

**Доклад Министра здравоохранения Российской Федерации
Вероники Игоревны Скворцовой
на заседании итоговой Коллегии Минздрава России
«Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2015 году и
задачах на 2016 год»**

Глубокоуважаемые коллеги!

Позвольте, прежде всего, поблагодарить нашего куратора – Заместителя Председателя Правительства Ольгу Юрьевну Голодец за глубокий анализ и определение тех направлений, по которым мы все вместе должны развиваться в ближайшей перспективе, за постоянную помощь в работе, за рассмотрение самых актуальных отраслевых вопросов раз в две недели на селекторах со всеми регионами Российской Федерации. Ольга Юрьевна, огромное вам спасибо!

Дорогие коллеги! Как уже было сказано, главным результатом деятельности здравоохранения в 2015 году явился рост продолжительности жизни на полгода до 71,39 года, что в значительной мере связано со снижением смертности лиц трудоспособного возраста – за год на 4,5%, или более чем на 21 тыс. человек, из которых более 18 тыс. – молодые мужчины. Разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин за год сократилась до 10,8 года, по сравнению с 11,2 – в предыдущем году и 11,6 – в 2011 году. Но само сохранение такой дистанции между продолжительностью жизни мужчин и женщин – безусловно, это серьезнейший вызов, и в то же время это как раз акцентирует наше внимание на огромном резерве в борьбе со смертностью лиц трудоспособного возраста, прежде всего, мужчин.

В связи с ростом продолжительности жизни существенные изменения произошли в возрастной структуре населения страны. Вклад старших возрастных групп в общую смертность вырос практически до 75% против 73% в 2014 году и 71% в 2011 году.

Для сохранения и усиления тенденции к снижению общей смертности при таких особенностях возрастной структуры населения был разработан и внедрен комплекс дополнительных мер, направленных на предотвращение смертности населения от всех основных причин, включивший, в том числе, регулярный (еженедельный и ежемесячный) мониторинг основных показателей доступности и качества медицинской помощи.

Реализация с апреля 2015 года этого комплекса дополнительных мер позволила закончить год со снижением смертности на 3 800 человек.

В январе–феврале текущего 2016 года тенденция к снижению смертности сохранилась: умерло на 4 910 человек меньше в сравнении с аналогичным периодом прошлого года.

Особый вклад в снижение общей смертности и увеличение продолжительности жизни и рождаемости вносит снижение младенческой, детской и материнской смертности. В 2015 году по всем этим показателям достигнуты исторические национальные минимумы. Россия выполнила 4-ю и 5-ю Цели развития тысячелетия ООН.

Младенческая смертность за год снизилась на 12,2% до 6,5 на 1 000 родившихся живыми, а по сравнению с 2012 годом – на 24%. Хотелось бы отметить, что за 2 месяца текущего года она стала еще ниже – 6,1.

Материнская смертность, по оперативным данным ведомственного мониторинга, снизилась на 11 %, а с 2011 года – почти вдвое.

Более 20 тыс. детей родилось с помощью современных технологий экстракорпорального оплодотворения, это больше на 9%, чем в 2014 году, и на 56% – по сравнению с 2012 годом.

Важно отметить, что благодаря активным мерам по психологической поддержке беременных женщин и организации службы доабортного консультирования в женских консультациях и родильных домах, за 2015 год на 8% снизилось число аборт (это 67 тысяч родившихся детей), а, по сравнению с 2011 годом, – на 24,5%, или на 242 тысячи.

Таким образом, с 2013 года – третий год подряд – мы сохраняем положительный естественный прирост населения, который в прошедшем году превысил 32 тыс. человек.

Уважаемые коллеги! Положительных демографических результатов, несмотря на сложную финансово-экономическую ситуацию, позволила добиться наша слаженная работа по

повышению доступности медицинской помощи разных видов и форм оказания. В 2015 году на этом направлении было сделано несколько принципиально важных шагов.

Впервые, как уже сказала сейчас в своем вступительном слове Ольга Юрьевна, проведено прикрепление каждого застрахованного в ОМС не только к медицинской организации первичного уровня, но и к конкретному специалисту – врачу или фельдшеру, что подразумевает формирование персональной профессиональной ответственности. По состоянию на март 2016 года, из 146,9 млн. застрахованных были прикреплены к специалистам более 97%. Эту работу необходимо завершить в ближайшее время.

Введена система еженедельного мониторинга ключевых показателей работы каждого участкового терапевта и врача общей практики по каждому из 60 тыс. терапевтических участков, что позволило точно выявлять проблемы в обеспечении основным объемом первичной медико-санитарной помощи, включая профилактику, и оперативно на них реагировать.

Отдельное внимание было уделено территориальному планированию медицинской инфраструктуры. Впервые за постсоветский период были пересмотрены и утверждены требования к размещению медицинских подразделений в первичном звене, в том числе в удаленных районах и сельской местности. Эти требования теперь базируются не только на численности проживающего населения, но и на расстоянии до ближайшей медицинской организации с учетом нормативно закреплённого предельного времени ожидания разных видов медицинской помощи.

Для оптимизации территориального планирования Министерством создана геоинформационная система, использование которой позволяет выявлять и адресно устранять риски сниженной доступности медицинской помощи.

2015 год внес свой вклад в создание трехуровневой системы оказания медицинской помощи, которая, в целом выстроена уже в 70 субъектах Российской Федерации. Наша задача – в 2016 году доформировать правильную организацию медицинской помощи в каждом регионе страны.

Дорогие коллеги! Именно первый и второй уровни оказания медицинской помощи преимущественно определяют её доступность – как в повседневной жизни, так и в экстренных жизнеугрожающих ситуациях.

В 2015 году были введены требования по медицинскому обеспечению населенных пунктов с численность населения менее 100 человек. По переписи 2010 года, это более 82 тыс. населенных пунктов! В них, согласно нормам приказа, должны быть сформированы домохозяйства с возможностью оказания первой помощи и обеспечением экстренной связью, а также предусмотрено оказание первичной медико-санитарной помощи путем выездных форм работы – мобильными медицинскими бригадами с использованием портативных медицинских комплексов для плановых медицинских осмотров – не реже 2 раз в год. Установлены требования и к созданию в каждом регионе круглосуточной медицинской службы, связанной со всеми домохозяйствами и экстренными медицинскими службами.

В 2015 году в регионах функционировали уже более 9 тыс. домохозяйств (за год увеличение числа почти на 11%) и работало более 3 тыс. мобильных медицинских бригад (за год рост на 8%), которые обследовали более 760 тыс. человек. Однако очевидно, что этого недостаточно. В текущем году мы должны охватить плановым медицинским наблюдением жителей всех малонаселенных пунктов.

Особое наше внимание было уделено развитию инфраструктуры сельской медицины.

Из 800 объектов, построенных и введенных в 2015 году, было 557 новых ФАПов и 58 офисов врачей общей практики.

Отремонтировано за год 310 сельских медицинских подразделений.

В результате, за год доля сельских медицинских подразделений, требующих капитального ремонта, сократилась на 39%, а находящихся в приспособленных зданиях и помещениях – на 17%.

За период с 2011 года в стране почти в 2,5 раза увеличилось число отделений врача общей практики и в 1,6 раза – число сельских амбулаторий.

Общее число отделений врача общей практики за 2015 год увеличилось на 184, сельских амбулаторий – на 367, сельских здравпунктов – на 214. При этом, несмотря на строительство новых ФАПов, их общее число несколько снизилось (на 0,7 %), что отражает ускоренное развитие врачебной помощи на селе.

Важно отметить увеличение доли профилактических амбулаторных посещений на селе, которая в прошедшем году впервые превысила аналогичный показатель у городских жителей.

Существенноросло и число межрайонных медицинских организаций второго уровня, оказывающих населению экстренную специализированную помощь – при жизнеугрожающих состояниях – в течение "золотого часа", независимо от места проживания, в том числе в сельской местности.

Так, число сосудистых центров за год увеличилось на 8,3%, а по сравнению с 2012 годом – на 88,6%. Общее число первичных и региональных сосудистых центров составило 543, что и позволило нам внедрить на территории всей страны современные технологии диагностики и лечения ишемической болезни сердца и нарушений мозгового кровообращения.

Число травмоцентров за год повысилось на 20%, а с 2012 года – на 125%. В настоящее время оно превысило 1500.

Важнейшее направление нашей деятельности – обеспечение доступности высокотехнологичной медицинской помощи. Объемы оказанной ВМП с 2013 года были увеличены на 63% (с 505 тыс. до 823,3 тыс. человек), а за 10 лет – в 13,7 раза. При этом технологии ВМП активно внедряются в регионах: в 2015 году ВМП оказывалась уже 800 медицинскими организациями, что на четверть больше, чем в 2014 году.

Так, в 2015 году проведено более 126 тыс. стентирований сосудов (тогда как еще в 2014 году проводилось лишь 97 тыс.). В 20% случаев острого коронарного синдрома стентирование было проведено в экстренном порядке – в течение первых трёх часов с момента госпитализации.

Наряду с этим, высокотехнологичная помощь пополнилась самыми современными сложнейшими уникальными технологиями.

Уважаемые коллеги!

Наряду с доступностью медицинской помощи, важнейшим направлением нашей совместной работы является создание системы управления её качеством.

В 2015 году совместно с Росздравнадзором и главными внештатными специалистами Минздрава России был проведен анализ правоприменительной практики порядков оказания медицинской помощи, по результатам которого они были актуализированы и дополнены. Впервые были разработаны и приняты порядки оказания паллиативной и гериатрической помощи, порядки по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни.

Подготовлен проект федерального закона о введении административной ответственности должностных лиц за нарушения порядков оказания медицинской помощи. За год аппаратом главных внештатных специалистов Минздрава России и всем экспертным сообществом была завершена работа по созданию базового пула 1200 национальных клинических рекомендаций, или протоколов лечения, по основным классам заболеваний, охватывающих более 90% нозологических форм – основных причин заболеваемости и смертности населения.

Данная работа продолжается в рамках формирования критериев качества оказания медицинской помощи по каждой группе заболеваний, с поэтапным переходом на автоматизированную систему электронного бенчмаркинга.

С учетом критериев качества оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций были пересмотрены и административные регламенты Росздравнадзора по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской помощи.

В рамках этого направления контроля, Службой в 2015 году проверено более 6 тыс. медицинских организаций. К сожалению, приходится констатировать, что нарушения качества медицинской деятельности выявлены в 48% проверенных организаций.

Коллеги, нам всем предстоит огромный совместный труд по повышению качества оказываемой медицинской помощи и приведению её в соответствие с современными международными требованиями.

В этой работе особая роль принадлежит ведущим федеральным центрам, главным профильным специалистам Минздрава России, Федеральных Округов и всех субъектов Российской Федерации, а также обновлённому в 2015 году в каждом регионе страны экспертному сообществу.

Постоянный контроль за этим важнейшим направлением со стороны организаторов здравоохранения всех уровней является абсолютно необходимым условием нашего успеха. Безусловно, качество оказываемой медицинской помощи, прежде всего, зависит от качества подготовки главной движущей силы российского здравоохранения – более чем двухмиллионной армии медицинских специалистов.

В последние 3 года была проведена системная работа по обновлению образовательных программ разных уровней и профилей, определению и внедрению новых стандартизованных подходов к оценке качества подготовки медицинских работников.

Для выравнивания образовательного потенциала медицинских вузов и повышения эффективности корпоративной системы подготовки – Минздравом России в 2015 году были созданы 13 научно-образовательных медицинских кластеров, которые приступили к активной работе.

С 2016 года мы внедряем аккредитацию медиков как принципиально новую систему допуска к профессиональной деятельности, основанную на применении профессиональных стандартов, клинических рекомендаций и процедур, разработанных совместно с профессиональным медицинским и образовательным сообществом.

Поэтапное внедрение аккредитации позволит уже в этом году допустить к профессиональной деятельности по единым на всей территории страны требованиям лиц, получивших высшее образование по специальностям «Стоматология» и «Фармация».

С 2017 года мы начнем аккредитацию выпускников по всей группе специальностей «Здравоохранение и медицинские науки», а затем планомерно перейдём к аккредитации всех медицинских работников.

Приведение уровня подготовки медиков к единым требованиям осуществляется через разработанную систему непрерывного медицинского образования. Созданный в этих целях «Портал непрерывного медицинского образования» обеспечивает уже сегодня доступ врача к реестру дополнительных образовательных программ, где предоставлена возможность формирования индивидуального плана обучения, выбора образовательной программы, включающей, в том числе, симуляционные тренинги, стажировки, циклы повышения квалификации. Частью системы непрерывного медицинского образования является и внедряемый с прошлого года «образовательный сертификат». Полностью система непрерывного медицинского образования охватит всех медицинских работников к 2021 году. Медицинские работники решают важнейшую стратегическую задачу по сохранению жизни и здоровья граждан. Их социальный статус и оплата труда должны соответствовать той высокой роли, которую они играют в обществе.

По данным Росстата, с 2012 года среднемесячная заработная плата врачей, среднего и младшего медицинского персонала увеличилась соответственно на 40,5 %, 39,7% и 60,7%. В целом, по итогам 2015 года, среднемесячная заработная плата врачей составила 47,9 тыс. рублей, среднего персонала – 27,0 тыс. рублей; младшего – 16,8 тыс. рублей.

Вместе с тем, проведенный в 2014 году анализ показал, что при достаточно высоких номинальных показателях средних зарплат в большинстве субъектов Российской Федерации сложилась неоптимальная их структура, в которой доля окладов не превышала 30%. В 2015 году регионам было рекомендовано увеличить долю выплат по окладам в структуре заработной платы до 55–60%.

На сегодняшний день в 58 из 85 регионов параметры оплаты труда уже приближены к рекомендованным значениям. Если в 2014 году в оплате труда врачей и провизоров размер должностных окладов во многих субъектах РФ не достигал 4 тыс. рублей, то сейчас таких регионов не осталось. Средняя величина должностных окладов увеличилась в 1,5–2 раза.

Предпринятые меры позволили не только увеличить гарантированный уровень оплаты труда в здравоохранении, но и снизить часто абсолютно субъективную и несправедливую дифференциацию в уровнях заработных плат медицинских работников одних и тех же специальностей и квалификации в однотипных учреждениях здравоохранения.

Данную работу все регионы обязаны завершить в течение текущего года.

Эффективность работы отрасли напрямую зависит и от уровня подготовки управленческих кадров. В 2015 году Минздравом России, совместно с образовательным экспертным сообществом, проведена масштабная подготовка «управленцев», курирующих финансово-экономическую деятельность в медицинских организациях субъектов Российской Федерации, работающих в системе ОМС. В первую очередь, это коснулось заместителей главных врачей по финансово-экономической деятельности и директоров медицинских организаций.

Более 3 тыс. специалистов прошли обучение по эксклюзивной программе, разработанной при участии ведущих специалистов в области управления и экономики здравоохранения. Впервые в качестве итоговой аттестационной работы был использован анализ финансовой деятельности конкретной медицинской организации и выработка на основе полученных знаний механизмов повышения ее эффективности.

Важное значение для качественного осуществления деятельности врачей имеет не только достойная зарплата, но и привлекательность условий труда, соответствие рабочего места требованиям современности.

Именно поэтому отдельным направлением работы, которое мы развивали в 2015 году, было сокращение бремени непрофильной работы врача посредством внедрения информационных технологий, сокращения перечня документов, требуемых к заполнению, а также перераспределения некоторых обязанностей между врачом и медицинской сестрой.

К настоящему времени информатизировано около 380 тыс. рабочих мест врачей, что составляет 57 % от необходимого количества. В 2016 г. количество автоматизированных рабочих мест планируется увеличить до 70 %.

Полностью пересмотрен перечень документов, заполняемых врачами. Так, в 2015 году были признаны утратившими свою актуальность более 20 федеральных мониторинговых систем, остальные – в настоящее время проходят экспертную оценку на предмет возможности их отмены.

Значимым результатом нашей кадровой политики стало увеличение числа врачей – за год более чем на тысячу человек и уменьшение кадрового дисбаланса. Увеличилось число и молодых специалистов в возрасте до 36 лет.

Выросло число врачей, работающих на селе: по сравнению с 2012 годом, – на 5,5 тыс. чел. (или на 11,3 %); обеспеченность врачами на селе на 10 тыс. сельского населения также увеличилась на 9%. Только благодаря программе "Земский доктор", с 2012 года было привлечено на село более 19 тыс. врачей.

В 2015 году впервые за последние годы удалось увеличить число врачей по таким всегда дефицитным специальностям как «онкология» (394 специалиста), «патологическая анатомия» (49 чел.), «психиатрия (125 чел.) и закрепить положительную динамику по специальностям «анестезиология-реанимация» (898 чел. за год пришло в отрасль) и «рентгенология» (393 чел.).

В результате мы обеспечили снижение коэффициента совместительства у врачей, который с 2006 года не снижался ниже 1,54, а в 2015 году составил 1,43. Основным механизмом устранения кадрового дисбаланса является целевая подготовка, эффективность которой в 2015 году превысила 86 %.

Однако, не во всех регионах этот показатель одинаково высок. Развитие эффективной целевой подготовки остаётся одной из приоритетных задач отрасли на 2016 год.

Дорогие коллеги!

Огромное значение в сохранении жизни и здоровья наших граждан имеет развитие профилактического направления

2015 год был обозначен Президентом Российской Федерации как Национальный год борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В рамках разработанного комплексного плана, мы продолжили реализацию масштабной программы диспансеризации населения – системы целенаправленных скринингов для выявления наиболее значимых, с точки зрения смертности и заболеваемости, состояний.

Первый этап диспансеризации прошли 22,5 млн. человек, из которых более 6 млн. человек (или 27%) были направлены на второй этап – углубленного обследования. Совместно мы боролись за эффективность диспансеризации против приписок и формализма.

Все, у кого были выявлены заболевания (48% обследованных), получили требуемую медицинскую помощь и поставлены на диспансерное наблюдение.

У трети «практически здоровых» обследованных были выявлены факторы риска развития заболеваний, борьба с которыми в рамках комплексной программы Формирование здорового образа жизни также стала одним из наших главных приоритетов.

Вместе с тем, важнейшим условием эффективности всего комплекса профилактических мер является развитие ответственности каждого человека за своё здоровье и здоровье своей семьи.

Нам необходимо внедрять дополнительные меры по мотивированию людей к сохранению своего здоровья, а также работодателей – к сохранению здоровья работающих.

Это сфера межведомственного взаимодействия и взаимодействия с общественными, профсоюзными организациями, ассоциациями производителей, всем гражданским обществом.

Позвольте еще раз произнести слова благодарности О.Ю. Голодец за то, что Ольга Юрьевна возглавила уже в текущем 2016 году рабочую группу Правительственной комиссии по охране здоровья граждан по межведомственному формированию здорового образа жизни и популяционной профилактике заболеваемости.

Особую значимость приобретает и развитие санаторно-курортного лечения, как оздоровительного, так и реабилитационного. Это одна из наших задач на ближайшую перспективу. И подробно мы ее, я так надеюсь, будем рассматривать на следующей итоговой коллегии.

Крайне важно также, чтобы те, кто уже перенес серьезные заболевания и получил стационарное лечение, продолжали принимать предписанные им лекарственные препараты в амбулаторных условиях. В нашей стране приверженность лекарственной терапии в рамках вторичной профилактики заболеваний – очень низка, не превышает 40%, тогда как в большинстве Европейских стран она составляет около 70%.

При отсутствии приверженности терапии риск повторного острого сосудистого нарушения в течение первого года после инсульта, инфаркта миокарда или сосудистой операции превышает 50 %, а экономическое бремя лечения и повторных оперативных вмешательств составляет миллиарды рублей.

С учетом ограничений семейных бюджетов в текущий период времени, особую значимость приобретает обеспечение возможности амбулаторного приема лекарств, масштабирование накопленного в ряде регионов позитивного опыта по частичному государственному возмещению стоимости амбулаторной лекарственной терапии у населения из групп риска.

Говоря о доступности лекарственных средств, в целом, необходимо отметить, что наша работа была сосредоточена на нескольких принципиальных направлениях.

Первейшей задачей было сдерживание роста цен на лекарства и медицинские изделия в условиях валютных колебаний и сложностей в экономике. В целях оперативного контроля, было принято решение об осуществлении Росздравнадзором, наряду с ежемесячным мониторингом, еженедельного выборочного анализа цен.

В среднем по Российской Федерации, за 2015 год уровень розничных цен на ЖНВЛП амбулаторного сегмента увеличился на 8,8 %, госпитального сегмента – на 8,9%. При этом, рост цен на лекарственные препараты, не входящие в ЖНВЛП, составил в среднем 19,5 %, что подтверждает эффективность действующей системы регулирования цен.

Такое регулирование, однако, было бы невозможно без актуализации ограничительных перечней лекарств и медицинских изделий.

В декабре 2015 года Правительством был утвержден перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2016 год, расширенный с 608 до 646 международных

непатентованных наименований, или (с учетом конкретных лекарственных форм, дозировок и фасовок) – до более чем 23,5 тыс. ассортиментных позиций.

Впервые перечень сформирован по новому порядку, обеспечивающему максимальную открытость и вовлеченность экспертного сообщества в создание этого важного документа.

Пересмотрены и расширены также составные части перечня ЖНВЛП – перечень лекарственных препаратов для обеспечения отдельных категорий граждан и минимальный ассортимент лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи.

В целях контроля за ценами на имплантируемые в организм человека медицинские изделия, в 2015 году впервые был сформирован аналогичный перечень, включающий 205 видов медицинских изделий (23% от общего количества имплантируемых). Правительством определен Порядок контроля цен на данную категорию изделий.

В целях сохранения уровня лекарственного обеспечения, в 2015 году дополнительно, в рамках антикризисных мер, в регионы было направлено 16 млрд. рублей, которые позволили сформировать необходимые товарные запасы лекарственных препаратов для обеспечения потребностей до 6 месяцев.

Эффективным механизмом снижения влияния негативных явлений в экономике на лекарственное обеспечение стала централизация закупок, которую уже внедрили более 44% субъектов РФ.

На сегодняшний день доля рецептов, принятых на отсроченное обеспечение, на территории страны не превышает 0,02%.

Текущий год требует от нас ещё большей концентрации ресурсов и экономии государственных средств!

Централизованная закупка лекарств, ориентир на воспроизведённые дженериковые формы, строгое соблюдение клинических рекомендаций и перечня ЖНВЛП – это обязательные требования к организации лекарственного обеспечения населения в каждом субъекте Российской Федерации.

Тем более, что нам предстоит существенно расширить охват необходимым лечением определенных групп населения, в том числе инфицированных ВИЧ-инфекцией.

В 2015 году был подготовлен ряд важных нормативных правовых актов, направленных на совершенствование системы государственного контроля качества лекарственных средств и медицинских изделий, в том числе вводящих уголовную ответственность за оборот незарегистрированных и недоброкачественных лекарственных средств и медицинских изделий.

В связи с этим, необходимо особо упомянуть и разработанную, совместно с экспертным сообществом, и введенную в действие с 1 января 2016 года Государственную фармакопею РФ XIII издания. Такого масштабного пересмотра фармакопеи в нашей стране не было с 1968 года.

Отдельно следует сказать об обеспечении доступности наркотических анальгетиков. За прошедший период была существенным образом пересмотрена вся нормативно-правовая база в этой области.

Упрощены требования по хранению, перевозке, учету наркотических средств и психотропных веществ, упрощены требования к выписке рецептов, увеличены запасы рецептурных бланков, срок их действия, увеличены нормы выписки лекарств, разработаны методические рекомендации и учебные пособия по фармакотерапии хронического болевого синдрома, в том числе у детей.

С 2013 по 2015 годы более чем на треть (на 317) увеличилось количество аптек, осуществляющих отпуск населению наркотических анальгетиков, и на 68% – почти на 1 300 объектов, на которых возложена функция по отпуску наркотических средств и психотропных веществ физическим лицам.

В Росздравнадзоре открыта «горячая линия» для приема обращений о нарушении порядка выписки обезболивающих препаратов. Всего с момента создания «горячей линии» в Росздравнадзор поступило около 2 тыс. обращений, которые были обработаны в течение суток.

Благодаря нововведениям в законодательстве и жесткому контролю за их исполнением со стороны Росздравнадзора, обеспеченность неинвазивными обезболивающими препаратами выросла за 2015 год на 90%.

Однако в ряде регионов эта проблема ещё остра.

Необходимо приложить дополнительные усилия и обеспечить всех страдающих быстрым эффективным обезболиванием.

В Российской Федерации более 20 лет назад задан курс на страховую модель финансового обеспечения оказания медицинской помощи гражданам.

В рамках исполнения поручения Президента по окончательному переходу на страховые принципы обязательного медицинского страхования усилена роль и ответственность страховых медицинских организаций, которые становятся реальными участниками процесса организации медицинской помощи, способными влиять на состояние здоровья населения.

Активное участие страховых медицинских организаций должно осуществляться через уполномоченных лиц по работе с гражданами – страховых представителей, которые призваны обеспечивать не только защиту прав застрахованных на медицинскую помощь, но и сопровождение организации профилактических мероприятий, формирование здорового образа жизни у застрахованных лиц.

Для реализации указанных задач сформированы функциональные обязанности страховых представителей, утверждены обучающие программы и определены базовые вузы для их подготовки, сформированы списки слушателей на обучение.

В апреле 2016 г. на федеральном уровне проведен первый обучающий цикл страховых представителей, целью которого является подготовка высококвалифицированных специалистов для индивидуальной работы с застрахованными лицами в сфере обязательного медицинского страхования.

Вторым важным направлением оптимизации системы ОМС в 2015 году стало совершенствование тарифной политики, которое было направлено на внедрение эффективных способов оплаты медицинской помощи, в том числе в стационарных условиях.

В целях снижения неэффективных расходов в стационарных условиях продолжилось внедрение механизма оплаты медицинской помощи на основе клинико-статистических групп (КСГ). На протяжении последних четырех лет модель КСГ совершенствовалась путем расширения и увеличения количества групп, включения в них новых диагностических исследований и методов лечения. Общее количество групп заболеваний в 2015 году, по сравнению с 2013 годом, увеличилось почти в 1,5 раза и составило 258, а в 2016 году – составляет уже 426 (308 групп для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, и 118 групп – для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров).

В 2016 году значительно увеличилось количество КСГ для оплаты медицинской помощи, оказанной детскому населению, а также по профилю медицинской реабилитации.

Сегодня можно уверенно говорить о том, что система ОМС становится привлекательной для негосударственных медицинских организаций, доля которых в числе медицинских организаций, участвующих в реализации программы госгарантий, составляет уже 25 %.

Продолжается и работа по развитию инструментария государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения.

В 2015 году приказом Минздрава России утвержден Комплекс мер, направленных на развитие инфраструктуры и государственно-частного партнерства в здравоохранении, которым предусмотрены мероприятия по совершенствованию законодательства Российской Федерации, организационные и практические меры по развитию этой сферы.

В конце 2015 года состоялось коммерческое «закрытие» первой федеральной концессии в здравоохранении, реализуемой на основании распоряжения Правительства Российской Федерации.

Реализация данного проекта позволит создать импортозамещающие производства медицинских изделий из уникальных российских материалов, обеспечить создание новых рабочих мест, налоговые поступления в размере 2,6 млрд. рублей в бюджеты разных уровней, а также дополнительный доход в виде концессионной платы, исключая расходы федерального бюджета на содержание неиспользуемой в настоящее время инфраструктуры.

В Правительство Российской Федерации внесен согласованный с Минэкономразвития России проект постановления Правительства по реализации второго пилотного проекта –

заключения инвестиционного соглашения на базе имущества Пермского государственного медицинского университета имени академика Е.А. Вагнера.

На разных этапах подготовки в Минздраве России и подведомственных Министерству учреждениях находятся более 20 инвестиционных проектов с использованием различных механизмов государственно-частного партнерства с планируемым объемом инвестиций более 10 млрд. рублей.

Хочу подчеркнуть: указанные проекты не предусматривают бюджетного софинансирования и государственных гарантий.

Дорогие друзья!

Реализация требования ВОЗ о предоставлении каждому человеку не просто качественной медицинской помощи, а помощи максимально возможного для конкретного человека качества, основанной на достижениях медицинской науки, – требует развития биомедицины – области знаний, сочетающей достижения фундаментальных и прикладных исследований, базирующейся на внедрении современных геномных и постгеномных, регенеративных, когнитивных, компьютерных, роботизированных и других технологий.

Для решения этой задачи, в рамках исполнения майского Указа Президента Российской Федерации, Минздравом России была разработана Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года. Для ее реализации создан Научный совет, включающий 14 научных медицинских платформ, представленных ведущими научными коллективами и экспертами, который осуществляет межведомственное взаимодействие, формирование приоритетов, координацию научной и инновационной медицинской деятельности.

Такой межведомственный формат работы приносит свои плоды.

Получены серьезные научные результаты в таких областях как нейро- и когнитивные технологии, нейрокомпьютерные сопряжения, в том числе для реабилитации пациентов с тяжелыми нарушениями двигательных функций, молекулярно-генетические технологии в онкологии, технологии, базирующиеся на стыке иммунологии, молекулярной биологии и генной инженерии, технологии активного долголетия.

Уже готовы к внедрению в практическое здравоохранение разработанные биомедицинские клеточные продукты для лечения ишемического инсульта, заместительной терапии инсулин-зависимого диабета, технологии выращивания искусственного хряща, реконструкции уретры и др.

Мы надеемся, что принятие Государственной Думой в этой весенней сессии закона «О биомедицинских клеточных продуктах» позволит начать легальное практическое применение этих передовых технологий.

По наиболее перспективным разработкам Министерством внедрен механизм административно-организационного сопровождения, что позволило добиваться прорывных результатов в очень сжатые сроки и, таким образом, быстро решать важнейшие государственные задачи.

Яркий тому пример – разработка в течение 15 месяцев Федеральным научно-исследовательским центром эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Гамалея двух российских вакцин против лихорадки Эбола.

Аналогичные проекты осуществляются в области создания противовирусных препаратов и тест систем, производства отечественных сенсорных приборов и биодетекторов, работающих в автономном режиме без участия человека.

Решается задача полной самостоятельности Российской Федерации в области производства иммунобиологических препаратов.

Для внедрения инновационных продуктов в широкую медицинскую практику (через включение их в программу государственных гарантий) проводится анализ их клинико-экономической эффективности путем внедрения механизма клинической апробации, законодательные основы которого также были заложены в 2015 году.

Успехи российского здравоохранения не могли остаться незамеченными на международном уровне.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, Россия вошла в тройку ведущих стран по эффективности мер, направленных на снижение бремени неинфекционных заболеваний.

Сегодня наша страна является одним из признанных лидеров на этом направлении. За последние три года мы оказали поддержку 24 странам в рамках глобальной программы ВОЗ по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний.

В 2015 году завершена пятилетняя программа участия Российской Федерации в Мускокской инициативе по охране здоровья матери и ребенка. Всего, за 5 лет, в рамках реализации данной инициативы, нами подготовлено более 1200 медицинских специалистов для 18 стран мира.

С 2014 года наша страна единогласно избрана председательствующей в Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, а российское антитабачное законодательство приводится в пример в качестве одного из наиболее комплексных и эффективных.

Высоко оцениваются наши успехи в борьбе с туберкулезом. В следующем году в Москве запланировано проведение глобальной министерской конференции ВОЗ по борьбе с этим заболеванием.

Нам есть, что предложить нашим зарубежным партнерам и в плане лекарственного обеспечения. В начале 2016 года новая российская трехкомпонентная вакцина против гриппа зарегистрирована ПАОЗ и будет доступна на рынке 44 стран Центральной и Латинской Америки в объеме до 90 миллионов доз в год. В Гвинее в ближайшее время начинается пострегистрационное применение российской вакцины против лихорадки Эбола.

Дорогие коллеги!

Здравоохранение – самая чувствительная и значимая отрасль для каждого человека и, одновременно, – основополагающая стратегическая отрасль для всей страны. Она всегда есть и будет "на острие" истории и судьбы народа.

Именно поэтому медицина и организация здравоохранения должны постоянно совершенствоваться, создавая условия для постоянного роста качества и доступности медицинской помощи и укрепления здоровья наших граждан.

2016 год должен стать ещё одной вехой в этом движении вперёд.

Позвольте поблагодарить всех участников и почетных гостей нашей Итоговой Коллегии, Администрацию Президента, Правительство Российской Федерации, нашего куратора – вице-премьера Ольгу Юрьевну Голодец, всех коллег – Федеральных министров и руководителей Агентств и контрольно-надзорных служб, комитеты Государственной Думы и Совета Федерации, всю армию медицинских работников, ученых, преподавателей и организаторов здравоохранения за огромный самоотверженный труд на благо России и россиян!

Позвольте пожелать, чтобы наша работа, направленная на сохранение жизни и здоровья других людей, а, по сути, являющаяся служением, требующим самоотдачи и посвящения, придала в новом рабочем году каждому врачу, фельдшеру, медицинской сестре жизненных сил и душевной крепости, уверенности в собственной востребованности и значимости.

Спасибо!