Глубокоуважаемые коллеги, сегодня мы обсуждаем животрепещущую тему для развития отечественного здравоохранения - использование механизма государственно-частного партнерства для повышения потенциала отрасли в целом и повышение качества медицинской помощи, оказываемой нашему населению.

Сегодня самая быстро развивающаяся наука - это медицинская наука: биомедицинская наука в настоящее время. И если еще вчера что-то было неизлечимым или сложно излечимым, то сегодня появляются реальные возможности узнать человеческую жизнь, безграничные возможности для репаративных и регенераторных процессов - клеточные тканевые технологии. Фактически тот, кто имеет ресурс доступа к этим новым биомедицинским технологиям, может прожить длинную жизнь совершенно нового качества. С другой стороны, даже традиционные методы, которыми мы пользуемся на сегодняшний день, позволили уже сейчас увеличить продолжительность жизни нашего населения, увеличить долю людей старших возрастных групп. Среди нашего населения увеличивается количество лиц, страдающих различными хроническими соматическими заболеваниями, и потребность в самой медицинской помощи резко нарастает. Таким образом, и одна и другая сторона процесса свидетельствуют о том, что наша отрасль фактически становится номером один. Она становится одной из наиболее стратегических и базовых для сохранения человеческой популяции вообще на территории Российской Федерации, и, кроме того, безусловно, это серьезная мотивация для привлечения дополнительных средств в отрасль. Государственные ресурсы, какими бы большими они не были – а мы знаем, что они увеличились в несколько раз за последнее десятилетие, - они, тем не менее, ограничены. Но возможности биомедицины безграничны. И вот этот парадокс-конфликт требует от нас очень гибкого поведения. С одной стороны, этичного, выдержанного и социально-справедливого по отношению абсолютно ко всем слоям нашего общества независимо от места проживания, образовательного уровня и достатка. С другой стороны, мы должны с вами привлекать дополнительные инвестиции в отрасль для того, чтобы все имели равный доступ к самым сложным биомедицинским технологиям. Над этим мы начали работать. Я хотела бы отметить, что Министерство здравоохранения для себя начало новый этап. Он формально ознаменован приходом нового заместителя Министра, который будет заниматься привлечением негосударственных инвестиций в отрасль и развитием государственно-частного партнерства. Это Сергей Александрович Краевой. При Министерстве создается специальный Координационный Совет по государственно-частному партнерству, куда мы приглашаем всех, кто заинтересован в работе с Министерством Внутреннего Управления. Уже сейчас у нас есть задатки на участие Торгово-Промышленной Палаты, большинства регионов страны и других федеральных органов исполнительной власти и большого количества крупных корпораций, которые готовы заниматься инвестициями в здравоохранение и институтов развития. То есть мы хотели бы объединить на площадке при Министерстве всех, кто креативно и позитивно настроен и действительно хочет честными методами и механизмами развивать государственно-частное партнерство. Я очень коротко хочу сказать, что за последние 5 лет в стране в целом государственно-частное партнерство существенно развилось в сфере здравоохранения. Достаточно сказать, что при отсутствии пока федерального закона "О государственно-частном партнерстве", уже 61 субъект Российской Федерации имеет свои субъектовые законы о государственно-частном партнерстве. И мы специально провели анализ всего, что делается в нашей стране в этой сфере: фактически каждая региональная программа развития здравоохранения имеет специальную главу на эту тему. Я хотела бы отметить, что в 24-х субъектах Российской Федерации уже сейчас активно развиваются инфраструктурные проекты государственно-частного партнерства, прежде всего касающиеся первичной медицинской помощи и первичной специализированной медицинской помощи: это сети ФАПов, это сети врачебных общих практик, сельских и городских поликлиник. Есть удивительно эффективные проекты, когда формируется кластер во главе с врачебной общей практикой и в основе, лежащей всей фельдшерско-акушерских пунктах сельской местности - это очень эффективно работающая функциональная структура. Есть корпорация нескольких врачебных общих практик в городе, и первые позитивные результаты мы от этого тоже видим. На втором уровне системы здравоохранения тоже появляются примеры государственно-частного партнерства. Но в связи с тем, что второй уровень - стратегический, и он направлен на экстренное оказание помощи и связан с очень жесткой территориальной привязкой, то это уже не всестороннее партнерство, а локальные проекты: это отдельные отделения для медиализа, это лабораторные или клинико-диагностические отделения. И на уровне сопутствующей аналогичной медицинской помощи тоже уже сейчас есть очень эффективные примеры развития. Очень большое количество регионов работают уже по механизму аутсорсинга. И это тоже механизм государственно-частного партнерства. Причем в аутсорсинг передаются и функции по медицинскому управлению - менеджменту, и непрофильные активы - клиники, прачечные, службы готовки еды, бухгалтерские услуги и др.

Хотелось бы отметить, что в последние 2-3 года серьезность его получили крупномасштабные инвестиционные проекты. Я хотела бы отметить такие проекты в области создания сети центров дистанционного консультирования и некоторые другие, которые основаны на партнерстве наших государственных корпораций, скажем, один из проектов "Роснано" с крупными международными корпорациями - General Electric и некоторыми другими. Таким образом, примеров уже много, нам хотелось бы, чтобы мы сегодня обсудили и услышали от вас предложения по тому, как системно работать вот в этом направлении. Мы готовы обсуждать любые аспекты этой проблемы. Мы считаем, что в рамках нашего созданного при Министерстве Координационного Совета мы вместе разработаем концепцию развития государственно-частного партнерства в здравоохранении и, прежде всего, обсудим вопросы по условиям подобного партнерства, по длительности и соответствующих заключений договоров для возможности возврата денег для инвесторов и по изменению тарифной политики. Введение организационного компонента - это отдельная тема, и мы готовы ее обсуждать для того, чтобы выгодно было соответственно интегрироваться частным инвесторам в систему государственного и участвовать в программе государственной гарантии по бесплатному оказанию помощи для людей.

Я хотела бы несколько слов сказать именно о государственно-частном партнерстве, которое, на наш взгляд, должно повышать качество и доступность медицинской помощи нашему населению. За последний год у нас существенно увеличился объем денег в ОМС, это уже триллион 200 миллиардов рублей. Кроме того, мы ввели единый подушевой норматив. И возможности каким-то образом искажать или неправильно проводить тарифную политику на местах практически ее не осталось. Я хочу сослаться, коллеги, на Президиум Государственного Совета, который проводил Владимир Владимирович, Президент Российской Федерации, 30 июля, и по результатам этого Госсовета нам даны дополнительные поручения: внести такие дополнительные изменения в программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, которые бы позволили существенно разграничить бесплатное от платного и развивать государственно-частное партнерство для усиления именно компоненты бесплатной медицинской помощи населению. И мы все собственно над этим и работаем. И за последний год с помощью и при участии Всемирного Банка мы разработали впервые в нашей стране клинико-статистические группы, и они были очень успешно апробированы на нашей территории, и применение даже в трех регионах нашей страны клинико-статистических групп "пилотных" уже позволяет сделать вывод о том, что несет огромную экономию в самой системе здравоохранения - до 60 миллиардов в год просто при переходе на правильный способ оплаты медицинской помощи. Безусловно, мы рассматриваем для себя увеличение размеров тарифа, чтобы тариф был комфортный и экономически обоснованный. В этом направлении ведется очень интенсивная работа, работаем мы вместе с Институтом, который возглавляет Академик Стародубов Владимир Иванович, фактически мы пересматриваем сейчас нормативы определения стоимости медицинских услуг. Мы проводим огромную работу, которая, как выяснилось, проводилась последний раз в 60-х годах - все же 50 лет назад. Мы надеемся, что сейчас закончим основной блок работ, а параллельно - работ по трудовому нормированию. Мы реально выйдем на обоснованные тарифы, которые сделают привлекательным вхождение частников в нашу единую систему. В отношении инвестиционного компонента: нам хотелось бы самим его вести. Прежде всего, наверное, начиная с тех инфраструктурных объектов, которые, ну, так скажем, имеют не очень высокий уровень фонда оснащенности, что легче отыграть и деньги вернуть. Именно поэтому я и говорила о ФАПах, о ГУПах, о поликлиниках или небольших амбулаториях, и так далее. Стоимость всего этого для нашей страны в целом - 36 миллиардов: мы уже 2 раза просчитали с Натальей Николаевной Стадченко, руководителем Федерального фонда обязательного медицинского страхования. И в принципе, если такая возможность у нас будет, первичную помощь инвестиционным компонентом мы покроем. А вот общая стоимость, если мы захотим инвестиционный компонент для всех уровней системы внедрить, - он существенно выше: более чем в 12 раз. Это уже совершенно другие суммы, и здесь, по-видимому, нам придется очень дифференцированно к этому подходить.

Что касается концессионного соглашения, я, как и мои коллеги из Министерства здравоохранения, за то, чтобы, во-первых, мы обсудили и декларировали определенные условия концессионного соглашения, которые действительно позволили бы нам уйти от скрытой приватизации, от неуместного перепрофилирования учреждений и фактически разворота функционала учреждения в удобное для частников направления. Такие попытки есть. С другой стороны, мы перешли всего 2 года назад на среднесрочное планирование бюджета фонда ОМС - 3-ех годичное, раньше у нас были одногодичные циклы. Теперь мы можем планировать, по всей видимости, пока на этот срок. А дальше надо будет соответственно смотреть. По поводу образования, коллеги, я хочу напомнить, что уже в Федеральном законе 323-ФЗ внесено увеличение сроков обучения в ординатуре - до 5-ти лет в зависимости от профиля медицинской деятельности, и все хирургические специальности - от 3-ех до 5-ти лет. Поэтому мы фактически сейчас идем на полную гармонизацию с образовательным процессом ведущих университетов и клиник - европейских, американских, с небольшими различиями.

И по поводунеобходимости введения компонентов тарифов, позволяющих проводить амортизацию, по сути дела, оборудования и его обслуживание. В Законе 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании" прописано, что есть компонент "Прочее", куда, в том числе, входит и обслуживание оборудования и амортизация оборудования стоимостью ниже 100 тысяч рублей за единицу. Другой вопрос, что пока эти тарифы не заполнены как бы полностью настолько, сколько они стоят с точки зрения себестоимости медицинских услуг. Естественно, это "Прочее" - оно действительно не слишком велико, и сложно использовать, чтобы накопить из многих тарифов чтобы что-то адресное можно было сделать. Но мы идем по графику, и бюджет соответственно будет внесен в Государственную Думу. И бюджет предполагает увеличение соответственно ресурсов полного обязательного медицинского страхования: мы выходим на цифры даже превышающие наши исходные планы. И в 2015 году у нас будет 1 триллион 500 миллиардов рублей.

Я хочу напомнить, что изначально мы говорили об 1 триллионе 406 миллиардах на 2015 год. Сейчас мы выходим больше, чем на 1,5 триллиона, и я хочу отметить, что специально проводилась 2-ух годичная работа по стандартизации медицинской помощи для того, чтобы мы могли просчитать нашу потребность в соответственно финансовом обеспечении того объема медицинской помощи, которое потребляют наши граждане. Этих денег при прозрачности подхода нам в целом хватит.

Ну, и совсем последнее. Коллеги из центра "Мать и дитя" говорили о многих эксклюзивных технологиях: у нас на сегодняшний день есть 95 эксклюзивных технологий, которые пока оказываются только в федеральных учреждениях и в отдельных частных учреждениях - медицинских организациях. Поэтому вопрос о внедрении тех медицинских технологий, которые сейчас не входят в ОМС, - это очень непростой вопрос. И это может быть просто отдельной темой наших обсуждений. Здесь есть несколько альтернативных механизмов, и мы готовы очень подробно обсуждать. Еще раз спасибо большое.