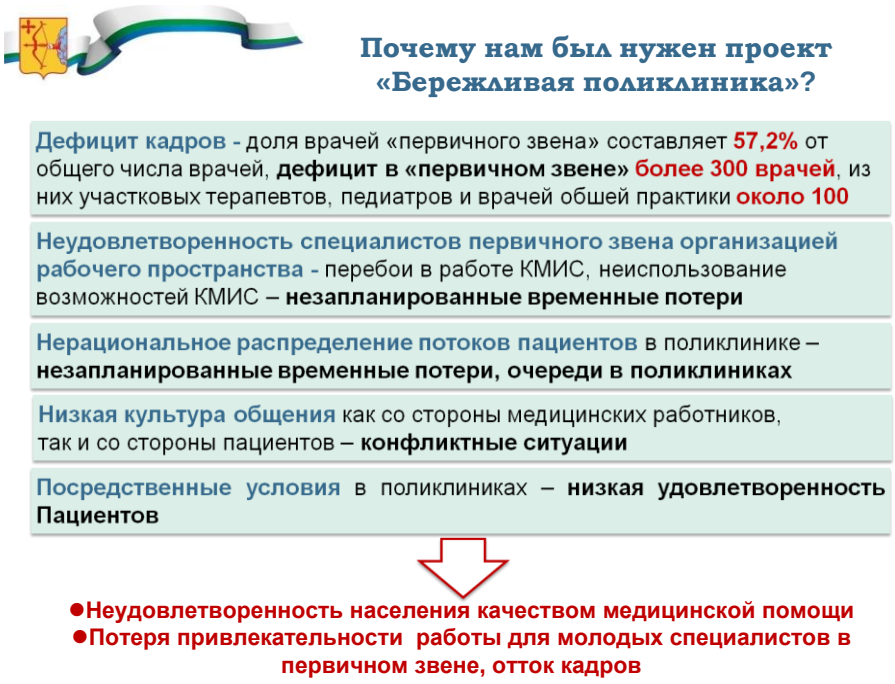
О реализации приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» в сельской местности

Современные условия ставят перед нами большие задачи, и на первый план выходят, в том числе, информатизация, рациональное, разумное использование ресурсов и внедрение информационных технологий во все сферы, на всех уровнях системы здравоохранения. Безусловно, началом проекта создания новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, стал проект «Бережливая поликлиника», результаты которого мы продемонстрировали в Кировской области 8 августа 2017 года Президенту Российской Федерации Владимиру Владимировичу Путину и получили высокую оценку.

Сразу хочу сказать, что необходимо оптимально внедрять единый подход в организации работы поликлиник, где бы они ни находились – в столице или в районах области. Говоря о внедрении информационных технологий на селе, мы считаем, уровень развития ключевых элементов информатизации должен быть таким же единым, как в городе. Это и ведение амбулаторных карт, историй болезни, и выписка льготных рецептов, и функционирование системы планирования.

Население Кировской области – 1 291 тысяча человек, площадь области составляет 120 тыс. километров, то есть наш регион – с низкой плотностью населения. В структуре населения городское население составляет 67 процентов, а сельское – фактически 24 процента. В регионе работают 4654 врача, около 12 тысяч медицинских работников среднего звена, медицинскую помощь оказывают 73 медицинские организации и 11 подведомственных медицинских и аптечных предприятий. В регионе в среднем выполняется 38 тысяч посещений в день, из них 37 процентов, или 14 тысяч, – в районах области.

Основным событием в системе здравоохранения Кировской области в 2017 году, безусловно, стало участие в приоритетном проекте «Бережливая поликлиника». Почему для нас это было принципиально важно?



Основные причины не новы (они характерны и для Кировской области) – дефицит врачей первичного звена, особенно в сельской местности, медицинский персонал не удовлетворен организацией рабочих мест, потоки в поликлиниках распределены нерационально, условия пребывания пациентов в поликлиниках, недостаточно комфортные, и, как следствие, низкая оценка населением качества медпомощи, потеря привлекательности работы в поликлиниках для молодых специалистов.

Как говорит губернатор Кировской области Игорь Владимирович Васильев, главным для нас в этом проекте является пациент, а наша цель – создание идеальной модели организации первичной медико-санитарной помощи, которую мы должны тиражировать на всю область.

Кураторами проекта «Бережливая поликлиника» являлись Министерство здравоохранения Российской Федерации, губернатор Кировской области, госкорпорация «Росатом». В реализации первого этапа проекта приняли участие две детские поликлиники и две поликлиники для взрослых.

Основные направления по реализации проекта.

Основные направления, реализованные в проекте «Бережливая поликлиника»

- **перераспределение нагрузки между врачом и средним медицинским персоналом;**
- **оптимизированная логистика движения пациентов с разделением потоков на больных и здоровых;**
- **открытая и вежливая регистратура;**
- **комфортные условия для пациента в зонах ожидания;**
- организация диспансеризации и профилактических осмотров на принципах непрерывного потока пациентов с соблюдением нормативов времени приема на одного пациента;
- **внедрение мониторинга соответствия фактических сроков ожидания оказания медицинской помощи врачом с момента обращения пациента в медицинскую организацию** установленным срокам ожидания в соответствии с Программой государственных гарантий.

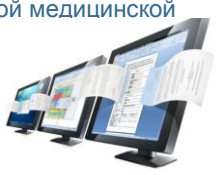
В «пилотных» поликлиниках были выявлены проблемы информатизации процессов при оказании первичной медико-санитарной помощи.

Реализация проекта «Бережливая поликлиника» в Кировской области

Основные проблемы в системе информатизации при оказании ПМСП:

- **отсутствие** в КМИС **системы оперативного мониторинга** доступности медицинской помощи (**записи к врачу**)
- **Отсутствие возможности** получать результаты лабораторных и инструментальных исследований в электронной медицинской карте
- **отсутствие оперативной информации** о ЛП по ДЛО в аптеках, невозможность выписки и распечатки рецептов из КМИС
- регулирование потоков пациентов, «картирование процессов» «вручную», **без использования информационных технологий**
- **отсутствие** региональной интегрированной электронной медицинской карты (ИЭМК)
- **Формирование счетов** за оказанную МП не в КМИС

мероприятия по развитию IT



Различные направления развития медицинской информационной системы региона, как в сельской местности, так и в городской, взаимосвязаны и не могут

развиваться отдельно друг от друга. Так, электронное направление пациентов включает системы «Электронный регистратор», «Электронное регулирование очереди». Они существуют вместе и дополняют друг друга. А развитие электронной медицинской карты послужило в нашем регионе основой для построения системного планирования с использованием электронных медицинских стандартов.

Все государственные медицинские организации системы ОМС, в том числе на селе, подключены к региональному информационному ресурсу системы здравоохранения и работают в единой защищенной сети передачи данных. Общее количество созданных автоматизированных рабочих мест – более 13 тысяч, из них более 4 тысяч – в круглосуточных стационарах и более 8 тысяч – в поликлиниках. Безусловно, программа модернизации стала для нас спусковым механизмом, благодаря которому мы сегодня достигли определенных успехов в развитии информационных технологий.

За последний год системой «Электронный регистратор» оборудованы 102 поликлиники, из них 42 – в районах области, в 63 заработала система «Электронное регулирование очереди». По нашему мнению, эти системы должны функционировать совместно, при этом происходит равномерное распределение потоков пациентов, сокращается время ожидания приема, безусловно, снижается нагрузка на регистратуру.

В этой системе существует возможность направить пациента, минуя регистратуру, в процедурный кабинет, на флюорографию, в кабинет неотложной помощи, в кабинет доврачебного приема. Пациенты же из регистратуры

направляются на прием к врачу, в диагностический кабинет, а из любого кабинета, где установлена электронная регулируемая очередь, – во все подразделения медицинской организации, в том числе на госпитализацию. Для отдельных категорий пациентов, по медицинским показаниям записавшихся на прием к врачу в электронной регистратуре через Интернет, устанавливается приоритет вызова. Также приоритет вызова применяется при оказании медицинской помощи так называемым маломобильным пациентам. Таким образом, исключаются конфликтные ситуации, снимается социальная напряженность.

Кроме того, у нас в регионе, в случае если пациент нуждается в консультации узкого специалиста, который отсутствует в ЦРБ, в сельской местности, в медицинской информационной системе он может записаться на прием в любое учреждение региона, где данный специалист в настоящее время принимает. Причем пациенты могут выбрать специалиста, которому они больше доверяют или к которому больше привыкли, в удобное для них время. Информация об узких специалистах всех ЛПУ доступна на сайтах наших учреждений, в инфоматах, поликлиниках, офисах врачей общей практики. Записаться пациенту на прием можно в регистратуре поликлиники или сразу на приеме у врача.

Если на старте проекта «Бережливая поликлиника» выявление проблемных зон, скажем так, в части нарушения логистики происходило по результатам опроса, хронометража, картирования процессов, то итоговые результаты нам помогают оценивать информационные технологии, в том числе электронная очередь. Вы видите примеры некоторых отчетов из этой системы. Её внедрение позволило формировать отчетность за любой промежуток времени по оказываемым услугам различными специалистами, оценивать интенсивность их работы, проводить анализ временны́х интервалов при получении пациентом медицинской помощи. Соответственно, полученная информация нами используется для регулирования потоков пациентов, распределения нагрузки на врачей, оптимального расположения кабинетов и, безусловно, материального стимулирования медицинских работников.

Одним из основных элементов информатизации здравоохранения является электронная медицинская карта. В нашем регионе электронная медицинская карта заполняется в 310 структурных подразделениях. Можно сказать, что вся первичная медицинская документация учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС, до уровня врачей общей практики ведется в медицинской информационной системе. Так, в медицинской карте поликлиники формируется единая электронная база данных пациентов, вносится информация о посещении, диспансеризации, медосмотрах, выписываются направления на госпитализацию, листки временной нетрудоспособности, рецепты, формируются электронные направления на инструментальные, рентгенологические, лабораторные исследования и поступают их результаты. Важно, что для ведения первичной документации в бумажном виде разделы истории болезни или амбулаторной карты не заполняются заново, а распечатываются и просто вклеиваются.

Схема интеграции лабораторной информационной системы с медицинской информационной системой.

Это все тоже было сделано полностью в 2017 году благодаря участию в пилотном проекте.

Также в медицинской информационной системе ведется учет пациентов, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение. Рецепты для льготного лекарственного обеспечения выписываются непосредственно в электронной медицинской карте и распечатываются. Эта система постоянно дорабатывается. Сначала лечащий доктор выбирает вид льготы и диагноз заболевания пациента. Далее отображается справочник лекарственных препаратов, который есть в Кировской области. После этого выходит окно, содержащее перечень пунктов отпуска лекарственных препаратов, информацию об остатках лекарственных препаратов, указанную в МНН, программа выделяет цветом колонку «Льгота», после чего выписывается рецепт. Врач выбирает строку с наименованием лекарственного препарата в ближайшем или удобном для пациента пункте отпуска, где есть лекарственный препарат, а дальше происходит выписка рецептов. У заведующих в поликлинике есть возможность проверить остатки лекарственных препаратов на центральном аптечном складе в режиме онлайн.

Итак, в области создана и работает централизованная система лекарственного обеспечения льготной категории граждан, в которой задействованы Министерство здравоохранения Кировской области, уполномоченные аптечная организация и аптечный склад, медицинский информационно-аналитический центр, который как раз осуществляет обработку и внесение в медицинскую информационную систему информации об остатках по всему перечню лекарственных препаратов в режиме онлайн, что и видит перед собой на экране лечащий доктор.

Система информационного взаимодействия между участниками льготного лекарственного обеспечения, а также планирования остатков лекарственных препаратов.

Товары приходят на аптечный склад, где фиксируется его приход в «1С», информация об остатках аптечного склада поступает автоматически в центр сбора и обработки информации, которым является Медицинский информационно-аналитический центр. Из МИАЦ информация о текущих остатках передается в медицинские и аптечные организации, из пунктов отпуска (аптек) информация об отпуске лекарственных препаратов и текущих остатках приходит также в МИАЦ и доступна в медицинской информационной системе на рабочем месте врача. Также данная информация передается на аптечный склад и в виде отчетов – в Министерство здравоохранения.

В центр обработки из КМИС в режиме онлайн поступает информация о выписанных рецептах. Аптечный склад и аптечная организация имеют возможность анализировать наличие лекарственного препарата в каждом пункте отпуска. Такое информационное взаимодействие позволило запустить систему планирования для оптимальной логистики и перемещения лекарственных препаратов между пунктами отпуска, своевременного обеспечения пациентов льготными лекарственными препаратами.

Рецепты, находящиеся на отсроченном обслуживании, ежедневно анализируются. При наличии лекарственных препаратов в других аптечных организациях производится оперативное их перераспределение между аптеками. Ну и в случае отсутствия лекарственного препарата Министерством здравоохранения Кировской области принимается решение о проведении закупки в соответствии с Федеральным законом № 44. Также данная система позволяет своевременно проводить процедуру размещения заказа, что значительно снизило количество жалоб. Мы анализировали жалобы за последние несколько месяцев – их количество снизилось в три раза по сравнению с прошлыми периодами. Надо сказать, что у нас в январе было только 15 жалоб, официально зарегистрированных, а ежедневно в регионе выписывается 7500 льготных рецептов.

В Кировской области создана единая региональная служба скорой медицинской помощи и санитарной авиации. Для врачей первичного звена в электронной медицинской карте поликлиники реализована возможность получать необходимую информацию об оказании скорой помощи пациентам, находящимся на участке. В области реализована возможность получения на мобильное устройство бригадами скорой помощи вызовов и маршрутов госпитализации пациентов.

Во всех учреждениях здравоохранения ведется электронная медицинская карта, и в стационарах, и в дневных стационарах, заполняются все разделы истории болезни, листы назначений оформляются в соответствии с базовыми шаблонами и электронными медицинскими стандартами, назначаются лабораторные, инструментальные, рентгенологические исследования, вносятся их результаты.

С 2017 года во всех медицинских организациях в электронной медицинской карте листы назначений заполняются на основе электронных медицинских стандартов, которые разработаны главными внештатными специалистами Министерства здравоохранения Кировской области совместно с ведущими докторами наших клиник.

Расход медикаментов и других материальных запасов должен максимально отражаться в листах назначений электронной медицинской карты после назначения конкретному пациенту. Поэтому лист назначений, созданный на основании регионального медицинского электронного стандарта, который формируется и изменяется лечащим врачом во время пребывания пациента в клинике, мы называем динамическим, или врачебным. В повседневной практике в бумажных листах назначений не отражается определенный перечень материальных запасов для медицинского применения, их списание происходит по факту. Поэтому листы назначений, созданные в электронной медицинской карте в соответствии с реальными расходами на пациента в процедурных кабинетах, перевязочных, операционных, мы называем статическими, или сестринскими, они формируются медицинским персоналом среднего звена, проверяются и подписываются лечащим врачом.

В общем-то, создана система планирования, которая нам позволяет обладать информацией обо всех остатках, это видит и Министерство здравоохранения в каждом конкретном ЛПУ, эта информация предоставляется и мне.

Такая единая информационная система введена на всей территории Кировской области – и в центральных районных больницах, и в амбулаториях, и в офисах врачей общей практики: одинаковый интерфейс, одна информационная система.

В области создана и работает региональная интегрированная электронная медицинская карта, с помощью которой врачи поликлиник, сельские врачи могут обладать необходимой информацией о пациенте: где он лечился, какая рекомендация дана этому пациенту в выписных эпикризах (данные), каковы результаты лабораторных, инструментальных методов исследований.

На сегодняшний день эта система содержит порядка 1 300 тысяч записей более чем для 800 тысяч пациентов, что составляет около 80 процентов населения нашего региона.

У нас происходит выгрузка реестров счетов за оказываемую медицинскую помощь только из медицинской информационной системы. Сейчас параллельно идет выгрузка, но по нашим планам уже с мая 2018 года выгрузка реестров счетов пойдет только из электронной медицинской карты.

У нас, безусловно, есть планы по развитию КМИС.

Проект «Бережливая поликлиника» затронул и районы Кировской области, безусловно, с самого начала. Это и ремонт фасадов, и ремонт прилегающих территорий вместе с администрациями, и ремонт входных групп.

Итогом всей этой работы стало то, что в 2017 году в 53 процентах наших поликлиник внедрены бережливые технологии.

Безусловно, очень важно с учетом современных подходов формирование доступной среды в «бережливых поликлиниках». Также мы сейчас работаем вместе с Центром стратегических разработок в части льготного лекарственного обеспечения и мониторинга состояния здоровья пациентов с хроническими заболеваниями в ряде районов Кировской области.

Мы начинаем дистанционные консультации не только по системе «врач – врач», но и «врач – пациент» и включаем туда дома престарелых Кировской области, действуем в этом направлении очень осторожно, потому что это полноценная консультация. Возникают и уголовные дела, поэтому мы к этому относимся очень осторожно.

И, если говорить об эффектах всего этого, безусловно, и экономический эффект есть, но самое главное – это социальный эффект (он позитивный), это повышение удовлетворенности населения качеством медицинской помощи.

Стрючков В.В., министр здравоохранения Пензенской области

Опыт Пензенской области в решении вопросов кадрового обеспечения, в том числе сельского здравоохранения

Общепринятая трехуровневая модель организации медицинской помощи была взята нами за основу при выстраивании системы подготовки кадров. Безусловно, наличие на территории нашего субъекта медицинского кластера, общеобразовательных учреждений, учреждений среднего, высшего и последипломного медицинского образования позволяет нам иметь определенные преференции в части подготовки кадров. Но логистика и, если хотите, маршрутизация будущих медиков от школьной скамьи до рабочего места в больнице – это целиком и полностью ответственность Министерства здравоохранения Пензенской области.

На первом этапе подготовки основной задачей является максимальное привлечение учащихся к профессии через создание позитивного имиджа врача, сохранение традиций и семейных медицинских династий, предоставление социальных гарантий и выплат.

Сегодня в области функционирует пять медицинских классов в трех образовательных организациях среднего образования, где обучаются 150 школьников 10–11-х классов. Лицеи тесно сотрудничают с базовыми высшими медицинскими учреждениями. Преподаватели этих вузов один раз в неделю проводят для учеников этих классов спецкурсы по химии, биологии, латинскому языку и другим предметам. Ежедневно главные внештатные специалисты Министерства здравоохранения Пензенской области, ведущие медики региона, главные врачи профильных учреждений участвуют в воспитательном проекте Министерства образования.

Заключение целевых соглашений на обучение. Почему я начал про это

говорить? Приоритет и имидж нашей специальности возросли. Об этом говорит тот факт, что число абитуриентов увеличилось в 2,5 раза, а конкурс на целевые места – в пять раз, то есть он на сегодняшний день составляет почти пять человек на одно место.

Подготовка медицинских работников среднего звена. На территории Пензенской области эта проблема сегодня решена. Считаю, что ключевым моментом стало наше решение открыть на базе межрайонных больниц филиалы средних специальных учебных заведений, и сегодня ребята из сельской местности имеют возможность получать специальность, что называется, не выезжая из дома. И у них формируется более ответственное отношение к своей профессии и ее освоению, для того чтобы практически готовиться на то рабочее место, где, по большому счету, и проходит обучение. Ну и эти ребятишки не подвержены издержкам городской жизни, они остаются у себя в селе. На сегодняшний день, я еще раз говорю, у нас обучается более 2 тысяч, и проблемы обеспечения медицинскими работниками среднего звена, особенно там, где существуют филиалы, решены.

Целевой прием.

Три последних года, с 2013 по 2015 год, у нас (за счет бюджета мы набирали) дополнительные группы обучались. В прошлом году мы остановились, потому что у нас сегодня дефицит составляет всего только 500 вакантных должностей на ближайшие годы. Мы уже сейчас делаем заявки на молодых специалистов только по естественной убыли. То есть эта тема, по врачам, также закрывается.

Посвящение в профессию, вручение сертификатов, династии, клятвы – это создание имиджа.

Следующее – присвоение больницам имен тех людей, которые внесли большой вклад, открытие мемориальных досок и так далее.

Меры социальной поддержки.

Это чисто региональные выплаты при трудоустройстве молодых специалистов – 150 тысяч (в следующие годы – 50, 75, 100 тыс. рублей).

Социальный наем жилья. Педиатрам мы платим по 20 тыс. рублей к заработной плате. Средняя заработная плата врачей на январь у нас составляет 50 тыс. рублей, и поэтому количество трудоустроенных специалистов увеличивается.

Реализация программы «Земский доктор» продолжается.

71 человек прибыл, и тем самым они решают проблему обеспечения кадрами сельских территорий.

По жилищной программе. Все молодые специалисты, которые приезжают в село, обеспечены служебным или социальным жильем, некоторые получают сертификаты на строительство или покупку жилья. В том числе педиатрам мы еще платим 10 тысяч за наем жилья.

По заработной плате все индикативы выполнены, в том числе и по Указу Президента.

Заработная плата

Динамика роста среднемесячной заработной платы медицинских работников учреждений здравоохранения подведомственных Минздраву Пензенской области за период с 2012 по 2017 годы и индикативный уровень среднемесячной зарплаты, прогнозируемой на 2018 год

Категории медицинского персонала	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г. прогноз
Врачи	24 865,0	29 873,9	31 883,4	34 660,2	38 803,8	43 439,2	50 572,0
рост в % к 2012 г.		120,1	128,2	139,4	156,1	174,7	203,4
Средний медицинский персонал	12 983,0	16 359,1	18 152,0	19 467,8	20 585,3	21 819,8	25 286,0
рост в % к 2012 г.		126,0	139,8	149,9	158,6	168,1	194,8
Младший медицинский персонал	7 204,0	10 308,1	11 865,8	12 734,0	15 152,1	19 354,0	25 286,0
рост в % к 2012 г.		143,1	164,7	176,8	210,3	268,7	351,0

По численности.

Динамика кадрового обеспечения отрасли

За 2016 – 2017 годы обеспеченность врачами увеличилась с 30,6 до 31,6 на 10 тысяч населения.
Обеспеченность средним медицинским персоналом увеличилась с 87,9 до 88,3 на 10 000 населения.
Укомплектованность ФАП и ФП – 90,2%.

Прошу обратить внимание на фельдшеров скорой помощи. На сегодняшний день у нас существует централизованная служба скорой помощи. В этом году 78 молодых специалистов (фельдшеров) трудоустроены, работают 129 бригад. Мы обновили практически весь автопарк, создали единую диспетчеризацию. Время доезда по всей территории составляет менее 20 минут. На наш взгляд, это основной критерий обеспечения доступности скорой и неотложной помощи, он в целом влияет на доступность медицинской помощи.

Виницкая О.В., первый заместитель начальника управления здравоохранения Тамбовской области

Проблемы и перспективы развития инфраструктуры детского здравоохранения (на примере Тамбовской области)

Каждый регион имеет свою специфику. В Тамбовской области 40 процентов детей проживает на селе (всего это 173 тысячи, или 16,5 процента населения). Ежегодно рождается около 9 тысяч детей.

К сожалению, в Российской Федерации наблюдается тенденция к снижению рождаемости, однако по данным показателям мы держим достаточно низкий темп снижения по сравнению с другими регионами.

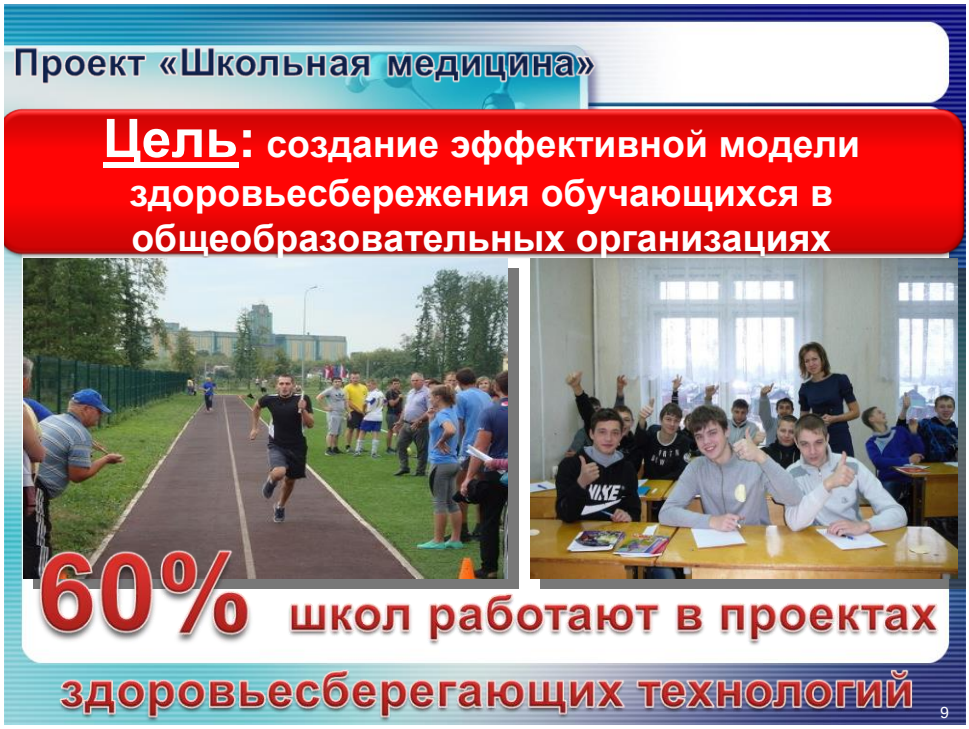
У нас сформирована та же трехуровневая система, основанная на территориальной доступности, профилактической направленности, качестве и межведомственном взаимодействии.

Первый уровень: все указанные структурные подразделения работают по принципу межведомственного взаимодействия со школами, детскими садами и советами помощи семье и детям, а также в формате выездных мобильных бригад.

В ходе проведения структурных преобразований в системе здравоохранения, так же, как и в Белгородской области, мы не сократили ни один фельдшерско-акушерский пункт, а значительно укрепили их материально-техническую базу. Новым механизмом межведомственного взаимодействия первичного звена является взаимосвязь фельдшерско-акушерских пунктов с новым общественным институтом – советами помощи семье и детям, организованными при сельских советах, а их у нас 244. Данный механизм работает уже пять лет. Совместно с активными жителями территорий решается задача раннего выявления социально неблагополучных семей и заболеваний социального характера. Главным результатом работы является 100-процентный охват детского населения профилактическими осмотрами.

Еще одно направление – это взаимосвязь поликлинических подразделений с дошкольными и школьными организациями. В последние пять лет шла активная модернизация системы дошкольного образования. В новых и строящихся детских садах развернута работа по созданию на их базе ресурсных центров, которые разрабатывают реабилитационные программы, обучают кадры для работы с детьми-инвалидами, детьми с такими диагнозами, как ДЦП, аутизм, нарушение зрения, слуха, задержка психического развития. Эти ресурсные центры во взаимодействии с детскими поликлиниками координируют работу всех детских садов области в формате сетевого взаимодействия. Таким образом, решается проблема не только улучшения и сохранения здоровья детей, но и их полной интеграции в школьную среду.

Школьные медицинские кабинеты – это еще один компонент первичного звена детского здравоохранения. Здесь мы являемся пилотной площадкой по реализации проекта «Школьная медицина», целью которого является создание современной эффективной модели здоровьесбережения обучающихся в образовательных организациях. Результаты проекта фиксируются в системе мониторинга состояния здоровья школьников с применением медицинского диагностического комплекса «Здоровый ребенок». Мониторинг охватывает 100 процентов обучающихся – это 92 тысячи школьников и более 40 тысяч детей, посещающих дошкольные учреждения.



С участием специалистов школьной медицины успешно реализуются программы «Школьное питание» и «Школьное молоко», в тесном сотрудничестве с НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков решаются важнейшие задачи введения в рационы школьников продуктов функционального и оздоровительного назначения. По итогам профилактических осмотров 2017 года доля детей I и II групп здоровья увеличилась до 88,2 процента.

Что касается школьников из сельской местности, реальный эффект мы видим от выездных форм работы областных специалистов для оказания

специализированной медицинской помощи. Ежегодно такую медицинскую помощь получают более 15 тысяч детей. Для развития данной работы мы планируем приобрести мобильные диагностические комплексы, оборудованные, в том числе, и стоматологическими установками.

Второй уровень регионального детского здравоохранения – это педиатрические отделения центральных районных больниц, основная задача которых – приблизить специализированную педиатрическую помощь к детскому населению, особенно в сельских территориях.

Проблемным вопросом учреждений здравоохранения второго уровня является потребность в укреплении материально-технической базы, проведении капитальных ремонтов, оснащении диагностическим оборудованием. Эту проблему мы планируем решать в рамках мероприятий программы «Десятилетие детства». По поручению Минздрава соответствующая заявка о потребности региона сформирована.

Третий уровень регионального детского здравоохранения – это областная детская клиническая больница, где сосредоточена вся специализированная высокотехнологичная медицинская помощь.

В 2017 году в нашей области введены в действие два новых высокотехнологичных медицинских объекта. В июне 2017 года введен в эксплуатацию хирургический корпус областной детской клинической больницы, что позволило повысить качество оказания медицинской помощи детям и внедрять новые, высокотехнологичные методы лечения. В декабре мы завершили строительство перинатального центра. Таким образом, у нас сформирован полный замкнутый цикл оказания медицинской помощи детям от рождения до совершеннолетия. Появилась возможность системно развивать перинатальную профилактику. Недостающим компонентом областной системы медицинской помощи детям является отсутствие многопрофильного детского реабилитационного центра. Это задача на ближайшую перспективу.

В заключение приведу данные, которые свидетельствуют об эффективности представленной модели детского здравоохранения. Показатель младенческой смертности за последние семь лет снизился на 40,5 процента, и на протяжении многих лет наша область занимает лидирующие позиции среди регионов Российской Федерации. Показатель детской смертности ежегодно снижается и значительно ниже показателей по России в целом и по ЦФО.

Что касается рассматриваемого вопроса, опыт Белгородской области по организации офисов врачей общей практики мы приняли за основу еще в рамках программы модернизации, поставив перед собой приоритет развития сельского здравоохранения. У нас, конечно, нет таких ресурсов областного бюджета, как в Белгородской области, но все имеющиеся средства мы направляем именно на строительство и развитие сельского здравоохранения. Поэтому мы поддерживаем и очень благодарим федеральный центр за реализацию проекта «Земский фельдшер», но также просим рассмотреть вопрос об обеспечении сельского здравоохранения санитарным автотранспортом, в том числе мобильными диагностическими установками. Ну и, конечно, просим продолжить программу развития сельских территорий для таких субъектов, как наш. Выделение федеральных средств на строительство и ремонт было бы очень актуальным.

Стадченко Н.Н., председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Финансовые вопросы в системе здравоохранения – особенно злободневные. Но я хотела бы сказать, что обязательное медицинское страхование в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования обеспечивает благодаря единому подушевому нормативу финансирования равную доступность медицинской помощи на всей территории Российской Федерации. И если вы мне будете рассказывать про другое, то я вам скажу: коллеги, мы едем вас проверять.

Потому что если подушевой норматив базовой программы в 2012 году на одного жителя составлял 4102 рубля 90 копеек, то в 2018 году – 10 812 рублей 70 копеек. Рост – в 2,9 раза. И субвенция на реализацию базовой программы обязательного медицинского страхования в 2012 году была всего лишь 640 миллиардов, а у нас с вами на 2018 год – 1 871 миллиард, и чистый прирост, год к году, 2018 года к 2017 году – 333 миллиарда. Это беспрецедентный рост! Безусловно, это сделали мы с вами вместе с сенаторами, с депутатами

Государственной Думы, утверждая бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Как же распределяются эти деньги? Единая программа государственных гарантий утверждается постановлением Правительства Российской Федерации, которое утверждает средний норматив. Почему средний? Да потому что страна наша особенная. Поэтому у нас к нему еще есть коэффициенты дифференциации, которые учитывают транспортную доступность, географические особенности, как завозятся продукты и так далее, и тому подобное. Так вот, этот единый подушевой норматив (10 812 рублей) выглядит следующим образом. Из них на стационар – 5155 рублей, на первичную амбулаторную медицинскую помощь – 3807 рублей в программе государственных гарантий, утвержденной постановлением Правительства. Помимо этого 877 рублей – на дневной стационар. Итого получается – 4685 рублей вместе с дневным стационаром, который, безусловно, должен развиваться в первую очередь в первичном амбулаторном звене. И скорая медицинская помощь – 667 рублей на одного застрахованного. Так раскладываются эти 10 812 рублей.

В рамках Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» тарифные комиссии субъектов Российской Федерации (их возглавляют министры здравоохранения субъектов Российской Федерации, директора территориальных фондов там являются секретарями) в соответствии со своими особенностями распределяют объемы медицинской помощи, выстраивая трехуровневую систему оказания медицинской помощи в своем субъекте.

И я полностью согласна, что у «частников» нужно заказывать только ту медицинскую помощь, которая на самом деле субъекту нужна, какой не хватает на территории для доступности медицинской помощи населению, вот это абсолютно справедливо. Но распределяет комиссия в рамках своих полномочий и определяет.

При этом я хотела бы обратить внимание на то, что при сравнении объемов медицинской помощи по видам медицинской помощи объемы не изменились, а стоимость по программе государственных гарантий выросла: в амбулаторном звене – 20 процентов, в стационарном – 23 процента. И, обращаю внимание, для нас очень важно развивать реабилитацию, стоимость которой выросла на 2018 год на 40 процентов. Приоритетом базовой программы обязательного медицинского страхования на 2018–2020 годы является финансовое обеспечение и доступность первичной медицинской помощи.

В целях совершенствования оплаты медицинской помощи, оказываемой на селе, в программе государственных гарантий впервые в 2018 году предусмотрен способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное население, включая оплату медицинской помощи по всем видам. Если раньше у нас была только амбулаторная помощь, то сейчас – по всем видам медицинской помощи, включая стационарную медицинскую помощь. Указанный способ может применяться при оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, стационарных, в условиях дневного стационара. И это позволит учитывать особенности медицинских организаций в полном объеме при осуществлении оплаты за оказанную медицинскую помощь.

С 2016 года стал формироваться нормированный страховой запас. Мы внесли изменения в закон об обязательном медицинском страховании, позволив за счет средств от штрафных санкций, которые осуществляют страховые медицинские компании, уменьшив им средства, которые раньше шли им в собственные средства, медицинским организациям приобретать медицинское оборудование, осуществлять ремонт медицинского оборудования и обучать наших врачей.

Так вот, с 2016 года территориальные фонды обязательного медицинского страхования сформировали в нормированном страховом запасе на эти цели более 16 млрд. рублей. Из них на село пошло 833 млн. рублей. За счет этого закуплено 576 единиц медицинского оборудования, 86 единиц медицинского оборудования отремонтировано и более тысячи медицинских работников прошли повышение квалификации по программам повышения квалификации.

Первое. В чем мы видим ваши ошибки? Вы формируете средства нормированного страхового запаса и их не расходуете. Из сформированных 16 миллиардов израсходовано только 11.

Второе. Если на реализацию базовой программы в 2017 году шло 1 537 миллиардов, на оплату медицинской помощи людей, проживающих на селе, пошло 389 млрд. рублей, что на 40 процентов (я хочу обратить внимание) больше, чем в 2015 году. У нас хорошая динамика роста. Так вот, 389 миллиардов – это ровно 25 процентов от оплаченной медицинской помощи на всей территории Российской Федерации. Из сформированных средств нормированного страхового запаса в сумме 16 миллиардов вы направили на село всего лишь 833 миллиона (это 5 процентов).

Нужны страховые компании, не нужны страховые компании – это тот вопрос, который на самом деле бурно обсуждается на протяжении всех 25 лет, сколько существует система обязательного медицинского страхования.

С 2016 года на территории Российской Федерации формируется принцип пациентоориентированного и персонифицированного сопровождения застрахованных. Помимо всей той деятельности, которую ранее осуществляли страховые компании, с 1 июля 2016 года начали работать страховые поверенные первого уровня. С 1 января 2018 года стали работать страховые поверенные второго уровня. Чем они занимались? Это колл-центры, «горячие линии», ответы на все вопросы, касающиеся организации медицинской помощи, работы первичного звена, как работают врачи, как можно записаться. Если раньше в страховые компании обращались только с вопросом о том, как получить полис обязательного медицинского страхования, то сейчас задают вопросы о качестве и доступности медицинской помощи. Страховые поверенные второго уровня осуществляли индивидуальное информирование о необходимости прохождения диспансеризации.

Вы как никто другой знаете, как это делать. Совместно с медицинскими организациями составлялся план-задание персонифицированно о необходимости прохождения диспансеризации в конкретной медицинской организации застрахованных лиц, прикрепленных к этой медорганизации. И осуществляли это информирование страховые компании через своих страховых поверенных. Благодаря этому у нас на 6 процентов увеличился показатель прохождения диспансеризации в 2017 году.

С 2018 года начинают работать страховые поверенные третьего уровня. Какой контроль они осуществляют? Они контролируют постановку на диспансерный учет, прохождение самой диспансеризации, сопровождение и поддержку пациента на всех этапах оказания медицинской помощи, в том числе диспансерное наблюдение (пришел ли он на диспансерное наблюдение, направлен ли он на плановую госпитализацию, если направлен, то он подключается к урегулированию этих вопросов). И из того, что я слышу, как у нас работают страховые поверенные в страховых компаниях на других территориях (в рамках пилотных проектов четвертого квартала все страховые компании отработали), как они начали работать по страховым поверенным третьего уровня (и мы видим, где эти поверенные работают вместе, вот здесь как раз они нужны реально для освобождения, я бы сказала, от непрофильной работы наших участковых терапевтов, участковых

педиатров и врачей общей практики), очевидно, что они должны стать настоящими помощниками и коммуникаторами между врачами и застрахованными. Наши медицинские работники не должны заниматься непрофильной работой – приглашать на диспансеризацию, ставить на диспансерный учет, следить за тем, чтобы в соответствии с назначениями врача проходили курсы лекарственной терапии. А на самом деле, если мы с вами проанализируем смертность, увидим, что в первую очередь нехорошие показатели связаны с тем, что у нас нет приверженности к лекарственной терапии. И вот это должны сделать наши страховые поверенные.

В Белгородской области работает практически одна страхования компания – «МАКС-М». Одна страховая компания – это плохо, потому что нет конкуренции.

Мы возьмем на себя курирование и контроль работы поверенных страховой компании «МАКС-М», для того чтобы они были реальными помощниками (не на бумаге, не на словах) нашим медицинским работникам.

Все, что связано со здоровым образом жизни, – профилактика, информирование, приверженность, правильное питание и все остальное – делают наши с вами страховые поверенные. И все рекламные буклеты наши страховые компании выпускают за счет средств на ведение дела.

ЯКОВЛЕВА Т.В.

В Белгородской области главные врачи даже не знают, что страховая компания «МАКС-М» должна была обеспечивать их литературой по формированию здорового образа жизни. Они даже не используют страховых поверенных, а закон обязывает страховые компании это делать. И вы должны от них это требовать.

РЯЗАНСКИЙ В.В.

Мы сейчас увидели наложенную на территорию сельской местности новую сетку работы с пациентами, работы с населением в здравоохранении. Я, честно говоря, не увидел, где там роль и место «МАКС-М» или другой компании.

СТАДЧЕНКО Н.Н.

Мы сейчас вносим изменения в закон об обязательном медицинском страховании и в закон о страховом деле и прописываем: если страховые компании не выполняют законодательно прописанный функционал, у территориальных фондов обязательного медицинского страхования должна быть возможность расторгать договоры в одностороннем порядке.

В заключение я хотела бы привести еще один пример. Отрасль здравоохранения – это та отрасль, которая всегда нуждается в деньгах, они всегда будут направлены на реализацию тех задач, которые ставит перед нами страна.

На примере Белгородской области: если субвенция на реализацию базовой программы в 2017 году была 13 800 миллионов, то на 2018 год – уже 16 800 миллионов. Наверное, нужно еще больше, потому что мы с вами как раз озвучивали те болевые точки, которые нам надо закрыть. Но при эффективном использовании существующих ресурсов, при правильном отношении к бережливому производству и при грамотном распределении средств их точно будет достаточно.

Чтобы закрыть вопрос о разности тарифов частных клиник и государственных. От налога на имущество не освобождены государственные и муниципальные учреждения здравоохранения. Как только стало финансироваться за счет бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, а на селе чаще всего сельские больницы и амбулатории – это градообразующие организации, и у них единственная возможность получить доход – это получить налоги… Поэтому наши государственные учреждения здравоохранения не освобождены ни от каких налогов, и в расчет базового подушевого норматива финансирования входят все расходы, включая и налоги. Да, безусловно, у нас нет инвестиционной составляющей, и в этом направлении нам есть, к чему стремиться.

Серегина И.Ф., заместитель Руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения

Государственный контроль. Первичная медико-санитарная помощь. Проект «Реформа контрольной и надзорной деятельности»

Тема первичной медико-санитарной помощи многогранна и требует от всех участников процесса особого профессионализма и слаженных действий, без этого никак нельзя, как в любой другой проблеме.

Хочу обратить ваше внимание на то, как у нас идет рост организаций по «первичке».

Развитие службы организаций и объектов, осуществляющих медицинскую деятельность в сельской местности

Тип объекта	Количество организаций (объектов), осуществляющих медицинскую деятельность			
	2015 год	2016 год	На 31.12.2017	Темп роста в % 2016-2017 года
Фельдшерско-акушерский пункт, Фельдшерский пункт	1394 (13358)	3140 (37388)	4746 (44050)	151%
Амбулатория	357 (686)	714 (1329)	1205 (2693)	169%
Центр общей врачебной практики	144 (345)	328 (891)	692 (1801)	210%
Итого	**1895 (14389)**	**4182 (39608)**	**6643 (48544)**	**159%**

Организация оказания скорой (в том числе скорой специализированной) и неотложной медицинской помощи в сельской местности

Основные нарушения, выявляемые Росздравнадзором:

- отсутствие локальных нормативных актов, регламентирующих маршрутизацию в сельской местности;
- неосуществление выезда в отдаленные сельские поселения;
- работа не в круглосуточном режиме;
- значительной износ санитарного автотранспорта;
- фельдшерские бригады СМП не обучены проведению тромболитической терапии;

Мне хотелось бы показать вам прежде всего рост организаций и объектов, которые осуществляют розничную торговлю лекарственными препаратами. У нас здесь хороший рост. Это большой плюс для нас, для всех регионов.

Количество организаций и объектов, осуществляющих розничную торговлю лекарственными препаратами

Тип объекта	Количество организаций (объектов) осуществляющих розничную торговлю лекарственными препаратами			
	2015 год	2016 год	на 31.12.2017	темп роста в % 2016-2017 года
Аптека, аптечный пункт	10768 (18564)	14837 (28827)	20439 (60854)	138%
Фельдшерско-акушерский пункт	987 (13932)	1351 (19334)	1811 (29353)	134%
Фельдшерский пункт	84 (507)	135 (848)	177 (1082)	131%
Амбулатория	402 (840)	598 (1320)	841 (2001)	141%
Центр общей врачебной практики	167 (368)	215 (472)	280 (634)	130%

Это организации и объекты, которые осуществляют отпуск населению наркотических средств и психотропных веществ. Здесь мы добились тоже достаточно хороших результатов.

Количество организаций и объектов, осуществляющих отпуск населению наркотических средств и психотропных веществ в сельской местности

Тип объекта	Количество организаций (объектов) осуществляющих отпуск населению НС и ПВ в сельской местности/ использование НС и ПВ			
	2015 год	2016 год	на 31.12.2017	Темп роста в % 2016-2017 года
Аптека, аптечный пункт	47 (66)	71 (130)	294 (902)	414%
Фельдшерско-акушерский пункт	- / 2 (2)	27 (59)/ 16(44)	45 (87)/ 21 (61)	167%
Фельдшерский пункт	-	-	1(1)	-
Амбулатория	2 (3)/ 10 (16)	23 (29)/ 33 (50)	43 (63)/ 42 (61)	187%
Центр общей врачебной практики	-	6 (6) / 9(9)	17 (20) 17 (20)	283%

Обращаю ваше внимание на четыре позиции: первое – не осуществляются выезды скорой медицинской помощи в отдаленные сельские поселения; второе – фельдшерские бригады скорой медицинской помощи не обучены методике проведения тромболитической терапии, и мы теряем здесь пациентов; третье – отсутствуют тромболитические, антиаритмические, антигипертензивные препараты, четвертое – все-таки время доезда до места вызова, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме, – более 20 минут с момента вызова.

Диспансеризация.

Организация диспансеризации населения

В ходе контрольных мероприятий, проводимых Росздравнадзором, выявлялись следующие нарушения:

- выполнение **менее 85% от объема обследования**, предусмотренного на 1-ом этапе;
- **не направление граждан на 2-ой этап**, при необходимости проведения дополнительных мероприятий;
- **не проводится полный** установленный **перечень диагностических исследований** такие, как маммографические исследования, измерение внутриглазного давления, не проводится оценка суммарного сердечно-сосудистого риска;
- неверное **распределение по группам здоровья**;
- **недооценки факторов риска** развития неинфекционного заболевания;
- **отсутствие рекомендаций** по дальнейшему обследованию и лечению;

Низкий процент выполнения 2 этапа диспансеризации в отдельных регионах приводит к **несвоевременному выявлению ряда заболеваний**, в том числе онкологических.

Мобильные медицинские бригады - **2220**

не сформированы:
- Ненецкий автономный округ
- Республики Коми, Адыгея, Саха (Якутия), Северная Осетия-Алания;
- Новгородская, Кировская, Сахалинская области, Еврейская автономная области

Передвижные маммографовы - **224 единицы**
- *отсутствуют* – в 37 субъектах РФ

Передвижные флюорографы - **6107 единиц**
- *отсутствуют* – в 5 субъектах РФ

Мобильные медицинские бригады у нас не сформированы, в ряде субъектов их нет вообще, хотя сегодня эта тема у нас на слуху и по ней работают.

Передвижные маммографы и передвижные флюорографы. Маммографы в 37 субъектах полностью отсутствуют, флюорографы отсутствуют в пяти субъектах. Будем в нынешнем году этим серьезно заниматься.

Мы анализируем нормативные акты субъектов, как они реагируют на приказы Министерства здравоохранения. Приказ Минздрава Российской Федерации вышел в июле 2017 года. Смотрите, как субъекты не вносят изменения в свои нормативные документы. Это порядок оказания медицинской помощи по онкологии. Из 85 субъектов, смотрите, сколько внесли по ряду направлений.

Актуализация региональных нормативных правовых актов, регламентирующих маршрутизацию пациентов (3-й квартал 2017 года)

Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», утвержденный приказом Минздрава России от 05.11.2012 №915н
изменения внесены *приказом Минздрава России от 04.07.2017 №379н*

Предусмотренные изменения	Реализовавшие субъекты РФ
- проведение **консультации** в первичном онкологическом кабинете или первичном онкологическом отделении медицинской организации **не позднее 5 рабочих дней** с даты выдачи направления на консультацию	66 из 85 *77,6%*
- организация врачом-онкологом первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения в течение 1 дня с момента установления предварительного диагноза злокачественного новообразования **забора биопсийного (операционного) материала** с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения) и направление его в патологоанатомическое отделение	53 из 85 *62,4%*
- выполнение **патологоанатомических исследований**, необходимых для гистологической верификации злокачественного новообразования, в срок **не превышающий 15 рабочих дней** с даты поступления биопсийного (операционного) материала в патологоанатомическое отделение	62 из 85 *73,0%*
- начало оказания специализированной (за исключением ВМП) медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в медицинской организации, оказывающей медицинскую **помощь больным с онкологическими заболеваниями, в срок не превышающий 10 календарных дней** с даты гистологической верификации злокачественного новообразования или 15 календарных дней с даты установления предварительного диагноза злокачественного новообразования (в случае отсутствия медицинских показаний для проведения патологоанатомических исследований в амбулаторных условиях)	61 из 85 *71,8%*

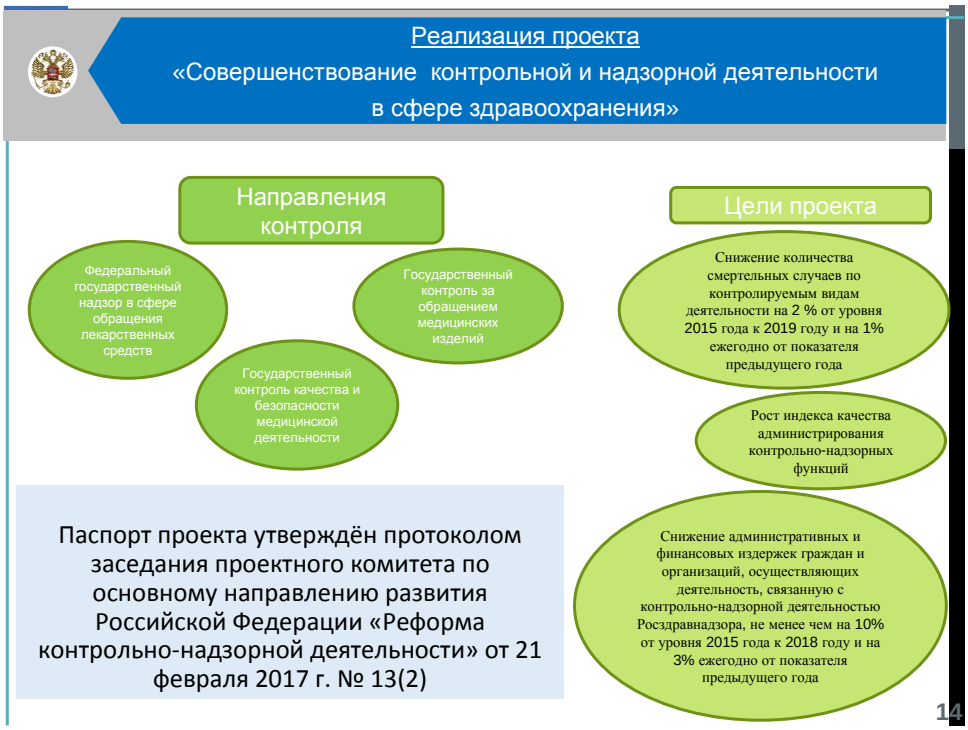
По детской онкологии показатели еще хуже.

Актуализация региональных нормативных правовых актов, регламентирующих маршрутизацию пациентов (3-й квартал 2017 года)

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «детская онкология», утвержденный приказом Минздрава России от 31.10.2012 № 560н
изменения внесены приказом Минздрава России от 04.07.2017 №380н

Предусмотренные изменения	Реализовавшие субъекты РФ
- проведение **консультации** врачом-детским онкологом детского онкологического кабинета медицинской организации **не позднее 5 рабочих дней** с даты выдачи направления на консультацию	48 из 85 *56,5%*
- организация врачом-детским онкологом медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь детям с онкологическими заболеваниями, **в течение 1 дня** с момента установления предварительного диагноза злокачественного новообразования **забора биопсийного (операционного) материала** с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения) и направление его в патологоанатомическое отделение	46 из 85 *54,1%*
- выполнение **патологоанатомических исследований**, необходимых для гистологической верификации злокачественного новообразования, в срок **не превышающий 15 рабочих дней** с даты поступления биопсийного (операционного) материала в патологоанатомическое отделение	59 из 85 *69,4%*
- **начало оказания специализированной** (за исключением ВМП) медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь детям с онкологическими заболеваниями, в срок не превышающий 10 календарных дней с даты гистологической верификации злокачественного новообразования или **15 календарных дней с даты установления предварительного диагноза** злокачественного новообразования (в случае отсутствия медицинских показаний для проведения патологоанатомических исследований в амбулаторных условиях)	56 из 85 *65,9%*

У Росздравнадзора свой проект – проект совершенствования контрольно-надзорной деятельности, который идет под эгидой Правительства Российской Федерации. Этот проект осуществляется по трем направлениям – «медицинская деятельность», «лекарства» и «медицинские изделия».



Риск-ориентированный подход – это метод организации и осуществления государственного контроля, где выбор интенсивности (формы, продолжительности) всех проверок будет зависеть от того, как исполняют обязательные требования субъекты. Здесь три направления деятельности, по медицинской деятельности – шесть групп критериев риска. Первая группа проверяется один раз в год, вторая группа – один раз в два года и так далее. Есть группа (она наибольшая), где плановые проверки Росздравнадзор проводить не будет, будут только внеплановые проверки.

Государство действительно идет по пути снижения нагрузки на медицинские организации в части проведения, как я уже сказала, плановых проверок (это не касается внеплановых проверок по всем поводам, которые могут быть), но взамен – на соответствие всем обязательным требованиям, установленным в сфере здравоохранения, со стороны медицинских организаций. И здесь от органов управления здравоохранением требуется полный запуск ведомственного контроля, который до настоящего времени не работает, и, безусловно, самоконтроля в медицинских организациях (это статья 90).

Прошу руководителей органов государственной власти взять под контроль вообще количество обращений граждан. Все недоработки организаторов здравоохранения содержатся в жалобах граждан. Приведу пример по Белгородской области. В Росздравнадзор поступают все письма, которые приходят вообще и в Совет Федерации, и Минздрав, и Государственную Думу, и мы их оцениваем, анализируем на 100 тысяч населения. Обратите внимание: по Российской Федерации показатель на 100 тысяч населения – 11,52, Белгородская область – 12,01 – это лучший показатель по Центральному федеральному округу, где показатель по ЦФО – 18,53. Снижение количества жалоб граждан, рассмотрение их непосредственно в медицинских организациях должно и стать темой новых проектов.

Яковлева Т.В., заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации

Состояние и проблемы сельского здравоохранения

С 2011 по 2017 год идет уменьшение количества сельского населения как по абсолютным показателям, так и в процентном соотношении. Причем в 2015 году был небольшой рост, но это связано с присоединением Крыма и Севастополя и проведением в 2014 году в Крымском федеральном округе переписи населения.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Численность сельского населения (в млн)

Годы	Абс.	Доля от общей численности населения, %
2011	37,5	26,2
2012	37,3	26,1
2013	37,2	26,0
2014	37,1	25,8
2015	38,0	26,0
2016	37,9	25,9
2017	37,8	25,7

Численность сельского населения Российской Федерации на 1 января 2017 года, по данным Росстата, составила 37,8 млн. человек, или 25,7 % от общей численности населения.

В 15 регионах удельный вес сельских жителей составляет 40 % и более (большинство регионов СКФО, Краснодарский и Алтайский края, Чувашская Республика, Тамбовская область и другие).

Доля лиц старше трудоспособного возраста растет и в городе, и на селе, но на селе она больше, и темпы старения населения тоже выше, а значит – другие подходы к организации медицинской помощи. Это надо знать каждому главному врачу. В каждом районе должен быть проведен точно такой же анализ, что позволит принять правильные управленческие решения.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Доля лиц старше трудоспособного возраста среди городского и сельского населения (в %)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Δ
ГОРОД	22,3	22,7	23,1	23,5	23,9	24,4	24,8	+11,2
СЕЛО	22,2	22,6	23,1	23,7	24,3	25,0	25,5	+14,9

Отличительной особенностью сельского населения является нарастающий рост доли лиц старше трудоспособного возраста, которая в 2017 году составила 25,5% (среди городского населения – 24,8%), темп прироста с 2011 года равен почти 15%, тогда как среди городского населения – прирост 11,2%.

Посмотрите, какие у нас сегодня ресурсы. Количество ФАПов уменьшается, но увеличивается количество врачебных амбулаторий, ВОПов. Мы даем более

качественную медицинскую помощь селу. Вот что такое правильный анализ действий. Количество сельских лечебных учреждений увеличилось: было 46 тысяч – стало почти 50 тысяч.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Ресурсы сельского здравоохранения

Первичная медико-санитарная помощь населению в сельской местности

	2012 г.	2013 г.	2014 г	2015 г.	2016 г.	Δ 2016 к 2012
АПУ: самостоятельные	**235**	**72**	**53**	**51**	**40**	- 195 (в 5,9 раза)
входящие в состав больничных учреждений	**2 325**	**2 465**	**2 662**	**4 527**	**4 664**	+2 339 (в 2 раза)
Структурные подразделения амбулаторной помощи: **ФАПы и ФП**	36 601	36 225	36 553	36 307	36 104	-497 (-1,4%)
Врачебные амбулатории	4 109	4 478	4 626	4 993	5 020	+911 (22,2%)
ВОП в сельской местности	2830	2912	3115	3 999	4 139	+ 1309 (в 1,5 раза)
Всего АПУ и их структурных подразделений	**46 100**	**46 152**	**47 009**	**49 877**	**49 967**	**+3 867 (8,4%)**
Домовые хозяйства	3 205	8 867	8 472	9 373	10 831	+7 626 (в 4,3 раза)

С 2012 года число амбулаторно-поликлинических учреждений и структурных подразделений в сельской местности увеличилось на 8,4%, с 46,1 тыс. до 50,0 тыс. При этом доля врачебных подразделений в 2012 году составляла 21 %, а в 2016 году – почти 25 %.

В 4,3 раза увеличилось число домовых хозяйств, на которые возложены функции по оказанию первой помощи.

Техническое состояние. Доля сельских медицинских подразделений, требующих капитального ремонта, сократилась на 30 процентов. Есть регионы с неудовлетворительным состоянием медицинских учреждений. Мы планируем получить «швейцарские» показатели как раз с помощью той инфраструктуры, которая сегодня имеется на селе.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Техническое состояние зданий медицинских организаций, расположенных в сельской местности (в % от всех зданий)

Здания медицинских организаций	2014	2015	2016
находящихся в аварийном состоянии, требующие сноса	**2,2**	**1,9**	**1,3**
требующие реконструкции	**2,6**	**1,8**	**1,4**
требующие капитального ремонта	**18,8**	**16,1**	**13,3**

Регионы с удовлетворительным техническим состоянием зданий:	**Тамбовская область, Республика Бурятия, Республика Тыва, Кемеровская область, Ханты-Мансийский автономный округ, Пензенская область, Нижегородская область, Республика Марий – Эл, Ростовская область, Владимирская область, Брянская область**
Регионы с неудовлетворительным техническим состоянием зданий:	**Белгородская область, Тверская область, Орловская область, Республика Карелия, Ставропольский край, Забайкальский Край, Московская область, Самарская область, Ямало-Ненецкий автономный округ, Челябинская область, Алтайский край**

Доля сельских медицинских подразделений, *требующих капитального ремонта*, **сократилась на 30%.**

Деятельность медицинских организаций, расположенных в сельской местности. Увеличилось число профилактических посещений на селе, число посещений областных, республиканских организаций, специализированных центров. Удельный вес всех посещений тоже увеличился.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Деятельность медицинских организаций, расположенных в сельской местности, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Показатель	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Плановая мощность, по числу посещений в смену	430 651	408 263	430 174	394 463	545 536	556 770
Число посещений на 1 сельского жителя в год (без посещений к стоматологам и зубным врачам)	6,3	6,4	6,4	6,5	6,8	6,7
из них профилактических посещений	1,8	1,9	2,0	2,2	2,2	2,4
Удельный вес посещений, выполненных сельскими жителями (в % от всех посещений)	20,4	20,6	20,5	20,5	20,8	21,4

Регионы, в которых число посещений снижается и на 1 сельского жителя составляет меньше 6:	Республика Карелия, Калининградская область, Новгородская область, Чеченская Республика, Магаданская область, Липецкая область, Республика Крым, Карачаево-Черкесская Республика, Курганская область
Регионы, в которых число посещений растет и на 1 сельского жителя превышает 8:	Республика Ингушетия, Республика Удмуртия, Республика Чувашия, Ханты-Мансийский автономный округ, Ямало-Ненецкий автономный округ, Республика Тыва, Алтайский край, Кемеровская область, Камчатский край, Сахалинская область, Чукотский автономный округ

С 2011 по 2016 годы почти на 30% выросла плановая мощность медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь сельскому населению в амбулаторных условиях.

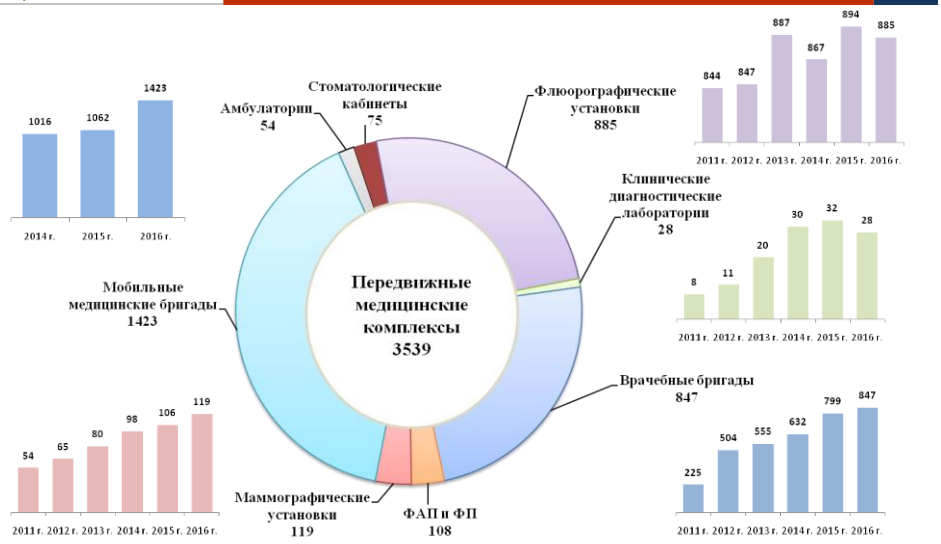
Более чем на 30% за этот же период увеличилось число профилактических посещений сельскими жителями.

Однако есть регионы, в которых число посещений снижается.

Передвижные подразделения.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Передвижные подразделения в 2016 году



В 2016 году в регионах работало более 3,5 тыс. передвижных медицинских комплексов (рост по сравнению с 2011 годом в 2,5 раза)

Сегодня на селе не только строят медицинские организации. Увеличивается

количество мобильных медицинских комплексов, маммографов. Но нас трясет и лихорадит от ситуации с флюорографическими установками. Будут и маммографы, и флюорографы.

В целях территориального планирования и эффективного использования средств Минздрав подготовил все нормативно-правовые акты. Начиная от домовых хозяйств, все расписал, где какое расстояние и так далее.

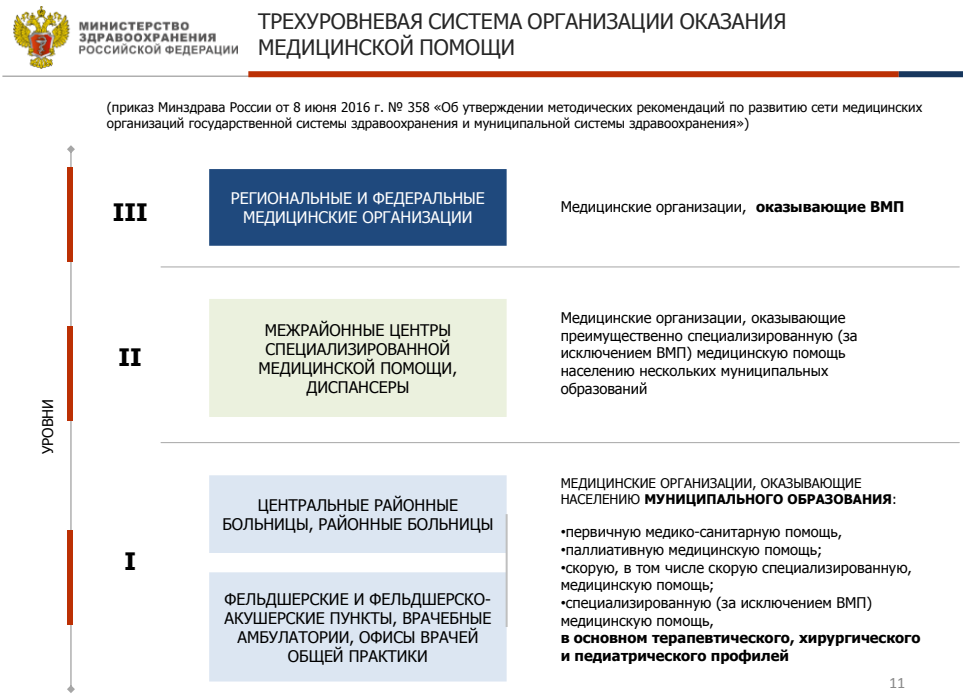
Экстренная помощь – это менее 60 минут, неотложка – 120 минут. Всё уже расписали. В шаговой доступности.

Рекомендуемая численность обслуживаемого населения, при которой создается медицинская организация

Численность населения	Перечень основных медицинских организаций
2–10 тыс. человек	Амбулатория, в том числе врачебная, или центр (отделение) общей врачебной практики (семейной медицины)
5–20 тыс. человек	Участковая больница
20–50 тыс. человек	Поликлиника
10-30 тыс. детей	Детская поликлиника
20-300 тыс. человек	Городская больница
20-200 тыс. детей	Детская городская больница
не менее 1 на субъект Российской Федерации	Диспансеры: психоневрологический, наркологический, кожно-венерологический, противотуберкулезный, онкологический. Краевая (республиканская, областная, окружная) больница, больница инфекционная

Создали геоинформационную карту. И теперь видно, где какие ФАПы, ВОПы или больницы располагать. Пожалуйста, устраивайте государственно-частное партнерство – все что угодно. Вот оно все на карте. Главное – посмотреть, проанализировать и сделать. На каждый регион такая карта есть.

Во всех регионах создана трехуровневая система. Где-то она «шатается на курьих ножках», где-то очень крепко стоит. В Белгородской области эта система стоит крепко.



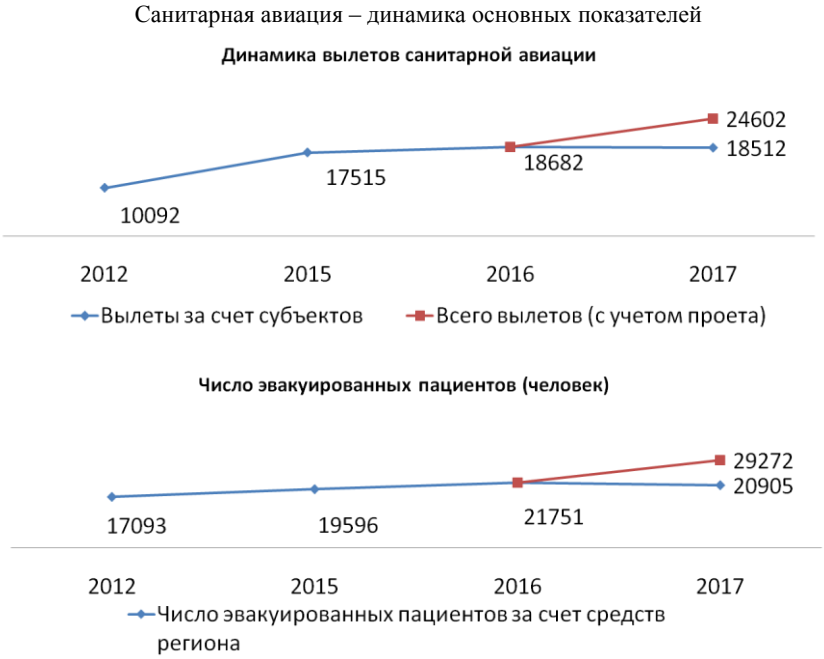
Сегодня практически в каждом регионе есть перинатальный центр, и это не просто здание, а там работают высококвалифицированные специалисты. Фетальные хирургические операции сегодня делаем, уже внутриутробные операции! И это не сказка, это жизнь, это наше настоящее. Мы выхаживаем ребенка весом буквально 470 граммов!

Я благодарна Евгению Степановичу за то, что он столько вкладывает в здравоохранение. Но, медики, дайте ответный результат. А это организационные вопросы и правильно принятые управленческие решения.

Сегодня обновляется санитарный транспорт.

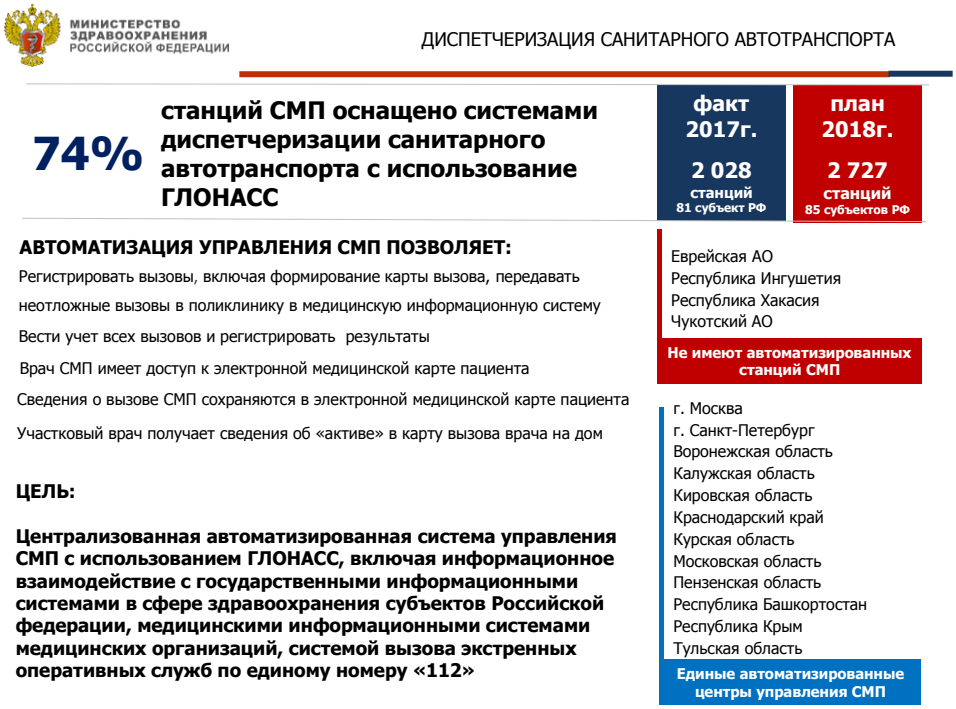
В этом году выделим из федерального бюджета деньги на закупку машин скорой помощи и скажем: пожалуйста, направляйте их только на сельскую медицину. Мы отдаем региону, и регион решает, куда их направить – в город, в областную больницу или на ФАПы.

Санитарная авиация.

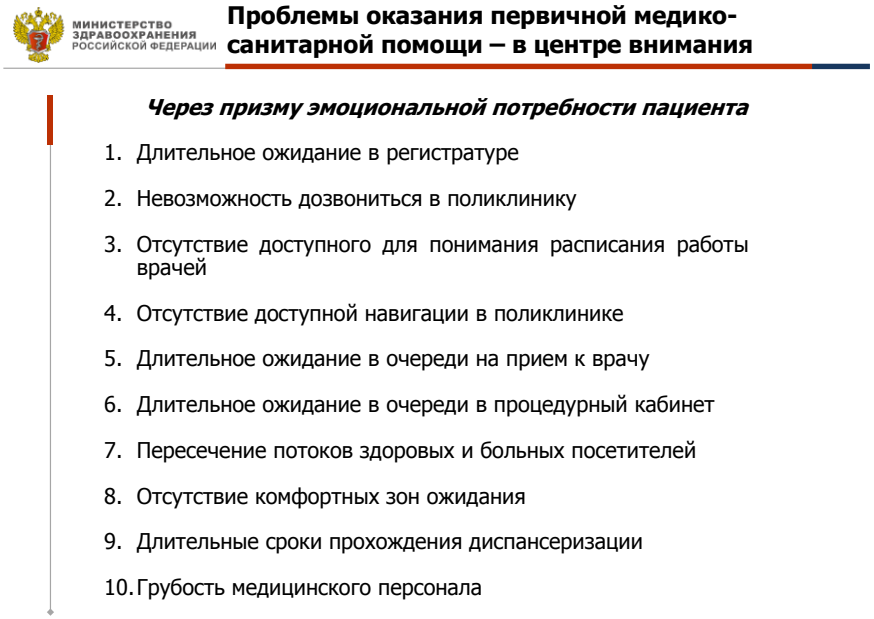


Увеличилось количество вылетов, а значит – спасенных жизней. С 1 октября этого года мы должны внедрить ее на всей территории Российской Федерации. Без помощи санавиации зачастую невозможно, например, обеспечить спасение людей при ДТП. Однако санитарная авиация нужна и в таких городах, как Москва, Санкт-Петербург, а не только на Дальнем Востоке и в Сибири. Даже здесь, в центре, мы должны это делать. Мы должны жить, как современные развитые страны. Мы сегодня благодарны и Президенту, и Председателю Правительства за то, что они пошли на это и выделяют деньги из федерального бюджета.

А это в первую очередь сельская медицина. И нам с вами сегодня надо делать выводы о том, чем нужно заниматься. Диспетчеризацию централизовать надо? Надо (а в Белгороде этого до сих пор нет). Потому что на ее базе мы будем развивать санавиацию, и вылеты будут в каждую деревню (образно говорю). Вот какие управленческие решения. Думать надо уже сейчас и закладывать это. Вот вам сельская медицина. Это нужно делать.



Следующий этап – *поликлиники*.



Посмотрите, что было на рабочих местах. Зачастую там даже справку найти было невозможно. Всё это обусловило необходимость развития бережливых технологий. И первые результаты мы имеем уже сегодня.

Если раньше в региональной детской поликлинике нельзя было протолкнуться, то сейчас очередей нет.

Диспансеризация. Думали, что невозможно ничего изменить: в некоторых регионах период прохождения диспансеризации занимал до трех месяцев. Оказалось, все возможно при принятии правильных управленческих решений и правильной организации труда. В тех же Кирове и Кировской области, Пензе и

Пензенской области, в том же Тамбове, даже в Ивановской области, в других регионах это сделали. Оказалось, что мы можем это делать – сейчас и сегодня.

Телемедицина. Мы с вами приняли закон. Всё, телемедицина и дистанционное консультирование должны быть сегодня и сейчас.

Есть ли условия в регионах, в том же ФАПе – вот в чем вопрос. Мы из Тулы только приехали. Ну, просто класс! Сидит фельдшер и разговаривает с кардиологом ЦРБ. Она передает ЭКГ. Конечно, шикарно! И это сегодняшний день. И это не должно быть пилотным проектом – это уже сегодня должно быть в каждом регионе. Вся нормативная база уже создана, спасибо Государственной Думе, Совету Федерации. Всё принято. Вот и всё.

И что мы с вами в результате получаем? Всё равно на селе смертность выше, чем в городе. Но, посмотрите, буквально в 2011 году у нас разница была – 19, а сегодня мы имеем 14,5. И самое главное – что показатели по заболеваемости растут на селе, и слава богу, потому что выявляемость пошла. Но смертность растет!

За период с 2011 года по 2016 год общая смертность сельского населения снизилась на 6,6 % , тогда как городского населения - только на 3,1 %.

Снижается разрыв между показателями смертности: в 2011 г почти на 19% показатели смертности сельского населения превышали городское, в 2016 году – на 14,5%.

Смертность на селе растет от алкоголя. Если в городе уже занялись информированием и образованием (сегодня меня порадовала Белгородская область, много говорили об информированности, образовании сельского населения), то на селе этим практически не занимаются. Люди не образованы в этой части (я имею в виду в части формирования здорового образа жизни), сидят до последнего на селе – отсюда и смертность.

Нужно менять подходы и больше внимания уделять этому вопросу. Нужны подворовые обходы. По своему собственному опыту знаю, что это такое, когда тебя мама в четыре часа утра вызывает к четырехлетнему ребенку с ожогом пищевода. На мой вопрос о том, когда выпил уксус, отвечает: «А еще вечером». – «Почему не отвезла?» – «Папа не разрешил. Думала, пройдет». Это неинформированность и необразованность в высшей степени, и этим надо заниматься.

Структура смертности очень высокая от алкоголизма. Это циррозы печени, панкреатиты. Это социальный фактор, здесь медик бывает бессилен. Это тоже

важный вопрос. Глава региона должен это видеть. Вот почему я говорю: нужен анализ.

Младенческая смертность.

Динамика младенческой смертности на селе снижается, но она остается.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Динамика младенческой смертности городского и сельского населения (на 1000 родившихся живыми)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ, %
ГОРОД	6,6	8,1	7,7	6,9	5,9	5,5	-16,7
СЕЛО	9,1	10,1	9,4	8,5	8,4	7,6	-16,5
Δ, %	38					38	

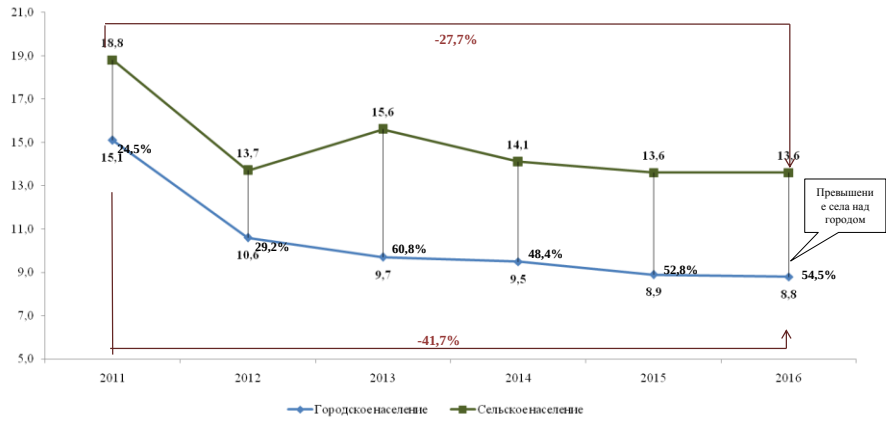
Несмотря на снижение показателей младенческой смертности (16,5 %), наблюдаются значительное превышение (на 38%) их по сравнению с данным показателем в городской местности (в 2011 году превышение составляло также 38%).

В первую очередь, нужна маршрутизация. Наконец-то мы ее стали везде требовать. Например, та же Рязань: выстроили перинатальный центр, а младенческая смертность – 10 промилле с лишним! Оказалось, они просто использовали перинатальный центр как VIP-роддом. Это было несколько лет назад. А какова ситуация на сегодняшний день? Всё замечательно: ниже 5,4 промилле всего. Почему? Потому что маршрутизация. Каждая беременная, каждая роженица на учете и вовремя довезена. Вот и всё. Это тоже сельская медицина. Казалось бы, перинатальный центр – в городе. Нет, это сельская медицина. Это в первую очередь сельская медицина. Хорошие роддома у нас в городах существуют. А вот перинатальный центр – это в первую очередь сельская медицина.

Материнская смертность.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Материнская смертность (на 100 тыс. населения)



Сохраняются значительные различия (в 1,5 раза) показателя материнской смертности среди сельских и городских женщин (в 2011 году – в 1,2 раза).

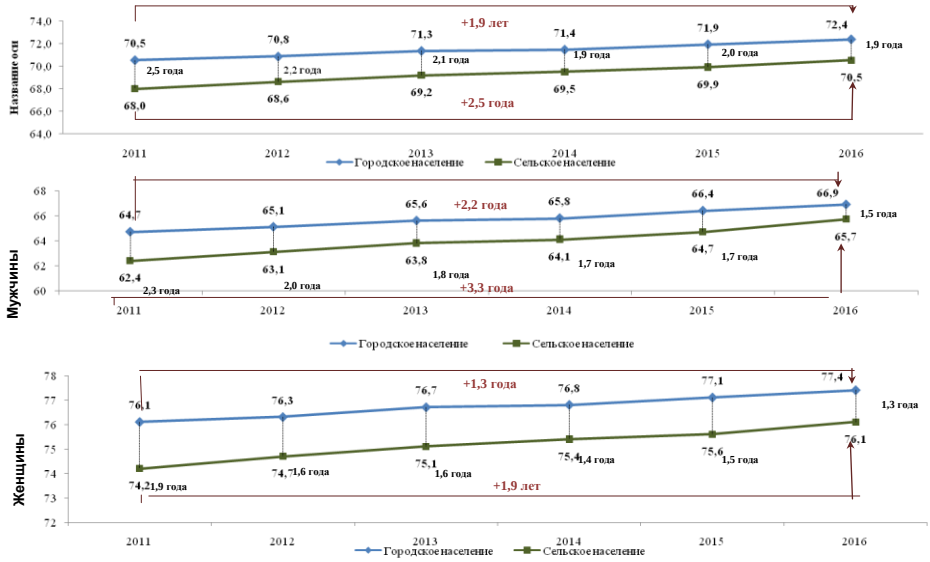
Показатель материнской смертности от кровотечений среди сельских женщин в 4,3 раза выше, чем среди городских, от преэклампсии и эклампсии – в 2,6 раза выше, от аборта, начатого вне лечебного учреждения – в 1,8 раза выше.

Сохраняется значительное различие между показателями материнской смертности среди сельских и городских женщин. Почему? Показатель материнской смертности от кровотечения среди сельских женщин в 4,3 раза выше. До сих пор – криминальные аборты. Образованность и информированность сельского населения – вот самая главная сегодня задача.

Динамика ожидаемой продолжительности жизни.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении городского и сельского населения (в годах)



Разрыв в ОПЖ городского и сельского населения уменьшился с 2,5 лет в 2011 году до 1,9 лет в 2016 году. На 2,5 года выросла ОПЖ у сельского населения за период 2011-2016 годы, у городского населения - на 1,9 лет.

Посмотрите, разрыв в продолжительности жизни городского и сельского населения уменьшился: был 2,5 года, сегодня – 1,9. Значит, ситуация стала лучше. И действительно, стариков стало больше. К ним нужен другой подход, и это мы, руководители здравоохранения, должны учитывать в организации оказания медицинской помощи.

Общая заболеваемость.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Общая заболеваемость городского и сельского населения по данным обращаемости в 2011-2016 гг. (на 1000 населения)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ, %
ГОРОД	1 749,4	1 754,9	1 753,5	1 747,7	1 726,0	1 746,3	- 0,2
СЕЛО	1 170,8	1 183,3	1 212,0	1 215,0	1 233,3	1 231,7	+ 5,2

Первичная заболеваемость социально-значимыми болезнями городского и сельского населения в 2011-2016 гг. (на 100 тыс. соответствующего населения)

Нозологические формы		2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ, %
Туберкулез	город	70,4	65,8	60,7	58,5	55,6	51,4	- 27
	село	80,7	74,9	69,9	64,8	63,4	59,3	- 26,5
ВИЧ - инфекция	город	45,5	51,6	54,3	61,5	65,8	61,9	+ 36
	село	51,7	56,6	64,7	71,3	75,7	51,1	- 1,2
Алкоголизм (алкогольные психоза, синдром зависимости от алкоголя)	город	93,4	83,2	74,9	71,7	67,6	62,1	- 33,5
	село	105,9	93,3	88,1	86,2	79,5	72,0	- 32
Наркомания	город	17,8	16,8	14,9	17,2	16,4	12,8	- 28
	село	8,5	7,4	6,3	7,5	7,4	6,2	- 27
Злокачественные новообразования	город	378,8	376,9	384,1	405,8	507,1	421,6	+ 11,3
	село	329,4	341,3	345,1	354,4	364,8	368,6	+ 11,9

Рост более чем на 5% общей заболеваемости, на 12% первичной заболеваемости онкологическими болезнями у сельского населения за 6 лет свидетельствует о лучшей доступности медицинской помощи и выявляемости ряда патологии.

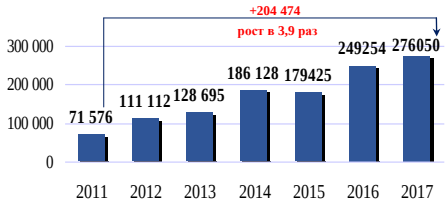
В целом по социально-значимым болезням наблюдается положительная динамика.

Вот всё говорят, что недоступна высокотехнологичная медицинская помощь. Я же говорю (это все данные статистики, это не какие-то из ниоткуда взятые цифры): ее доступность увеличивается, почему и продолжительность жизни растет, и смертность уменьшается. А заболеваемость растет из-за того, что мы диспансеризацию проводим, а отсюда, еще раз, – принятие правильных управленческих решений.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Объемы высокотехнологичной медицинской помощи, 2011-2017 гг.

Число пациентов, проживающих в сельской местности, которым оказана ВМП (с учетом объемов ВМП за счет средств ОМС)



Объемы оказания высокотехнологичной медицинской помощи лицам старше трудоспособного возраста (с учетом объемов ВМП за счет средств ОМС)

Число пациентов, проживающих в сельской местности, которым оказана **ВМП, выросла с 2011 года более чем в 3,8 раза.** Доля сельского населения в общем объеме ВМП увеличилась до **25%**, т.е. практически соответствует доли сельского населения в общей численности, что свидетельствует о ее равнодоступности.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Основные направления развития сельского здравоохранения

- развитие медицинской инфраструктуры, в том числе строительство фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, офисов врачей общей практики;
- укрепление материально-технической базы детского здравоохранения;
- повышение доступности медицинской помощи сельским жителям путем развития выездных форм оказания медицинской помощи;
- обеспечение доступности экстренной медицинской помощи, в том числе развития санитарной авиации. Обновление парка автомобилей скорой медицинской помощи;
- продолжение программы «Земский доктор», в том числе распространение ее на города с населением до 50 тыс. человек и включение в нее фельдшеров;
- внедрение медицинских информационных систем в государственных и муниципальных медицинских организациях, в том числе их структурных подразделений, и подключение их к региональным централизованным системам (единый архив медицинских изображений, единая диспетчеризация скорой медицинской помощи, единая лабораторная система и др.);
- внедрение принципов бережливого производства в поликлиниках;
- лекарственное обеспечение льготных категорий граждан, в том числе инвалидов;
- профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний: популяризация здорового образа жизни, раннее выявление заболеваний, повышение ответственности за свое здоровье.

44

Утверждены
решением Комитета Совета
Федерации по социальной политике
от 27 марта 2018 г. № 3.8-08/825

РЕКОМЕНДАЦИИ
по итогам проведения парламентских слушаний на тему «Проектное управление как инструмент повышения качества и доступности первичной медико-санитарной помощи в сельской местности»

19 февраля 2018 года
Белгородская область,
Губкинский городской округ
Центр культурного развития с. Истобное

Рассмотрев вопрос «Проектное управление как инструмент повышения качества и доступности первичной медико-санитарной помощи в сельской местности», участники парламентских слушаний отмечают следующее.

Удовлетворение запроса общества на реальное изменение экономической и социальной среды требует эффективных управленческих подходов, значительных финансовых ресурсов и рационального их использования.

Реализуя инициативы Президента Российской Федерации В.В. Путина, был создан Совет при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам, сформированы функциональная и организационная структура проектного управления.

Переход к проектному управлению позволяет сконцентрировать финансовые и трудовые ресурсы на наиболее проблемных, чувствительных для населения направлениях.

Из 29 реализуемых в настоящее время стратегических проектов 7 относятся к такому направлению стратегического развития, как «Здравоохранение», и 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.

Так, благодаря развитию санитарной авиации в 2017 году в 34 регионах дополнительно выполнено почти 5 300 вылетов, что позволило эвакуировать 7 264 пациента, в том числе 1 500 детей, из них 512 детей в возрасте до одного года.

Результатом формирования сети современных перинатальных центров, оснащенных высокотехнологичным оборудованием, внедрения трехуровневой системы инфраструктуры родовспоможения стало снижение младенческой и материнской смертности. В 2016 году данные показатели достигли исторического минимума.

Впервые, начиная с 2016 года, смертность детей в возрасте до 17 лет в сельской местности сравнялась с городским показателем.

Обеспечение устойчивого развития сельских территорий, выход на новый уровень развития и, как следствие, повышение качества жизни селян являются

важнейшими государственными задачами. Успех их реализации напрямую зависит от повышения доступности для населения медицинской помощи.

В целях совершенствования организации оказания первичной медико-санитарной помощи, повышения ее доступности и качества, в том числе сельским жителям, при медицинских учреждениях организуется сеть фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФАПы) и фельдшерских здравпунктов на селе. Они создаются в зависимости от численности населения и удаленности от другой медицинской организации. В ряде регионов налажено производство быстровозводимых модульных фельдшерско-акушерских пунктов, амбулаторий для сельских врачей, которые являются для них и рабочим местом, и домом.

Для приближения медицинской помощи сельским жителям используются также выездные формы работы. Это и 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 миллиона.

Позитивным региональным опытом использования проектных практик в процессе совершенствования первичной медико-социальной помощи является многоуровневый межведомственный проект «Управление здоровьем», успешно реализуемый в Белгородской области. Актуальность проекта объективно подтверждена, с одной стороны, приоритетом развития сферы здравоохранения в Российской Федерации – усиление профилактической работы в первичном звене здравоохранения, с другой стороны – ограниченностью имеющихся ресурсов, особенно в сельской местности.

Проект структурирован по принципу трех групп требований к первичной медико-санитарной помощи: требования к условиям, содержанию и результатам. За время реализации проекта (2016–2017 годы) были достигнуты следующие эффекты:

отремонтировано и вновь построено, оснащено современным медицинским оборудованием порядка 450 центров врачебной общей практики (семейной медицины) и ФАПов в сельской местности, 100 процентов медицинских объектов на селе обеспечены доступом к сети «Интернет», автоматизированными рабочими местами врача. Модернизированная территориальная информационная медицинская система (ТИМС) позволяет работникам первичного звена в электронном виде: вести медицинскую документацию, выдавать рецепты и больничные (первое место в Российской Федерации по выдаче электронных листков нетрудоспособности), вести запись на прием, оказывать телемедицинские услуги, обеспечивать логистику оказания медицинской помощи по принципу персонификации, выступать оператором 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 на 98 процентов была решена проблема дефицита кадров.

Еще одной особенностью регионального проекта «Управление здоровьем» является его веерность, суть которой заключается в инициации в каждом из 22 муниципальных образований Белгородской области аналогичного региональному муниципального проекта. Это дало дополнительный эффект – включение

общественных институтов и бизнес-сообщества в создание условий для оказания 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».

В направлении изменения содержания оказания первичной медико-санитарной помощи для достижения стратегической цели регионального проекта «Управление здоровьем» – поэтапное увеличение продолжительности жизни населения Белгородской области – предусмотрена смена парадигмы имеющейся системы: «от лечения заболеваний к их предупреждению» посредством формирования партнерских связей «врач общей практики (семейный врач) – врач-педиатр – пациенты – члены одной семьи».

Главным позитивным показателем деятельности сферы здравоохранения Белгородской области за 2017 год, в том числе реализации проекта «Управление здоровьем», является положительная динамика показателей здоровья населения региона:

- снижение показателя смертности от всех причин на 2,8 процента, который составил 13,5 на 1000 чел. населения против 13,9 в 2016 году;
- снижение показателя смертности во всех возрастных группах: трудоспособного населения – на 8,3 процента, старше трудоспособного возраста – на 4,2 процента;
- снижение показателя смертности населения по основным нозологиям: от болезней органов дыхания – на 22,7 процента, от болезней органов пищеварения – на 8,2 процента, от новообразований (в т.ч. злокачественных) – на 3,7 процента, от болезней системы кровообращения – на 4,2 процента, от внешних причин – на 14,9 процента, из них: от ДТП – на 25,8 процента;
- повышение уровня активного выявления социально значимых заболеваний (системы кровообращения – на 39 процентов, органов дыхания – на 6,9 процента, сахарного диабета – на 4,3 процента, новообразований – на 9,6 процента);
- увеличение доли профилактических амбулаторных посещений на селе, которая превысила аналогичный показатель у городских жителей.

Помимо этого, в Российской Федерации создается новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства, предполагающая более современные и эффективные методы организации работы.

Первыми апробацию проекта «Бережливая поликлиника» начали 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 прохождения 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 России 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-х 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 мероприятия, 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-х субъектов Федерации, отрицательно сказывается на эффективности медицинской помощи.

На сегодняшний день в нашей стране более 80 тысяч малонаселенных пунктов (до 100 человек), из которых 8 866 не имеют доступа к первичной помощи в шаговой доступности. Отсутствие круглогодичного транспортного сообщения, удаленность от региональных центров, где расположены медицинские организации, оказывающие специализированную помощь, – в таких условиях проживают более 8 миллионов человек в 34 субъектах Российской Федерации. Среди них около миллиона человек находятся в риске неполучения своевременной помощи, прежде всего скорой и экстренной специализированной помощи.

Кроме того, в части оказания первичной медико-санитарной помощи наряду с указанными выше проблемами 7 субъектов Российской Федерации отметили недофинансирование медицинских организаций в полном объеме и низкие тарифы на оплату первичной медико-санитарной помощи.

В соответствии с пунктом 6 действующего Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения[14] предусмотрено право привлечения медицинской организацией на договорной основе сторонних медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление требуемых видов деятельности.

Вместе с тем врач общей практики (семейный врач) при наличии более широкого профиля подготовки может максимально использовать возможность непосредственного контакта с пациентом. Реализация предлагаемого механизма в полной мере согласуется с таким принципом охраны здоровья, как приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи, который выражается согласно Федеральному закону от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени.

Обеспечение реализации установленного законодательством Российской

[14] Приказ Минздрава России от 26 октября 2017 г. № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Федерации[15] права медицинских организаций области частной формы собственности осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в полной мере не представляется возможным в связи с действующими нормами законодательства[16], предусматривающими бесплатное проведение профилактических прививок, включенных в национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям, выписку и выдачу льготных лекарственных препаратов, специальных продуктов питания отдельным категориям граждан организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Существенно повысить эффективность оказания первичной медико-санитарной помощи селянам позволит 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.

Обсудив вопросы и проблемы повышения качества и доступности первичной медико-санитарной помощи в сельской местности, применения проектного управления в этой сфере, участники парламентских слушаний **рекомендуют:**

1. Министерству здравоохранения Российской Федерации:

- в целях обеспечения доступности и качества медицинской помощи сельским жителям рассмотреть возможность внесения изменений в Положение об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в части штатного расписания и стандарта оснащения фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских здравпунктов, врачебных амбулаторий и офисов врачей общей практики;

- 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;

- рассмотреть возможность участия медицинских организаций частной формы собственности в решении таких социальных задач, как иммунопрофилактика,

[15] Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

[16] Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»; Постановление Правительства Российской Федерации от 11 марта 2011 г. № 156 «Об использовании бюджетных ассигнований федерального бюджета, предоставленных на закупку иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики в рамках национального календаря профилактических прививок для передачи федеральным учреждениям, оказывающим медицинскую помощь, подведомственным Министерству здравоохранения Российской Федерации, и Федеральному медико-биологическому агентству, а также в собственность субъектов Российской Федерации с последующей их передачей при необходимости в собственность муниципальных образований»; Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 февраля 2007 г. №110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания».

выписка и выдача льготных лекарственных препаратов, обеспечение специальными продуктами питания беременных женщин, кормящих матерей и детей из малообеспеченных и многодетных семей;

- рассмотреть возможность внесения изменений в порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, предоставив право врачу общей практики на проведение осмотров по смежным специальностям, исключив необходимость направления пациента за пределы медицинской организации, что повысит качество диспансеризации и обеспечит более полный охват профилактическими осмотрами диспансерных групп населения;

- продолжить работу по обеспечению доступности медицинской помощи на селе, в том числе в части развития санитарной авиации;

- обобщить опыт субъектов Российской Федерации по повышению качества и доступности первичной медико-санитарной помощи в сельской местности, в том числе опыт Белгородской области в применении проектного управления в указанной сфере, и предложить наилучшие практики для возможного тиражирования на другие субъекты Российской Федерации.

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;

- продолжить создание в населённых пунктах с численностью от 100 до 2000 человек в течение 2018–2020 годов фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий;

- расширить практику использования передвижных подразделений (амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов) 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 в рамках реализации мероприятий Десятилетия детства программы развития инфраструктуры детского здравоохранения;

- улучшить межведомственное взаимодействие;

- изучить опыт Белгородской области в применении проектного управления для повышения качества и доступности первичной медико-санитарной помощи в сельской местности.

Материалы
Министерства здравоохранения Российской Федерации
к выездным парламентским слушаниям

Главной задачей здравоохранения является **повышение доступности и качества медицинской помощи.** Особенно актуальны эти проблемы для социальной инфраструктуры села. Численность сельского населения Российской Федерации на 1 января 2017 года, по данным Росстата, составила 37,8 млн. человек, или 25,7 процента от общей численности населения.

В ряде регионов (15) удельный вес сельских жителей составляет 40 процентов и более (большинство регионов СКФО, Краснодарский и Алтайский края, Чувашская Республика, Тамбовская область и другие).

Формирование показателей состояния здоровья во многом связано с возрастной структурой населения. Отличительной особенностью сельского населения является нарастающий рост доли лиц старше трудоспособного возраста, которая в 2017 году составила 25,5 процента (среди городского населения – 24,8 процента), темп прироста с 2011 года равен почти 15 процентам, тогда как среди городского населения – прирост 11,2 процента.

Заболеваемость сельского населения всегда была ниже, чем в городе. В 2011 году различия достигали 1,5-кратного размера, в 2016 году – 1,4.

В тоже время социально значимые заболевания, такие как туберкулез и алкоголизм, в сельской местности регистрируются чаще, чем в городе. Чаще регистрируются случаи смерти от случайных отравлений алкоголем (11,8, среди городского населения – 8,8 на 100 тысяч)

Вместе с тем предпринятые государством меры по снижению потребления алкоголя благоприятно сказались в том числе и на сельских жителях. За последние шесть лет темп снижения заболеваемости от туберкулеза и алкоголизма составил соответственно 26,5 и 32 процента, почти такой же, как и по городу (27 и 33,5 процента).

Рост на 12 процентов первичной заболеваемости онкологическими болезнями у сельского населения за 6 лет свидетельствует о лучшей выявляемости и доступности, однако растет и смертность от новообразований (с 2011 по 2016 годы – на 0,4 процента), что связано с более точной посмертной диагностикой (рост на 0,4 процента).

Немаловажную роль в выявлении хронической патологии играет диспансеризация. За период с 2014 по 2015 год охват сельского населения диспансеризацией составил более 15 млн. человек. По состоянию на 1 сентября 2017 г. диспансеризацию прошли 3,4 млн. граждан, проживающих в сельской местности (всего 14,4 млн. человек).

За период с 2011 по 2016 год удалось достичь положительной динамики по целому ряду демографических показателей в сельской местности:

на 2,5 года (с 67,99 до 70,5 лет) выросла ожидаемая продолжительность жизни при рождении (городское население – рост на 1,84 лет, до 72,35);

> *<u>Справочно</u>: за 2017 год продолжительность жизни россиян достигла национального исторического максимума – 72,6 лет. С 2005 года она выросла на 7,2 года (на 8,6 лет – у мужчин и на 5 лет – у женщин), т.е. увеличилась и на селе.*

на 6,6 процента (с 15,2 до 14,2 на 1000 населения) снизилась общая смертность (городское население – на 3,1 процента, до 12,4);

Справочно: От болезней системы кровообращения – на 25,3 процента (городское население на 15,1 процента, болезней органов дыхания – на 10,3 процента (на 6,1 процента), внешних причин – на 19,1 процента (городское население на 17,4 процента), в том числе от случайных отравлений алкоголем – на 18,1 процента (городское население – на 14,6 процента), инфекционных и паразитарных болезней – на 7,3 процента (городское население – рост на 5,4 процента), в том числе от туберкулеза – на 42,8 процента (городское население – на 46,6 процента);

на 16,5 процента (с 9,1 до 7,6 на 1 000 родившихся живыми) уменьшилась младенческая смертность (в городской местности – на 16,7 процента, с 6,6 до 5,5);

Справочно: по Российской Федерации, по данным 12 месяцев 2017 года, младенческая смертность снизилась до 5,5 на 1000 родившихся живыми, что на 8,3 процента ниже показателя прошлого года и в 2 раза ниже по сравнению с 2005 годом.

на 27,3 процента (с 1,1 до 0,8 на 1000 населения соответствующего возраста) снизилась смертность детей и достигла уровня города;

на 12,7 процента (с 7,1 до 6,2 на 1000 населения соответствующего возраста) снизилась смертность в трудоспособном возрасте (городское население – на 14 процентов, с 5,7 до 4,9);

на 12,5 процента (с 56,2 до 49,2 на 1000 населения соответствующего возраста) снизилась смертность лиц старше трудоспособного возраста (в городской местности – на 6,7 процента).

В то же время сохраняются значительные различия (в 1,5 раза) показателя материнской смертности среди сельских и городских женщин (в 2011 году – в 1,2 раза).

Справочно: В структуре причин материнской смерти сельского населения в 2016 году преобладали акушерские кровотечения (22,2 процента), на втором месте – экстрагенитальные заболевания (20,6 процента), на третьем – преэклампсия и эклампсия (16 процентов).

Показатель материнской смертности от кровотечений среди сельских женщин в 4,3 раза выше, чем среди городских, от преэклампсии и эклампсии – в 2,6 раза выше, от аборта, начатого вне лечебного учреждения, – в 1,8 раза выше.

Одной из наиболее важных и сложных задач здравоохранения, особенно в сельской местности **и труднодоступных районах, является совершенствование работы «первичного звена»**.

Известно, что на протяжении десятилетий **инфраструктура сельской медицины** последовательно ухудшалась. Однако с 2011 года ситуацию удалось переломить.

С 2011 года число амбулаторно-поликлинических учреждений и структурных подразделений в сельской местности увеличилось почти на 22 процента, с 41 тыс. до 50 тыс. При этом доля врачебных подразделений в 2011 году составляла 11 процентов, а в 2016 году – почти 25 процентов.

В 2016 году **утверждены требования к размещению медицинских организаций** исходя из численности населения и удаленности от медицинской организации.

Справочно: приказы Минздрава России:

от 23 июня 2015 года № 361н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;

от 27 февраля 2016 года № 132н «О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения», направленный на обеспечение доступности медицинской помощи населению Российской Федерации с учетом видов, форм и условий ее оказания.

Это дало результат: из **554 новых медицинских объектов**, *построенных и введенных в 2016 году*, **418 были новые ФАПы, 55 – офисы врачей общей практики**. Проведен **ремонт** в более чем 2,7 тыс. медицинских объектов, из них **634 ФАПа** и **88 офисов врачей общей практики**.

Доля сельских медицинских подразделений, *требующих капитального ремонта*, **сократилась на 30 процентов.**

Благодаря проведенной работе, за период с 2014 по 2016 год на **41,1 процента** (с 394,5 тыс. по 556,8 тыс. посещений в смену) выросла плановая мощность медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь сельскому населению в амбулаторных условиях.

За 10 месяцев 2017 года введено в эксплуатацию 414 новых объектов здравоохранения, из них **380 новых фельдшерско-акушерских пунктов, офисов врачей общей практики и врачебных амбулаторий. Проведен ремонт** 1286 объектов здравоохранения, из них в **339 ФАПах и офисах врачей общей практики.**

Приобретено 55 мобильных диагностических комплексов для жителей сельских населенных пунктов.

Большую работу в обновлении сельской медицинской инфраструктуры проделали: Московская, Воронежская, Ленинградская, Оренбургская, Ростовская и Свердловская области, Пермский и Краснодарский края, республики Башкортостан, Татарстан, Удмуртия, Марий Эл и Чувашия и др.

Для жителей малонаселенных пунктов (до 100 человек) необходимо развивать **сеть добровольных домохозяйств** и **наращивать объемы выездной медицинской помощи**.

В 2016 году в регионах работало уже **более 3,5 тыс. мобильных медицинских бригад (рост в 3,7 раза)**, причем **почти 1,5 тыс. оснащенных транспортным средством с медицинским оборудованием.** Число ***передвижных амбулаторий и ФАПов*** увеличилось в 2,7 раза (с 61 до 162), ***передвижных маммографов*** – в 2,2 раза (с 54 до 119).

Число посещений передвижных мобильных медицинских бригад за 2015 и 2016 гг. **наросло на 29 процентов – до 1 млн. 951,3 тыс. в год.**

Таким образом, хотя **традиционно число посещений к врачам** в расчете **на одного сельского жителя** всегда было ниже числа посещений в городе, до 2011 года – как минимум на треть, в 2016 году различия сократились до 23 процентов: **число посещений на селе увеличилось до 6,7 на одного жителя в год.**

При этом, что особенно важно, **число посещений с профилактическими целями выросло** с 2011 года **на 28 процентов до 2,3 на одного сельского жителя**, различие с городом сократилось на 34 процента.

К регионам с хорошей доступностью первичной медико-санитарной помощи и положительной динамикой числа посещений относятся: республики Ингушетия, Удмуртия, Чувашия, Тыва; Ханты-Мансийский, Ямало-Ненецкий и Чукотский автономные округа; Алтайский и Камчатский края; Кемеровская и Сахалинская области.

В целях **оценки территориальной доступности медицинских организаций** Минздравом России совместно с регионами в 2015 году разработана и внедрена **геоинформационная система**, содержащая информацию о населенных пунктах, численности проживающего в них населения, транспортной инфраструктуре, медицинских организациях. **Система позволяет оценивать территориальную доступность медицинской помощи разных видов и определять зоны риска по несоблюдению предельных сроков её ожидания для каждого населенного пункта в каждом регионе.**

В настоящее время геоинформационная система содержит данные о **157 тыс. населенных пунктах** и **75 тыс. медицинских организациях** и их структурных подразделениях.

Каждый регион разработал **план мероприятий («дорожную карту») по устранению имеющихся несовершенств**, что позволяет Минздраву контролировать данный процесс.

На основании анализа данных геоинформационной системы показано, что почти в 600 **населенных пунктах** с численностью населения от **101 до 10 тыс**. **человек** первичная медико-санитарная помощь отдалена от населения и требуется строительство **575 дополнительных медицинских объектов** (ФАПов, офисов ВОП, врачебных амбулаторий).

Основная задача – добиться, чтобы к 2019 году не было таких населенных пунктов, жители которых имеют ограничения по доступности первичной медицинской помощи.

Уровень госпитализации сельского населения всегда был выше городского. В 2011 году составил на селе– 24,4 на 100 человек, в городе – 21,1, а в 2016 году – 22,7 и 19,9 на 100 человек соответственно.

При этом следует указать, что на койках стационаров, расположенных в сельской местности, пролечено лишь 32,4 процента от числа всех госпитализированных сельских жителей. 67,7 процента пролечено на койках в городских больницах, то есть 21,6 процента коечного фонда городских больниц используется сельскими жителями. **Фактическая обеспеченность койками сельских жителей почти на 10 процентов превышает обеспеченность койками городских жителей.**

Число пациентов, проживающих в сельской местности, которым оказана **ВМП, выросло с 2011 года более чем в 3,4 раза (с 71,7 тыс. до 249,5 тысяч).** При этом доля сельского населения в общем объеме ВМП увеличилась до **25 процентов**, т.е. практически соответствует доли сельского населения в общей численности, что свидетельствует о ее равнодоступности.

В 2016 году скорая медицинская помощь оказана 9,6 млн. (или **25,4 процента**) жителей сельских населенных пунктов (7,4 процента – по поводу травм и отравлений, 76,5 процента – в связи с внезапными заболеваниями, 0,8 процента – в связи с родами и патологией беременности). Из них – **1,6 млн. человек (16,7 процента вызовов) госпитализировано.**

Справочно: Обращаемость сельского населения в службу скорой медицинской помощи на 18 процентов меньше, чем городского.

В большинстве регионов скорая медицинская помощь населению, проживающему в сельской местности, оказывается отделениями скорой медицинской помощи в составе ЦРБ. Маршрутизация пациентов и зоны ответственности отделений скорой медицинской помощи регламентированы локальными нормативными актами субъектов Российской Федерации с учетом транспортной доступности, плотности населения, а также климатических и географических особенностей регионов.

Основным критерием эффективности деятельности скорой медицинской помощи является время доезда выездных бригад скорой медицинской помощи. Особую тревогу вызывают регионы, в которых время доезда – более 20 минут. Это Орловская, Ленинградская, Астраханская области, республики Крым, Северная Осетия-Алания, Чеченская, Марий Эл, Бурятия, Саха (Якутия). При этом даже полное оснащение станций и автомобилей скорой медицинской помощи аппаратно-программными комплексами «ГЛОНАСС» не позволяет исправить ситуацию.

Справочно: К примеру, на 100 процентов оснащенная аппаратно-программными комплексами «ГЛОНАСС» служба скорой медицинской помощи Республики Саха (Якутия) демонстрирует более чем на 10 процентов худший показатель доезда скорой медицинской помощи до пациента за 20 минут, чем полностью неоснащенная служба скорой медицинской помощи Еврейской автономной области.

Правительством Российской Федерации оказана существенная поддержка в обновлении парка санитарного автотранспорта с высокой степенью износа. Из поставленных 2 154 автомобилей класса В более половины направлено в центральные районные и межмуниципальные больницы, оказывающие скорую медицинскую помощь сельским жителям.

Справочно: К регионам, поставившим более половины всех автомобилей скорой медицинской помощи в сельскую местность, относятся республики Северная Осетия-Алания (100%), Карачаево-Черкесская (100%), Коми (100%), Бурятия (100%), Тыва (100%), Марий Эл (94%), Карелия (94%), Башкортостан (91%), Адыгея (89%), Кабардино-Балкарская (92%), Татарстан (82%), Саха (Якутия) (81%), Удмуртская (70%), Алтай (71%), Крым (59%), Дагестан (59%), Чеченская (58%); Хабаровский (92%), Алтайский (55%), Краснодарский (54%) края; Тульская (100%), Новгородская (100%), Ульяновская (100%), Архангельская (100%), Псковская (100%), Курганская (100%), Костромская (100%), Свердловская (100%), Волгоградская (100%), Брянская (96%), Ленинградская (96%), Пензенская (96%), Ивановская (90%), Омская (88%), Амурская (75%), Тамбовская (72,5%), Саратовская (74%), Челябинская (73%), Иркутская (70%), Ярославская (69%), Кемеровская (68%), Воронежская (66%), Калининградская (63%), Астраханская (62%), Владимирская (61%), Рязанская (56%), Белгородская (56%), Вологодская (55%) области, а также Чукотский автономный округ (100%).

В 2017 году **поставлено 1438 автомобилей скорой медицинской помощи класса В**, что позволит **снизить износ** автомобильного парка почти **на 30 процентов** за год.

Следует также отметить, что в настоящее время 34 субъекта Российской Федерации, характеризующиеся низкой плотностью населения, принимают участие в приоритетном проекте по развитию санитарной авиации. В большинстве этих регионов значительную часть жителей составляет сельское население, особенно в республиках Алтай, Калмыкия, Крым, Тыва, Бурятия. Развитие санитарной авиации в данных регионах позволит обеспечить оказание своевременной медицинской помощи населению, существенно сократив сроки ожидания.

Справочно: в 2017 году за счет средств федеральной субсидии дополнительно выполнено 6085 вылетов, в результате которых эвакуировано 8314 пациентов из них 1709 детей, из них 642 ребенка в возрасте до года.

Одной из приоритетных задач системы здравоохранения является **улучшение кадрового обеспечения сельского здравоохранения.**

В 2016 году, по сравнению с 2011 годом, **численность врачей в сельской местности** увеличилась на 11,1 тыс. и составила 55,8 тыс. (или 14,7 на 10 тыс. сельского населения), а **численность средних медицинских работников** возросла на 6,1 тыс. человек и составила 206,4 тыс. (или 54,5 на 10 тыс.).

Справочно: Высокий уровень обеспеченности врачами отмечается в Ненецком, Чукотском и Ямало-Ненецком автономных округах, Камчатском крае и Томской области, а минимальный уровень – в Брянской, Кемеровской, Магаданской, Мурманской, Псковской, Рязанской и Саратовской областях, в Республике Марий-Эл. Высокая обеспеченность – в Ненецком, Чукотском и Ямало-Ненецком автономных округах, Ульяновской области; низкая – в Калининградской, Кемеровской, Ленинградской, Мурманской и Псковской областях.

Большой вклад в развитие кадрового обеспечения сельской медицина внесла реализация программы **«Земский доктор»,** в которой участвуют **83 субъекта Российской Федерации.**

Реализация **Программы «Земский доктор»** с 2012 года позволила привлечь на село **более 29 тысяч врачей, в том числе в 2017 году 5018 человек**. С **2018 года** *территориальное* действие программы расширено на *города с населением до 50 тыс. человек, в программу включены фельдшеры* с единовременной компенсационной выплатой в размере *500 тыс. руб.*

Справочно: В настоящее время единовременные компенсационные выплаты в рамках реализации программы «Земский доктор» в размере одного миллиона рублей осуществляются врачам в возрасте до 50 лет, прибывшим (переехавшим) на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа, на период не менее 5 лет.

Финансирование программы обеспечивается за счет средств Федерального ФОМС на условиях софинансирования с регионами в соотношении 60 и 40 процентов соответственно (с 2016 года).

Изменение условий программы в 2016 году позволило значительно повысить показатели ее реализации. Так, число участников программы в 2016 г. составило **4 922 человека**, что выше показателя 2015 (3 750 чел.) и 2014 (3 312 чел.) годов. При этом **в 51 регионе уровень реализации – 100 процентов. Наибольшее число участников программы**: в Краснодарском крае (2197), Республике Башкортостан (1197), Алтайском крае (837), Московской области (807), Ставропольском крае (721), республиках Дагестан (642), Бурятия (641).

Минимальное число участников программы: в Магаданской (33 чел.), Мурманской (29 чел.), Сахалинской (26 чел.), Калининградской (19 чел.) областях, Еврейской автономной области (15 чел.), Ненецком (13 чел.) и Чукотском (9 чел.) автономных округах.

Кроме того, в 21 регионе для привлечения фельдшеров, акушерок и медицинских сестер на работу в сельскую местность осуществляются единовременные выплаты (от 100 тыс. рублей до 1 млн. рублей) среднему медицинскому персоналу, переехавшему на работу в сельскую местность (Тульская, Ленинградская, Волгоградская, Тверская, Томская, Ростовская и Ульяновская области, Алтайский край, республики Мордовия и Бурятия и др.).

Начиная с 2018 года финансовые средства на реализацию программы «Земский доктор» предусмотрены **в федеральном бюджете – 3,2 млрд. рублей** ежегодно. Минздрав считает необходимым распространить программу на **фельдшеров, выполняющих обязанности лечащих врачей в сельской местности.**

Принятые в каждом регионе **программы по совершенствованию кадрового обеспечения системы здравоохранения** предусматривают **меры** по **устранению дефицита** кадров по отдельным медицинским профилям и уровням системы, **своевременному формированию запросов на целевую подготовку**, обеспечению **социальной поддержки** молодых специалистов и в целом медицинских работников.

На финансирование мероприятий по **социальной поддержке** медицинских работников **в 2016 году регионами направлено 19,7 млрд. рублей.**

Справочно: В рамках мероприятий по социальной поддержке медицинских работников в субъектах Российской Федерации осуществляются:

выделение субсидий для приобретения или строительства жилых помещений;

предоставление земельных участков из земель, находящихся в государственной или муниципальной собственности;

оплата жилья и коммунальных услуг;

выплаты отдельным категориям медицинских работников дефицитных специальностей.

Мероприятия по социальной поддержке активно реализуются в Амурской, Архангельской, Ивановской, Иркутской, Липецкой, Свердловской, Смоленской, Томской и Челябинской областях, Краснодарском и Ставропольском краях, Республике Коми.

Важнейшим инструментом для совершенствования организации сельского здравоохранения, повышения доступности медицинской помощи и ранней диагностики заболеваний **являются информационные технологии.**

29 июля 2017 года принят **Федеральный закон об информационных технологиях в сфере охраны здоровья**.

Сегодня **все субъекты Российской Федерации** активно реализуют **планы по внедрению медицинских информационных систем, созданию региональных медицинских платформ, к которым подключаются все больницы и поликлиники, в том числе расположенные в сельской местности.**

В соответствии с поручением Президента Российской Федерации о подключении больниц и поликлиник к высокоскоростному Интернету в 2018 году запланировано подключение к Интернету и модернизация связи в **8,2 тыс. структурных подразделений медицинских организаций сельской местности.**

Задача, которая должна быть решена регионами, – это **создание и встраивание информационной инфраструктуры сельского здравоохранения в общую информационную среду регионального здравоохранения.**

Врачи и медицинские работники сельских медицинских организаций должны быть **обучены работе с информационными системами**, а **жителям сельской местности** должны быть **доступны электронные услуги** и **сервисы в здравоохранении.**

Внедрение телемедицинских технологий в медицинских организациях позволит медицинским работникам оперативно получать результаты обследований, проводить консультации с узкими специалистами из областных медицинских центров, получать рекомендации по тактике лечения, принимать решения о необходимости госпитализации пациента.

Для этого необходимо обеспечить устойчивую связь и организовать в сельских медицинских организациях телемедицинские кабинеты, работу выездных медицинских бригад, оснащенных соответствующим оборудованием, портативными телемедицинскими диагностическими средствами для дистанционного сбора и передачи информации о показателях состояния организма пациента, мини-лабораториями.

Другой важнейшей социально значимой задачей является повышение **доступности лекарственной помощи сельскому населению.**

В целях повышения доступности лекарственной помощи:

внесены **изменения в Федеральный закон** от 12 апреля 2010 г. **№ 61-ФЗ** «Об обращении лекарственных средств», **закрепившие норму,** разрешающую медицинским работникам обособленных подразделений медицинских организаций, расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации, **осуществлять розничную торговлю лекарственными препаратами (после получения медицинскими организациями лицензии на фармацевтическую деятельность);**

постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности» был **упрощен порядок лицензирования для осуществления фармацевтической деятельности в обособленных подразделениях медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации.**

> *Справочно: При наличии лицензии на медицинскую деятельность медицинской организации – соискателю лицензии необходимо представить в лицензирующий орган* ***только заявление на осуществление фармацевтической деятельности в обособленном подразделении и копию документа медицинского работника о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами*****.**

Федеральным законом от 31 декабря 2014 г. № 501-ФЗ **«О внесении изменений в Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах»** предоставлено **право отпуска наркотических и психотропных лекарственных препаратов медицинскими организациями и обособленными подразделениями медицинских организаций, расположенными в сельских и удаленных населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации;**

Постановлением Правительства Российской Федерации от 6 августа 2015 г. № 807 **упрощены требования по хранению, перевозке и учету наркотических**

средств и психотропных веществ, в том числе **для подразделений медицинских организаций, расположенных в сельской местности.**

Справочно: Указанным постановлением регламентируется:

исключение требования о наличии специализированной охраны при перевозке наркотических средств медицинскими и аптечными организациями;

увеличение нормативов запасов на наркотические анальгетики и психотропные препараты как в аптеках, так и в медицинских организациях;

предоставление права охраны помещений хранения наркотических анальгетиков в сельских аптеках (при отсутствии вневедомственной охраны) юридическим лицам, имеющим лицензию на частную охранную деятельность; отнесение к 3-ей категории (наименее укрепленной) помещений хранения наркотических средств в медицинских организациях, предусматривающих их отпуск населению.

В настоящее время розничную торговлю лекарственными препаратами осуществляют более 28 тыс. структурных подразделений медицинских организаций, расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации (амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты, центры (отделения) общей врачебной (семейной) практики).

Для сельских жителей, как наиболее социально уязвимых, **особенно актуально обеспечение льготными лекарственными препаратами.** Население, получающее медицинскую помощь в обособленных подразделениях медицинских организаций, **имеет право на получение в них бесплатных лекарственных препаратов в соответствии с имеющимися у них льготами.** Во многих субъектах эта работа налажена. **Все регионы должны ее завершить.**

Справочно: в настоящее время социальная помощь в виде набора социальных услуг, в состав которого входит лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан, осуществляется:

1) за счет федеральных бюджетных ассигнований в соответствии с нормами Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (инвалиды по заболеванию, инвалиды войны, участники Великой Отечественной войны, ветераны боевых действий и др.);

2) за счет региональных бюджетных ассигнований в соответствии с нормами постановления Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 г. № 890» О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» (больные с заболеваниями сахарный диабет, бронхиальная астма, глаукома, психическими, онкологическими и другими заболеваниями), дети до 3-х лет, пенсионеры и др.).

Дополнительно приняты нормативные правовые акты:

Приказ Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1175н «**Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения**», который предусматривает возможность выписки лекарственных препаратов **гражданам старше трудоспособного возраста, инвалидам первой группы и детям-инвалидам** в рамках оказания государственной социальной помощи **на курс лечения до 90 дней.**

Данная мера позволяет **улучшить организацию лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан за счет сокращения посещений лечащего врача с целью выписки рецептов и получения в аптеках лекарственных препаратов сразу на 3 месяца**.

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 31 октября 2011 г. № 1231н «О внесении изменений в Порядок предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 декабря 2004 г. № 328» **органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации сами определяют условия адресной доставки лекарственных препаратов и медицинских изделий отдельным категориям граждан, в том числе проживающим в сельской местности.**

Справочно:

в рамках организации работы по предоставлению гражданам данной услуги осуществляется взаимодействие социальных работников с медицинскими организациями по вопросам: записи граждан на прием к врачу;

выписки у врачей (фельдшеров) рецептов на обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями;

получения результатов медицинского обследования граждан и медицинских справок;

вызова участкового врача на дом;

поиска необходимых лекарственных препаратов и медицинских изделий в аптечных учреждениях с учетом выписанных врачами (фельдшерами) рецептов, их приобретения и осуществления доставки по месту жительства граждан, в том числе в сельские населенные пункты.

Таким образом, принятые нормативные правовые акты позволяют руководителям органов исполнительной власти на региональном уровне **контролировать ситуацию по лекарственному обеспечению жителей села** и **самостоятельно определять направления деятельности по улучшению обеспечения лекарственными средствами граждан, проживающих в сельской местности, с учетом особенностей каждого конкретного субъекта** Российской Федерации.

Совет Федерации
Федерального Собрания Российской Федерации

Комитет Совета Федерации по социальной политике

Аналитическое управление Аппарата Совета Федерации

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК

№ 7 (696)

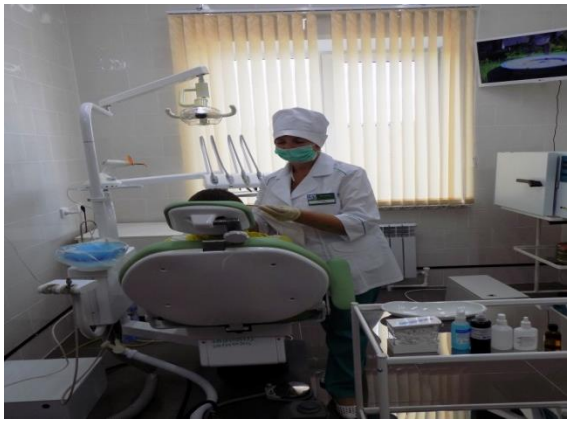
Проектное управление как инструмент повышения качества и доступности первичной медико-санитарной помощи в сельской местности

Составители:

О.Б. Аникеева, Г.Ю. Мойсяк, О.В. Павленко, С.Н. Титов, Е.А. Фалецкая

Электронная версия аналитического вестника размещена
в сети «Интранет» Совета Федерации в разделе «Информационные материалы»
и в сети «Интернет» (www.council.gov.ru) в разделе «Аналитические материалы»
При перепечатке и цитировании материалов ссылка на настоящее издание обязательна

Подписано в печать 17.04.2018 г.

Отпечатано в отделе подготовки и тиражирования документов
Управления информационных технологий и документооборота
Аппарата Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации

СЕМЕЙНАЯ КЛИНИКА
поколение