

С Т Е Н О Г Р А М М А

парламентских слушаний на тему "Проектное управление как инструмент повышения качества и доступности первичной медико-санитарной помощи в сельской местности"

19 февраля 2018 года

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Добрый день, уважаемые коллеги! Разрешите поприветствовать в этом зале участников впервые проводящихся Советом Федерации выездных парламентских слушаний. Это действительно новый формат для нас. И я хочу выразить огромную признательность руководству области, уважаемым Евгению Степановичу, Наталье Николаевне за то, что согласились принять столь большую делегацию.

Вопрос, который нас интересует, является для нас, на мой взгляд, одним из ключевых – это вопрос доступности оказания первичной медико-санитарной помощи, вопрос, который является очень болезненным для многих территорий нашей страны. И наработанная практика, которая есть в этом регионе, в других регионах, должна нам послужить поводом для принятия каких-то дополнительных организационно-правовых, нормативных, а может быть, и законодательных инициатив с точки зрения решения этой непростой задачи. Я уже не говорю о том, что отличительной особенностью решения такого рода вопроса является, безусловно, сельская территория, где эти задачи решать намного труднее.

Уважаемые коллеги! Я приготовил достаточно серьезное вступительное слово. Не буду его зачитывать, думаю, что это

излишне. Сам ход сегодняшней работы показал, что мы имеем дело с замечательной инициативой проектного решения в системе здравоохранения.

Хочу напомнить, что инициатива привнесения в нашу жизнь проектных методов управления – это инициатива Президента. Могу напомнить вам его слова, которые он произнес на Петербургском международном экономическом форуме: "Задачи, которые стоят перед нами, требуют и новых подходов к управлению развитием. И здесь мы намерены активно использовать проектный принцип". Сегодня мы видим, что такое проектный принцип, сила которого, конечно, прежде всего – в решении межведомственных проблем. И очень часто спотыкаются решения по многим практическим проектам как раз на межведомственном уровне. То, что мы увидели сегодня, дает нам картину, дает представление о том, как же должны сниматься эти межведомственные барьеры, когда задействованы все звенья в этой цепочке. И при этом самое главное – что есть конечный результат.

Я с удовольствием хотел бы попросить сейчас организаторов продемонстрировать нам фильм о реализации проекта "Управление здоровьем". Он идет всего шесть минут. И после этого я предоставлю слово губернатору Белгородской области Евгению Степановичу Савченко для вступительного слова. Пожалуйста. *(Идет демонстрация видеоролика.)*

Дорогие друзья, как ранее было объявлено, я слово предоставляю губернатору Белгородской области Евгению Степановичу Савченко.

Пожалуйста, Евгений Степанович.

Е.С. САВЧЕНКО

Уважаемый Валерий Владимирович, уважаемые Татьяна Владимировна, Наталья Николаевна, уважаемые друзья, участники парламентских слушаний! Сердечно приветствую вас на Белгородской земле. Выражаю слова искренней признательности Вам, Валерий Владимирович, Министерству здравоохранения, Татьяне Владимировне, всем участникам парламентских слушаний за то, что инициировали эту встречу и выделили в своем плотном графике время для рабочей поездки в наш регион. 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.

Наверное, здесь все прекрасно знают о тех проблемах, которые существуют в современном здравоохранении. Этих проблем много — это и недостаток, конечно же, в первую очередь финансирования, это плохое технологическое обеспечение, обеспечение оборудованием, есть кадровые проблемы.

Но, 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, а 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, с 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, удастся и до 80 лет дожить.

Второе. У нас никто конкретно не отвечает за состояние здоровья конкретного человека. В большинстве случаев рядовой человек 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 у него есть 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 реализации здравоохранения, 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 1500 человек, и всего таких округов, как в фильме уже было сказано, 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 имеет колоссальную позитивную терапевтическую нагрузку. Решили вопрос информационного обеспечения. К каждому офису семейного врача подведены у нас оптоволоконные кабели. Общие затраты на реализацию проектов в сельской местности у нас составили более 2 миллиардов бюджетных и внебюджетных средств.

Кроме того, разработана у нас нормативная база функционирования семейной медицины. Это и должностные инструкции, это и КРІ (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. И мы сейчас по итогам января уже проанализировали, она даже чуть-чуть выше оказалась.

Причем она может колебаться от 40, а может, даже у кого-то и от 35 тысяч, до 60–65 тысяч в зависимости от КРІ.

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 3488 рублей – за счет бюджета, итого – 14 300. Если у нас в одном медицинском округе примерно 1500 человек (на селе), мы умножаем одну сумму на другую, бюджет медицинского округа получается где-то более 20 млн. рублей.

И наша идея заключается в том, чтобы через семейного врача мы контролировали расходование всех средств на медицинские услуги, которые получает это население, проживающее в данном медицинском округе. Это наш 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, должен знать семейный врач здесь, в медицинском округе, 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. Ну, лишнее это у нас сегодня звено.

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 (я там был), 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 (я уже обращаюсь к нашему спикеру Валерию Владимировичу), 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, на мой взгляд, 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 надо еще усовершенствовать плановую высокотехнологичную, высокоспециализированную медицинскую помощь в нашем регионе, а также службу родовспоможения.

Какие вопросы, на наш взгляд, требуют решения?

Я считаю, что нужно 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. Это первое.

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, но тем не менее мы видим, что и в районных центрах, и в городах это принесет обязательно успех. Мы в течение этого года выделили тоже 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. Благодарю за внимание. *(Аплодисменты.)*

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Так, темп задан. Спасибо, Евгений Степанович.

Е.С. САВЧЕНКО

Не сильно?..

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Что ж? Сильно, не сильно... По крайней мере да, это сильно.

Уважаемые коллеги! Мы в президиуме посоветовались и предлагаем следующий порядок ведения нашего мероприятия. Есть предложение сначала послушать представителей региона, в котором мы сейчас находимся, затем дать слово всем тем, кто представляет такие же региональные проекты, с тем чтобы аккумулированную точку зрения услышали наши уважаемые руководители федерального здравоохранения – и Татьяна Владимировна, и Наталья Николаевна, и Ирина Федоровна. Они сами предложили этот формат, для того чтобы услышать выступления с мест, услышать выступления представителей регионов, чтобы после этого уже давать некую интегрированную оценку в своих выступлениях.

Поэтому есть предложение предоставить слово Наталии Николаевне Зубаревой, заместителю губернатора Белгородской области – начальнику Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области. Доклад, с которым будет выступать Наталия Николаевна, называется "Проектное управление – основа совершенствования первичной медико-санитарной помощи в Белгородской области".

Пожалуйста, Наталия Николаевна.

Н.Н. ЗУБАРЕВА

Уважаемый президиум, уважаемые участники парламентских слушаний! 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.

Позвольте остановиться 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, как уже отметил Евгений Степанович, 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 педиатры участковые, 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 КРІ, 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.

Встает 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. В процессе создания остальные части модуля, предназначенные для использования руководящими работниками медицинских учреждений. Блок бюджетирования будет структурирован по принципу каскадирования медико-экономической информации с уровня одного терапевтического участка (или 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

персонифицированно, 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.

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.

Уважаемые коллеги! Главным позитивным показателем деятельности сферы здравоохранения Белгородской области за 2017 год является положительная динамика показателей здоровья населения региона. Это в первую очередь снижение смертности, в том числе младенческой. Снизилась 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". Но при этом у нас 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" в 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.

Позвольте выразить признательность уважаемым представителям Федерального Собрания Российской Федерации, Государственной Думы, Министерства здравоохранения, Фонда обязательного медицинского страхования, Росздравнадзора, коллегам из других регионов за возможность визитов на нашу территорию, за поддержку, которую вы нам оказываете. Мы уверены, что сегодняшние парламентские слушания станут площадкой обмена позитивными практиками, инициирования законодательных и организационных мер для дальнейшего развития сферы здравоохранения. В свою очередь, мы постараемся быть для этого максимально полезными. Благодарю за внимание. *(Аплодисменты.)*

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Спасибо, уважаемая Наталья Николаевна.

Я попрошу подготовиться к выступлению Каминина Александра Ивановича, врача общей практики (семейного врача) Илэк-Кошарского центра общей врачебной практики Ракитянской центральной районной больницы, на тему "Пациентоориентированный подход к работе врача общей (семейной) практики в рамках проекта "Управление здоровьем" на территории Ракитянского района". Пожалуйста.

Пока идет Александр Иванович, хочу сообщить аудитории, что в нашем выездном мероприятии участвуют 15 членов Совета Федерации, участвуют представители федеральных органов исполнительной власти (практически весь президиум и в зале находятся четыре представителя, кроме того), приглашено участников обсуждения 88, еще 158, 186 человек... Итого 195 человек – общее количество участников. Поэтому огромное всем спасибо за такое внимание.

Пожалуйста, Александр Иванович.

А.И. КАМИНИН

Добрый день, уважаемые коллеги, участники парламентских слушаний! Позвольте начать свое выступление с самопрезентации. Меня зовут Каминин Александр Иванович, я – врач общей (семейной) практики с 30-летним стажем, все это время живу в селе Илэк-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 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 уделяем много времени, 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 настроения 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 улучшения. Хотя в проект "Бережливая поликлиника" вступаем во второй половине 2018 года, но 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 вовлеченностью всех своих сотрудников в этот процесс. И я 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 представлено на слайде. С помощью медицинской информационной системы я отслеживаю и анализирую передвижение своего 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 для себя 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 у меня 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 у себя 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 сельской 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 свою 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 цель 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, как очень верно Вы, уважаемая Татьяна Владимировна, отметили в одном из своих выступлений, 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 следить за своим здоровьем, не от случая к случаю, а системно, то есть на обучение управлению своим здоровьем.

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, проводятся 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 самое отрадное, увеличилось количество случаев раннего выявления заболеваний, и 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 диагностику 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 (вы видите на слайде). Наша задача, естественно, – 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 очень многое сделано в области, чтобы улучшить именно материально-техническую базу, подготовиться 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 обсуждается этот вопрос.

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 КРІ 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, 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. Спасибо.
(Аплодисменты.)

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Александр Иванович, огромное спасибо.

Я, уважаемые коллеги, хотел бы обратить внимание на эти два ключевых, базовых выступления. Я специально не прерывал и не устанавливал регламент, для того чтобы 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, действительно в новой

парадигме. Это очень непростая задача – изменить и 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, люди работающие понимали, для чего все это делается, как его звено влияет на работу всей цепочки. Мне кажется, эти два выступления – ключевые.

Я хотел бы сейчас попросить Анатолия Алексеевича Кретьова, главу администрации Губкинского городского округа, сказать о том, в чем заключается роль муниципалитета в процессе создания инфраструктуры семейной медицины.

И пока Анатолий Алексеевич готовится выступить, я должен сделать еще одно объявление. С нами работает депутат Государственной Думы Нина Алексеевна Черняева, член Комитета Государственной Думы по охране здоровья. Я о сенаторах сказал, и очень приятно, что и депутаты Государственной Думы присоединились к нашей работе.

Если можно, Анатолий Алексеевич, тогда установим некоторый регламент – до семи минут. Основные параметры того, что нужно было сделать со стороны муниципалитета. Пожалуйста.

А.А. КРЕТОВ

Спасибо.

Уважаемые члены президиума и присутствующие в зале! В начале выступления позвольте выразить искреннюю благодарность Евгению Степановичу за особое доверие губкинцам принимать представителей высшего законодательного собрания.

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

Представители высшего законодательного собрания проводят свое выездное заседание, а Вы сказали, Валерий Владимирович, что это первое...

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Да, первое.

А.А. КРЕТОВ

...на самой высокой точке Среднерусской возвышенности.

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Хорошо. Кислороду пока хватает.

А.А. КРЕТОВ

Не аплодирует зал, а! (*Аплодисменты.*) Спасибо.

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 запланировано открытие вновь построенного лечебного корпуса (вы его видите сейчас на слайде) для размещения центра семейной медицины по обслуживанию городского населения.

Первоочередным для нас также является обеспечение медицинских участков автотранспортом (вот это городской объект). Так как существующего парка крайне недостаточно (я думаю, у всех такая "болезнь"), поэтому 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, мы приняли несколько лет тому назад 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. Формированием навыков здоровьесбережения у населения мы занимаемся начиная с детей 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. Спасибо за внимание.
(Аплодисменты.)

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Анатолий Алексеевич, спасибо огромное.

Мы по ходу экскурсии, естественно, задавали вопросы и Вам, и врачам. Нас интересовала тема и обеспечения жильем, как вы решаете эту проблему, как вы выбирали эти проекты, как вы взаимодействовали (в силу того, что Вы еще и строитель) с проектантами по выбору именно тех типовых проектов, которые вам подходили. Это для нас очень важно. Спасибо Вам огромное за экскурсию.

А.А. КРЕТОВ

Спасибо за оценку.

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Спасибо.

Я хотел бы предоставить слово Наталье Михайловне Куницыной, главному врачу Белгородского медицинского центра "Поколение", чтобы она поделилась с нами опытом взаимодействия в медицине частного сектора и государственного сектора (это то, что у нас зачастую очень плохо взаимодействует). Я думаю, что есть причины, в ее докладе, я слышал, должны быть тоже какие-то острые моменты, но лучше ничего не скрывать, чтобы мы вообще понимали, где нам еще предстоит доработать эти тонкости во взаимодействии.

Тема выступления – "Опыт государственно-частного партнерства при организации первичной медико-санитарной помощи". Мы как-то привыкли, что у нас частная медицина в основном идет на высший уровень и так далее, а вот чтобы в первичное звено частная медицина пришла – это для нас в определенной степени новелла.

Пожалуйста.

Н.М. КУНИЦЫНА

Уважаемый президиум, уважаемые участники парламентских слушаний! Вопросы, вынесенные для обсуждения на сегодняшнее мероприятие, 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. Характеристика врачебного персонала представлена на слайде.

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 существенно 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 обязательного медицинского страхования 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 устойчивому мнению о себе как среди профессионалов, так и жителей Белгородской области о высоком уровне оказания медицинской помощи населению от диагностики до лечения нам удалось увеличить количество прикрепленного населения до 3025 человек.

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

На слайде представлена 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 представлена на слайде.

В состав центра общей врачебной практики входит медицинский кабинет в Алексеевской средней общеобразовательной школе, в котором 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.

Вот вкратце о той работе, которую мы сейчас начали проводить.

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 медицинской помощи 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 на фоне 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, и наши фактические расходы превышают те, которые запланированы. 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 организациями 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.

Следующая группа – это... Мы посчитали таким образом, 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 момент – 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.

Развитие государственно-частного партнерства повлияет помимо этого и на повышение отдачи от вкладываемых в здравоохранение средств, формирование благоприятного инвестиционного климата, ускорение введения практики государственных гарантий.

Уважаемые коллеги! 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. Благодарю за внимание.
(Аплодисменты.)

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Спасибо, Наталья Михайловна. Мы внимательно конспектировали Ваши предложения.

Вы знаете, когда я посмотрел динамику... Мы с Евгением Степановичем посмотрели на экран, обратили внимание, что у вас растет динамика по пациентам, 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, что 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, будут поглощены другими. И таким образом создается некая внутренняя конкурентная среда между офисами семейной практики. Это, в общем, нормально. При всем этом это не "волчий оскал капитализма", это 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, – это 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. Так что я это помечаю для себя, для того чтобы мы могли потом использовать это в аргументации. Ну и Ваши предложения, связанные с методикой расчетов, с системой распределения государственного заказа, – это темы, над которыми надо продолжать работать.

Уважаемые коллеги, я с удовольствием передаю слово Нине Алексеевне Черняевой, депутату Государственной Думы, члену Комитета по охране здоровья. Мы хотели бы обратить внимание аудитории на реализацию программы "Земский доктор" в Российской Федерации. Может быть, есть необходимость что-то еще дополнительно поправить в этом большом и важном для нас проекте.

Пожалуйста, Нина Алексеевна.

Н.А. ЧЕРНЯЕВА

Спасибо.

Добрый день, уважаемые коллеги, уважаемый президиум! Позвольте вас поприветствовать от Комитета Государственной Думы по охране здоровья и лично его председателя Дмитрия Анатольевича Морозова.

Уважаемые коллеги! Мы в прошедшем году 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 мы очень подробно работали с Министерством здравоохранения. Вероника Игоревна присутствовала на заседании нашего комитета, и мы выработали те моменты... И вы заметили, что в процессе

реализации программа "Земский доктор" постоянно совершенствовалась. Это связано с вашими предложениями. И то, что эта программа очень важна и эффективна, в настоящее время уже не вызывает сомнений, потому что об этом сказали все регионы Российской Федерации. Но, когда мы выезжали на заседание Комитета Государственной Думы по охране здоровья в город Саратов и общались с земскими докторами, которые работают, уже завершают пятилетний срок работы в Саратовской области, на что они нас просили обратить внимание?

Конечно, коллеги, здесь мы видим прекрасное межотраслевое взаимодействие (не зря Валерий Владимирович в своем выступлении сказал именно "межотраслевое"), и важность работы главы местного поселения, главы муниципального района, губернатора области, важность работы и понимание здравоохранения, и поднятие статуса врача. Вот здесь важно то, что мы иногда указываем на здравоохранение только как на отрасль. Нет, уважаемые коллеги, 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 врача. Но, к сожалению, это не так в других регионах Российской Федерации.

И мы отметили еще из того, что сказали нам доктора, конечно, низкую заработную плату, отсутствие жилья (а если оно есть, то неблагоустроенное). Здесь мы видим, что все прекрасно. Да, здесь строят, выделяют коттеджи или квартиры, но в других регионах не всегда это так. Это тоже вопрос. И мы отметили необходимость того, чтобы закреплялись врачи в той или иной сельской местности. Мы сейчас говорим о доступности медицинской помощи на селе, мы должны думать о благоустройстве 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 здесь эта проблема, конечно, глобальная. Здесь есть интересные предложения, с которыми мы с вами должны поработать.

И очень важно... Я хочу поблагодарить Вас, Валерий Владимирович, за то, что Вы пригласили Комитет Государственной Думы по охране здоровья, потому что, как врачи, мы говорим, что консилиум ставит диагноз. Важно услышать несколько точек зрения (и именно здесь) – и Министерства здравоохранения, и Совета Федерации, и Государственной Думы. И вы – доктора, которые... 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 нам свои слайды здесь присутствующий 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 относятся к медицинскому сообществу. Медицинское сообщество всегда было элитой, оно ей и является. И мы с вами порой решаем многие проблемы, которые связаны не только со здоровьем, с нами советуется и в 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.

Ну а здесь благодаря нашим взаимоотношениям проблемы в части офисов, ФАПов... Это все, конечно, надо разрабатывать, внедрять. Та модель, которая здесь существует, очень интересна. Я давно мечтала поехать (я слышала об этой модели) именно в Белгородскую область и посмотреть. Интересная модель. Был замечательный доклад заместителя губернатора по социальным вопросам и здравоохранению. Конечно, очень приятно, что все мы... 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 вносить, возможно, 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, это так. И есть не совсем качественная подготовка. Поэтому медицинским организациям нужно еще работать непосредственно с медицинскими вузами, непосредственно оттачивать эту программу. И контроль выпускаемых специалистов порой оставляет желать лучшего. И здесь приходится на местах вам и всем нам учить молодых докторов науке здравоохранения. Порой они даже не знают некоторых моментов, очень важных.

Я думаю, здесь все эти направления мы отработаем и будем двигаться вперед и у нас, безусловно, будет и повышаться

рождаемость, и возрастать продолжительность жизни. Наш Президент Владимир Владимирович говорит: "Здоровая Россия – это сильная страна". Поэтому, я думаю, мы будем стремиться следовать тем посылам, которые сделал наш Президент. Благодарю за внимание. *(Аплодисменты.)*

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Нина Алексеевна, спасибо.

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. Но тем не менее у нас все-таки остается тема, связанная и со временем работы земских специалистов. Высказываются предложения не учитывать (условно) период пребывания в декретном отпуске наших земских врачей в том стаже, который мы установили (5 лет), найти разные дополнительные способы все-таки 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, но ведь человек, находящийся на работе 24 часа в сутки... Конечно, работа сельского врача отличается от работы городского врача, согласитесь: в любой момент времени

могут позвонить, постучать в окошко, и это накладывает особый отпечаток на работу сельского доктора. И для некоторых регионов... Я спрашиваю и 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, но действительно такой факт имеет место быть.

Уважаемые коллеги, я хотел бы предложить слово для выступления (желательно очень динамично, без повторов, без самоотчетов) представителям трех областей – Кировской, Пензенской, Тамбовской.

Если можно, оцените данный проект и, может быть, предложите какие-то свои рецепты к усилению проекта "Управление здоровьем".

Дмитрий Александрович Курдюмов, заместитель председателя правительства Кировской области. Выступление на тему "О реализации приоритетного проекта "Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь" в сельской местности". Пожалуйста.

Д.А. КУРДЮМОВ

Уважаемые Татьяна Владимировна, Евгений Степанович, Валерий Владимирович, Наталья Николаевна, уважаемые участники парламентских слушаний! Я постараюсь сократить свой доклад и остановиться только на основных, ключевых моментах, чтобы не повторяться.

Безусловно, 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, положительную оценку.

Я сразу хочу сказать, что необходимо и 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, о которой я расскажу вам.

Если коротко, то население Кировской области – 1 291 тысяча человек, площадь Кировской 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 в том числе 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, безусловно, 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 лично Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Игоревна Скворцова, заместитель Министра здравоохранения Татьяна Владимировна Яковлева, губернатор Кировской области, и по заданию Управления делами Президента – госкорпорация "Росатом". В реализации первого этапа проекта приняли участие две детские поликлиники и две поликлиники для взрослых. Основные направления по реализации проекта представлены на слайде, я не буду на них останавливаться. В "пилотных" поликлиниках были выявлены проблемы информатизации процессов при оказании первичной медико-санитарной помощи. Основные из них также вы можете видеть на слайде.

Я уже отмечал, что 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-х заработала система "Электронное регулирование очереди". По моему 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 же 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 (а мы ни в коей мере эту возможность не ограничиваем), 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.

На слайде представлены примеры работы этих систем. 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

Также в медицинской информационной системе ведется учет пациентов, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение (и это очень важно). Рецепты для льготного лекарственного обеспечения выписываются непосредственно в электронной медицинской карте и распечатываются. На этом я остановлюсь немного подробнее. 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. Как выглядит этот ресурс, вы можете увидеть на слайде.

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.

На данном слайде представлена 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.

Также в 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 Кировской области реализована возможность получения на мобильное устройство бригадами скорой помощи вызовов и маршрутов госпитализации пациентов.

Как я уже говорил, 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.

Я дальше остановлюсь только на основных моментах, кое-что пропущу.

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. Я хочу сказать, что такая единая информационная система введена на всей территории Кировской области – и в центральных районных больницах, и в амбулаториях, и в офисах врачей общей практики (без исключения): одинаковый интерфейс, одна информационная система.

Я хотел бы остановиться (о чем уже говорили) на том, что у нас в регионе 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. Надо сказать, что 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.

Т.В. ЯКОВЛЕВА

Можно, я по ходу?.. Вы меня простите, Валерий Владимирович и Дмитрий Александрович.

Что касается того, о чем говорил Александр Иванович, – чтобы критерии качества ввести (электронную систему)... Они уже это могут сделать, потому что, посмотрите, миллион с лишним Москва уже может сделать. Здесь не от Минздрава зависит, а от вашей архивированной базы. Кто IT-специалист – тот понимает, о чем я говорю. Вот тогда точно будет эта система говорить: "Доктор, Вы ошиблись". Но когда у вас там 300 записей или вообще 10, система не работает. Информационная система уже есть.

И, Нина Алексеевна, совершенно с Вами согласна в части документации, но это уже другой уровень. Вся лишняя отчетная документация уже уничтожена. Нужно говорить об информатизации. Мы же с вами закон уже приняли! Если врачи жалуются на излишнюю документацию – виноват (пусть не обижается Евгений Степанович) регион, потому что он не вводит информатизацию. Вот что надо делать! Там только ткнул кнопку – и всё. Сейчас не нужно... Уже принят закон, всё, он действует. Никаких бумаг заполнять не нужно, только в электронном виде все делается, как в Кировской области. Я благодарна Дмитрию Александровичу за то, что он сегодня выступает.

Д.А. КУРДЮМОВ

Спасибо.

Более того, 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.

Т.В. ЯКОВЛЕВА

Правильно, и тогда не будет ни приписок, ни искажения информации, все будет прозрачно. И для хороших главных врачей, управленцев это только плюс. Тогда у нас с вами все станет прозрачным.

В.В. РЯЗАНСКИЙ

(Микрофон отключен.) Я прошу прощения, Вы регламент перебираете.

Д.А. КУРДЮМОВ

Я уже заканчиваю.

У нас, безусловно, есть планы по развитию КМИС (они представлены на слайде).

Проект "Бережливая поликлиника" затронул и районы Кировской области, безусловно, с самого начала (здесь представлены фотографии). Это и ремонт фасадов, и ремонт прилегающих территорий вместе с администрациями, и ремонт входных групп. Так выглядят детские поликлиники в районах области, подчеркиваю, внутри. Это центральная районная больница (то же самое).

И итогом всего стало то, что в 2017 году в 53 процентах наших поликлиник внедрены бережливые технологии и были запущены все те процессы, о которых я вам сейчас докладывал.

Безусловно (я не буду на этом останавливаться), 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.

Это наши перспективы, тоже на этом останавливаться не буду.

Мы начинаем дистанционные консультации не только по системе "врач – врач", но и "врач – пациент" и включаем туда дома престарелых Кировской области, и действуем в этом направлении очень осторожно, потому что это полноценная консультация, и можно после этого столкнуться со всеми трудностями, в том числе и... Ну что говорить? 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.

Спасибо огромное за внимание. Я немножко злоупотребил временем.

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Дмитрий Александрович, спасибо большое. *(Аплодисменты.)*

Я думаю (я говорю это для аппарата), что нам нужно будет посвятить одно из выездных мероприятий, связанных с информатизацией, Кировской области.

Действительно, многое сделано в части упрощения жизни и работы прежде всего врачей и пациентов. И тем более на единой

платформе сделано все – от ФАП до больницы. Это предмет для дальнейшего обсуждения. Хорошо.

Стрючков Владимир Викторович, министр здравоохранения Пензенской области.

Если можно, тоже без самоотчетов. Если можно, остановитесь на основных моментах, которые Вы хотите довести до нашего сведения, которые подчеркивают именно новеллы в организации первичного звена.

В.В. СТРЮЧКОВ

Уважаемый президиум, уважаемые участники парламентских слушаний! Прежде всего позвольте мне от имени губернатора, депутатского корпуса и медицинской общественности Пензенской области поблагодарить организаторов слушаний за предоставленную возможность поделиться нашим опытом в решении вопросов кадрового обеспечения в том числе сельского здравоохранения. Считаю, что мое выступление – это своего рода признание эффективности того комплекса мер, который мы реализуем в регионе в целях совершенствования кадровой политики.

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 Пензенской области, ведущие медики региона, главные врачи профильных учреждений участвуют в воспитательном проекте министерства образования...

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Владимир Викторович, Вам не хватит времени. Если можно, не детализируйте. Мы прекрасно понимаем, что такое классы и как туда надо приходить.

В.В. СТРЮЧКОВ

Понятно.

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Если можно, Вы по схемам...

В.В. СТРЮЧКОВ

Ну, давайте по схемам.

Заключение целевых соглашений на обучение. Я почему 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 увеличился 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 тема 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 тем самым с экономической точки зрения... 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 ребята не подвержены издержкам городской жизни, они остаются у себя в селе. На сегодняшний день, я еще раз говорю, у нас обучается более 2 тысяч с лишним и проблемы обеспечения медицинскими работниками среднего звена, особенно там, где существуют филиалы, решены.

Целевой прием. Здесь, по диаграмме, было увеличение. 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, как я сказал уже, династии, клятвы – это создание имиджа. Династии... Предположим, у нас есть династии Орловых, Никишиных в пяти поколениях. Мы все это трансформируем, так сказать.

Следующее – присвоение больницам имен тех людей, которые внесли большой вклад, открытие мемориальных досок и так далее. Следующее – меры социальной поддержки. Это вот эти выплаты. Это чисто региональные выплаты при трудоустройстве молодых специалистов – 150 тысяч (в следующие годы – 50, 75, 100 тыс. рублей).

Социальный наем жилья. Педиатрам мы платим в том числе и в городе (педиатрам – отдельно, у нас есть проблема с педиатрами) по 20 тыс. рублей к заработной плате. Средняя заработная плата врачей на январь у нас составляет 50 тыс. рублей, и поэтому количество трудоустроенных врачей, видите, в общем-то, увеличивается.

На сегодняшний день реализация программы "Земский доктор" продолжена. Пользуясь случаем, хочу выразить благодарность за это. То есть 71 человек прибыл, и тем самым они решают проблему обеспечения кадрами сельских территорий.

По существующей жилищной программе. Хочу сказать, что все молодые специалисты, которые приезжают в село (абсолютно все), обеспечены кто служебным, кто социальным жильем, кто получает соответствующие сертификаты на строительство или покупку жилья. По педиатрам я сказал. В том числе педиатрам мы еще платим 10 тысяч за наем жилья.

Создание самих рабочих мест... Я просто показываю последние объекты, которые созданы в Пензенской области. То есть это тоже мотивирует врачей туда приходить.

По заработной плате все индикативы выполнены, в том числе индикативы и по указу Президента (что касается смертности и так далее).

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

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Вы скорую помощь на аутсорсинг не отдавали, да?

В.В. СТРЮЧКОВ

Нет-нет, ни в коем случае!

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Не отдавали, понятно.

В.В. СТРЮЧКОВ

Ни в коем случае! Я изучил опыт в Перми давно уже, еще тогда. Я, как руководитель, аутсорсинг вообще близко не подпускаю ни к питанию – никуда. *(Аплодисменты.)*

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Понятно.

В.В. СТРЮЧКОВ

По ФАПам понятно, да? Я немножко скомкал все, конечно, извините.

С МЕСТА

Отлично!

В.В. СТРЮЧКОВ

Можно, я выражу свое мнение по основной теме, которую мы сегодня обсуждаем? Я сам родился в селе, окончил сельскую школу,

начинал работать в сельском здравоохранении, и поэтому для меня сегодня, как для субъектового министра, приоритетом однозначно является сельское здравоохранение. Все, что сегодня мы увидели здесь, на Белгородской земле, вызывает уважение – и в отношении ФАПов, и в отношении органов власти, в части доступности медицинской помощи и так далее.

Вы знаете, мне одно немного непонятно по идеологии проекта. Если мы говорим о фондодержании первичной медико-санитарной помощи, как поликлиник, как офисов врачей общей практики, – это одна тема. Хочу напомнить, что через это мы уже проходили, когда был новый хозяйственный механизм, когда были бригадные подряды. Фондодержанием занималась тогда Самарская область (она называлась Куйбышевской областью, по-моему, на тот момент), и там были определенные наработки. Поэтому я прошу обратить внимание на то, какой результат они получили.

Что касается участия... Предположим, "Поколение", да? Вы сказали, что 76 врачей у вас там работает. Но в принципе у вас должно быть приписного населения порядка 80 тысяч.

Н.М. КУНИЦЫНА

(Микрофон отключен.)

В.В. СТРЮЧКОВ

Да. Тогда я бы, предположим, мог оценить. А если приписное население – 3 тысячи человек... Вы меня извините, я, может быть, зря высказываю здесь свое мнение... Я думаю, создание этих вещей – это своего рода формирование потоков, для того чтобы они направлялись на те уровни оказания медицинской помощи с соответствующей и инфраструктурой и с соответствующими методиками расчета, которые, в общем-то, понятно, для вас являются самыми главными и самыми интересными.

Е.С. САВЧЕНКО

Это у них в других медицинских центрах работает.

В.В. СТРЮЧКОВ

Я понимаю, о чем говорю в этом плане.

Поэтому в принципе то, что тариф на сегодняшний день был... Сегодня он повысился, спасибо, особенно за скорую помощь огромное спасибо. Потому что действительно у нас была такая ситуация, когда тариф практически съедал... почти 86 процентов уходило на заработную плату.

Поэтому сегодня тариф повысился, сегодня ситуация эта изменилась, она стала намного лучше. Пензенская область дефицит территориальной программы госгарантий в 2015 году имела 2,5 миллиарда, в прошлом году – 1,5 миллиарда, на текущий год у нас сегодня пока запланировано 800. Но Счетная палата "на хвосте", прокуратура "на хвосте". Я думаю, что в течение 2018 года этот дефицит мы... вернее, органы исполнительной власти ликвидируют.

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Чтобы они вас не догнали. *(Оживление в зале.)* Это хорошо. Давайте.

В.В. СТРЮЧКОВ

Я отдельно хочу сказать, что тем не менее при таком дефиците при правильной организации медицинской помощи, ее доступности и так далее можно все-таки поддерживать нормальный уровень ее эффективности.

Я просто хочу немножко похвалиться. Наша, Пензенской области, система организации медицинской помощи признана независимыми экспертами одной из эффективных. Это раз. А по итогам работы за 2016 год мы от Росздравнадзора получили диплом

второй степени за безопасность и качество медицинской помощи. Спасибо за внимание. *(Аплодисменты.)*

Т.В. ЯКОВЛЕВА

Владимир Викторович, у меня к Вам вопрос. Владимир Викторович, молодец! Доклад хороший. Молодец! Все хорошо. Так как я курирую регионы, поэтому они (мои регионы, мои департаменты здравоохранения) все знают... Скажите, пожалуйста, какова общая смертность?

В.В. СТРЮЧКОВ

У нас на сегодняшний день общая смертность – 14,1.

Т.В. ЯКОВЛЕВА

Вот! Поэтому никогда не говорите, я очень Вас прошу (я при всех главных врачах это говорю), что вы выполнили индикативные показатели майских указов Президента. Вы их взяли заниженными, потому что не должно у вас 14 быть. Поэтому меня, как отвечающую за регионы, это сразу по сердцу бьет.

В.В. СТРЮЧКОВ

Согласен.

Т.В. ЯКОВЛЕВА

Потому что, ну, позор России иметь 14!

В.В. СТРЮЧКОВ

Но динамика у нас идет хорошо, она положительная.

Т.В. ЯКОВЛЕВА

Динамика есть, я с Вами согласна. Я просто говорю и в назидание другим.

В.В. СТРЮЧКОВ

А с этим согласен, Татьяна Владимировна, конечно.

Т.В. ЯКОВЛЕВА

Я вас очень прошу: ну, не хвалитесь вы этим. Можно хвалиться остальным — как готовите кадры... Молодцы, что со персоналом среднего звена придумали! Но вот это, пожалуйста... Ладно?

В.В. СТРЮЧКОВ

Конечно. Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Т.В. ЯКОВЛЕВА

Спасибо.

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Ольга Викторовна Веницкая, первый заместитель главы администрации Тамбовской области. Выступление на тему "Проблемы и перспективы развития инфраструктуры детского здравоохранения (на примере Тамбовской области)".

Ольга Викторовна, у Вас остается совсем немного времени. Если можно, тоже ближе к нашей теме — теме сельского здравоохранения.

О.В. ВЕНИЦКАЯ

Уважаемые коллеги! Я понимаю, что все уже устали, надо сокращать, но я постараюсь коротко охарактеризовать опыт Тамбовской области по формированию детского здравоохранения, потому что будущее десятилетие объявлено Десятилетием детства и, может быть, наш опыт кому-нибудь пригодится.

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.

Каким же образом мы подходим к системе формирования? Вы видите, что у нас сформирована та же трехуровневая система, основанная на территориальной доступности, профилактической направленности, качестве и межведомственном взаимодействии. Первый уровень представлен на слайде, причем 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 (и, может быть, это будет интересно регионам) 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 сельской местности, реальный эффект мы видим от выездных форм работы областных специалистов для оказания специализированной медицинской помощи. Ежегодно такую медицинскую помощь получает 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 на 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 (нам тоже хочется похвалиться). 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. У нас 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 Российской Федерации и 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 (и поддерживаем выступающих) 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. Спасибо за внимание.

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Татьяна Владимировна Вам вопрос задаст. Не уходите.

Пожалуйста.

Т.В. ЯКОВЛЕВА

Я просто скажу... Ольга Викторовна уже ответила на мой вопрос. Вы увидели у них младенческую смертность, да? Это 2,7. У них нет перинатального центра, они только ввели. Двухуровневая система... За счет чего? Организационные вопросы. А это, отвечаю Вам, – по тарифам. Тарифы (сейчас выступит Наталья Николаевна) устанавливают регионы. И, если вы эффективно будете расходовать деньги, у вас будут и тарифы. Вот и все. Двухуровневая система. А 2,7 за счет чего? За счет организационных вопросов и управленческих решений.

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Спасибо.

У нас осталось три завершающих выступления, уважаемые коллеги. Я хочу посоветоваться.

Ирина Федоровна, Вы будете брать слово? (*Оживление в зале.*)

Я тогда предлагаю сейчас предоставить слово Наталье Николаевне (было много вопросов по финансам и тарифам), а дальше посмотрим по обстановке и уже будем завершать.

Н.Н. СТАДЧЕНКО

Уважаемый Валерий Владимирович, уважаемый президиум, уважаемые коллеги! Безусловно, финансовые вопросы в принципе самые интересные, а 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. Почему?

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Наталья Николаевна, ну что же Вы так?.. *(Оживление в зале.)*

Н.Н. СТАДЧЕНКО

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. Коллеги, 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 у нас с вами раскладываются 10 812 рублей.

В рамках законодательства, Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", тарифные комиссии субъектов Российской Федерации (безусловно, 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 с вами 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, что при сравнении объемов медицинской помощи у нас с вами 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, и стоимость реабилитации выросла на 2018 год на 40 процентов. Безусловно, приоритетом базовой программы обязательного медицинского страхования в 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.

У нас с вами 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 1 тысячи медицинских работников прошли повышение квалификации по программам повышения квалификации.

Т.В. ЯКОВЛЕВА

Наталья Николаевна, можно по ходу...

Н.Н. СТАДЧЕНКО

Так вот, я хотела здесь остановиться.

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

Второе. Я хотела бы обратить внимание: 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).

Мы все с вами начинаем говорить о том, как мы любим наше село, что мы все там родились, и я тоже родилась и выросла в поселке... Вроде как все оттуда, но, когда смотрите на деньги, любите не очень. Любите не очень.

Т.В. ЯКОВЛЕВА

Наталья Николаевна, я и хотела здесь...

Ребята, ведь это не от Минздрава зависит. Это – регион! И мы говорим: по остаточному ли принципу вы сельскую медицину финансируете... Это вы – не мы. Вот об этом я хотела тоже сказать. Пожалуйста, работайте.

Н.Н. СТАДЧЕНКО

Знаете, 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.

Но я хочу сказать, что с 2016 года на территории Российской Федерации формируется принцип пациентоориентированного и персонифицированного сопровождения застрахованных. Помимо всей той деятельности, которую ранее осуществляли страховые компании, у нас с 1 июля 2016 года начали работать страховые поверенные первого уровня. С 1 января 2018 года стали работать страховые поверенные второго уровня. Они чем занимались? Это колл-центры, "горячие линии", ответы на все вопросы, касающиеся организации медицинской помощи, работы первичного звена, как работают врачи, как можно записаться. Если ранее в страховые компании обращались только с вопросом "как получить полис обязательного медицинского страхования?", то сейчас не задают этот вопрос, 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 у нас 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 реально, 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 реальными 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 у нас 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. Из этого я вижу, что...

Где сидит Николай Михайлович, директор территориального фонда обязательного медицинского страхования (он должен быть в зале)? Вижу.

Николай Михайлович, это ваша плохая работа со страховой компанией "МАКС-М". Соответственно, мы возьмем на себя курирование и контроль работы ваших поверенных, для того чтобы они были реальными помощниками (не на бумаге, не на словах, а реальными помощниками) нашим медицинским работникам.

Т.В. ЯКОВЛЕВА

(Микрофон отключен.)

Н.Н. СТАДЧЕНКО

Спасибо, Татьяна Владимировна, потому что я немножко перестроила свой доклад и выпустила то, что касается здорового образа жизни.

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. Они это делают, они это знают, и никогда сейчас от этого не... *(Оживление в зале.)*

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Наталья Николаевна, Вы меня ради бога простите... А сегодня все, что мы видели, – буклеты, брошюры, выложенные в этих офисах врачей семейной практики – кто делал?

Н.Н. СТАДЧЕНКО

Николай Михайлович...

Т.В. ЯКОВЛЕВА

Валерий Владимирович, мы до этого... *(Говорят одновременно.)*

Н.Н. СТАДЧЕНКО

Мы были только на прошлой неделе в Туле.

Т.В. ЯКОВЛЕВА

В Белгородской области мы были недавно. И те, кто сидит в зале от Белгорода, знают, что мы разбирали... Вот как раз мы говорим о том, что, к сожалению, главные врачи даже не знают в Белгородской области, 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.

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Татьяна Владимировна, закон мы можем поправить. Тут вопрос в чем? Я хочу сам себе задать вопрос и участникам слушаний.

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. Я, честно говоря, не увидел, где остался кусочек работы страховым компаниям. Вот не увидел.

Н.Н. СТАДЧЕНКО

Валерий Владимирович, я хочу сказать, что мы тоже не увидели. А на прошлой неделе мы были в Туле, и там...

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Наталья Николаевна, если не увидели, то скажите, пожалуйста, там есть какая-то проблема, касающаяся работы с населением? Ведь мы же должны думать не о том, чтобы обеспечить работу "МАКС-М" или других компаний. Скажите, пожалуйста, у нас там есть зазор, который нужно заполнить, потому что мы видим, что это недоработка, в части оповещения населения, пропаганды здорового образа жизни, контроля за качеством лечения и так далее? Я, честно говоря, не увидел, где там какая компания...

Н.Н. СТАДЧЕНКО

Вот это как раз и должна делать страховая компания — информировать о необходимости прохождения диспансеризации...

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Давайте спросим тех, кто работает там. Вот выступал Александр Иванович. Где он?

Скажите, пожалуйста, вам нужен страховой поверенный в работе?

С МЕСТА

(Микрофон отключен.)

Т.В. ЯКОВЛЕВА

Конечно! Это разгрузка медиков.

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Где? Он вас разгрузит?

Т.В. ЯКОВЛЕВА

Конечно.

В.В. РЯЗАНСКИЙ

А почему Вы в своем выступлении тогда не сказали об этом?

Т.В. ЯКОВЛЕВА

А потому что пока это здесь не работает, к сожалению, в Белгородской области, и надо заставить, чтобы это работало.

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Хорошо, понятно.

Н.Н. СТАДЧЕНКО

В свою очередь, Валерий Владимирович, я хотела бы сказать, что мы сейчас как раз вносим изменения в закон об обязательном медицинском страховании и в закон о страховом деле и прописываем: если страховые компании не выполняют законодательно прописанный функционал, чтобы у территориальных

фондов обязательного медицинского страхования была возможность расторгать договоры в одностороннем порядке. *(Оживление в зале.)*

Т.В. ЯКОВЛЕВА

(Микрофон отключен.)

Н.Н. СТАДЧЕНКО

Вы знаете, мы сейчас не будем с Вами спорить, не место и не время. Но, если мы эту работу не увидели, значит, она не ведется на должном уровне.

Т.В. ЯКОВЛЕВА

(Микрофон отключен.)

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Хорошо, продолжайте, Наталья Николаевна, у нас осталось очень мало времени. Пожалуйста.

Н.Н. СТАДЧЕНКО

В заключение я хотела бы привести еще один пример. Отрасль здравоохранения (это то, с чего я начинала) – безусловно, 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 я хочу сказать: если субвенция на реализацию базовой программы в 2017 году была 13 800 миллионов, то на 2018 год – уже 16 800 миллионов, 3 миллиарда плюсом. Много это или мало? 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.

И еще хотела бы сказать, чтобы закрыть вопрос о разности тарифов частных клиник и государственных... Поверьте мне, от налога на имущество не освобождены государственные и муниципальные учреждения здравоохранения. Поверьте мне, 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, который я сегодня озвучила, входят все расходы, включая и налоги. Да, безусловно, у нас нет инвестиционной составляющей, и, безусловно, в этом направлении нам есть к чему стремиться. Спасибо. *(Аплодисменты.)*

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Наталья Николаевна, спасибо.

Уважаемые коллеги...

Будете?.. Пожалуйста. Представитель Росздравнадзора не имеет права отмолчаться. Но имейте в виду, что у Вас ровно несколько минут. Хорошо, Ирина Федоровна?

И.Ф. СЕРЁГИНА

Хорошо.

Уважаемые Евгений Степанович, Валерий Владимирович! Я буквально коротко пройду... Понятно, что тема эта – первичная медико-санитарная помощь – многогранна и вообще требует от всех участников процесса особого профессионализма и, безусловно, слаженных действий, без этого никак нельзя, как в любой другой проблеме.

Я не буду очень долго останавливаться на приказах. Все это есть, поэтому мы не будем останавливаться. Что я хотела бы сказать? Мне хотелось бы обратить ваше внимание (может быть, Татьяна Владимировна коснется) на то, как у нас идет рост организаций по "первичке". 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.

Следующий слайд.

Это организации и объекты, которые осуществляют отпуск населению наркотических средств и психотропных веществ. Здесь, коллеги, мы добились тоже достаточно хороших результатов, и Росздравнадзор благодарит всех, кто к этому имел отношение.

Не буду говорить о недостатках сейчас. Все вы знаете: приезжают представители Росздравнадзора – территориальные органы работают.

Но хотелось бы обратить 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, и четвертое – все-таки время доезда до места вызова, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме, – более 20 минут с момента вызова (это тоже у нас проблема номер один).

На диспансеризации тоже не буду долго останавливаться. Но обратите внимание на слайд. 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 отсутствуют вообще, флюорографы отсутствуют в пяти субъектах. Кого это волнует, подойдите, пожалуйста, скажу. Будем в этом году этим серьезно заниматься, это необходимость.

Мы анализируем нормативные акты субъектов, как они реагируют на приказы Министерства здравоохранения. Коллеги, посмотрите. Приказ Минздрава Российской Федерации вышел в июле 2017 года. Мы проанализировали... Смотрите, как субъекты не вносят изменения в свои нормативные документы. Это профиль "онкология", порядок оказания медицинской помощи по "онкологии". Из 85 субъектов смотрите, сколько внесли по ряду некоторых направлений. По "детской онкологии" показатели еще хуже.

Хотелось бы также сказать несколько слов, остановиться на проекте. У Росздравнадзора свой проект – проект совершенствования контрольно-надзорной деятельности, который идет под эгидой Правительства Российской Федерации. И мне хотелось бы сказать, что этот проект идет по трем направлениям – "медицинская деятельность", "лекарства" и "медицинские изделия".

Обратите внимание, что 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. Смотрите, сколько попало в какую группу. 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.

И на чем бы мне хотелось еще остановиться очень коротко? 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).

И просила бы в заключение руководителей органов государственной власти взять под контроль вообще количество обращений граждан. Хочу сказать, что все недоработки организаторов здравоохранения содержатся в жалобах граждан. Хочу пример привести по Белгородской области, коль мы здесь. 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. Вот 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. И я считаю, что снижение количества жалоб граждан, рассмотрение их непосредственно в медицинских организациях должно и стать темой новых проектов (это по теме нашего мероприятия). Благодарю. *(Аплодисменты.)*

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Спасибо, Ирина Федоровна.

И финальный аккорд – в исполнении Татьяны Владимировны.

Ну, держитесь, белгородцы! Держитесь, главные врачи!

Т.В. ЯКОВЛЕВА

Ну, почему? Нет.

Уважаемые коллеги! Я очень благодарна Валерию Владимировичу за то, что он поднял такую тему, как сельская медицина, и Евгению Степановичу за то, что он гостеприимно нас принял и показал действительно очень хороший опыт Белгородской области. Знаете, Белгородскую область я давно знаю (и знаю Евгения Степановича), ее всегда называют во всей России маленькой Швейцарией. И мы договорились с Евгением Степановичем, внедряя такой опыт и дальше, еще плюс информатизацию, не только показать "маленькую Швейцарию", но и по демографии получить тоже Швейцарию. Мы об этом договорились. И мне эта тема близка.

И я очень благодарна, Александр Иванович, Вам за то, что Вы выступили, вот просто с душой выступили. Я понимаю, что Вы знаете, что Вы делаете, как Вы делаете и что будет с сельской медициной. Я правда получила истинное удовольствие, потому что я сама 14 лет отработала в сельской медицине. Я начинала участковым педиатром в поселке Нерль Тейковского района Ивановской области, потом стала главным врачом поселковой больницы, потом в ЦРБ отработала 14 лет и знаю, что это такое: и роды принимала, и шила, выполняла функции и окулиста, и отоларинголога, и все на свете. Я знаю, как трудно работать с ФАПами, когда у тебя 26 ФАПов на территории и 100 километров удаленность: до ЦРБ – 30, до

Иваново – 60. Я все это прекрасно знаю (и это нужно организовать), тем более имею право говорить, как это делать.

И очень благодарна, Евгений Степанович, Александру Ивановичу. Я получила истинное удовольствие, как он все это правильно воспринимает.

Уважаемые коллеги! Нельзя огульно говорить обо всем. Я вижу, здесь присутствуют представители Курской, Пензенской, Кировской областей, естественно, Белгородской области и многих других регионов (представители Ярославской области, по-моему, здесь есть), они знают, как мы к ним приезжаем с аудитом оказания медицинской помощи. Я всегда говорю управленческим кадрам в здравоохранении: только на основании мониторинга, контроля, анализа и статистики вы должны делать выводы и правильно принимать управленческие решения. Если бы да кабы – ничего не получится.

Только единственное, Александр Иванович, мне не понравилось из того, что было сказано: "На селе всегда высокая смертность, высокая заболеваемость". Да, но не всегда. И я сейчас это докажу, потому что мы, и в том числе Александр Иванович, работаем. И если вы видите эту динамику (в моем докладе не похвальба будет), меняются причины, согласитесь, и смертности, и заболеваемости, значит, и принимаются управленческие решения. Это очень важно. Поэтому не надо огульно говорить, что много (извините меня, Нина Алексеевна, я Вас уважаю и люблю) документации, а надо посмотреть, когда врачи жалуются на это, есть ли информатизация в этом регионе. Я была в Ярославле и сейчас покажу, что было и что стало, как только были приняты правильные управленческие решения. Вот это очень важно.

Первый слайд, пожалуйста.

Извините, я буду говорить с места, мне удобно по слайдам...

Посмотрите, с 2011 года по 2017 год идет уменьшение количества сельского населения как по абсолютным показателям, так и в процентном соотношении к другому. Причем у нас с вами в 2015 году небольшой рост был, но это связано с Крымом и Севастополем и переписью населения, а так в принципе идет, к сожалению, уменьшение.

Посмотрите долю трудоспособных лиц. Да, и в городе она увеличивается, и на селе, но на селе она... Это надо знать каждому главному врачу. В каждом своем районе он должен точно такой же анализ провести, чтобы, опять говорю, принять правильные управленческие решения. Доля растет и в городе, и в селе, но в селе она больше, и темпы старения населения тоже выше, а значит, Александр Иванович (буду сегодня к Вам апеллировать), – другие подходы к организации медицинской помощи. Согласитесь, правда?

Посмотрите, какие у нас с вами ресурсы. Вот нас критикуют: "Ой, у них количество ФАПов уменьшается!" Но, посмотрите, мы с вами что делаем, и в том числе Евгений Степанович? Увеличиваем количество врачебных амбулаторий, ВОПов и так далее. Мы, наоборот, даем более качественную медицинскую помощь селу – присутствует врач общей практики (семейный врач) и так далее. Вот что такое правильный анализ действий. Количество лечебных учреждений на село увеличилось: было 46 тысяч – стало почти 50 тысяч.

Техническое состояние. Мы провели анализ. Посмотрите, у нас доля сельских медицинских подразделений, требующих капитального ремонта, сократилась на 30 процентов. Регионы с удовлетворительным состоянием я не перечисляю, вы их видите. А регионы с неудовлетворительным состоянием, да, есть. И сегодня

почему Белгородская область начала заниматься сельским?.. И мы благодарны, почему и планируем получить "швейцарские" показатели как раз с помощью той инфраструктуры, которая сегодня имеется на селе.

Дальше посмотрите. Деятельность медицинских организаций, расположенных в сельской местности. Нам говорят: "Вы знаете, у вас чуть уменьшилось число посещений на одного сельского жителя". Но потом не смотрят... Все ведь в совокупности надо анализировать. Посмотрите, число профилактических посещений увеличилось на селе, число посещений областных, республиканских организаций, специализированных центров увеличилось, и удельный-то вес всех посещений, он же увеличился!

Да, есть регионы, в которых действительно падает посещение на селе (мы не говорим, что у нас все прекрасно). Я даже перечислила все эти регионы (вы видите на экране). И есть регионы, в которых, наоборот, лучше стало.

Посмотрите, передвижные подразделения. У нас с вами сегодня, слава богу, на селе не только строят, но и количество мобильных медицинских комплексов увеличились, количество маммографов увеличилось, врачебных... увеличилось. Но нас трясет и лихорадит по флюорографии, флюорографическим установкам. И сегодня такой посыл есть. Даже выключу микрофон. Будут и маммографы, и флюорографы, грубо говоря. *(Оживление в зале.)*

Дальше. Я специально сказала Ирине Федоровне, чтобы она... Мы говорим о том, как правильно располагать, где частные, где не частные организации. Территориальное планирование и эффективное использование денег. Для этого уже Минздрав подготовил все нормативно-правовые акты, начиная от домовых хозяйств, все расписал, где какое расстояние и так далее.

Минздрав пошел дальше. Уже даже экстренная помощь – это менее 60 минут, неотложка – 120 минут. Всё уже расписали. В шаговой доступности...

Пошли дальше. Сделали такую геоинформационную карту, вы все прекрасно знаете. Представители Курской области здесь присутствуют, мы уже с ними работаем, я пример по ней приведу. И вот тогда видно, где какие ФАПы, ВОПы или больницы располагать. Если в Курской области, извиняюсь, от 100 до 1000 человек (что значит анализ!) – нет, недоступна медицинская помощь. "Первичка"! На минутку, не специализированная – "первичка". Естественно, они сейчас над этим работают. Немедленно здесь должна быть организация. Пожалуйста, устраивайте государственно-частное партнерство – все что угодно. Вот оно все на карте. Главное – посмотреть, проанализировать и сделать. На каждый регион такая карта есть.

Я специально взяла... У нас с вами создана трехуровневая система во всех регионах, слава богу. Где-то она "шатается на курьих ножках", где-то очень крепко стоит. В Белгородской области эта трехуровневая система крепко стоит. Я специально взяла... Посмотрите.

Посмотрите, какие перинатальные центры мы с вами сегодня строим (я скажу, почему я их показываю).

Это не только Самара, это Дагестан, это Белгородская область (посмотрите, какой центр), Ингушетия, Липецкая область. И это, казалось бы, нереально. Реально! У нас сегодня практически в каждом регионе вот такой красавец – перинатальный центр, и это не просто здание, а там сидят высококвалифицированные специалисты! Высококвалифицированные! Фетальные хирургические операции сегодня делаем, уже внутриутробные операции! И это не сказка, это

жизнь, это настоящее время. Мы выхаживаем ребенка весом буквально 470 граммов! Недавно выступала девочка, ей четыре года, она сама уже стихи пишет, а родилась весом 470 граммов. И это опять настоящая жизнь, которую делают наши медики, наши врачи. Я уже дальше не перечисляю. Это желание...

И я сегодня благодарна Евгению Степановичу за то, что он столько вкладывает (я не красивые слова говорю) в здравоохранение. Но, медики, дайте ответный результат, а это организационные вопросы и правильно принятые управленческие решения.

Посмотрите, у нас сегодня обновляется санитарный транспорт. Даже федералы, поглядите... Даже уже федеральные деньги...

И в этом году, Евгений Степанович, дадим из федерального бюджета деньги на закупку машин скорой помощи и будем говорить: пожалуйста, направляйте их только на сельскую медицину. Ради бога, мы никуда сами... мы отдаем региону, и регион решает, куда их направить – в город, в областную больницу или на ФАПы.

Посмотрите, санитарная авиация. Сегодня у нас представитель Кировской области выступал (они в проекте, 34 региона используют санитарную авиацию), и он не даст мне соврать, насколько увеличилось количество вылетов, а значит – спасенных жизней. И сегодня стоит вопрос... С 1 октября этого года, думаю, мы должны уже внедрить ее на всей территории Российской Федерации, потому что при ДТП мы не сможем спасти людей без санитарной авиации в любом городе. Санитарная авиация нужна и в таких городах, как Москва, Санкт-Петербург и так далее, а не только на Дальнем Востоке и в Сибири. Даже здесь, в центре, мы должны это делать и 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, опять говорю, сегодня надо не хвалиться (вот какие мы хорошие!), а делать выводы, чем нужно заниматься. Диспетчеризацию централизовать надо? Надо (а в Белгороде этого до сих пор нет, и регионы... я вам сейчас покажу: 74 процента только), потому что на ее базе мы будем делать санавиацию, и вылеты будут в каждую деревню (я образно говорю). Вот какие управленческие решения! Думать надо уже сейчас и закладывать это. Вот вам сельская медицина. Это нужно делать.

Посмотрите (об этом уже говорил представитель Кировской области, я не буду повторяться), вот что было у нас, почему мы пришли к этому. Следующий этап после перинатальных центров — это поликлиники.

Посмотрите, что было на рабочих местах. Разве можно здесь, если пациент придет, справку найти? Медсестра будет три часа искать эту справку! И все это привело к тому, что мы должны заниматься бережливыми технологиями, о чем и говорил Александр Иванович. Поэтому сегодня мы действительно имеем результаты.

Ну что это такое? Прихожу в региональную детскую поликлинику (не буду называть регион). Боже мой — все кричат, орут! Папы, мамы... "Что такое происходит?" — "Вакцинация детей". Я спрашиваю: "А что это такое-то? Не пройти, не протолкнуться!" — "Ну, так два раза в неделю..." — "А чаще-то нельзя?" — "Так у нас всегда так было". Вот ответ. А сегодня в этой же поликлинике очереди нет и криков нет. Всё сделали. Каждый день теперь делают. Какие были проблемы? Какие деньги нужны были? Вот о чем мы говорим. Понимаете?

Диспансеризация. Да лучше застрелиться, чем на вашу диспансеризацию (на нашу с вами диспансеризацию) прийти, если

она делается в некоторых регионах до трех месяцев! Check Up должен быть (а Check Up за день должен быть сделан), а если это первый этап – это вообще буквально два-три часа. Я пришла и сделала быстро. И это возможно? Возможно в том же Кирове (подтвердите, да?). Точно так же и в Пензе, и в Тамбове (да, подтвердите?). Все кричали: "Нет-нет, невозможно!" Все возможно при принятии правильных управленческих решений и правильной организации труда. Вот и все.

Посмотрите, сегодня у нас Ярославль (пусть не обижаются те, кто присутствует в зале)... Поликлиника, куда я пришла... Я ужаснулась – это был просто свинарник! Что сегодня? Вот, пожалуйста, результат. Можем? Можем.

Почему я вам это показываю, а не хвальнось... Можем это делать – сейчас и сегодня.

Удмуртия, городская... Бурятия. Ивановская область (даже уж такой регион). Пензенская область. И это, кстати, и на селе в Пензе сегодня делают, ЦРБ, не город Пенза и так далее (и так же в Кирове). Кировская область. Оренбургская область. Да сюда приятно войти и медику, и пациенту. Удмуртия.

И вот сегодня опять – телемедицина. Где? Это я опять не хвастаюсь. Мы с вами приняли закон. Всё, телемедицина и дистанционное консультирование должны быть сегодня и сейчас.

Есть ли условия в регионах – вот в чем вопрос. И в том же ФАПе, и в том же... Мы из Тулы только приехали. Ну, класс, конечно! Сидит фельдшер, разговаривает с кардиологом ЦРБ. Она передает ЭКГ – он ей говорит. Конечно, шикарно! И это сегодняшней день. И это не должно быть пилотным проектом – это уже сегодня должно быть в каждом регионе. Вся "нормативка" уже

есть, спасибо Государственной Думе, Совету Федерации. Все принято. Вот и всё.

И что мы с вами в результате получаем? Динамику городского... Вы посмотрите. Да, действительно прав Александр Иванович, у нас с вами все равно на селе остается 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 (вы сейчас по заболеваемости посмотрите) показатели по заболеваемости растут на селе, и слава богу, потому что выявляемость пошла. Но смертность растет!

Евгений Степанович, Вы многое вкладывали... Я знаю, как вы строили жилье, чтобы мужик занимался делом, хозяйством, как Вы говорите.

Смертность на селе растет от алкоголя. Так вот куда надо направлять!.. И, если мы дальше с вами посмотрим, у нас на селе... 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, когда вызвать скорую...), сидят до последнего на селе – отсюда и смертность.

Вот и нужно менять (как, Александр Иванович, Вы меня и порадовали, правильно?), менять подходы и больше этому уделять внимания, подворовые обходы делать, собирать у себя... Я сама занималась в Нерли еще в то время и знала, что это такое, если мама меня вовремя вызовет, а не ночью, в четыре часа ночи, с ожогом пищевода четырехлетнего ребенка... "Когда, – спрашиваю, – выпил уксус?" – "А еще вечером". – "Почему не отвезла?" – "Папа не

разрешил". Ну что это такое? Она говорит: "Думала, пройдет". Это неинформированность и необразованность в высшей степени на селе, и этим надо заниматься.

Поэтому показатели смертности... Структура смертности одинаковая, кроме... Она очень высокая от алкоголизма. Это циррозы печени, панкреатиты. Вот это и нужно смотреть. А здесь уже социальный фактор, здесь медик бывает бессилён. Это тоже важно. И это анализ, и нужно сказать главе региона, который должен это видеть. Вот в чем задача медика. Здесь мы бессильны. Вот в этом селе непосредственно... А особый акцент нужно сделать... Вот почему я говорю: нужен анализ.

Младенческая смертность. Действительно, она тоже существует. Ее динамика снижается и на селе, но она остается. Почему? А вот ее это опять... В первую очередь маршрутизация. Наконец-то мы ее стали везде требовать и так далее. Например (пусть не обижаются), та же Рязань: выстроили даже перинатальный центр, младенческая смертность – 10 промилле с лишним! Да что это такое! А они просто использовали перинатальный центр как VIP-роддом (чего скрывать-то?). Это несколько лет назад было. А сегодняшний день? Замечательно! У них ниже 5,4 промилле всего. Почему? Потому что маршрутизация... Из села каждая беременная, каждая роженица уже на учете и вовремя доведена. 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. Посмотрите. Я даже зачитываю. Сохраняется значительное различие показателей 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. Это я, возвращаясь к вам, говорю: образованность и информированность сельского населения – вот самая главная сегодня задача. В этом плане это действительно так.

О структуре смертности и об алкоголизме я уже говорила. Теперь – динамика ожидаемой продолжительности жизни. 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, о чем я вам и сказала.

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

И на следующем слайде – это то, чем мы сегодня будем и должны заниматься. Спасибо за внимание. *(Аплодисменты.)*

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Уважаемые коллеги, мы с вами работаем 3 часа 15 минут. Достаточно? Устали.

Огромный массив информации, но, возвращаясь к первоначальной теме, я хочу сказать, что мы все-таки должны сосредоточить свое внимание на проектном управлении (это,

наверное, то, что очень важно). Я для себя пометил очень много замечаний, которые прозвучали в выступлениях. Безусловно, мы всё это будем учитывать.

Я предлагаю Евгению Степановичу завершающее слово. И после этого переходим к проекту рекомендаций.

Пожалуйста, Евгений Степанович.

Е.С. САВЧЕНКО

Времени у нас нет, поэтому никакого завершающего слова, кроме слов благодарности. Но я хочу сказать следующее. В мире составлен рейтинг стран по состоянию здравоохранения. Кто, вы думаете, занимает первое место? Первое место занимает (правильно кто-то сказал) Куба, где расходы на одного жителя составляют всего 600 долларов. Соединенные Штаты Америки, где расходы на одного жителя, как я уже сказал, – 11 тыс. долларов, занимают 48-е место. Почему Куба? Потому что Куба взяла нашу систему здравоохранения, советскую, семейную медицину, где в основе был семейный врач, он и сейчас сохранился. И там тоже 1,5 тысячи человек на одного семейного врача. Все остальное, вся остальная медицина, – это уже надстройка. Поэтому мы идем по этому пути. Пусть это не совсем, может быть, рыночный путь, но я считаю, что он сегодня самый эффективный для пациента, для клиента. Мы с этого пути не будем сворачивать, мы пойдем по нему. Ну а кто-то, может быть, и более эффективное решение найдет. Я думаю, тут должно быть многообразие.

Благодарность хочу выразить Валерию Владимировичу за то, что он нас здесь собрал и организовал такую замечательную встречу. Спасибо. *(Аплодисменты.)*

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Спасибо, Евгений Степанович.

Я хочу обратить ваше внимание на то, что с нами очень терпеливо и внимательно работал в зале Николай Иванович Рыжков. Давайте все его поприветствуем. *(Аплодисменты.)*

Николай Иванович, Вам огромное спасибо за то, что Вы сегодня с нами.

И мужественно выдержал всю повестку дня Потрясаев Василий Николаевич, председатель Белгородской областной Думы. *(Аплодисменты.)*

Уважаемые коллеги, проект рекомендаций у вас имеется. У меня какое есть предложение? До 1 марта, в течение этих двух недель, оставшихся до завершения, направить в наш адрес, в адрес комитета, ваши конкретные предложения к проекту рекомендаций. Мы их после этого издадим и направим в каждый регион, естественно, в министерства. Не будет возражений? Не будет.

Я хочу всех вас поблагодарить за активную работу. Завтра у вас (кто приехал специально из Москвы) по формату будет интересный день. У вас есть возможность познакомиться с совершенно уникальным памятником истории Великой Отечественной войны.

Я думаю, что это нужно обязательно сделать. Когда еще сможете побывать на Прохоровском поле и на всех музейных площадках там? Поэтому, конечно, рекомендую.

Всем огромное спасибо за работу. Будьте здоровы и счастливы.

Т.В. ЯКОВЛЕВА

Очень интересные доклады, представители регионов. Я вам очень благодарна. Спасибо огромное.

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Товарищи дорогие, ради бога, извините! Мне подсказали, что еще награждение.

Т.В. ЯКОВЛЕВА

Самое важное!

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Я быстро проведу награждение.

Итак, друзья, ваши аплодисменты. *(Аплодисменты.)*

За достижение высоких результатов по повышению качества и доступности первичной медико-санитарной помощи на территории сельских поселений Белгородской области Благодарностью Комитета Совета Федерации по социальной политике награждаются врачи общей практики (семейные врачи) центральных районных больниц:

Валуйская Елена Николаевна, Шебекинский район.

(Аплодисменты.)

Иванова Ольга Петровна, Вейделевский район. *(Аплодисменты.)*

Каминин Александр Иванович, Ракитянский район.

(Аплодисменты.)

Коваленко Николай Алексеевич, Алексеевский район.

(Аплодисменты.)

Корнецких Александра Александровна, Краснояружский район. *(Аплодисменты.)*

Фадеева Ольга Дмитриевна, Прохоровский район.

(Аплодисменты.)

Шаповал Александр Иванович, Новооскольский район.

(Аплодисменты.)

Шашкова Евгения Николаевна, Губкинский городской округ.

(Аплодисменты.)

Трубникова Татьяна Васильевна, врач общей практики Уразовской районной больницы № 2, Валуйский район.

(Аплодисменты.)

Цапкова Наталья Михайловна, врач общей практики
консультативно-диагностической поликлиники, Корочанский район.

(Аплодисменты.)

Ковальцова Светлана Ивановна, фельдшер, Борисовский
район. *(Аплодисменты.)*

Ряполова Светлана Юрьевна, медицинская сестра,
Старооскольский городской округ. *(Аплодисменты.)*

В.В. РЯЗАНСКИЙ

Спасибо большое за участие.
