

Реформа системы охраны здоровья граждан РФ. Основные положения

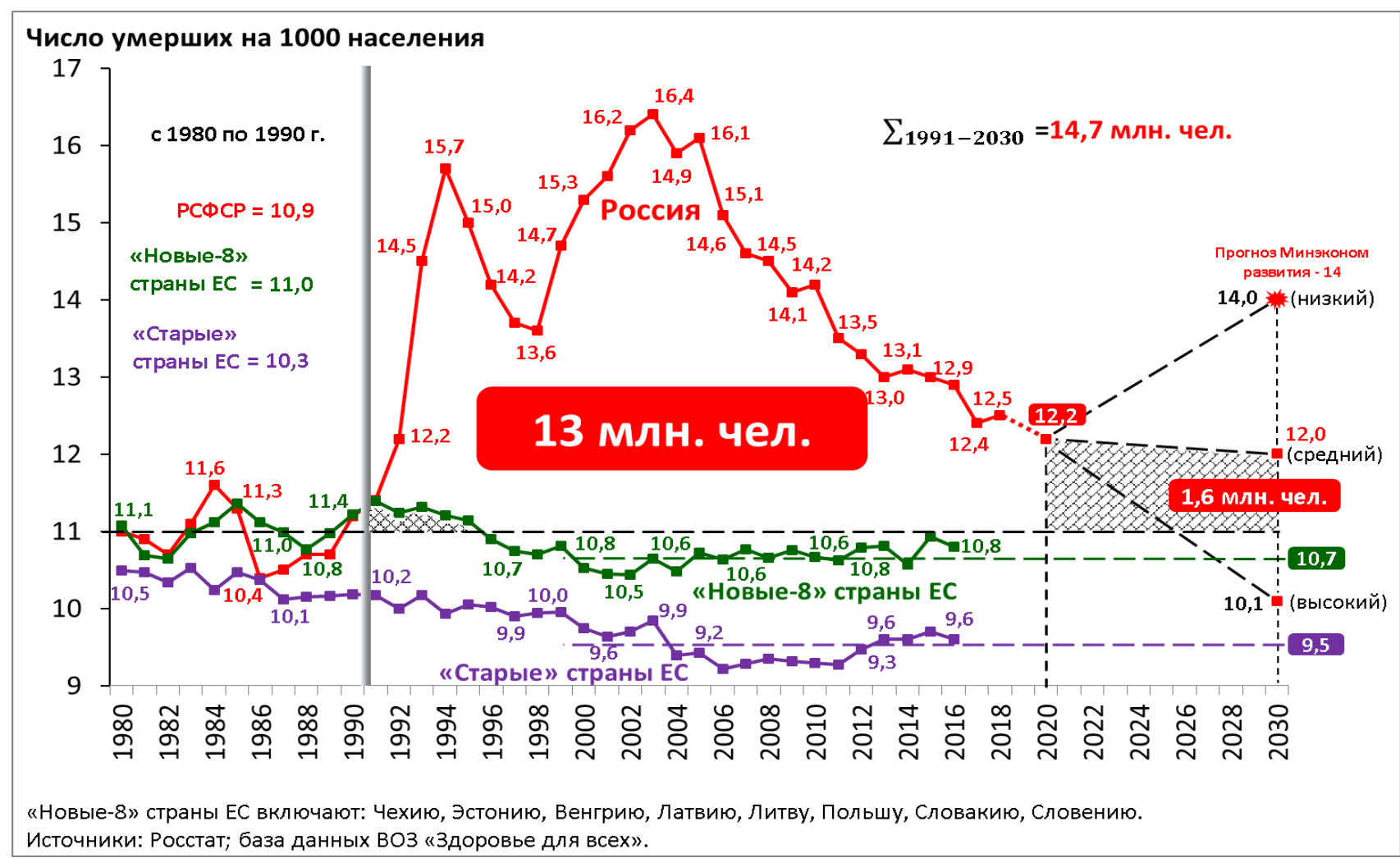
Презентация подготовлена на основе одноименного документа. Его первая версия была сформирована д.м.н. Г.Э. Улумбековой и обсуждена во время проведения онлайн-конгресса «Оргздрав-2020» (25-26 мая), где ее одобрили более 7 тыс. участников. В текущую версию внесены дополнительные предложения от руководителей региональных органов управления здравоохранением, членов медицинского отделения РАН, членов Совета Национальной медицинской палаты, руководителей профессиональных медицинских и пациентских ассоциаций, практикующих врачей. **Основные положения реформы одобрены подавляющим большинством участников обсуждения.**



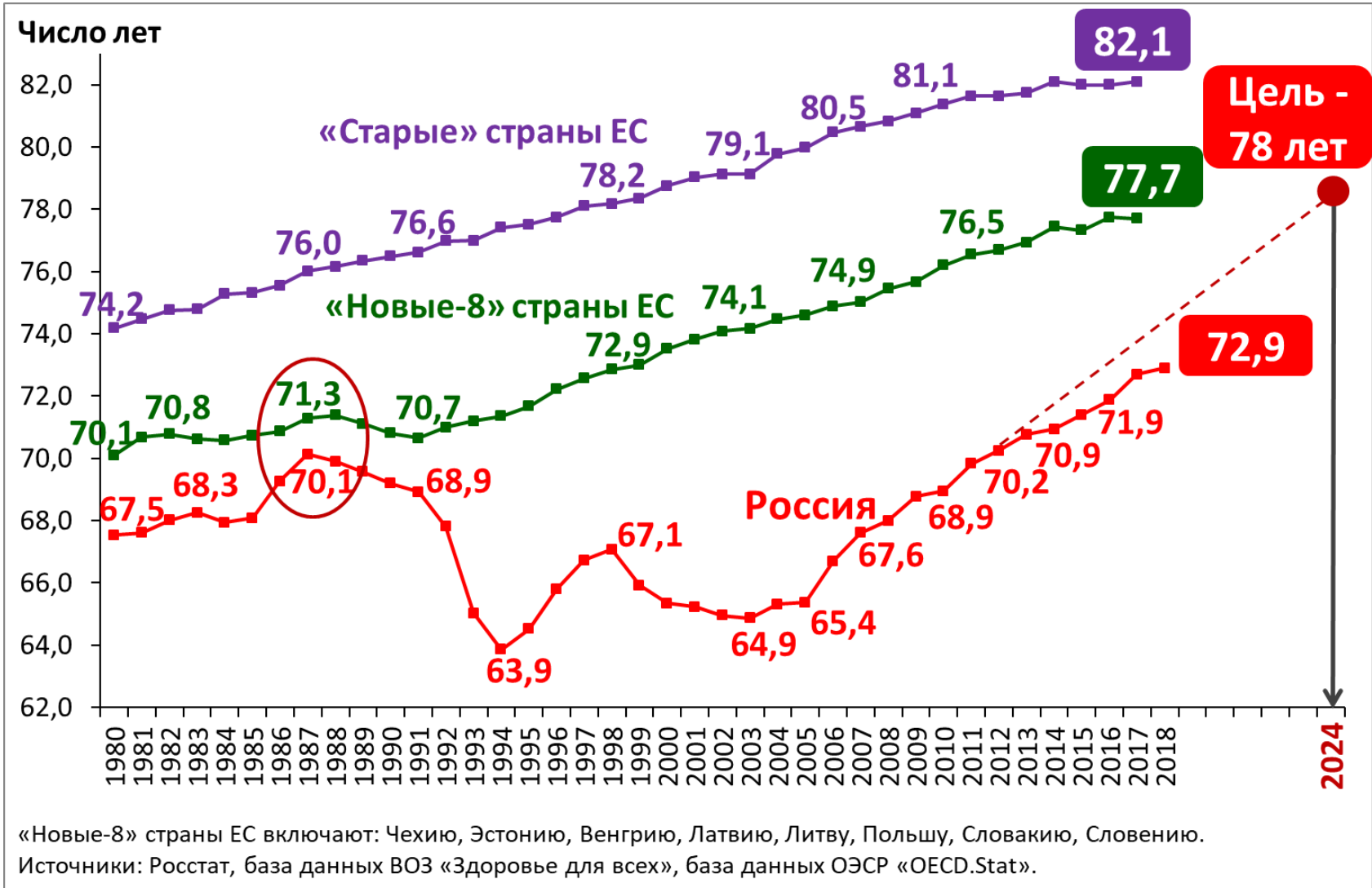
.1. Системный кризис Российского здравоохранения

- неудовлетворительные показатели здоровья
- нищее здравоохранение
- губительные реформы
- нетерпимое положение медицинских работников
- дефицит медицинских кадров и стационарных коек
- неприменимые рыночные принципы организации

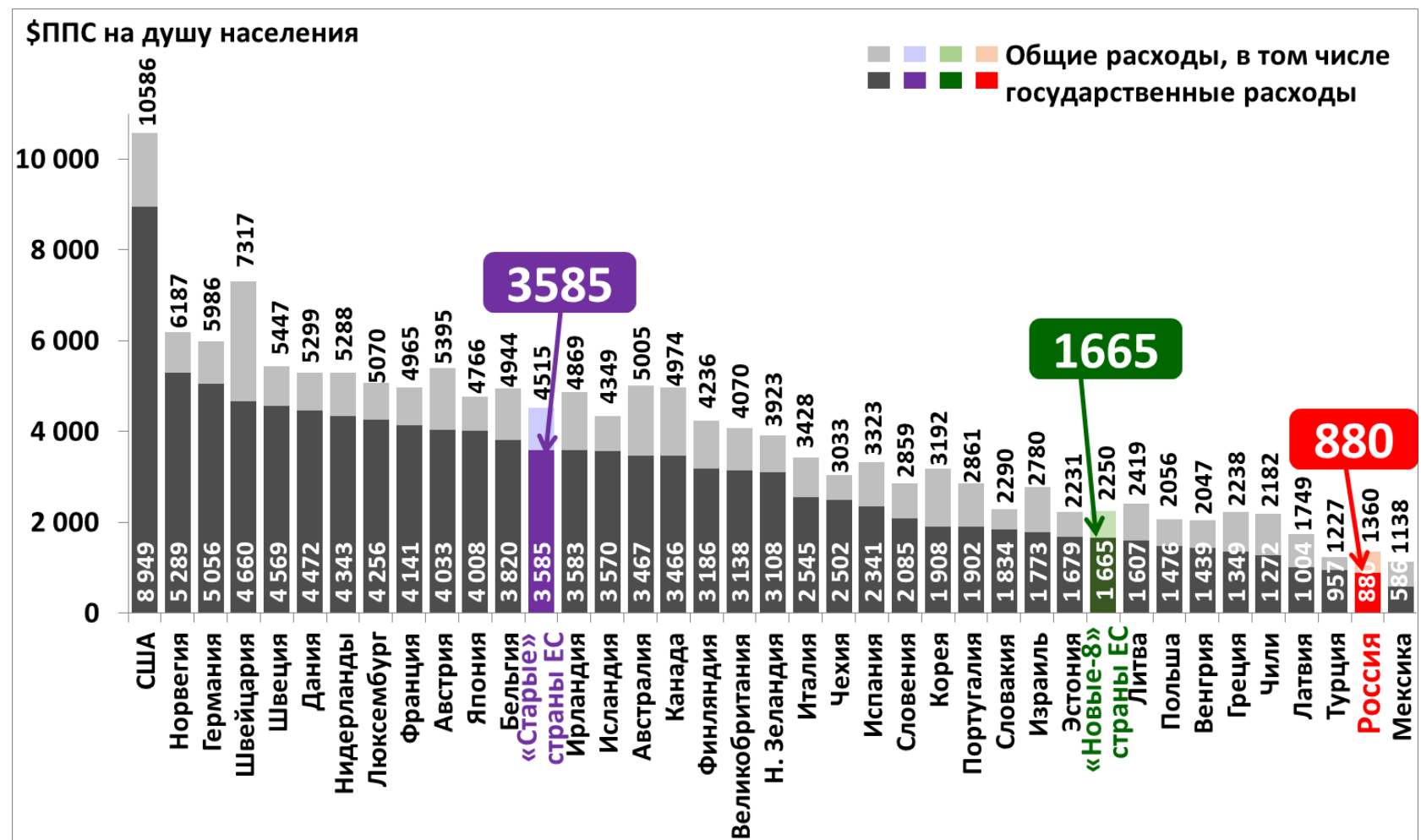
Нищее здравоохранение убивает Россию – если бы смертность в РФ с 1990 по 2020 г. была бы на уровне 10,6 случаев, как в «новых» странах ЕС, то мы бы сохранили 13 млн жизней



В 2018 г. ОПЖ в РФ на 4,8 года ниже, чем в «новых-8» странах ЕС. Это значение ОПЖ в «новых-8» странах ЕС было 20 лет назад и в «старых» странах ЕС — 43 года назад

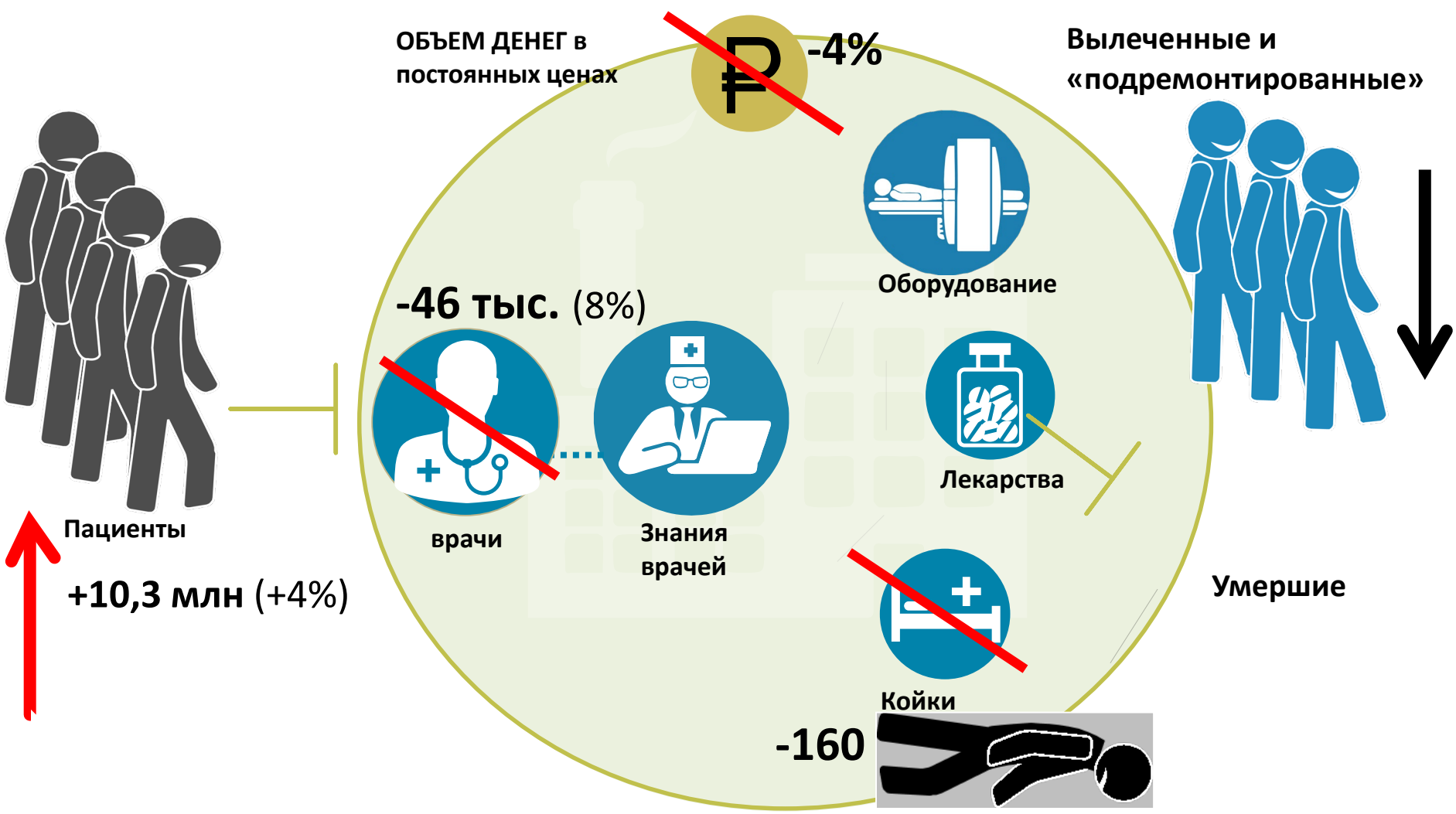


Нищее здравоохранение: в РФ в 2018 г. подушевые госрасходы на здравоохранение в 1,9 раза ниже, чем в «новых-8» странах

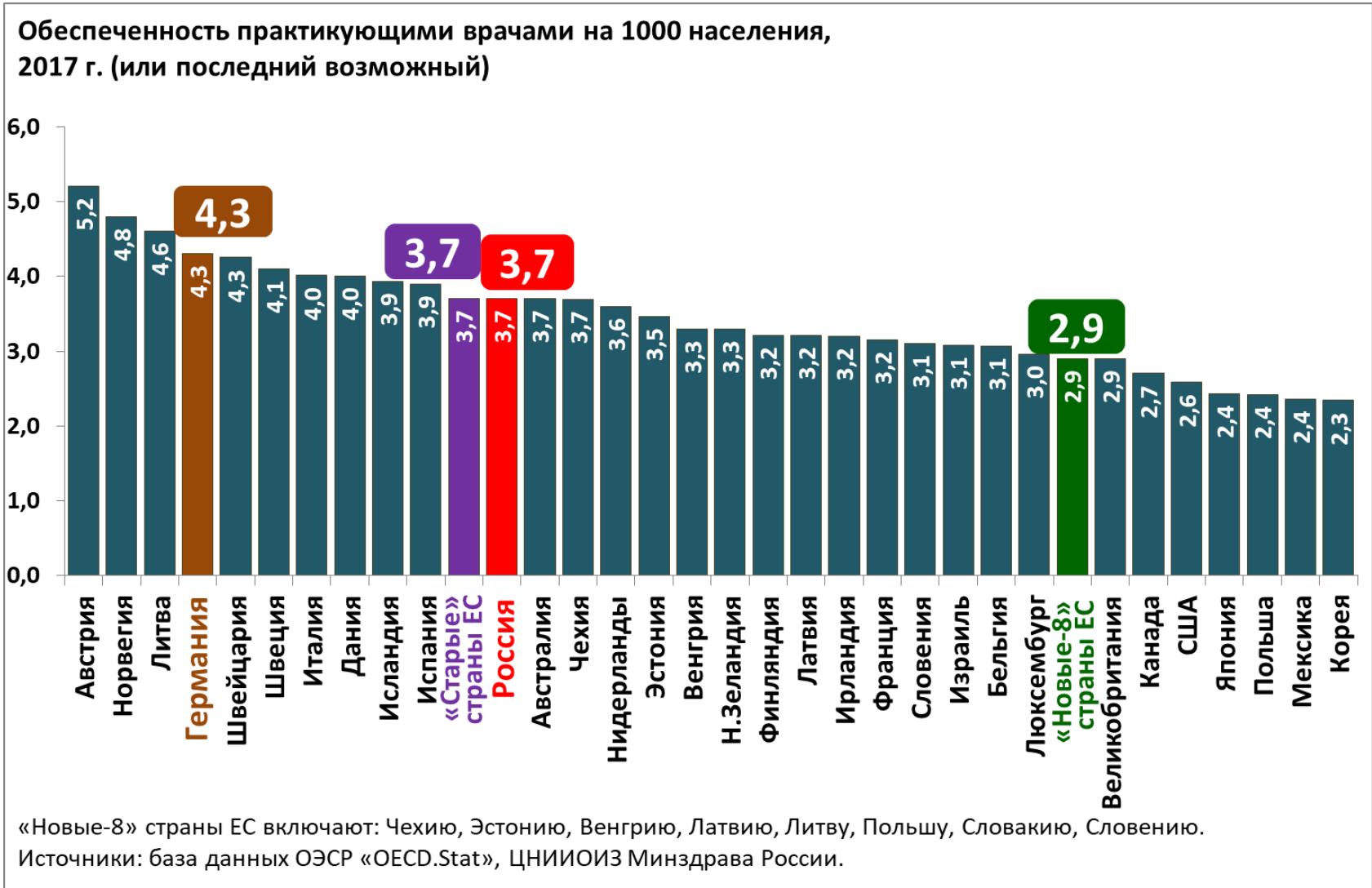


«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Минздрав РФ, Казначейство РФ; база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts».

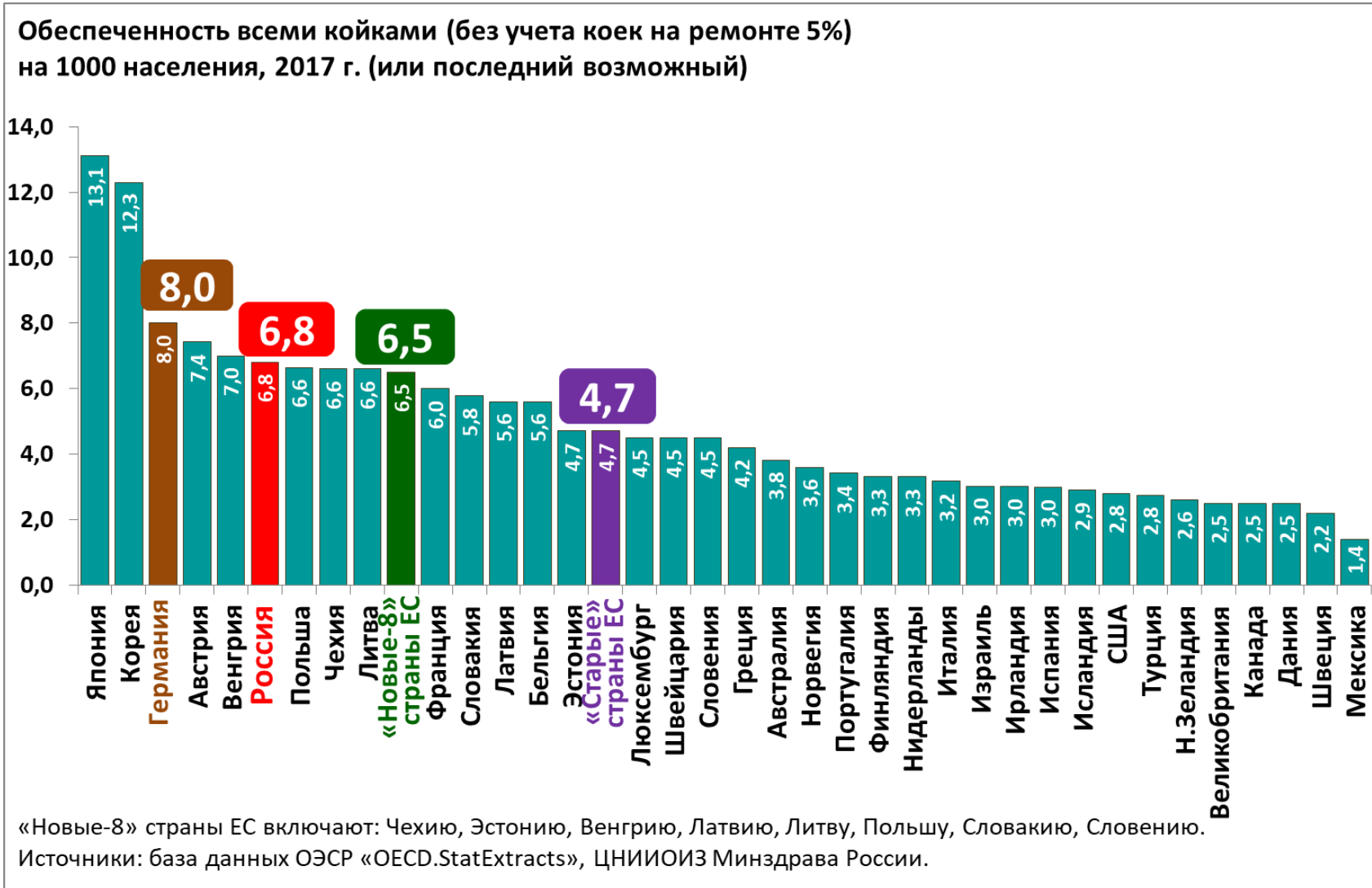
Губительные реформы: с 2012 по 2018 г. в РФ потоки больных увеличились, а мощности и финансирование системы здравоохранения сократились



Дефицит мощностей: обеспеченность практикующими врачами в РФ при большем потоке больных – на 14% ниже, чем в Германии и на уровне «старых» стран ЕС



Дефицит мощностей: обеспеченность койками в РФ при большем потоке больных – на 15% ниже, чем в Германии и почти на уровне «новых-8» стран ЕС



Бесправное положение медицинских работников

- Убогие должностные оклады, на которые невозможно прожить (у врачей от 12 тыс. до 35 тыс. руб., а у медицинских сестер – от 10 тыс. до 20 тыс. руб.)
- Перегрузки, многие наши коллеги буквально «сгорают» на работе
- Нарастающая травля медицинских работников, провоцируемая жалобами и потребительским экстремизмом
- Бесконечные проверки контролирующих органов, уголовные преследования
- Нарастание избыточных требований, зачастую противоречивых и невыполнимых в ситуации дефицита кадров и ресурсов, что приводит к бессмысленному бумаготворчеству и отнимает время от лечения пациентов

Рыночные принципы разрушают плановый характер организации системы здравоохранения

.Система ОМС, в которой медицинские организации вынуждены «зарабатывать», РАЗРУШИЛА ИНФЕКЦИОННУЮ СЛУЖБУ, СКОРУЮ ПОМОЩЬ И ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СЕЛЕ

.Фонды ОМС и частные страховые организации, УСЛОЖНИЛИ процесс финансирования медицинских организаций И ОТНЯЛИ дефицитные средства от оказания медицинской помощи

.Оплата по принципу «деньги следуют за пациентом» РАЗРУШИЛА СТРОЙНУЮ СИСТЕМУ МАРШРУТИЗАЦИИ пациентов и преемственность в оказании медицинской помощи

.ПОДМЕНА ПОНЯТИЙ – вместо оказания медицинской помощи, направленной на спасение здоровья и жизни людей, медицинские работники стали оказывать «пациенто-ориентированные» услуги, ПРОТИВОРЕЧИТ смыслу нашей профессии – служение!

***«У каждой аварии есть имя, фамилия и должность»* Лазарь Моисеевич Каганович**

Оптимизация в РФ

Высшая школа экономики, д.э.н. С.И. Шишкин, д.э.н. И.М. Шейман, НИФИ при Минфине – к.э.н. В.С. Назаров. Они подготовили Отчет и письмо Минфина, на основании которых была сформирована политика Правительства по оптимизации здравоохранения

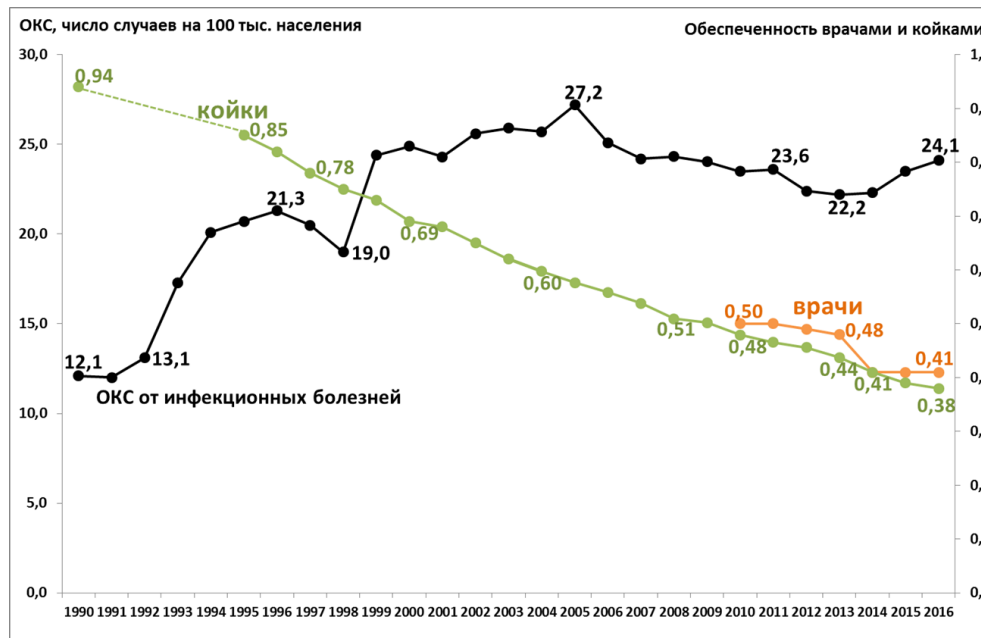
Оптимизация в Москве

Бывший вице-мэр по социальным вопросам Москвы
к.м.н. Л.М. Печатников

На все мои письма в Комитет здравоохранения ГД РФ, В Совет Федерации РФ, в Правительство РФ, в Национальную медицинскую палату – никто не ответил

Поддержка была среди академической элиты по эпидемиологии инфекционным болезням

Академика РАН Юрия Владимировича Лобзина
Академика РАН Виктора Васильевича Малеева
Академика РАН Валентина Ивановича Покровского
Академика РАН Вадима Валентиновича Покровского
Академика РАН Николая Дмитриевича Ющука



Обеспеченность
инфекционными койками
в РФ с 1990 по 2018 г.
сократилась в 2,5 раза,
а смертность
возросла в 2 раза

Обострение проблем во время эпидемии

-
1. Отсутствие ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО УПРАВЛЕНИЯ здравоохранением в стране. В регионах и санитарно-эпидемиологическая служба – «каждый сам за себя».
 2. Отсутствие КООРДИНАЦИИ между медицинскими организациями разной ведомственной подчиненности в одном городе.
 4. Главные внештатные специалисты – недостаточно ПОЛНОМОЧИЙ И ВОЗМОЖНОСТИ управлять медицинской помощью в регионах.
 5. Вопиющие случаи замалчивания регионами реальной ситуации с СИЗ и других ПРОБЛЕМ.
 6. Отмена приема хронических пациентов лишила многие медорганизации СРЕДСТВ к существованию.
 7. Никак и нигде не обсуждается проблема «ВЫГОРАНИЯ» медицинских работников и их выбытия «из строя».

О чем это говорит?

.....

·Только эпидемия стала поворачивать общество и власть **К**
ОСОЗНАНИЮ того, что медицинские работники – основа безопасности
страны, здоровья и жизни всех нас.

·Но осознания степени риска, которой мы подвергаем медицинских
работников, до конца НЕ ПРОИЗОШЛО.

·Сегодня мы НЕ ИМЕЕМ ПРАВА оставить ситуацию так, как она есть,
слова благодарности быстро ЗАБУДУТСЯ.

·Именно мы, организаторы здравоохранения, ОБЯЗАНЫ ИСПРАВИТЬ
ситуацию.

·Для этого необходима КАРДИНАЛЬНАЯ РЕФОРМА системы
здравоохранения РФ.



.2. Основные положения реформы здравоохранения

- Исправление положения медицинских работников
- Увеличение государственного финансирования здравоохранения до 6% ВВП
- создание единой вертикали управления
- изменение модели финансирования отрасли со страховой на бюджетную
- повышение качества медицинского образования и развитие медицинской науки

1. Исправление положения медицинских работников

.....
· Установить единые базовые оклады по основным квалификационным группам:

- для врачей – не менее **4 федеральных МРОТ**,
- для средних медицинских работников – **2 МРОТ**,
- младшего медицинского персонала – **1,5 МРОТ** (МРОТ в 2019 г. = 12,13 тыс. руб.).

· Все остальные выплаты к базовому окладу (компенсационного и стимулирующего характера) должны выплачиваться по единым правилам.

· Поэтапно установить законодательно обоснованные нормы трудовой нагрузки для медицинских работников, по основной должности продолжительность рабочей недели в мирное время не должна превышать 40 ч (макс. совместительство не более 1,2 ставки).

2. Увеличение государственных расходов на здравоохранение

·Увеличить государственные расходы на здравоохранение

ДО 6% ВВП 2019 г. (с 3,8 трлн руб. или 3,5% ВВП 2019 г.

до 6,5 трлн руб. к 2022 г. в ценах 2019 г.. Ежегодно дополнительно по 1 трлн руб. с 2020 г.

Из них:

- **1/3** должна пойти на повышение **оплаты труда** медицинских работников профессорско-преподавательского состава медицинских вузов и училищ
- **1/3** – на обеспечение широких слоев населения **бесплатными лекарствами** в амбулаторных условиях (система всеобщего лекарственного обеспечения)
- **1/3** на повышение квалификации медицинских работников и обеспечение инфекционной безопасности медицинских организаций в условиях затянувшейся эпидемии и другие специальные программы

3. Создание единой вертикали управления

- Восстановить централизованную систему управления здравоохранением в стране во главе с Минздравом России.
- Подчинить службу санитарно-эпидемиологического надзора (Роспотребнадзор) Минздраву России, а также все другие службы отвечающие за безопасность здоровья населения.
- Включить главных внештатных специалистов по профилям в штат Минздрава России.
- Убрать все противоречия в нормативной базе здравоохранения, привести все контрольные проверки в единую систему, уменьшить дублирование отчетных документов, максимально перейти на цифровой документооборот

4. Изменить модель финансирования здравоохранения и способы компенсации затрат медицинских организаций

- Восстановить бюджетное финансирование системы здравоохранения (для этого средства ОМС, федерального и региональных бюджетов должны быть объединены).
- Исключить частные страховые медицинские организации из цепочки доведения государственных средств до медорганизаций, передав их функции государственным организациям.
- На базе территориальных отделений ФОМС организовать финансовые подразделения региональных органов управления здравоохранением.
- Восстановить оплату медицинских организаций медорганизаций по смете с элементами поощрения за качество и объем услуг.

5. Повышение качества медицинского образования и развитие медицинской науки

Внести в закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» нормы:

- Об условиях и выделенном финансировании непрерывного медицинского образования,
- Об установлении оплаты труда профессорско-преподавательского состава медицинских вузов и колледжей, в 2 раза выше, чем соответственно у практикующих врачей и медицинских сестер,
- О восстановлении интернатуры для всех медицинских специальностей,
- О единой системе управления качеством медицинской помощи и ежегодной отчетности по принятым в развитых странах показателям,
- О медицинской науке и увеличении ее финансирования в 3 раза от существующего уровня, в том числе о единой системе управления вложениями в НИР до внедрения в практику.

6. Обеспечение постоянной готовности к эпидемиям и кризисным ситуациям

Воссоздать под руководством Минздрава систему постоянной готовности:

- 📁 Единый центр в Минздраве,
- 📁 Разработать Государственную программу действий при чрезвычайных ситуациях,
- 📁 Проводить учения и публиковать Государственный отчет о готовности системы здравоохранения к эпидемиям по установленным показателям,
- 📁 Создать резервы коечных мощностей, подготовленных медицинских кадров, запасов СИЗ и других расходных материалов,
- 📁 Выделить специальное финансирование,
- 📁 Подготовить специалистов по отслеживанию контактов,
- 📁 Разработать инструкции и протоколы по организации медицинской помощи,
- 📁 Оперативный штаб должен быть всегда в Минздраве, в том числе по вопросам координации смежных областей – производство и поставки СИЗ, разработка вакцин, диагностических тестов, фармацевтических препаратов и др.

7. Реализовать меры по комплексной охране здоровья граждан

Создать в Правительстве РФ постоянно действующую межведомственную Комиссию по охране здоровья населения РФ с участием РАН. Комиссия в кратчайшие сроки должна разработать и утвердить масштабную Программу по общественному здоровью до 2030 г.

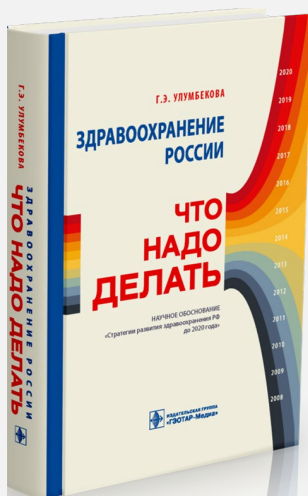
Это включает вопросы экологическое и санитарно-эпидемиологическое благополучие, условия для занятий населения физической культурой и спортом, охрану окружающей среды, благоприятные условия труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производство и реализацию доброкачественных продуктов питания.

**Мы должны добиться единодушия в
понимании того, что**

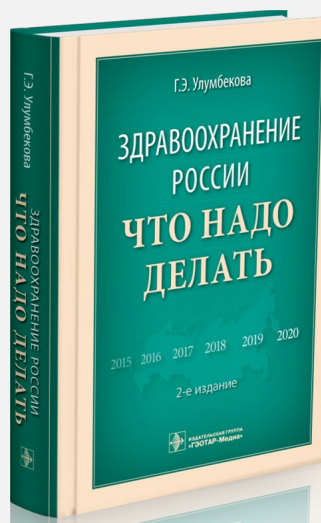
**цена медицинских работников – это
цена жизни и здоровья российского
народа.**

Это надо понять и действовать!

Благодарю за внимание!



2010 г.



2015 г.



2019 г.

Обоснования представлены в научных работах за 25 лет работы в отрасли