

«Мы должны завершить в 2013 г. работу по региональным программам модернизации здравоохранения, – заявил на заседании Правительства России премьер-министр РФ Дмитрий Медведев. – Уже в ближайшие годы медицинские услуги на самом современном уровне должны стать доступными для всех граждан, независимо от места жительства – это одна из основных задач».

Времени – в обрест

«Выделенные средства стали стимулом для развития здравоохранения в регионах», – подчеркнул Д.Медведев. Он напомнил, что региональные программы финансировались из нескольких источников – средств федерального и территориальных фондов ОМС, региональных бюджетов. «Всего на 1 января 2013 г. было перечислено практически 700 млрд руб., – сказал премьер. – Тем не менее, как мне докладывают, на начало года большая часть регионов выполнила программу не полностью – на 75%, может быть, на 80%. Где-то это по объективным причинам, где-то из-за бюрократической волокиты и просто проблем в управлении. Поэтому я хотел бы обратить внимание, что ме-

В центре внимания

Стимулы пока не использованы

К началу года на реализацию программ модернизации здравоохранения субъектов Федерации направлено почти 700 млрд руб. Освоено 579,4 млрд



помощи создана сеть межмуниципальных центров с довозом из каждой точки региона в течение 30-40 минут, максимум – часа для регионов с низкой плотностью населения. Их количество за 2 года увеличено в 2 раза – с 571 до 1169 центров.

В.Скворцова подчеркнула, что на привлечение молодых врачей в сельскую местность существенно повлияло решение главы государства о выплате им подъемных в размере 1 млн руб. «Миллионерами», получив такие «подъемные», стали уже 7758 врачей.

Повышение эффективности работы первичного звена системы здравоохранения привело к существенному улучшению всей структуры оказания медицинской помощи, отметила министр. Так, на 3% увеличилось количество посещений амбулаторных учреждений, на 6% возросло число пациентов, пролеченных в дневных стационарах. При этом уменьшилось количество вызовов скорой помощи и больных, пролеченных в круглосуточных стационарах, – на 2,1 и 2,6% соответственно.

Контингенты особого внимания

Особое внимание, по словам В.Скворцовой, было уделено в ходе реализации региональных программ модернизации, повышению доступности и качества медицинской помощи в системе охраны материнства и детства. На эти цели было направлено 28% всех финансовых ресурсов – около 186 млрд руб.

Учитывая, что в снижении младенческой смертности решающим фактором является надлежащая организация реанимации и интенсивной терапии новорожденных, за два года на 26% увеличилось число высокотехнологичных коек реанимации и интенсивной терапии новорожденных – с 3 тыс. до 3,9 тыс. коек. В 14 субъектах РФ обеспеченность такими койками соответствует в настоящее время рекомендациям ВОЗ – 4 на 1 тыс. родов. Для обеспечения своевременной медпомощи при родах во всех регионах созданы мобильные реанимационные акушерские бригады. В результате показатель младенческой смертности снизился с 7,5 на 1 тыс. рожденных живыми в 2010 г. до 7,3 в 2011 г.

В прошлом году, в связи с переходом на новые критерии живорождения (регистрация 500-граммовых детей, начиная с 22-й недели беременности), экспертами прогнозировался значительный рост младенческой смертности. Отечественные ориентировались на 30–35%, международные, включая экспертов ВОЗ, – до 100%. Но благодаря принятым комплексным мерам по результатам 11 месяцев 2012 г. прирост составил 18,9% – до 8,8 на 1 тыс. родившихся живыми. Более того, в регионах с наличием перинатальных центров и сформировавшейся трёхуровневой системой продолжалось снижение младенческой смертности, оно достигло 6,5.

Надо было взять под контроль здоровье подростков, учитывая период взросления и созревания, что определяет репродуктивный потенциал нации. Для этого проведена сплошная диспансеризация 14-летних (более 2,3 млн человек или 99%). Впервые выявленные заболевания наблюдались по её результатам, к сожалению, у 55% осмо-

СПРАВКА «МГ»

На 1 января 2013 г. на реализацию региональных программ израсходовано 579,4 млрд руб.

В 7 субъектах РФ мероприятия программ выполнены более чем на 90%. Финансовые средства практически полностью использованы в Алтайском и Хабаровском краях, Брянской, Ивановской, Рязанской и Тамбовской областях, Ненецком автономном округе.

В 24 регионах уровень реализации программ и степень освоения средств составили более 85%. Это – республики Адыгея, Алтай, Бурятия, Марий Эл, Мордовия, Татарстан, Чеченская и Чувашская республики, Белгородская, Вологодская, Кемеровская, Липецкая, Нижегородская, Новосибирская, Пензенская, Омская, Самарская, Саратовская, Сахалинская, Томская, Тульская, Тюменская и Ульяновская области, а также С.-Петербург.

В 49 субъектах Федерации освоение средств и выполнение программ составило от 75 до 85%.

В трёх регионах мероприятия программ и использование средств составили менее 75% – это Чукотский автономный округ, Республика Ингушетия и Еврейская автономная область.

роприятия, запланированные на 2011-2012 гг., должны быть завершены в первом полугодии текущего года».

Задачи впереди – весьма масштабные, подчеркнул глава Правительства РФ. Надо провести текущий и капитальный ремонт поликлиник, больниц, завершить строительство медучреждений, готовность которых находится в высокой степени (80% и более), оборудовать их современной медицинской техникой и, конечно, внедрять современные стандарты медпомощи и информационные технологии.

На главных направлениях

Говоря о проблемах, по которым давались поручения, Д.Медведев отметил, что почти треть средств региональных программ направлена на модернизацию ЛПУ, оказывающих медицинскую помощь детям. Именно на эти деньги развивались новые для педиатрии направления, в частности неонатальная хирургия. Медики получили дополнительную возможность оперировать больных детей ещё до их рождения и сразу же после рождения. Практически во всех субъектах РФ созданы мобильные реанимационные акушерские бригады. Получило развитие новое направление – так называемой паллиативной медицинской помощи, организованы медслужбы по уходу за детьми, которые находятся в очень тяжёлом состоянии и требуют особой

заботы (раньше это ложилось в основном на родителей). Развиваются детская реабилитация, профилактика заболеваемости. Диспансеризацию прошли 2,3 млн 14-летних подростков (практически все), более 1,5 млн получили необходимое лечение по индивидуальным программам.

Говоря о доступности медицинской помощи на селе, Д.Медведев подчеркнул, что эта тема для нашей страны – сверхактуальная, прежде всего для амбулаторной помощи. Приводились и приводятся в порядок ФАПы, организовано около 600 межмуниципальных центров кардиологии, онкологии, травматологии, диагностических центров для будущих матерей. Количество оборудования для телеконсультаций (что также весьма актуально в условиях нашей страны), увеличилось в 4 раза, закуплено 187 мобильных комплексов для диспансеризации населения. Почти 20 тыс. машин скорой помощи и 2,5 тыс. диспетчерских станций (более 95%) оснащены системой спутниковой навигационной связи ГЛОНАСС, это повысило оперативность их работы.

Всё сделанное уже реально приблизило специализированную медицинскую помощь к людям, которые живут в сельской местности и в отдалённых районах страны, констатировал премьер. За последние 2 года на село приехало около 8 тыс. молодых врачей. «Это неплохой результат, – полагает

он, – но, конечно, очень важно, чтобы они на селе закрепились, а не просто отработали какие-то несколько лет и переехали в другую местность. Работу эту нужно продолжить». Д.Медведев напомнил, что меры поддержки молодых сельских врачей распространены после принятых недавно решений и на тех из них, которые переезжают в рабочие посёлки.

Что касается информатизации регионального здравоохранения, то, по мнению главы Правительства РФ, «установка компьютерного оборудования – это не самоцель, нужно и научиться его правильно использовать, в первую очередь как основу для дальнейшей модернизации». Во многих больницах уже внедряются электронные медицинские карты, электронная запись на приём к врачу, на исследования, развивается система удалённого мониторинга. «Конечно, дел ещё немало», – убеждён Д.Медведев, обратив на это внимание федеральных министров и руководителей регионов.

Доступность + качество

«Необходимость региональных программ модернизации связана не только с потребностью обновления инфраструктуры здравоохранения, – полагает министр здравоохранения России Вероника Скворцова, – но и с оптимизацией технологического процесса, созданием условий для реализации с 1 января текущего, 2013 г., единых порядков и стандартов оказания медицинской помощи на всей территории страны».

Комплексные выездные проверки хода реализации программ прошли в 65 регионах, в трёх федеральных округах состоялись выездные медицинские активы. По их итогам в режиме видеоконференций с субъектами Федерации, как в Минздраве, так



и в Правительстве РФ, проводились регулярные совещания. Освоение ресурсов с учётом их экономики и с учётом поступивших в декабре прошлого года дополнительных средств превысило по результатам двух лет 98%. Ключевым направлением стала оптимизация логистики медпомощи на основе выстраивания эффективной трёхуровневой системы здравоохранения с обеспечением всего цикла – от профилактики и ранней диагностики до интенсивного лечения и полной медико-социальной реабилитации.

Особое внимание уделено повышению доступности и качества медицинской помощи в сельской местности и удалённых районах страны. Из 48 471 врачебных амбулаторий, офисов врачебной помощи, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, где предусматривалось обновление и повышение эффективности работы, функционируют уже 48 240, то есть более 99,5%. При этом в структуре первичной помощи существенно увеличился процент врачебной помощи. Модернизировано 4534 врачебные амбулатории, что на 8% превышает запланированную цифру. Для выездной работы задействовано 187 единиц передвижных мобильных комплексов: передвижные фельдшерско-акушерские пункты, амбулатории, центры здоровья, маммографы, флюорографы и другие мощности.

В целях улучшения качества специализированной, в том числе экстренной медицинской

тренных – это 1,3 млн человек. В настоящее время лечение, с учётом ранее выявленных заболеваний, получили уже более 1,5 млн подростков.

Или взять высокотехнологичную медицинскую помощь. Если к концу 2010 г. она оказывалась в субъектах Федерации только 34 тыс. россиян (124 медучреждения в 50 регионах), то на конец 2012 г. её по месту жительства непосредственно в регионах получили уже 140 тыс. человек. Рост – более чем в 4 раза, причём количество учреждений, оказывающих такую помощь, увеличилось до 221 (59 субъектов) РФ. Даже такой сложный вид этой помощи, как трансплантация органов, стало возможным осуществлять сейчас в 18 медучреждениях регионов. Как следствие, до 40% всех операций по пересадке, например, почки проводится сейчас в субъектах Федерации.

Но главной целью региональных программ модернизации здравоохранения являлось улучшение показателей деятельности системы здравоохранения в целом, и прежде всего снижение смертности по основным группам заболеваний, отметила глава Минздрава. За 2011 г. и 11 месяцев 2012 г. в сравнении с 2010 г. смертность от всех болезней системы кровообращения уменьшилась на 9,5%, в том числе от сосудистых заболеваний мозга – на 13,9%, туберкулёза – на 19,6%, новообразований – на 1,7%. В целом общая смертность за 2 года снизилась на 6,3% – с 14,2 до 13,3 на 1 тыс. населения.

Таким образом, дополнительно было спасено более 130 тыс. жизней. На фоне продолжающегося повышения рождаемости (почти на 135 тыс. человек) естественная убыль населения сменилась за 2012 г. приростом на 4600 человек.

В то же время министр не могла не обратить внимание, что не все субъекты Федерации равно эффективно реализовывали программы модернизации, хотя, добиваясь необходимого финансирования, самостоятельно их составляли и защищали.

Основа для роста заложена

Модернизация учреждений здравоохранения позволила пилотно внедрить 98 стандартов медпомощи при тех заболеваниях, которые определяют основные причины смертности и заболеваемости, подчеркнула В.Скворцова. В среднем в каждом регионе пилотно их внедрено более 20. Лечение по стандартам уже получили более 12,3 млн пациентов более чем в 80% больничных учреждениях, работающих в системе ОМС.

Это позволило повысить заработную плату врачей этих учреждений с 32 тыс. руб. до 37,7 тыс. – на 17,5%; среднего медперсонала – с 18,6 тыс. до 21,6 тыс., на 16,1%, доложила министр. Комплекс мер по повышению доступности амбулаторной медпомощи, включая специализированную помощь в первичном звене, дал возможность увеличить также зарплату врачам первичного звена – с 28,5 тыс. руб. до 33,1 тыс., на 16,1%; для среднего медперсонала – с 17,4 тыс. до 20 тыс., на 14,9%.

Улучшение качества медицинской помощи отмечают, по словам В.Скворцовой, и пациенты. Как показывают социологические опросы застрахованных в системе ОМС, проводившиеся в течение 2 лет во всех субъектах Федерации, процент удовлет-

ворённости россиян оказанной медицинской помощью увеличился в декабре 2012 г. с 53 до 72. «Таким образом, – полагает министр, – программы модернизации стали серьёзной основой для разрабатываемых в настоящее время региональных программ развития здравоохранения до 2020 г. и дальнейшего улучшения его организации в субъектах Федерации».

Из резервных средств ОМС на модернизацию здравоохранения в 2013 г. направляется, согласно решению Правительства РФ, 50 млрд руб. Поэтому, как отметил Д.Медведев, основными задачами будут завершение в первом полугодии мероприятий, запланированных программами модернизации в 2011-2012 гг. Кроме того, в 2013 г. предстоит выполнить программы модернизации на основе разрабатываемой в настоящее время дорожной карты по повышению эффективности здравоохранения и региональных программ развития здравоохранения до 2020 г., а также перечня мероприятий, где особый акцент – опять же на совершенствование медицинской помощи детям и при родовспоможении. Кроме того, Минздрав внесёт в Правительство РФ 83 (по числу субъектов Федерации) комплекса мер по совершенствованию кадровой политики.

О ходе реализации региональных программ модернизации здравоохранения во вверенных им субъектах Федерации доложили на заседании Правительства РФ глава Республики Бурятия Вячеслав Наговицын и губернатор Псковской области Андрей Турчак.

Сегодня медицина готова перейти на принципиально новый уровень оказания медицинской помощи, и это стало основным итогом модернизации здравоохранения, считает вице-премьер РФ, курирующая в кабинете министров социальную сферу, Ольга Голодец. Вместе с тем, заметила она, не все учреждения готовы на сегодняшний день к такого рода помощи. «Мы сделали очень серьёзный, прорывной шаг и готовы решать самые сложные задачи, но надо понимать, что мы находимся в середине пути, – заявила заместитель председателя Правительства РФ. – Сегодня, очень чётко проведя фактически диагностику системы здравоохранения, мы понимаем, что показатели здоровья, жизни населения могут быть существенно улучшены. Мы действительно должны ставить более амбициозные задачи, потому что обладаем всеми ресурсами для того, чтобы этих целей достичь – и по улучшению ситуации в младенческой смертности, материнской смертности, смертности от туберкулёза, и всех остальных показателей, которые перечислены в программе».

В заключение О.Голодец поставила задачу сопряжения программы модернизации здравоохранения с теми задачами, которые ставит Государственная программа «Развитие здравоохранения до 2020 г.» «Надо «набрать достаточный темп, – сказала она, – потому что каждый год откладывания решений тех или иных проблем – это человеческие жизни...»

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

НА СНИМКАХ: на повестке дня заседания Правительства РФ – модернизация здравоохранения регионов; В.Скворцова.

Личный опыт

Визуальная педиатрия

Она помогает в совершенствовании профессиональной подготовки детских врачей

Как известно, сегодня упор в развитии здравоохранения сделан на амбулаторное звено. Именно оно должно занять ведущее место в оказании медицинской помощи населению, в том числе детскому. Естественно, повышаются требования к квалификации специалистов, прежде всего педиатров. О том, как предпринимаются для улучшения профессиональной подготовки детских докторов на последипломном этапе, наш разговор – с заведующим кафедрой поликлинической педиатрии Российской медицинской академии последипломного образования профессором Валерием ДОСКИНЫМ.

– Валерий Анатольевич, как вы оцениваете уровень первичной медицинской помощи детям, оказываемой в стране?

– Как низкий. О чём свидетельствует хотя бы тот факт, что догоспитальная летальность остаётся высокой.

Мы недавно разбирали в поликлинике вопиющий случай: двухлетний ребёнок не видит, не слышит, а везде в истории болезни написано: «Рост и развитие нормальное. Зрение и слух в норме». Если бы родители не забились тревогой и не обратились к нам сами, врач, наверное, продолжал бы считать ребёнка здоровым.

Конечно же, большинство детских докторов ответственно относятся к своему делу. Но беспокоит тот факт, что педиатр сегодня, по сути, становится диспетчером.

– Отходит от истинной педиатрии?

– К сожалению. У меня всё время идёт спор с сотрудниками кафедры. Я считаю, что преподаватели врачи не знают (то, что когда-то учили в вузе, давно забыли), и стараюсь как-то её приблизить, а мне коллеги говорят, что это слушателей не интересует. И они по-своему правы, потому что те 12-15 минут, которые отводятся на приём ребёнка, врач решает, куда бы направить пациента. И направляет его на УЗИ, рентген, ЭКГ, в лабораторию и т.д. После чего ребёнок к нему поступает уже с предварительным диагнозом. Педиатру не надо думать, опускать больного, прослушивать, тратить на это время. К тому же он застрахован от различных жалоб. Его мысль сегодня работает в другом направлении.

Недавно после лекции подходит ко мне слушательница, заместитель главного врача поликлиники и говорит: «Мы всё это знаем. Нам ничего не нужно. Вы должны нас научить, как вести документацию, поскольку нас проверяют, и как нам избежать конфликтов с проверяющими». Я опешил, она меня присила научить её врать.

– Немудрено. Ведь известно, что идёт удвоение медицинских карт, врачи записывают исследования, которые не проводят, и им нужно знать, что, скажем, при ангине не следует делать рентген суставов (то есть дорогостоящие процедуры). Докторам в сложившейся ситуации приходится обороняться, а знаниями, они полагают, обладают в достаточном объёме, хотя на самом деле знаний не хватает.

– Полностью с вами согласен. Врачей надо ориентировать на оказание эффективной дополнительной помощи, что мы и стараемся делать, проводя циклы усовершенствования, переподготовки, повышения квалификации участковых педиатров, заведующих отделениями и главных врачей детских амбулаторных учреждений. Базой нашей кафедры, помимо детской поликлиники, являются дом ребёнка, реабилитационные центры. А сейчас мы получаем в своё распоряжение ещё и учебную комнату в приёмном покое детской



больницы № 9. Поликлинические врачи должны знать, с какими симптомами пациенты поступают от них, видеть свои ошибки.

– Что вами предпринимается для улучшения подготовки педиатров? Я слышала, что вы ввели какое-то новшество.

– Перестраиваю обучение на кафедре по-новому. Раньше преподавание велось по нозологиям: пневмония, гастрит и т.д. Сейчас мы перешли на посиндромную подачу материала. Ведь врача поликлиники вызывают в связи с болью в животе, кашлем, температурой. И он должен, исходя из синдрома, поставить диагноз и решить, как быть с ребёнком дальше: оставлять дома, отправлять в стационар или проконсультировать у узкого специалиста. Вот поэтому преподавание ведётся по наиболее частым синдромам: головная боль, запор и т.д.

И теперь даже назначение лекарственных средств происходит с учётом не только взаимодействия с различными препаратами, но и с пищевыми продуктами, что позволяет подобрать оптимальное меню. В клинике это невозможно, поскольку используется стандартная диета, а дома вполне выполнимо.

Кстати, полагаю нам нужно уйти от малоэффективных лекарственных средств, и помощь станет более действенной.

– А какие лекарственные средства можно считать малоэффективными? Как их определить?

– Очень просто. Достаточно собрать комиссию из 15-20 экспертов, и пусть каждый выпишет, что он считает таковым.

– То есть опора – на личное мнение. А оно на что должно опираться?

– Только на опыт.

– Мне такой подход кажется недостаточным доказательным.

– Возможно. Но решение будет коллегиальным, и путь к нему будет состоять из нескольких этапов. Выступая перед слушателями, я всегда подчёркиваю: «Три дня не помогаем лекарством, меняйте его, назначайте другое». Прежде всего, это – защита от фальсифицированных препаратов. Кстати, почему в законодательстве нет статьи о том, что выпуск фальсифицированных препаратов должен приравниваться к покушению на убийство? Ведь если тяжёлому больному вместо аспирина давать мел, то время теряется, исход может быть печальным.

По моему глубокому убеждению,

благодаря введению в законодательство такой статьи эффективность лекарственной терапии сразу бы повысилась.

– Как слушатели восприняли ваши преподавательские новации?

– Врачи ещё не поняли глубокий смысл моих новаций, но им легче усваивать материал.

– А как вам пришла мысль изменить подход к подаче материала?

– В процессе размышления. Наверное, сама логика оказания медицинской помощи подтолкнула.

Мы продолжаем совершенствовать учебный процесс. К примеру, намечаем новые лекции, я приглашаю к себе сотрудника, и он мне рассказывает о том, что будет читать. Потом своим коллективом собираемся на конференцию, и он эту лекцию излагает. И уже после этого выходит к курсантам, но опять же в присутствии всех наших преподавателей. В итоге каждый преподаватель проходит своего рода тренинг. Я эту систему выработал с целью создания некоего более совершенного продукта, а отнюдь не для того, чтобы кого-то унижить, как может порой показаться.

Уже в течение 10 лет я собираю у своих слушателей трудные, интересные случаи, врачебные ошибки – каждый врач, который приходит обучаться на кафедру, должен дать некую выписку из истории болезни. Мы объясняем докторам, чего от них хотим, а потом проводим конференцию и наиболее интересные случаи они докладывают. Честно сказать, это не получает большого одобрения у слушателей, ведь не каждому хочется признаваться в своих слабостях.

Мы довольно широко используем в процессе обучения видеоматериалы. Кафедра располагает колоссальной фильмотекой – собрано около 200 часов учебных фильмов, где записаны клинические разборы, сложные случаи и т.п., и мы их демонстрируем. Это разнообразит занятия, и отчасти облегчает нашу задачу, ведь сейчас очень непросто приходится с демонстрацией конкретных пациентов: нужно получить информированное согласие от родителей, от ребёнка, от врача, поэтому фильмы в некоторых ситуациях выручают.

Помимо всего прочего, в помощь педиатрам издаётся небольшое количество литературы. Например, сотрудниками нашей кафедры подготовлен «Малый атлас детских инфекций». Я называю эту серию визуальной педиатрией. Только что вышла в свет одна из книг, посвящённая кори. Корь представлена большим числом фотографий, визуальных признаков болезни. Приведён уникальный материал, который мы собирали и анализировали в течение нескольких лет.

– Можно сказать, атлас – это революция в учебной литературе. Врачи получили своеобразный, богатый иллюстрированный энциклопедический справочник для самообразования.

– Очень хочется надеяться, что он окажется полезным педиатрам, поможет им в совершенствовании знаний.

Беседу вела
Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

НА СНИМКЕ: В.Доскин.

Фото автора.