

(После перерыва)

Председательствующий. Уважаемые коллеги, время 12.30, мы должны продолжить нашу работу. Прошу, включите режим регистрации.

Покажите результаты регистрации.

Результаты регистрации (12 час. 30 мин. 22 сек.)

Присутствует 428 чел. 95,1 %

Отсутствует 22 чел. 4,9 %

Всего депутатов..... 450 чел.

Не зарегистрировано 22 чел. 4,9 %

Результат: кворум есть

Кворум имеется.

Сегодня в рамках "правительственного часа" в Государственную Думу приглашена Вероника Игоревна Скворцова, Министр здравоохранения Российской Федерации. Вероника Игоревна, я приглашаю вас к микрофону.

Скворцова В. И., Министр здравоохранения Российской Федерации.

Глубокоуважаемый Сергей Евгеньевич, глубокоуважаемые коллеги!

Здоровье граждан является высшей ценностью в любом социальном государстве. Формирование современной, гибкой и эффективно функционирующей системы охраны здоровья населения составляет важнейший элемент государственной политики и национальной безопасности.

Ключевые приоритеты и векторы развития здравоохранения определены указами Президента Российской Федерации Владимира Владимировича Путина от 7 мая 2012 года, и данными в их развитии поручениями Правительства Российской Федерации. В соответствии с данными указами за первый год работы министерства предстояло разработать и представить правительству, одобрить и утвердить несколько важнейших стратегических документов, среди которых: государственная программа развития здравоохранения; комплекс мер по совершенствованию качества и доступности медицинской помощи; комплекс мер по совершенствованию кадровой политики; стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации; стратегия развития медицинской науки; план мероприятий по реализации основы государственной политики в области здорового питания и некоторые другие.

Все документы были разработаны, обсуждены и утверждены в установленные сроки. Для их реализации в отрасли начаты и активно проводятся широкомасштабные преобразования, главной целью которых является обеспечение доступности и качества медицинской помощи. Достижение этой цели возможно лишь при наличии достаточного количества квалифицированных медицинских кадров, современной оснащённой инфраструктуры медицинских организаций, оптимизация логистики оказания медицинской помощи и необходимых финансовых ресурсов.

В 2011 году в стране стартовали региональные программы модернизации здравоохранения, направленные на создание условий для оказания качественной медицинской помощи на всей территории страны на основе выстраивания трёхуровневой системы. При этом приоритетом являлось развитие первичной медико-санитарной помощи населению, проживающему, в том числе, в удалённых районах и сельской местности. По результатам модернизации число ФАПов, фельдшерских пунктов, сельских амбулаторий и офисов врачебной общей практики увеличилось на 1765. Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи, в том числе, экстренной, в межмуниципальных медицинских центрах. Количество таких центров и соответствующих специализированных коек увеличилось более чем в два раза. Внедрение высокотехнологичной медицинской помощи на территории субъектов Российской Федерации. В 4 раза за 2 года увеличилось число

россиян, получающих высокотехнологичную медицинскую помощь в региональных учреждениях, а количество таких учреждений увеличилось со 124 в 50 субъектах Российской Федерации до 221 в 59 субъектах.

В целом за 2 года фонды оснащённости, фонды вооружённости учреждений здравоохранения увеличились более, чем на 30 процентов. Особое внимание уделялось повышению доступности и качеству помощи в труднодоступных районах страны. Активно внедрялись выездные формы оказания медицинской помощи. В 2012 году было приобретено 187 мобильных медицинских комплексов. В настоящее время в целом в стране работает уже более 900 таких комплексов и более 8 тысяч выездных врачебных бригад, оснащённых портативным диагностическим оборудованием. Получили развитие технологии телемедицины, дистантного консультирования. Уже включены в телемедицинскую сеть более 4 тысяч учреждений.

Спутниковой навигацией ГЛОНАСС оснащены более 19,5 тысяч автомобилей и 2,5 тысячи станций скорой медицинской помощи, это 97 процентов всех имеющихся мощностей скорой помощи.

Вместе с тем масштабность и сложность задачи обеспечения равнодоступности медицинской помощи на огромной территории нашей страны требуют дальнейших шагов для её развития.

Совместно с субъектами Российской Федерации мы проработали региональные программы развития здравоохранения до 2020 года для каждого региона страны и определили потребности развития.

В рамках принятой правительством федеральной целевой программы "Устойчивое развитие сельских территорий" в ближайшие годы нам предстоит дополнительно ввести в действие более 850 ФАПов и офисов врачей общей практики, увеличить мощность сельских амбулаторно-поликлинических учреждений на 7,5 тысяч посещений в смену и участковых районных больниц на 6 тысяч мест.

Наряду с этим в региональных программах запланировано создание более 200 передвижных врачебных амбулаторий и ФАПов, а также развитие компьютерных технологий и телемедицины в соответствии с утверждённой концепцией информатизации здравоохранения.

Минздравом России разработана концепция развития санитарной авиации. В феврале этого года она внесена в Правительство Российской Федерации и широко обсуждалась в рабочих группах правительства.

В 2014 и 2015 годах запланирована реализация пилотных проектов в наиболее нуждающихся регионах страны.

Отдельный вопрос обеспечения сельских поселений врачебными кадрами. Благодаря реализуемой программе "Земский доктор", около 8 тысяч молодых специалистов врачей пришли работать на село в 2012 году.

В этом году программа продолжена и распространена на рабочие посёлки. К концу года ожидается приход примерно 3,5 тысяч специалистов дополнительно в сельскую местность. Программа будет продолжена и в 2014 году.

Важнейшим направлением преобразования системы здравоохранения является введение единых современных требований к качеству оказываемой медицинской помощи.

За 2012 год были актуализированы или вновь созданы 60 порядков оказания медицинской помощи.

Впервые в нашей стране за всю её историю, и советскую и постсоветскую, начата работа по созданию национальных клинических рекомендаций

или протоколов по наиболее значимым заболеваниям. Для этого министерство сплотило вокруг себя более чем 7-тысячное медицинское экспертное сообщество. В настоящее время завершается подготовка первых 350 протоколов. Всего за три года их будет подготовлено около полутора тысяч. Качество медицинской помощи напрямую зависит от квалификации медицинских работников.

К июню 2013 года министерством были пересмотрены и обновлены государственные стандарты высшего медицинского и фармацевтического образования, а также впервые созданы государственные стандарты обучения в ординатуре по 96 медицинским специальностям.

С осеннего семестра 2012 года проводится широкомасштабное повышение квалификации преподавателей высшей медицинской школы. И в настоящее время уже прошли переподготовку более 3 тысяч человек.

Осуществляется последовательное внедрение современных симуляционных, виртуальных и других образовательных технологий.

За 2012-2013 годы организовано более 30 тренинговых центров в медицинских вузах и медицинских центрах. До конца года мы вводим ещё 7 таких центров.

В 2013 году была создана национальная электронная медицинская библиотека, разработана и подготовлена к поэтапному внедрению электронное рабочее место врача, а также компьютерная система помощи врачу в принятии

решений особенно по назначению лекарственных препаратов и обоснованию их сопоставимости и комфортного использования одновременно этих препаратов.

Разработана и одобрена концепция непрерывного медицинского образования. Уже с октября этого года в первых 12-ти субъектах Российской Федерации стартует пилотный проект по внедрению дистанционного непрерывного медицинского образования для врачей первичного звена: терапевтов и педиатров непосредственно с разработанного электронного компьютерного рабочего места.

С 2016 года запланирован переход на систему аккредитации медицинских работников, которая станет одной из составных частей непрерывного медицинского образования.

Для решения проблемы обеспечения страны медицинскими кадрами в соответствии с указом Президента Российской Федерации министерством разработан соответствующий комплекс мер, на основе которого в каждом регионе сформирована собственная программа поэтапного устранения кадрового дефицита,

предусматривающая в том числе дифференцированные меры социальной поддержки медицинским работникам, включая последовательное повышение заработной платы.

Хотела бы отметить, что по данным Росстата за первое полугодие 2013 года средняя зарплата врачей повысилась до 38,7 тысячи рублей, это более 134,5 процента от средней зарплаты по экономике; среднего медицинского персонала до 22,4 тысячи рублей, более 77 процентов. Таким образом, запланированные на 2013 год целевые индикаторы уже достигнуты и даже превышены.

В то же время повышение оплаты труда остро поставило вопрос о пересмотре отраслевых норм труда, которые не менялись с начала 80-х годов. С этой целью в марте 2013 года была создана межведомственная рабочая группа. В настоящее время завершена подготовка методики по разработке новых нормативов труда и начинается реализация пилотных проектов по нормированию труда в 17 регионах Российской Федерации.

Для поэтапного перевода медицинских работников на эффективный контракт, совместно с Министерством труда и социальной защиты проводится работа по составлению отраслевых профессиональных стандартов, учитывающих современные преобразования в отрасли и необходимость перераспределения функциональных обязанностей медицинских работников. Первые 27 стандартов будут сформированы до конца текущего года.

Важным механизмом наращивания кадрового потенциала в конкретных районах и конкретных учреждениях страны явилось увеличение доли целевой контрактной подготовки специалистов, которую в 2013 году удалось довести уже до 40 процентов от общего числа бюджетных мест.

Особую значимость в развитии здравоохранения имеет обновление подходов к формированию и экономическому обоснованию программы государственных гарантий, бесплатного оказания медицинской помощи. В 2012 году были разработаны и утверждены 794 стандарта медицинской помощи, позволивших рассчитать потребность в финансовых ресурсах для реализации программы государственных гарантий. Впервые осуществлено перспективное планирование программы на три года. Для обеспечения сбалансированной структуры тарифа ОМС, составляемого на основе разработанной министерством методики, единой методики для всей страны,

необходим достаточный уровень финансирования программы, особенно при последовательном повышении уровня оплаты труда. К 2016 году забюджетировано увеличение расходов на программу государственных гарантий до двух триллионов 150 миллиардов рублей, то есть на 44 процента выше по отношению к текущему 2013 году.

Для повышения финансовой эффективности реализации программы начата поэтапная реструктуризация объёмов медицинской помощи внутри системы. В 2013 году впервые введены нормативы на профилактическую, неотложную паллиативную медицинскую помощь, а также сделан акцент на развитии дневных стационаров. С 2014 года вводится норматив на медицинскую реабилитацию.

Необходимо подчеркнуть, что данное перераспределение объёмов не снижает качество медицинской помощи и сопровождается развитием ресурсосберегающих технологий и интенсификации работы больниц. При этом реструктуризация стационарной помощи подразумевает, прежде всего, не сокращение коечного фонда, а его оптимизацию высвобождения коек острого периода за счёт интенсификации их работы и перепрофилирования их в койки для долечивания и реабилитации.

С 2014 года в программу государственных гарантий вводится специальная корректировка нормативов на стационарную медицинскую

помощь в сельской местности в сторону повышения нормативов для маломощных лечебно-профилактических учреждений.

По расчётам в результате реструктуризации объём высвобождающихся и перераспределяемых финансовых средств составит за ближайшие три года не менее 103 миллиардов рублей, что позволит без привлечения значительных дополнительных ресурсов развивать такое важное направление, как медицинская реабилитация.

Финансовая эффективность системы здравоохранения во многом определяется и способами оплаты медицинской помощи. В 2012 году были разработаны и с 2013 года внедряются наиболее эффективные способы оплаты, ориентированные на результат: в стационаре – по клинико-статистическим группам, в амбулаторных условиях – по законченному случаю лечения или обращению взамен ранее применяемых способов оплаты по валовым показателям – койко-дню и посещению. Если экстраполировать полученную в пилотных регионах экономию ресурсов на всю страну, можно ожидать,

что объём высвободившихся и перераспределяемых внутри системы средств составит не менее 60 миллиардов рублей в год. С 2014 года эффективные способы оплаты медицинской помощи станут обязательными в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на всей территории страны.

Для снижения расходов государства на поддержание основных фондов здравоохранения особое значение имеет формирование открытой конкурентной среды для участия в программе государственных гарантий и медицинских организаций разной формы собственности на основе единых требований к качеству и доступности медицинской помощи.

Необходимо отметить, что за период с 2010 года более чем в 2 раза увеличилось число частных медицинских организаций, работающих в территориальных программах ОМС, с 600 до 1 тысячи 251 организации в этом году, или 14,7 процента от общего количества организаций. На 2014 год уже зарегистрированы для работы в системе ОМС 1 тысяча 655 частных организаций, или 17 процентов от общего количества.

Для дальнейшего активного развития государственно-частного партнёрства целесообразно рассмотрение вопроса о включении инвестиционного компонента в тариф ОМС, что сделает участие негосударственных организаций в реализации программы государственных гарантий экономически более привлекательным.

В завершение позвольте поблагодарить, глубокоуважаемый Сергей Евгеньевич, вас, все фракции Государственной Думы, всех депутатов Государственной Думы за глубокое и заинтересованное обсуждение широкого круга проблем, связанных со здравоохранением. В преддверии сегодняшнего дня мы получили большое количество вопросов и комментариев от всех фракций. Министерство здравоохранения ответило на все вопросы, они были представлены в профильный комитет. Ещё раз благодарим вас, спасибо большое.

Председательствующий. Спасибо, Вероника Игоревна. Пожалуйста, присаживайтесь. Я приглашаю на трибуну Александра Васильевича Филипенко, аудитора Счётной палаты России.

Филипенко А. В., аудитор Счетной палаты Российской Федерации.

Уважаемый Сергей Евгеньевич, уважаемые коллеги! О состоянии дел в отрасли достаточно подробно, интересно говорила в своём докладе Вероника Игоревна, отмечая произошедшие позитивные изменения и проблемы, которые ещё существуют.

Следуя регламенту и учитывая уже сказанное, остановлюсь только на отдельных, наиболее значимых, на наш взгляд, вопросах.

В 2012 году объём обеспечения программы госгарантий по сравнению с 2009 годом вырос на четверть, действительно. В текущем 2013-м он увеличился ещё на 10 процентов. В то же время многие территориальные программы госгарантий остаются дефицитными. В 2012 году их было 66, в 2013-м ожидается 54 с общим объёмом дефицита, порядка 120,5 миллиарда рублей.

Причин этому, по нашему мнению, несколько. Во-первых, регионы не выполняют полностью свои обязательства. При этом эффективного контроля за формированием, исполнением территориальных программ Минздравом пока не обеспечены.

Во-вторых, необходимо, на наш взгляд, пересмотреть практику, когда на равных условиях предоставляются дополнительно полученные в течение года доходы фонда тем регионам, которые имеют как бездефицитные, так и дефицитные территориальные программы.

В проектировке федерального бюджета на 2014-2016 годы предполагается значительное сокращение финансирования по разделу "Здравоохранение". В 2014 году оно составит в целом 65 миллиардов рублей.

Министерство здравоохранения получит на 26,5 миллиарда рублей меньше. При этом в соответствии с проектом программы госгарантий на 2014-2016 годы, стоимость одного случая госпитализации в 2014 году за счёт средств соответствующих бюджетов составит 62 тысячи рублей, а за счёт средств ОМС, 19 тысяч рублей.

Единая методика расчёта стоимости медицинской услуги и расчёта тарифа на оплату медицинской помощи пока отсутствует.

В данной связи причина такой очевидно большой разницы для нас не ясна. Кроме того, программа госгарантий не содержит перечня заболеваний и состояний, при которых медицинская помощь оказывается бесплатно.

Планирование деятельности медицинских организаций осуществляется, как известно, в рамках государственного задания. Как показали проверки, в большинстве регионов основой планирования объёмов медицинской помощи является не фактическая потребность в этой помощи населения, а финансовые возможности территории и сложившаяся сеть учреждений здравоохранения. Качество и экономическая эффективность исполнения утверждённых территориальных программ остаются низкими.

К теме выполнения майских указов, о которых говорила Вероника Игоревна. По оперативным данным Росстата, у нас один источник, за первое полугодие 2013 года уровень заработной платы на селе в ряде регионов, в значительном, я бы сказал, ряде регионов, не превышает 10,5 тысяч рублей, что значительно ниже, чем в региональных учреждениях. При той необходимости привлечения огромного количества кадров, о которой министр говорила, на мой взгляд, приток в этих условиях в сельскую местность этих кадров проблематичен.

Многие регионы для обеспечения роста заработной платы были вынуждены сократить финансирование других статей расходов. К примеру, в

2012 году в целом ряде регионов сформировалась кредиторская задолженность по коммунальным платежам, по ряду других платежей.

В отсутствии программы по перинатальным центрам в соответствии с поручением президента, принято постановление правительства, недавно буквально, с перечнем субъектов и методикой распределения субсидий. При этом сроки, этапы их реализации не установлены. То есть она должна быть более существенно конкретизирована.

В 2011-2012 годах реализовывались региональные программы модернизации здравоохранения, на что было направлено 460 миллиардов рублей. И об этом очень много было сказано в докладе, о сделанном, это действительно много.

Несмотря на всё это сделанное, по данным того же Росстата за 2012 год, 45 процентов медицинских организаций, 30 процентов ФАПов и 40 процентов фельдшерских акушерских, фельдшерских пунктов имеют здания и сооружения, находящиеся, мягко говоря, в неудовлетворительном состоянии. Около 35 процентов медицинского оборудования нуждаются в замене. Значит сделанное не решило накопленных проблем и задач по модернизации этой сети.

Государственная программа "Развитие здравоохранения", кстати, тоже не отвечает на все эти вопросы. Содержание госпрограммы нуждается, по нашему мнению, в серьёзной доработке. Соответствующее заключение Счётной палаты было направлено в Государственную Думу в своё время.

При этом необходимо учесть и существующие риски на получение прогнозируемых доходов и как в федеральном бюджете, так и в бюджетах региональных, а это, естественно, легко может сказаться на выполнении всех сегодня обсуждаемых программ, особенно в их региональном аспекте, где положение наиболее остро.

Дополнительного решения Минздравом требует лекарственное обеспечение больных орфанными заболеваниями, сокращение коечного фонда. Я имею в виду сокращение в том смысле, что потребности в размещении иных видов оказания помощи в стационарах может создать риски сокращения оказания помощи специализированной помощи высокотехнологической. И,

конечно же, низкая доступность медицинской помощи на селе, о чём уже говорилось в докладе.

К примеру. В проекте программы "Госгарантии" норматив стационарной медицинской помощи на 2014 год уменьшается на 7 процентов. Сокращение планируется продолжить в 2015, в 2016 годах. В условиях увеличения нагрузки на коечный фонд в связи с увеличением, дополнением новыми видами заболевания, о которых уже шла речь, это, мне думается, сокращение нуждается в очень вдумчивом подходе.

И, конечно же, о необходимости более эффективного использования выделяемых средств.

За первые девять месяцев 2013 года кассовое исполнение мероприятий по иммунизации населения составило только 31 процент, по строительству перинатальных центров - 40 процентов. На лекарственное обеспечение больных туберкулёзом выделенные 4 миллиарда рублей практически не расходовались.

О положении федеральных медицинских организаций буквально пару слов. В 2012 году в федеральных медицинских организациях медицинскую помощь получило около 2 миллионов граждан. В 2014-2016 годах предполагается существенное сокращение финансирования. Потом они должны поэтапно перейти на финансирование в системе ОФМС, как это запланировано.

Кроме того с 2014 года предусмотрен перевод части видов высокотехнологической медицинской помощи в специализированную. Минздравом до сих пор не утверждена методика, формирующая полный тариф. Поэтому в ряде регионов существуют разные условия для финансирования медицинской организации различной подчинённости, что может быть, о чём совершенно справедливо говорил министр, отнесено к признакам ограничения конкуренции. Это может привести даже и к росту платных услуг, в том числе и федеральных организаций. Разрешение же этой ситуации, на мой взгляд, будет, безусловно, способствовать развитию, и должно стимулировать в том числе и частно-государственное партнёрство более существенно, о чём шла сейчас речь.

С 1 января 2014 года вступает в силу 44 Закон "О федеральной контрактной системе". В отсутствие необходимых подзаконных актов, соответствующих полномочий у министерства могут возникнуть сбои в обеспечении пациентов жизненно необходимыми лекарственными препаратами. И, наконец, на принятой... Несмотря на принятые меры, мнение населения о качестве и доступности медицинской помощи, к сожалению, не изменилось. Сошлюсь на главу государства, лишь 35,4 процента граждан страны удовлетворены уровнем медицинской помощи.

Подводя итоги сказанного, считаю целесообразным Минздраву России принять дополнительные меры по исполнению указов поручений президента,

выработки механизмов формирования тарифов на оплату медицинской помощи и их выравнивании, продолжение модернизации сети по повышению эффективности расходования выделяемых средств по оперативному мониторингу ситуации в регионе.

Председательствующий. Спасибо. Переходим к вопросам.

Владимир Романович Родин.

Родин В. Р., фракция КПРФ.

Спасибо. Известно ли вам, уважаемая Вероника Игоревна, о сложившейся в Москве системе уничтожения государственных больниц в последние два года при сохраняющемся дефиците больничных коек?

Для примера судьба 63 больницы, по приказу с 1 октября якобы присоединённой к Первой градской, а на самом деле просто аннулированной. 600 коек переданы частному европейскому медицинскому центру вместе с помещениями в концессию на 49 лет для оказания платных дорогостоящих медицинских услуг. А персонал в количестве 400 человек практически выброшен на улицу. Из имущества Первой градской передан лишь томограф и часть мебели под списание. Имеются многочисленные подписи протестующих жителей и пациентов больницы.

В той или иной степени такая же участь постигла и другие больницы Москвы. Например, 7-я, 8-я, 12-я детская инфекционная, 60-я, 47-я, по которым

также были отправлены многочисленные запросы депутатов и протесты жителей.

Скворцова В. И. Спасибо большое, глубокоуважаемый Владимир Романович. Нам, безусловно, известны факты подобных инфраструктурных преобразований, которые проводятся не только в Москве, но и в других регионах. Именно поэтому сейчас Минздрав сейчас очень тесно общается с Министерством экономического развития и вносит необходимые изменения в законодательные акты. И "О государственно-частном партнерстве", тот закон, который был рассмотрен уже Думой в первом чтении, и готовится ко второму чтению в течение достаточно длительного периода времени. И закон по концессиям.

Безусловно, для нас, как для ведомства, чрезвычайно важно, чтобы в том случае, если концессионное соглашение возникает, формируется, необходимо сохранить те объёмы медицинской помощи, которые учреждения в рамках программы государственных гарантий оказывали населению.

И второй момент. Не должно быть перепрофилизации под платные услуги медицинской помощи.

Настоящее законодательство, действующее на сегодняшний день, вот этих условий не содержит. Отсюда, возможно, те искажения, о которых вы говорите, которые не являются вне как бы законодательного поля.

И предложения Министерства здравоохранения как раз сводятся к тому, чтобы оценивая те позитивы, которые принесёт учреждению и системе здравоохранения вот подобное партнерство государственно-частное, очень жёстко сбалансировать договорённости, с тем чтобы население только выигрывало от этих соглашений, а не проигрывало.

Поэтому здесь мы с вами согласны, и работаем по каждому сигналу.

Председательствующий. Спасибо.

Валерий Сергеевич Селезнев.

Селезнев В. С., фракция ЛДПР.

Спасибо.

Уважаемая Вероника Игоревна, достаточно остро стоит проблема медицинских кадров и медицинского образования. У меня есть к вам несколько вопросов в связи с этим.

Как Вы относитесь к тому, чтобы сделать бесплатным медицинское образование и запретить платное медицинское образование? Что касается первого образования.

Если вы считаете, что это слишком радикальные меры, то, может быть, давайте подумаем о том, чтобы сделать исключение, и сделать вторым

образованием высшим медицинское бесплатно, потому что на сегодняшний день у нас, к сожалению, все образования, если оно второе, платные. Ну будет очевидно, что на второе образование высшее идут люди уже по призванию, по профессии, они уже поняли, разобрались, что их наиболее интересует в жизни, и мы получим, на мой взгляд, квалифицированных медиков.

Спасибо большое.

Скворцова В. И. Спасибо большое, Валерий Сергеевич, за важные вопросы.

Я хотела бы отметить, что образование на основе свободного конкурса и честного конкурса, и образование на основе целевой подготовки контрактной, оно, безусловно, проводится бесплатно для абитуриента, причем целевых мест уже сейчас 40-50 процентов в наших медицинских вузах, а по некоторым вузам доходит до 65-67 процентов. И этой форме обучения мы отводим особое значение, поскольку фактически именно она позволяет компенсировать недостаток обязательного медицинского распределения после окончания вуза.

И калибровка этой системы позволила нам за последние два года увеличить возврат на рабочие места после такой целевой подготовки до 85 процентов по всем абсолютно территориям страны.

Что касается уничтожения полного запрета платного образования, ну, таких полномочий у Министерства здравоохранения нет. И я единственное, что хочу сказать, что за последний год внедрены единые критерии аккредитации оценки аттестации выпускников. И поэтому независимо оттого: платное это было обучение или бесплатное, к результатам выпускники должны прийти к единым в плане, соответственно, глубины знаний и квалификации полученных практических навыков.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо.

Разиет Хамедовна Натхо.

Натхо Р. Х., фракция "ЕДИНАЯ РОССИЯ".

Уважаемая Вероника Игоревна, благодаря дополнительным средствам, привлечённым в здравоохранение, удалось серьёзно подтянуть уровень учреждений в рамках модернизации. Но это коснулось только тех учреждений, которые работают в системе ОМС, а учреждения, оказывающие медицинские услуги и помощь по так называемым социально значимым заболеваниям - это туберкулёзные, психоневрологические диспансеры, перечень их достаточно разнообразный, не получают, кроме дополнительного финансового пополнения

на лекарственное обеспечение. Их материально-техническая база удручающая. Они расположены в непригодных помещениях, нередки случаи пожаров.

В связи с необходимостью софинансирования программ модернизации, существенного увеличения удельного веса финансирования мероприятий по ОМС возможности региональных бюджетов иссякли. А с 2014 года на регионы ещё возлагается лекарственное обеспечение пациентов с редкими... (Микрофон отключён.)

Председательствующий. Пожалуйста.

Скворцова В. И. Спасибо большое, глубокоуважаемая Разиет Хамедовна.

Я хотела бы отметить, что, безусловно, в связи с тем, что основным вектором развития системы всей оказания медицинской помощи является концентрация ресурсов в рамках единой базовой программы ОМС, и основной вектор, вектор на формирование цивилизованной страховой системы, она для нас необходима взамен той советской системы, которая была для возможности перераспределения больших объёмов финансово-экономических

и для возможности проведения массовых стратегических и профилактических мероприятий. Поэтому, безусловно, основное внимание уделялось системе ОМС. Но вместе с тем в рамках реализации программы модернизации те ресурсы, которые были соплатежами фактически субъектов Российской Федерации, могли расходоваться на именно субъектовый фрагмент, связанный с социально обусловленными заболеваниями. И большинство регионов по этому пути и пошли. Хотя, я ещё раз хочу отметить, вы правы, что в основном обновлялась инфраструктура учреждений, работающих в системе ОМС.

Наряду с этим в рамках национального приоритетного проекта "Здоровье" реализуется программа по совершенствованию помощи наркологическим больным, и в эту программу за последние три года уже соответственно были включены 16, 22 и 24 в этом году субъекта Российской Федерации с выделением средств соответственно около 500 миллионов рублей. Эти средства шли на ремонт как текущий и капитальный, переоснащение наркологических сетей, которые являются частью того сектора, о котором вы говорили. Аналогичная программа готовится для психиатрических клиник.

Если говорить о туберкулёзной системе, то опять таки вы знаете, что на протяжении последних лет программа национального приоритетного проекта "Здоровье" по совершенствованию помощи больным туберкулёзом тоже проводится, и в рамках этой программы из года в год по 20-25 субъектов переоснащаются необходимыми диагностическими системами лабораторного

контроля за эффективностью лечения больных, в том числе при множественной лекарственной устойчивости.

Ну, последнее, Сергей Евгеньевич, буквально одно слово скажу, что мы разделяем ваши тревоги, и мы их чувствуем. Именно поэтому мы хотели бы следующим этапом после 2015 года, после балансировки полной программы ОМС и насыщения тарифов ОМС финансово с 2016 года поставить вопрос о поэтапном переводе в эту систему, в том числе социально значимых блоков, социально обусловленных направлений.

Председательствующий. Спасибо.

Светлана Петровна Горячева.

Горячева С. П., фракция "СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ".

Спасибо большое.

Уважаемая Вероника Игоревна!

Вам досталось, конечно, трудное наследство. И хочется поблагодарить вас за то,

что, пожалуй, впервые вы направляете через роспись в федеральном бюджете серьёзные средства в регионы на конкретные лечебные программы. Например, Приморскому краю выделено полтора миллиарда рублей, и украсть их из-за построчной росписи будет почти невозможно.

Вопрос же мой о сельском здравоохранении. Из-за неудачной оптимизации узкие специалисты из райполиклиник были вымыты. И жалобы сельских жителей всё увеличиваются на недостаточность медицинских услуг, пример тому и массовое инфицирование детей при манту в селе Сысоевка.

Какими вы видите меры оздоровления сельского здравоохранения? Хотя бы коротко перечислите их.

Скворцова В. И. Спасибо большое, Светлана Петровна.

Конечно, большой проблемой в целом для страны и для системы здравоохранения является тренд на снижение плотности населения в определённых областях страны. И это фактор, который не облегчает, безусловно, формирование эффективной системы здравоохранения, оказания медицинской помощи.

Поэтому министерство вынуждено было параллельно с формированием регламента построения стационарных ФАПов, сельских амбулаторий в зависимости от численности населения пойти на существенное повышение эффективности выездной формы работы.

Я уже в своём сообщении говорила о том, что на сегодняшний день мы уже организовали более 900 мобильных комплексов профилактических диагностических, и сформировали более 8 000 междисциплинарных бригад специалистов, оснащённых портативным оборудованием. Эти бригады работают по специальным графикам, часто очень нестандартно: на паромовых, на поездах или, соответственно, на сухопутном транспорте автомобильном. Именно в этом направлении мы развиваем санитарную авиацию и надеемся, что этот проект получит развитие в ближайшие один-два года.

Поэтому тренд к выездным формам работы нам представляется очень важным.

И второй тренд – это полностью отрыв экстренной специализированной медицинской помощи при жизнеугрожающих состояниях: инфарктах миокарда, остром коронарном синдроме, инсультах, комах разной этиологии, травмах комбинированных и так далее – от первичной медицинской помощи. Потому что если идти старым проверенным способом, летальность у нас достигает 80-90 процентов.

А формирование второго этапа, которого никогда исторически в нашей стране не было, второго уровня межмуниципальных заведений медицинских с коротким плечом доставки, до 40-60 минут, позволило нам в течение буквально двух-трёх годов первых работы снизить летальность в разы при этих состояниях.

И мы очень надеемся на то, что при правильной маршрутизации больных, правильных, выверенных путях доставки, и этому поможет система ГЛОНАСС, которую мы внедрили, мы существенно сможем повысить эффективность помощи вот в ситуациях острых.

Председательствующий. Спасибо.

Анатолий Евгеньевич Локоть.

Локоть А. Е. Уважаемая Вероника Игоревна! Наша встреча проходит в непростое время, когда идёт обсуждение бюджета на 2014 год. И, прямо скажем, проект этого бюджета, который, мы вот слышим из уст министра финансов в частности, он оставляет мало надежд для повышения заработной платы в бюджетной сфере. Тем более актуален вопрос: когда врачам общего профиля, узкого профиля, другим медицинским работникам будет повышена заработная плата?

Ну, прямо скажем, и в самой системе, честно говоря, накопились определённые перекосы в этих выплатах. То есть когда будет повышена

заработная плата в зависимости от реального своего труда, от реального количества обслуженных пациентов? Спасибо.

Скворцова В. И. Спасибо большое, Анатолий Евгеньевич. Я хотела бы отметить, что заработная плата средняя по регионам, она, безусловно, повышается. И если мы оценим первые восемь месяцев текущего года, то заработная плата врачей в первичном звене составляет сейчас в среднем вообще по стране 20 тысяч, в поликлиническом звене и амбулаторном - 33,8 тысячи примерно, и, если мы говорим о специалистах, а для соответственно врачей терапевтов и педиатров - около 24 тысяч, и в стационарах эта заработная плата выше, в зависимости от квалификации врача, но в среднем она составляет уже сейчас около 38 тысяч.

Я уже говорила в своём выступлении о том, что,

конечно, это средняя зарплата, она мало отражает зарплату каждого конкретного специалиста. Вариативность огромная. Так сложилось по тем нормативам, которые были приняты, что только 40 процентов от заработной платы составляет базовая, базовый оклад, 60 процентов - стимулирующие компенсационные выплаты.

Кроме того, фактор субъективизма, который присутствует и на уровне региона, и на уровне каждого лечебно-профилактического учреждения, приводит к огромной вариативности и различиям заработной платы в 9-10 раз, даже на одной улице находящихся стационаров.

В этой связи мы с марта начали работу по пересмотру норм труда на основе хронометрии, на основе временных нормативов на одного врача и в амбулаторном звене, и в стационарном. Эту работу мы проводим вместе с Министерством труда, вместе с профсоюзами, со всеми медицинскими сообществами.

Мы к сентябрю разработали методику пересмотра нормативов труда, и сейчас уже начинаем в 17 субъектах Российской Федерации внедрять пилотные проекты. Наша задача - пересмотреть и временные нормативы, и функции, которые выполняют на местах, и увеличить базовый оклад, как минимум, до 65-70 процентов для уменьшения вот этой вариативности с учётом высокого уровня стандартизации, функционала медицинских работников.

Вот как только мы это введём, так меньше будет жалоб от конкретных представителей специальности, потому что сейчас 80 процентов медицинских работников имеют повышение зарплаты, но у 20 возникают иногда даже вот тенденции к некому снижению. Мы это контролируем и реагируем на каждый сигнал с выездами на места.

Председательствует Первый заместитель Председателя

Государственной Думы А. Д. Жуков

Председательствующий. Катасанов Сергей Михайлович, пожалуйста.

Катасонов С. М. Уважаемая Вероника Игоревна! Хочу сразу сказать, что у нас с вами задачи одинаковые и у депутатов, и, в том числе оппозиционных - это выполнение решений, которые заложены в государственных программах, в указах президента.

Вместе с тем у нас с вами разные критерии, мы по-разному судим о том, как выполняются эти программы. Для вас критерием являются - это отчёты с мест, "дорожные карты" и другие бумажные таблицы и графики. А для нас, для депутатов критерием является встреча с населением и реальная оценка,

когда люди говорят не о том, насколько мы приблизились ко второму уровню, к третьему уровню, а они говорят реально, как было и как стало. Они не знают наших программ.

И когда сегодня в регионах "дорожные карты" составлены таким образом, что они противоречат федеральным: на 3 тысяч в Оренбургской области койкомест сокращается, ФАПов на 100 закрывается, и если треть населения города, не сельского депрессивного населения, выходит на улицу... (Микрофон отключён.)

Скворцова В. И. Спасибо большое, Сергей Михайлович.

На самом деле тема, которую вы затронули, она для нас основополагающая, взаимодействие с региональными системами здравоохранения и так далее. Но я хотела бы отметить, что за полтора года работы министерство побывало из 83-х регионов, наверное, в 70-ми. И мы начали этот год, 2013, с того, что в течение четырёх месяцев отработывали с каждым из 83-х регионов региональную программу развития здравоохранения с точки зрения финансово-экономической и структурно-организационной.

Безусловно, у нас пока нет полномочий на то, чтобы согласовать или не согласовывать территориальную программу государственных гарантий. Именно поэтому этот вопрос подробно обсуждался 30 июля на Президиуме Государственного Совета, и Владимир Владимирович дал нам поручение: обсудить и внедрить механизм согласования министерством федеральным

территориальных программ государственных гарантий. Мы на это очень рассчитываем, нас поддерживают региональные министерства здравоохранения. И в докладе Александра Васильевича прозвучала тема дефицитарности систем здравоохранения региональных. Мы хотели бы сказать, что важным достижением этого года явилось то, что в рамках базовой программы ОМС нет ни одного дефицитарного региона, поскольку мы с 1 января перешли на единый подушевой норматив на каждого гражданина, независимо от того, где он проживает.

Вот эта вся дефицитарность, она именно в сегменте социально обусловленных заболеваний и в выполнении собственных полномочий субъектом Российской Федерации сконцентрирована. И мы сейчас встречаемся с каждым из дефицитарных регионов, к нам приезжают большие делегации с мест во главе с председателем правительства или вице-губернатором, и находим пути, каким образом систему эту балансировать. Эти пути есть,

и если у нас будут полномочия согласовывать, мы, я просто уверена, продвинемся существенно в течение достаточно короткого периода времени.

Председательствующий. Кононов Владимир Михайлович, пожалуйста.

Кононов В. М., фракция "ЕДИНАЯ РОССИЯ".

Спасибо, Александр Дмитриевич.

Уважаемая Вероника Игоревна! Сегодня в России, в том числе и Минздравом, мы знаем это не понаслышке, ведётся серьёзная работа по развитию высокотехнологической медицины и внедрению новейших технологий и строительства современных медицинских учреждений. Но происходит это недостаточно интенсивно, в том числе из-за несовершенства нормативной базы санитарных правил и норм, так называемых, СанПиНов, вы знаете, и СНиПов (строительных норм и правил), которые значительно жёстче своих европейских аналогов. Эта жёсткость сказывается на себестоимости строительства, а, в конечном счёте, на себестоимости и медицинской услуге.

Вот вопрос. Планирует ли Минздрав России в ближайшее время провести работу по совершенствованию нормативной базы с целью более интенсивного привлечения инвестиций в строительство больниц и ЛПУ в нашей стране?

Скворцова В. И. Спасибо большое, Владимир Михайлович, за вопрос. Ну на протяжении последних полутора лет это более не полномочие Министерства здравоохранения, это полномочие Роспотребнадзора, и

министерство вовлекается только тогда, когда его вовлекают в этот соответственно процесс обсуждения.

Я с вами абсолютно согласна, что СНиПы и СанПиНы должны быть пересмотрены в отношении медицинских организаций. Такой посыл мы Роспотребнадзору уже дали и формируем межведомственную рабочую группу, где вместе будем эти нормативы рассматривать. Если будет интерес такой, мы готовы вас тоже к этому процессу привлечь.

Председательствующий. Левичев Николай Владимирович, пожалуйста.

Левичев Н. В., *заместитель Председателя Государственной Думы, фракция "СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ"*.

Спасибо.

Уважаемая Вероника Игоревна! Мы, конечно, приветствуем появление, наконец, норматива своевременности оказания скорой помощи, но он далёк от нормативов европейских стран, да и в условиях постоянных пробок на дорогах мало реален, на мой взгляд.

Вот в августе 2010 года, когда в Москве нечем было дышать, по оценкам некоторых экспертов, можно было спасти до 800 человеческих жизней, если бы скорая помощь приезжала быстро. Тогда, ссылаясь на опыт других стран, я выступил с инициативой внедрения скорой медицинской помощи на мотоциклах. Но эту инициативу встретили в штыки организаторы московского

здравоохранения, привели тысячу причин, почему этого делать нельзя и не следует.

Сейчас, насколько я знаю, подобный эксперимент проводится в Казани. Согласны ли вы рассмотреть вопрос о придании пилотным проектам субъектов федеральный статус? И какие пути сокращения нормативов оказания скорой помощи вы видите?

Скворцова В. И. Спасибо большое, Николай Владимирович.

Ну я хотела бы отметить, что с 1 января 2014 года вступит в силу новый порядок оказания скорой медицинской помощи, где достаточные такие точечные изменения внесены и в формирование кадровых бригад скорой медицинской помощи, и в формирование маршрутов, и в контроле за соответственно маршрутизации движения больных. По результатам работы восьми месяцев 2013 года примерно 81 процент вызовов скорой помощи обеспечивается в течение, в смысле не вызовов, а доезда машин скорой помощи обеспечивается в течение 20 минут сейчас на территории нашей страны. Но есть вопиющие случаи, их чуть больше двух процентов, когда скорая помощь приезжает более, чем через час с момента выезда.

Поэтому, конечно, мы рассматриваем здесь разные моменты. Нам должна помочь система ГЛОНАСС, и возможность жёсткого контроля за использованием машинного парка. Это первое.

Второй момент. На длинных магистралях, и в том числе не только федеральных, но и региональных, мы создаём сейчас филиалы, фактически

пункты станций скорой помощи для того, чтобы к этому пункту были приписаны конкретные машины.

Третий момент. Мы обновляем сейчас парк автотранспорта. И только в 2014 году будет дополнительно приобретено около полутора тысяч машин скорой помощи.

И кроме того я хотела бы вернуться к вашему вопросу по мотоциклам. Действительно у нас сейчас проводится три пилотных проекта. Это не только Татарстан, это Санкт-Петербург, по-моему, и Московская область, если... я вот могу здесь ошибиться. Мы получили очень интересные результаты для тех регионов, где действительно существует проблема с трафиком и с пробками. Поэтому мы не возражаем против того, чтобы это направление развивалось, и подведём итоги, когда официально пилотов, сделаем их достоянием уже всех для возможного обсуждения.

Председательствующий. Рябов Николай Федорович, пожалуйста.

Рябов Н. Ф., фракция КПРФ.

Уважаемая Вероника Игоревна! Вопросов в такой жизненно важной отрасли, как здравоохранение, множество, но я вынужден ограничиться. Всем, даже бабе Мане из деревни 20 лет без урожая известно, что медицина стала недоступной. Цена вопроса стала настолько высокой, что большинство населения стало заниматься самолечением и жевать беззубым ртом.

Например, цена лекарств даже в Богом забытой Грузии в 4-6 раз ниже, чем у нас, а в Болгарии ещё существеннее разница - в 6-8 раз. Какие меры планирует предпринять Правительство Российской Федерации и, в первую очередь, Министерство здравоохранения Российской Федерации по установлению истинной, не спекулятивной стоимости лекарственных средств и медицинского оборудования, а также по усилению мер ответственности фармацевтических и аптечных компаний за продажу лекарственных средств и изделий по необоснованно высоким ценам? Только не ссылайтесь, пожалуйста, на бездарный Федеральный закон номер 94, по которому якобы закупают лекарства и медицинское оборудование.

Скворцова В. И. Спасибо за вопрос, важный, безусловно, очень.

Я хотела бы, Николай Фёдорович, вам сказать о том, что до 2010 года, до выхода закона федерального 61-го "Об обращении лекарственных препаратов" фактически не было единой методики регистрации препаратов. И первая регистрация цен, которая была проведена в 2010 году, она фактически

фиксировала некое субъективное пожелание производителей или посредников. И только в 2010 году после выхода 61 Закона мы ввели достаточно жёсткую процедуру регистрации цен на основе мониторингования цен по списку 21 страны, в обязательном порядке включая страну-производителя того или иного лекарственного препарата с выбором минимальной цены и с регистрацией её на территории нашей страны. Поэтому первый шаг был сделан в 2010 году, и те препараты, которые вновь были зарегистрированы, они уже были зарегистрированы по минимальной цене, соответственно, в большинстве европейских стран и в других странах, с которыми мы сопоставляли это.

Безусловно, требует контроля этот вопрос. В отличие от отечественных производителей для зарубежных производителей мы не внедрили индикацию цены по дефлятору. Поэтому та цена, которая была до 2010 года зарегистрирована,

она фактически зафиксирована на той величине 2010 года, то есть уже по факту ниже, с учетом того, что ежегодно добавляется на дефлятор.

В настоящее время в рамках стратегии развития лекарственного обеспечения нами разработаны пилотные проекты, они будут начаты в 2014 году, по внедрению референсных цен на лекарственные препараты, это будет несколько разных механизмов определения референсной цены, и таким-то образом эта ситуация упростится.

Самый главный вопрос - это лекарства, которые были зарегистрированы до 2010 года. Пойти на тотальную перерегистрацию сейчас не представляется возможным. Поэтому мы вынуждены контролировать и держать на определенном уровне те цены, которые были выставлены заранее, значит, вне вот этой современной уже и эффективной методики.

Председательствующий. Свергунова Маргарита Николаевна.
Пожалуйста.

Свергунова М. Н., фракция ЛДПР.

Уважаемая Вероника Игоревна, я хотела бы обратить ваше внимание на приказ министерства об утверждении классификации и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы, которые не позволяют в полной мере определить условия установления группы инвалидности.

Живой пример. Ко мне обратилась молодая женщина 1976 года рождения, которая больна с детства ДЦП, имеет разность в длине конечностей, и такое заболевание как гемипарез. Но бюро медико-социальной экспертизы не считает данное заболевание основанием для предоставления инвалидности в данном случае.

Поэтому такой вопрос. Могли бы вы пересмотреть соответствующий приказ на предмет ликвидации обобщённости понятий и конкретизации основных видов нарушений функций организма?

Спасибо.

Скворцова В. И. Глубокоуважаемая Маргарита Николаевна, с мая 2012 года это не функция Министерства здравоохранения, вы знаете, что все МСЭ и сама процедура экспертизы, о которой Вы говорили, она является прямым полномочием Министерства труда и социальной защиты.

Но, будучи врачом, я, естественно, Ваши разделяю все опасения, мы готовы вместе с Максимом Анатольевичем Топилиным и его командой встретиться и провести обсуждение, если можно, более детализируйте какие-то свои комментарии и так далее, и мы это сделаем вместе обязательно.

Председательствующий. Вшивцев Владимир Сергеевич, пожалуйста.

Вшивцев В. С., фракция "ЕДИНАЯ РОССИЯ".

Уважаемая Вероника Игоревна, за последние годы принято большое количество законодательных актов, один из которых федеральный закон 323 от ноября 2011 года "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". В связи с этим вопрос: когда будут внесены изменения в положение об организации деятельности госпиталей ветеранов войны или же утверждена новая редакция этого документа?

Спасибо.

Скворцова В. И. Спасибо большое, Владимир Сергеевич.

Мы обновили в августе этого года номенклатуру медицинских организаций. Одним из видов медицинских организаций является госпиталь, в том числе, и госпиталь ветеранов войн.

В настоящее время для госпиталей работает общий порядок оказания медицинской помощи с учётом структуры заболеваемости этого контингента пациентов. Мы готовы рассмотреть и сделать какое-то специализированное положение. Более того, готовы его обсудить с Министерством обороны, поскольку большинство госпиталей из 63-х 42 являются учреждениями Министерства обороны. Поэтому вместе с Министерством обороны проработаем обязательно.

Председательствующий. Петухова Наталья Рэмовна.

Петухова Н. Р., фракция *"СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ"*.

Уважаемая Вероника Игоревна, вы вскользь в своём выступлении и в ответах на вопросы затронули такую важную проблему, как развитие санитарной авиации. Это действительно очень актуально и важно для нашей огромной страны, потому что есть такие территории, до которых, кроме как на самолёте, добраться невозможно, и жители зачастую лишены даже первичной медицинской помощи.

Вы сказали, что разработана концепция санитарной авиации, и что подготовлен пилотный проект. В связи с этим скажите, пожалуйста, в каких регионах будет проводиться пилотный проект? Какова стоимость этого пилотного проекта? Скажите, пожалуйста, достаточно ли средств для реализации этого проекта? И какова вероятность того, что вы получите всё-таки эти средства?

Спасибо.

Скворцова В. И. Спасибо большое, Наталья Рэмовна.

На самом деле без развития санитарной авиации не обойтись на территории нашей страны.

И мы разработали концепцию трёхуровневой фактически санавиации, внутрирегиональной, преимущественной вертолётной, и для больших регионов это лёгкие самолёты с дальностью движения до 700 километров, межтерриториальные кластеры до 1500 километров, лёгкая авиация другого класса самолётная, и большие расстояния, включая для эвакуации наших граждан, с которыми случается что-то за пределами страны, это 1-2 борта соответственно дальней авиации с дальностью до 3,5 тысячи километров.

Эту концепцию разрабатывали вместе с нами большое количество участников, все наши государственные корпорации и частные организации, главные авиаперевозчики и МЧС, и Министерство обороны, и Министерство внутренних дел и так далее. Концепция, как я уже говорила, в феврале была внесена в правительство и тщательно прошла обсуждение у первого заместителя правительства Игоря Ивановича Шувалова, и у заместителей Дворковича и Голодец. Она в целом согласована. И выбраны были на основании критериального ряда четыре региона, которые максимально требуют развития этого направления: это Республика Саха (Якутия), Хабаровский край, Архангельская область и, по-моему, Амурская область. Четыре региона.

Значит, стоимость запуска этой программы, она должна длиться два года пилотная, для того, чтобы она могла являться моделью для всей территории страны, выработки регламентов, нормативных актов и так далее, это двухгодичный должен быть цикл. Стоимость одного года 1,1 миллиарда

рублей. Ну, вот в настоящее время вопрос ещё обсуждается, решается о финансировании средствами этой программы. Мы очень надеемся на то, что он будет решён положительно.

Председательствующий. Спасибо.

Переходим к выступлениям представителей фракций.

КПРФ, Куликов Олег Анатольевич, пожалуйста.

Куликов О. А., фракция КПРФ.

Уважаемый Александр Дмитриевич, уважаемая Вероника Игоревна, уважаемые депутаты!

Заслушав информацию министра здравоохранения, следует отметить конструктивное взаимодействие министерства с Государственной Думой, профильным комитетом, медицинским сообществом, профсоюзами, организациями пациентов.

Улучшается демография, расширяется диспансеризация, преодолевается кадровый кризис, и значительно выросла зарплата медицинских работников. Но состояние здравоохранения граждане оценивают по собственному опыту.

И сегодня уже говорилось, что только 35 процентов оценивают удовлетворительно оказание медицинской помощи. Население жалуется на работу медицинских организаций, качество и доступность помощи, на грубость, чёрствость персонала. Особые нарекания вызывают взимание платы за медицинские услуги. Платить вынуждают в государственных организациях, которые финансируются из бюджетов и Фонда обязательного медицинского страхования и вопреки Конституции, которая гарантирует бесплатную медицинскую помощь.

Высока доля расходов населения на медицинскую помощь от общих расходов на здравоохранение – более 40 процентов. Наша фракция решительно против платы за медицинскую помощь в государственных медицинских организациях. Недопустимо перекладывать лечение на плечи бедных и больных граждан, финансирование своего лечения.

В июне на Госсовете были высказаны критические замечания по поводу эффективности работы системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования. Финансирование бесплатной помощи должно соответствовать её объёму. И если гарантируется определённый набор услуг, но

средства не выделяются, значит, гарантии нет. Так, в 54 регионах об этом уже говорилось, дефицит превышает 120 миллиардов рублей.

Система обязательного медицинского страхования не дотягивает до современного уровня и не стало страховой. Страховые организации выполняют функции посредников при движении финансовых средств. Они не мотивированы на повышение качества помощи и практически не несут за неё никакой ответственности.

Доходы страховых компаний складываются из штрафов, которые они налагают на медицинские организации по любым, даже самым незначительным поводам. И иногда размер штрафа доходит до 100 процентов тарифа, и оказание медицинской помощи при этом не оплачивается, хотя пациент уже его получил. Эти средства не используются и для улучшения медицинской помощи. По итогам 2012 года размер таких штрафов составил 21 миллиард рублей, а ещё 25 миллиардов – это та страховая комиссия, которую страховые компании получают за якобы оказанные услуги.

Решение кадровой проблемы было бы невозможно без повышения заработной платы медицинским работникам. Средняя заработная плата на середину июля для врачей – это была 39 тысяч, но

Москва - это 60-70 тысяч, а соседние области, Смоленская, Курская, Белгородская, Орловская - это 25-27 тысяч. Отсюда происходит вымывание врачей и медицинских сестёр из этих регионов. Необходимы единые базовые оклады медицинских работников по всей стране. Вводится стандарт оказания медицинской помощи, но нет стандартов оплаты и нормативов труда.

Коллеги, основы современного здравоохранения - это лекарственные препараты. 95 процентов врачебных назначений - это лекарственная терапия. Но только 8-10 миллионов наших граждан получают бесплатно лекарственные препараты из различных бюджетов. В прошлом году граждане приобрели на свои деньги лекарственных препаратов на 500 миллиардов рублей, а примерно ещё треть наших граждан не могут приобрести лекарства, а значит, нет и доступности медицинской помощи. Нет средств бюджета - нет механизмов возмещения затрат.

Высокотехнологическая медицинская помощь должна уйти в систему обязательного медицинского страхования с 2015 года. Мы считаем, что надо её продолжить на федеральном бюджете. Паллиативная медицинская помощь. Только 70 процентов больных в Москве и примерно 10 процентов регионов получают сильнодействующие анальгетики, остальные не получают. Нет средств в федеральном бюджете и на санитарную авиацию, скорую помощь в труднодоступных районах.

Приоритет здравоохранения должен стать реальным фактором, а не декларацией. Выделяемые 3,4 процента - не приоритет. Здравоохранение финансируется без учета реальных потребностей отрасли. Пока финансирование будет осуществляться в русле заданной Минфином экономии бюджетных средств, рассчитывать на качественный прорыв даже высокопрофессиональному Минздраву, по нашему мнению, достаточно сложно.

Коллеги, в нашем обществе с небывалым расслоением людей по доходам здравоохранение должно стать системой социального выравнивания, гарантировать доступность, качество и бесплатность медицинской помощи. Охрана здоровья граждан - это первая задача государства, называющего себя социальным. Спасибо.

Председательствующий. Калашников Сергей Вячеславович, ЛДПР, пожалуйста.

Калашников С. В., *председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья, фракция ЛДПР.*

Уважаемый Александр Дмитриевич, уважаемые коллеги! Здесь много говорилось и положительного, и отрицательного, потому что действительно та ситуация в здравоохранении, которая складывается сейчас, нас удовлетворить не может.

И тот факт, что мы за очень короткий отрезок времени уже второй раз заслушиваем Веронику Игоревну, свидетельствует о том, что Дума с большим беспокойством смотрит на то, что происходит в здравоохранении.

И я должен сказать, что как раз от Думы на сегодняшний день очень многое зависит, чтобы наше здравоохранение с каждым днём становилось лучше, с каждым годом, по крайней мере.

Я не буду говорить о тех преимуществах и недостатках, я хочу остановиться на двух позициях, которые мне кажутся важными.

Первое. Отечественное здравоохранение, как и всякое здравоохранение существует не само по себе, оно существует в рамках общей экономической и социальной ситуации, общей системы управления.

И в этой связи я хочу обратить ваше внимание на то, что на сегодняшний день существует огромное количество проблем в управлении государством, которые хоть напрямую и не относятся к здравоохранению, но, так или иначе, на нём сказываются.

Я упомяну только одну проблему, которая, на мой взгляд, кажется достаточно важной. Продолжается достаточно активный либеральный натиск на социальную сферу. То же самое, допустим, идея частно-государственного партнёрства, идея передать на самоокупаемость медицинские учреждения, многое-многое другое, что якобы должно ввести рынок здравоохранения, на сегодняшний день реализуется. И это очень опасно по одной простой причине, что здравоохранение - это не рынок, он рынок только в той части, где он существует на счёт покупательной способности населения, там, где он существует как продажа услуг, хотя это особые социальные услуги.

Никто не отменял 41-ю статью Конституции, согласно которой мы имеем бесплатное образование.

Коллеги, и второй аспект, на который я хотел бы обратить внимание - это то, что действительно за полтора года очень многое сделано. В социальной сфере, я это заявляю ответственно, не может быть моментальных эффектов: вот сегодня поменяли министра и завтра уже всё хорошо. Так не бывает в социальной сфере. Это долговременные тренды.

И я должен сказать, что на сегодняшний день у Минздрава есть такие синергетические точки, которые позволяют нам говорить, что мы можем сказать, что Минздрав работает успешно.

Я не буду перечислять все эти синергетические точки, хотя они хорошо известны. Но я хотел бы обратить внимание на нашу совместную с министерством работу и на те проблемы, которые следует решать.

Проблема первая, это платная медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях. Коллеги, с 1 января 2013 года вступила в силу соответствующая норма закона, и что мы на сегодняшний день констатируем? Это все констатируют депутаты. Резкий рост писем о том, что медицинскую помощь стало получить труднее, а доступность и качество медицинской помощи, это основа здравоохранения. Я считаю, что вопрос оказания платной медицинской помощи в государственных учреждениях, здесь полностью согласен с Олегом Анатольевичем, который выступал до меня, требует пересмотра.

Второе, это проблема социального страхования. Президент летом этого года отметил, что эффективность медицинского обязательного страхования у нас очень низкая, а, по сути дела, она отсутствует. На сегодняшний день мы "замыливаем" проблему финансирования здравоохранения, передавая всё в обязательное медицинское страхование, при этом чётко понимая, что как такового страхования нет. Не разрубив этот узел, мы с вами всё время будем

наткаться на те шишки в здравоохранении, которые имеем на сегодняшний день.

Поднимался вопрос сейчас о лекарственном обеспечении. Коллеги, нельзя реализовать 41-ю статью Конституции при условии, что мы тебе операцию сделаем бесплатно, а вот лекарства ты, извини меня, обеспечивай сам.

И последнее, это, конечно же, проблема организации самого здравоохранения. Министерство на сегодняшний день запустило целый ряд очень важных, как я уже сказал, синергетических точек, которые могут вырасти в действительно новую концепцию здравоохранения. Это и диспансеризация, и паллиативная помощь, долечивание, это реформы медицинского стимулирования работников и так далее. Но без денег ничего не получится. На сегодняшний день уже денег не хватает, и не будет хватать на реальную модернизацию, даже ту, которая была в прошлые годы.

Поэтому когда мы будем принимать бюджет, нужно помнить о том, что здравоохранение - это самое дорогое... (Микрофон отключён.)

Председательствующий. Спасибо.

Герасименко Николай Фёдорович, "ЕДИНАЯ РОССИЯ".

Герасименко Н. Ф., фракция "ЕДИНАЯ РОССИЯ".

Уважаемые коллеги! Министерство здравоохранения за короткий период провело колоссальную работу по созданию, как самого министерства, так и огромного количества стратегических документов, законов, подзаконных актов, программ, порядков, стандартов медицинской помощи.

Недавно принятая программа государственных гарантий впервые построена именно на стандартах и просчитана финансово именно на стандартах. Показатели демографического развития здоровья населения последние годы всё время улучшались, и впервые за 20 лет сравнялись показатели рождаемости и смертности.

Большая работа проведена была по созданию открытого министерства. На сайте министерства проходит активное общественное обсуждение законопроектов и других нормативно-правовых актов. Министерство активно работает с Государственной Думой, с Советом Федерации, медицинским сообществом Российской академии медицинских наук.

Важнейшим стратегическим документом развития здравоохранения стала программа "Развитие здравоохранения до 2020 года". В программе определены

цели и индикаторы развития здравоохранения. Считаю, что очень важным, что приоритетом дальнейшего развития здравоохранения явилась профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни, как главное условие снижения заболеваемости и увеличения продолжительности жизни населения нашей страны.

Активно проводится широкомасштабная диспансеризация населения. Я бы хотел особо отметить роль Министра здравоохранения Вероники Игоревны в развитии именно профилактического направления.

Очень важно, чтобы лидеры общественного мнения, кумиры населения, представители всех органов власти, способствовали формированию моды на здоровый образ жизни, а СМИ пропагандировали его, а не так, как сейчас, в основном СМИ пропагандируют вредные привычки, создающие иллюзию, что в России постоянно употребляют алкоголь и курят.

Сейчас проходит обсуждение бюджета на 2014-й, 2015-й, 2016 годы. Впервые бюджет сформирован по программному принципу, а здравоохранение завершает переход на одноканальное финансирование преимущественно за счёт средств ОМС. Вызывает у всех тревогу, включая Министерство здравоохранения, конечно, снижение финансирования за счёт федеральных бюджетных средств в связи с переводом оплаты специализированной, а с 2015 года и высокотехнологичной помощи за счёт предполагаемого роста средств ОМС на неработающее население. При этом, что при рисках недостаточного сбора страховых взносов может привести к снижению объёмов высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи.

Эти виды медицинской помощи Министерство здравоохранения последние годы активно наращивало, что привело к резкому снижению времени ожидания, от нескольких лет до одного, трёх месяцев, а объёмы помощи выросли в несколько раз. Всё это повлияло на снижение общей и младенческой смертности и увеличение продолжительности жизни. При нехватке средств на финансирование этой программы сложно будет... целевые показатели программы развития здравоохранения на эти годы.

Но самое главное, снижение объёмов этих видов помощи, увеличение сроков ожидания может вызвать недовольство населения. Есть, конечно, проблемы с обеспечением населения качественными лекарствами, об этом уже говорилось. Но важен вопрос, что законодательно не отрегулирован оборот

медицинских изделий. Это проблема прежде всего Минпромторга, который до сих пор не вносит этот законопроект. Есть проблемы с доступностью качественной медицинской помощи сельского населения, особенно на территориях с обширной площадью и низкой плотностью населения. Поэтому более активно надо развивать санитарную авиацию не только вот в проектах четырёх регионов, но практически во всех регионах больших, дистанционный метод диагностики лечения, мобильные медицинские комплексы и телемедицину.

Министерство закончило в основном период реорганизации формирования пакета стратегических документов. Создана работоспособная команда во главе с признанным её лидером Вероникой Игоревной Скворцовой, работая почти в круглосуточном режиме. К сожалению, далеко не всё зависит только от их работы, особенно финансирование и развитие материально-технической базы.

И здесь очень важна поддержка других министерств и ведомств, федеральной власти, губернаторов в регионах и, конечно, депутатского корпуса. Партия "ЕДИНАЯ РОССИЯ" через партийные проекты всегда поддерживала и поддерживает развитие здравоохранения. Фракция "ЕДИНАЯ РОССИЯ" поддерживает работу Минздрава. И я считаю, будет правильно поблагодарить Веронику Игоревну...

Председательствующий. Добавьте 20 секунд.

Герасименко Н. Ф. Поблагодарить Веронику Игоревну, а в её лице Министерство здравоохранения и всех медицинских работников за их труд и за честный, профессиональный и конструктивный разговор.

Конечно, ещё есть немало проблем, и мы надеемся на их совместное решение.

Председательствующий. Спасибо.

Тумусов Федот Семенович, "СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ". Пожалуйста.

Тумусов Ф. С., фракция "СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ".

Уважаемая Вероника Игоревна! Уважаемые коллеги! Каждый из нас является представителем того или иного субъекта Российской Федерации. И нас всех не может не радовать то обстоятельство, что министерство за последнее время уделяет огромное внимание решению проблем регионов. И когда у нас случилась беда на Дальнем Востоке, этими проблемами Вероника

Игоревна лично занималась. И огромное спасибо вам за это от всех дальневосточников.

Но сегодня я хотел бы обратить ваше внимание на очень важную для всей страны, для каждого региона, для каждого гражданина России проблему - экономические измерения государственной системы контроля качества лекарственных средств. Для решения задач в области здравоохранения, в частности, для достижения ожидаемой продолжительности жизни россиян 75 лет необходимо, чтобы расходы на здравоохранение были увеличены не менее чем в 1,5 раза, чем расходуется сейчас. Однако в проекте бюджета на следующий год мы не видим таких цифр. Одновременно мы все понимаем, что сокращение расходов на здравоохранение - это сокращение инвестиций в человеческий капитал, который является основой самого существования любого государства.

Как же можно совместить несовместимое? Один из резервов, мне кажется, уже много лет лежит на поверхности, но при этом не реализуется даже на 5-10 процентов. Я имею в виду, прежде всего, систему обеспечения современного уровня качества лекарств, применяемых в здравоохранении.

Если говорить на сухом языке экономики, мы с вами теряем огромные деньги из-за неэффективности лекарственных средств.

Отсутствие действенной государственной системы контроля за качеством лекарств, находящихся в обращении на территории Российской Федерации, стало уже банальной темой.

Я бы хотел подчеркнуть несколько важных моментов.

Первое. Главным государственным органом, призванным обеспечивать надлежащий контроль за качеством лекарственных средств считается всеми уважаемый Росздравнадзор.

Но посмотрите, что с ним происходит. Некогда всемогущий орган сначала деморализовали, потом отняли важнейшие функции, теперь этот орган не имеет никаких реальных рычагов и полномочий наказывать, реально наказывать фальсификаторов лекарств.

И наконец, его первый руководитель вот уже в течение ряда лет работает в ранге временно исполняющего обязанности. И конечно, при очередной оптимизации в первую очередь урезают полномочия, финансирование, штаты у временщиков.

Если всё это делается как некий этап на пути к созданию единого государственного органа по контролю за качеством продуктов питания, ветеринарных лекарственных средств, о которых мы всё время говорим, то это более или менее понятно.

Но если это делается с целью снижения контроля за качеством лекарственных средств, то это преступно.

Второе. Со следующего года в нашей стране вступают в силу требования о производстве лекарств по условиям GMP, система, обеспечивающая безусловный контроль качества на всех стадиях производства. Но при этом само понимание этого, как всегда у нас на Руси, носит скорее добровольный характер. Добросовестные производители инвестировали собственные средства, для того чтобы действовать строго в рамках этих требований, но при этом государство не создаёт никакого механизма контроля за соблюдением требований GMP всеми участниками рынка.

И уже в печати появились сообщения о том, что фармацевтические компании хотят своего Онищенко.

Третье. В настоящее время у Российской Федерации имеется уникальный шанс развивать собственные фармацевтические производства. Дело в том, что в мире происходит так называемый патентный обвал, и можно было бы быстро развивать производство высококачественных дженериков, ведь цены на них будут существенно ниже.

Например, таблетки "Бетасерк", оригинального препарата, стоят 385 рублей, а дженериковый "Бетагистин" 25, всего 25. Так можно продолжать очень долго.

Но сегодня мы теряем миллиарды, десятки миллиардов рублей из-за сложившейся процедуры регистрации лекарственных средств в Российской Федерации.

Мы проявляем лицемерие, демонстрируя строгость и принципиальность прохождения различных регистрационных процедур, но при этом ни один производитель готовых лекарственных форм или фармацевтических субстанций не подвергался инспектированию на предмет достоверности предоставленной информации, её соответствия существующей действительности.

Имеется достоверная информация, что в государственный реестр включены производители фармацевтических субстанций, фактически производящих только этикетки. Добросовестные, если хотите, патриотически настроенные участники рынка уже устали ждать обещанный законопроект по изменению действующего закона "Об обращении лекарственных средств".

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо.

Есть ли желание, Вероника Игоревна, что-то сказать в завершение.

Скворцова В. И. Спасибо, Александр Дмитриевич.

Глубокоуважаемые коллеги, я хотела бы от всей души и от команды от всей и Министерства здравоохранения поблагодарить всех депутатов за очень интересное обсуждение.

К нашей радости, всё, что говорилось, абсолютно синтонно нашему восприятию и не вызывает никаких: ни отчуждения, ни каких-то вопросов, поскольку мы с вами со всеми согласны. И мы осознаём, что мы в начале пути для формирования, действительно, качественной и доступной медицинской помощи и правильно выстроенной системы профилактики. Какие-то шаги делаются. Мы стараемся идти мелкими шагами для возможности корректировки шага каждого с учётом особой чувствительности нашей отрасли.

Мы внимательно сейчас записали все вопросы, которые задавались. Безусловно, проще решить эти вопросы в том случае, если у нас будет последовательно увеличиваться финансовое наполнение отрасли.

И оно будет, я так надеюсь, увеличиваться сначала в рамках программы, базовой программы ОМС, но и другие блоки соответственно по окончании периода напряжённого финансово-экономического они тоже, наверное, будут подключаться.

Поэтому мы будем очень благодарны, если вместе с нами депутаты Государственной Думы будут поддерживать те финансово-экономические решения, которые позволят просто ускорить положительные результаты. Спасибо большое.

Председательствующий. Спасибо.

Уважаемые коллеги, перерыв до 16.00.

(Перерыв.)

