**Глубокоуважаемые коллеги!**

Для меня большая радость и честь сегодня быть вместе с вами на III Съезде Национальной медицинской палаты!

Завершается второй год работы Министерства здравоохранения Российской Федерации, которое было создано в мае 2012 года после многолетнего перерыва, во многом благодаря запросам профессионального медицинского сообщества. Когда Министерство здравоохранения создавалось, оно получило беспрецедентный кредит доверия, который сопровождает работу ведомства и осознается каждым сотрудником Министерства. Мы никогда не разделяли себя и медицинское сообщество, частью которого мы сами являемся, и залог поступательного развития медицины и здравоохранения заключается во взаимодействии и в нашем тесном сотрудничестве. Именно поэтому в нашем ведомстве в 2012 году было подписано соглашение между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Национальной медицинской палатой, и в соответствии с этим соглашением мы эффективно ведем ежедневное взаимодействие по всем основным направлениям нашей работы.

В марте 2014 года мы подписали дополнительное соглашение об обязательной экспертизе и обсуждении Национальной медицинской палатой всех нормативных актов, которые выходят из Министерства здравоохранения. Прежде всего, это касается смысловых нормативных актов, тех, по которым осуществляется медицинская деятельность, и в этом направлении мы уже начали активную работу. Возможно, благодаря нашей совместной конструктивной работе, мы действительно достигли существенных положительных результатов.

К концу 2013 года мы можем подвести определенные итоги: все целевые показатели, которые были поставлены Президентом Российской Федерации, были достигнуты. Мы снизили показатели смертности в нашей стране – он составил 13 на тысячу населения. Я хочу напомнить, что когда мы начинали работу в 2008 году, этот показатель достигал 16-ти. Это очень существенное снижение. Показатель продолжительности жизни за 2013 год вырос на 0,6 года и достиг - 70,8 лет. Для женщин он составил 76, 5 лет – это самый высокий показатель за всю историю нашей страны, для мужчин пока показатель ниже, но движение в сторону повышения продолжительности жизни идет более быстрыми темпами, чем у женщин.

В 2013 году нам удалось достичь самых низких за историю нашей страны показателей младенческой, детской и материнской смертности. Только вчера завершил работу Международный форум - форум по исполнению целей развития тысячелетия, поставленных ООН перед всем миром, который проходил в Москве под руководством академика Александра Александровича Баранова, вице-президента Национальной медицинской палаты. Почему России было поручено ООН направление по снижению младенческой и материнской смертности? Потому что был сделан беспрецедентный скачок по снижению этих показателей с 1990-го года. За этот период мы снизили более чем в 4 раза материнскую смертность - с 48 до 11, 5 на 100 тысяч родов. Более того, сейчас мировое сообщество изучает наш опыт, а мы этот опыт преподаем. Только за последние 10 лет мы снизили материнскую смертность на 71%. В 2012 году достигли показателя 11,5, хотя он прогнозировался только к 2020 году. В 21 субъекте Российской Федерации регистрируется нулевой показатель материнской смертности, и 46 из 83 субъектов, пока без Крыма, имеют показатели на уровне самых лучших стран мира – меньше 10.

За эти же годы удалось снизить детскую смертность в три раза, и мы достигли самого низкого показателя за всю историю нашей страны к концу 2012 года – 10, 2 на 1000 населения. В основном это было сделано за счет снижения младенческой смертности, которая занимает 70% в интегральном показателе детской смертности. Младенческая смертность снизилась уже в 2011 году до 7,5-7,7, это позволило впервые перейти в 2012 году на международные критерии учета новорожденных в соответствии с рекомендациями ВОЗ. В 2012 году экспертное сообщество прогнозировало на 100% рост показателя младенческой смертности с учетом увеличения количества регистрируемых детей, рожденных с массой от 500 грамм. Но увеличение произошло только на 16%. Более того, если в 2012 году показатель был 8,6, в 2013-м году – 8,2, то за 4 месяца 2014-го года – 7,9. За этими цифрами огромная комплексная работа. Охрана материнства и детства является приоритетным направлением государственной политики, и на эти цели выделены значительные средства. Всего за несколько лет построено 22 перинатальных центра, 11 центров, оказывающих высокотехнологичную помощь по разным направлениям, в том числе и для детей. Проведена модернизация здравоохранения – 28% всех ресурсов были направлены на развитие службы охраны материнства и детства. Было создано около 4 тысяч коек интенсивной терапии патологии новорожденных, в три раза увеличилось количество высокотехнологичных акушерских коек. Решение о продолжении программ модернизации, включая формирование трехуровневой системы в этой области и строительство еще в 30 регионах перинатальных центров, позволит нам улучшать и в дальнейшем показатели материнской и младенческой смертности. У нас есть все, чтобы это произошло. Это решение принято Президентом Российской Федерации и этот проект будет контролироваться им лично.

Также улучшены показатели по всем основным группам заболеваний: при сосудистой патологии показатель снижен до 696 на 100 тысяч населения. В начале 2000-х годов этот показатель превышал 1200 на 100 тыс. населения. За 10 лет снижена смертность от инсультов на 70 % благодаря тем мерам, которые приняты государством, в первую очередь, благодаря реализации сосудистой программы, которая была отмечена золотой медалью Всемирной федерации инсультов и рекомендована к применению во всех странах мира. Снизилась смертность от туберкулеза: каждый год снижение на 10%. Увеличилась доля онкологических заболеваний, выявляемых на 1-ой и 2-ой стадиях.

Мы все, находящиеся в этом зале, - профессионалы, и как никто другой знаем все недостатки системы здравоохранения. На ее совершенствование направлено наше взаимодействие. Медицина ушла далеко вперед: получила развитие биомедицина, появляются новые технологии, клеточные, тканевые, аутологичные органы – все это необходимо в ближайшее время внедрять. Развивается персонифицированная медицина, когда на основе индивидуального генетического кода подбирается лекарственная терапия, и совершенно по-другому ведется каждый пациент.

Как совместить такую открытую социальную направленность и возможность социального равенства в нашей отрасли со стремительным развитием и внедрением современных технологий? Мы понимаем, что новые технологии очень ресурсоемкие и дорогие, но как сделать так, чтобы они были доступны каждому гражданину общества? Вот над этими задачами мы все вместе должны работать. И мы много раз уже обсуждали, что существуют несколько направлений нашей совместной работы.

Когда мы начинали нашу работу, износ инфраструктуры здравоохранения в нашей стране составлял 54%, а для службы детства и родовспоможения в ряде регионов доходил до 80-100%. Благодаря программам модернизации нам удалось на треть увеличить фондооснащенность всей нашей системы, но это не значит, что повсеместно инфраструктура находится на соответствующем уровне.

Для каждого региона разработана программа развития здравоохранения, включающая модернизацию инфраструктуры. Самая затратная часть – это строительство высокотехнологичных медицинских центров и перинатальных центров. А текущие задачи связаны с проведением капитального ремонта, переоснащением.

Карта территориального планирования медицинской инфраструктуры стала картой стратегической для каждого региона, она должна согласовываться с федеральным Министерством здравоохранения.

Отдельная тема - повышение эффективности системы здравоохранения. Нам надо повышать эффективность работы койки, но не за счет сокращения маломощных медицинских организаций на селе. На каждой совместной встрече мы говорим о том, что этого делать нельзя. С каждым регионом отдельно мы будем согласовывать территориальные программы медицинской инфраструктуры согласно логистике трехуровневой системы, и это должно стать государственной гарантией, чтобы исключить подобные искажения и нарушения на местах.

Третий момент: необходимо не только улучшить инфраструктуру, закупить новое оборудование, важно и то, как все части системы будут взаимодействовать между собой. Фактически отраслеобразующей стала сосудистая программа, на основе которой отрабатывался механизм трехуровневой системы оказания медицинской помощи. Наша задача заключается в том, чтобы 60% медицинской помощи было в шаговой доступности.

Первый уровень – это в основном первичная медико-санитарная помощь, но, кроме того, это помощь, оказываемая в стационарах, в участковых и районных больницах. Эта часть системы медицинской помощи была в очень тяжелом состоянии, проблемы начались не в 90-е годы, существенно раньше – с начала 70-х годов, когда появился профицит в клиниках и стационарах, снизился статус врача первичного звена. Чтобы эта система стала эффективной, нам нужно много работать. Большая часть средств программы модернизации ушла на развитие сельской медицины. За 2 с небольшим года мы добавили к системе 1765 новых ФАПов, офисов врачей общей практики. Тем более обидно и несправедливо слышать, что на местах закрываются ФАПы. Если это так, то это – нарушение.

Для труднодоступных районов мы наладили выездные формы работы. За 2 года организовано более 8 с половиной тысяч выездных бригад специалистов, полностью оснащенных портативным оборудованием, 957 мобильных комплексов. Это не только флюорографы, экстренные лаборатории, это целые передвижные ФАПы, сельские амбулатории, специальные комплексы по диспансеризации и так далее.

Мы увеличили количество аптечных киосков на селе. Если 2 года назад аптечные киоски на селе составляли 27% от всей фармсети, то на начало 2014 года - 52%. Лицензированы ФАПы, фельдшерские пункты, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации.

Очень много делается для того, чтобы жители села получали качественную медицинскую помощь на первом уровне. И если говорить об одной из задач нашего сотрудничества, то это формирование общественного контроля. Мы получаем информацию через департаменты здравоохранения всех субъектов федерации. Нам очень важна эта информация и тот общественный контроль, который наряду с пациентским сообществом, осуществляет медицинское сообщество, благотворительные организации, другие структуры. Чем больше мы будем получать информации, тем проще нам будет исправлять те недостатки, которые есть сегодня в системе.

 Второй уровень оказания медицинской помощи начал формироваться в 80-е годы. Наряду с первичным звеном формировались консультативно-диагностические центры. Когда разрабатывали сосудистую программу, нам пришлось рассчитать, как в каждом субъекте Российской Федерации создать межмуниципальные и межрайонные центры с доставкой больных не более чем за час из каждой точки региона. Именно формирование такой системы позволило снизить госпитальную летальность с 85% до 16% за прошедшие годы.

Третий уровень системы - региональный, который позволяет каждому региону стать самодостаточным в оказании высококвалифицированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

Мы начали выполнять высокотехнологичные операции в регионах только в конце 2009 года. В этом году выполнено почти 167 тысяч. Увеличилось в 7 раз количество учреждений, которые оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь на местах. Сегодня 30% всех операций по трансплантации проводится в региональных учреждениях.

В этом году 459 видов высокотехнологичной медицинской помощи из имеющихся 1466 погружены в систему ОМС. В январе-феврале этого года высокотехнологичную медицинскую помощь получили на 7100 пациентов больше, чем в прошлом году. С учетом выделенных ресурсов и подготовленных кадров мы можем сказать, что увеличилось количество пациентов, получивших высокотехнологичную помощь. В прошлом году 506 тысяч пациентов получили такую помощь, и мы добились, что в 2013 году среднее время ожидания высокотехнологичной медицинской помощи составило по стране 3 недели для взрослых и 2 недели - для детей. Но ожидание по профилю составляет в среднем 35 дней.

В стране пока не создана система донорства органов. Нам предстоит принимать федеральный закон, который обсуждался последние полтора-два года и дорабатывался совместно с профессиональным медицинским сообществом, с пациентским сообществом, с религиозными организациями. Мы хотим вас всех привлечь к серьезному обсуждению этого законопроекта, который касается всего населения страны. Главный его тезис очень справедлив и прост : если вы хотите, чтобы вам когда-нибудь была оказана подобного рода помощь , если вы будете в ней нуждаться, то прежде всего вы должны сами изъявить волю на посмертное донорство в случае, если вы можете быть потенциальным донором. А иначе у вас нет морального права пользоваться органами другого человека.

Важнейший вопрос нашего сотрудничества с Национальной медицинской палатой - это кадровая политика, включая медицинское образование, переход на непрерывное медицинское образование и постоянное повышение квалификации врачей абсолютно всех уровней. В этом направлении тоже многое сделано, в том числе в рамках координационного совета, одним из руководителей которого является Леонид Михайлович Рошаль, и в который входит большое число ведомств.

Обновлены все образовательные государственные стандарты. Для того, чтобы их внедрить, обучение прошли все профессора медицинских вузов, преподающие на первых двух курсах по всем основным фундаментальным направлениям, которые в ряде вузов даже не преподавались еще 3-4 года назад: молекулярная биология, молекулярная генетика, биоинформатика, молекулярная физиология и другие дисциплины, без которых не может существовать современной медицины.

 Мы впервые в 2013 году разработали 96 стандартов обучения в ординатуре. Этого не было раньше в нашей стране. На базе этих стандартов учебно-методическое объединение и совет ректоров медицинских вузов готовит учебные программы. Эти образовательные программы, безусловно, являются отражением клинических протоколов, потому что именно отрасль формирует запрос на кадры. Я благодарна нашим ведущим профессорам и академикам, которые приняли предложение стать главными внештатными специалистами Министерства здравоохранения, благодаря чему воссоздан этот аппарат, состоящий из более, чем 70 специалистов. Все они – руководители федеральных учреждений, ассоциаций. Экспертным сообществом разработан единый для страны национальный клинический протокол, и сейчас он наполняется содержимым. В прошлом году мы разработали первые 420 протоколов, в этом году должны разработать ещё не менее 600. И в 2015 году довести их количество до 1500 для того, чтобы эти протоколы были достоянием каждого врача - специалиста по своему профилю.

Мы создали в 2013 году компьютеризированное рабочее место врача, которое имеет прямой доступ с каждого компьютера к электронной медицинской библиотеке. Только за 2013 год нам удалось оцифровать более 5 миллионов страниц медицинской информационной литературы.

Создана система помощи в принятии решений по выбору лекарственной терапии и совместимости разных лекарственных препаратов. С Национальной медицинской палатой мы начали под каждый протокол формировать интерактивную образовательную программу, чтобы можно было внедрить образовательные программы дистанционно и работать с каждого рабочего места без отрыва от производства. Образовательные программы для участковых врачей, педиатров, терапевтов были запущены осенью 2013 года. Сейчас дистанционными обучающими проектами охвачено 700 с лишним врачей первичного звена.

Важнейшая тема – это устранение кадровых дисбалансов. Надо быть честными: говорить об абсолютном дефиците кадров мы можем только применительно к средним медицинским работникам, но не к врачам. В сравнении с Канадой, Швецией, Соединенными Штатами Америки, Австралией количество врачей у нас выше уровня этих стран. Мы понимаем, у нас огромная страна, есть площади с низкой плотностью населения, и нам необходимо больше врачей, чем в других странах. Но проблема в том, что у нас огромный относительный дефицит врачей в первичном звене при огромном профиците врачей в стационарах. Наша с вами задача – сбалансировать систему.

Мы начали внутриотраслевое перераспределение, чтобы сконцентрировать кадры согласно потребностям трехуровневой системы здравоохранения.

Программа «Земский доктор» позволила нам привлечь в «первичное звено» на селе 12 тысяч молодых врачей, за последний год - 4,5 тысячи. Дмитрием Анатольевичем Медведевым было принято решение об увеличении возрастного ценза тех врачей, которые могут за счет программы «Земский доктор» приходить на село, как минимум, до 40 лет.

Мы проверили все регионы на наличие «кадровых» программ с перечнем социальных льгот и материальных поощрений медиков, которые приходят работать в сельскую местность и в малонаселенные пункты. И сейчас эти программы во всех регионах страны активно набирают ход. Мы довели количество целевых мест в российских медицинских вузах до 38,5% в 2013 году. Есть вузы, которые обращаются в Министерство за разрешением увеличить количество целевых мест до 55% - 60% и мы идем на это. Но есть регионы, где эффективность целевого приема не превышает 20-25%. По результатам 2013 года эффективность целевого приема составила 83%.

Все эти меры в комплексе позволяют решать намеченные задачи, совершенствовать систему оказания медицинской помощи населению.