

Министр Вероника Скворцова дала интервью "Медицинской газете"

Формируя здоровую среду будущего.

В этом Минздрав России опирается на системный подход, следование традициям, внедрение современных технологий.

Минздрав России продолжает преобразования отрасли для удовлетворения потребностей населения в качественной и доступной медицинской помощи. Идёт непроторёнными путями, хотя порой они бывают сопряжены с будоражающими выводами. Несмотря на непростое социально-экономическое положение руководители системы здравоохранения страны явственно осознают, что надо работать, преодолевать невозможное, раздвигать существующие границы, стремиться к прогрессу.

Поскольку во главе штаба отрасли стоит профессиональный врач, соответственно выстраивается и стратегия действий высшего медицинского ведомства, подразумевающая, что доктор не имеет права бояться проблем. Главное при этом - всегда помнить, ради чего начато обновление: ради пациентов и медицинских работников.

В нашей стране принято по обывательски ругать Минздрав. Сказывается наследие недавнего прошлого: многие лучше специалистов знают, как правильно лечить, учить, руководить... Да и мы, журналисты, также прежде подмечаем промахи, не всегда утруждая себя анализом ситуации в целом. Вот и появляются скоропалительные вердикты...

С мая 2012 г. Министерство здравоохранения РФ возглавляет член-корреспондент РАН заслуженный деятель науки РФ Вероника Скворцова, профессионал международного уровня, потомственный врач в пятом поколении и четвёртая в истории России женщина-министр здравоохранения.

Суть её действий на этом посту в том, чтобы национальная система здравоохранения соответствовала лучшим международным стандартам. Результаты работы говорят сами за себя: благодаря современной организации и выверенным управленческим решениям положение неуклонно меняется к лучшему. Министр искренне заинтересована в преодолении так называемых разделительных линий в отрасли. При поддержке медицинского сообщества, в том числе Национальной медицинской палаты, В.Скворцова делает всё, чтобы наше «прекрасное далёко» не было далёким и агрессивным, но стало здоровым, наполненным любовью, добром, миром. Проводя обновление и преобразования, заботится о благополучии каждого, потому-то и призывает коллег действовать осмотрительно и терпеливо, дабы не нанести вреда людям.

Мы обратились к министру с просьбой подробнее рассказать о том, что удалось сделать за прошедшее пятилетие, о векторах, нацеленных в будущее. И Вероника Игоревна любезно согласилась ответить на вопросы «Медицинской газеты».

Напомним, что за всю историю существования Минздрава страны им руководили Мария Ковригина (министр здравоохранения СССР с марта 1954 до января 1959 г.), Татьяна Дмитриева (с августа 1996 до мая 1998 г.), Татьяна Голикова (с сентября 2007 до мая 2012 г.) и Вероника Скворцова. На данный момент она является министром-«долгожителем» как среди мужчин, министров здравоохранения современной России (никто из них не смог продержаться на этом непростом посту свыше 5 лет), так и своих предшественниц. Вероника Игоревна руководит Минздравом почти 6 лет. Отличница со школьной скамьи, золотая медалистка, трудоголик, что также сформировало её характер, определило лидерские качества. Вскоре после окончания медицинского вуза возглавила одну из первых в России нейрореанимационных служб. Автор почти 500 статей и научных работ, запатентовала 7 лекарственных препаратов. В ходе 70-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2017 г. в Женеве избрана на пост председателя ассамблеи. По-прежнему остаётся научным консультантом профильного медицинского журнала, главным редактором российской версии международного журнала «Инсульт». Из СМИ широко известно, что она не только теоретик, не раз ей приходилось подтверждать свою «профпригодность» и применять знания, оказывая первую медицинскую помощь чиновникам во время заседаний органов государственной власти или пассажирам на борту авиарейсов, когда удавалось вовремя заподозрить признаки инсульта и стабилизировать состояние пациентов. Сегодня она входит в число 100 самых влиятельных женщин России.

Действовать системно

– Вероника Игоревна, в довольно продолжительном движении полезно сделать остановку, проанализировать прошедший отрезок, наметить новые рубежи. Расул Гамзатов писал Об этом так: «Ты слез в седло, весёлый иль угрюмый, / Не торопись, уму не прекословь, / На полпути остановись, подумай, / И

оглянься, и путь продолжи вновь!» Делаете передышку, хватает времени для анализа и осмысления планов на будущее?

– Нам был представлен достаточно большой период непрерывной работы и вместе с ним возможность, несмотря на «лоскутное одеяло» из текущих проблем, не сходить с генерального пути системных преобразований в отрасли. Важно то, что прежде, 4 года я работала заместителем министра Татьяны Алексеевны Голиковой. За прошедшие годы удалось во многом реализовать те приоритетные стратегические направления, которые сначала нами были идеологически выстроены, проработаны, нормативно оформлены. Конечно, очень многое ещё предстоит сделать.

Главное – иметь чётко обоснованные ориентиры и последовательно двигаться по сформированным системным векторам для их достижения, при этом, безусловно, корректируя тактические шаги. Осуществлять это необходимо при широкой поддержке медицинского сообщества и с вовлечением самих пациентов. Как только всё население включится в решение общих задач охраны здоровья, у нас не будет риска возврата в прошлое.

Всё, что мы делаем, – не для сиюминутной оценки. С обывательской точки зрения, наша работа очень неблагодарна и не несёт положительных эмоций. Потому что, сколь много не было бы сделано, из-за сохраняющихся несовершенств всегда остаются дурные примеры. И чем меньше их, тем больший резонанс они вызывают. Но это служит нам своеобразным маркером: если люди, скажем, начинают остро реагировать на задержку скорой помощи на 5 минут, а 5 лет назад совсем не реагировали на время приезда, ведь даже в Москве её ожидали по 2 часа, значит, мы на правильном пути. Ориентируясь на реальные результаты, недопустимо бояться критики и широкого обсуждения. Для нас важно всех поднять на работу по достижению результата. Вот когда это произойдёт, независимо от того, кто будет стоять во главе организационных структур, система будет уже автоматизирована и станет самоочищаться и самосовершенствоваться. Мы очень надеемся, что со временем так и будет.

...Плюс профилактика

– Правильно ли я понял, что именно профилактика становится определяющей в оздоровлении нации?

– Это так. Профилактика является абсолютным приоритетом российского здравоохранения. Причём профилактику мы понимаем очень широко, как систему популяционных и индивидуальных мер, связанных с формированием здорового образа жизни, борьбой с деструктивным поведением, реализацией стратегии «высокого риска». Активные популяционные меры позволили значительно снизить потребление табака и алкоголя, увеличить количество людей, активно занимающихся физической культурой, правильно питающихся, расширилась вакцинация в рамках Национального календаря прививок. В 2013 г. был принят противотабачный закон, который признан в мире одним из наиболее передовых и комплексных. Совместно с общественными организациями мы ведём борьбу со злоупотреблением алкоголем, где также достигли серьёзных результатов. Вместе с Министерством спорта РФ развиваем систему массовой физкультуры и спорта. С Минсельхозом работаем в направлении здорового питания. Конечно, для того чтобы добиться изменения образа и стиля жизни людей, мало нормативных и материальных условий, очень важно прививать с детства неприятие деструктивного поведения, ответственность за своё здоровье, формировать приверженность духовным ценностям.

Не могу обойти стороной то, что в 2013 г., впервые после распада Советского Союза, мы восстановили бесплатную широкомасштабную диспансеризацию населения. Не скрою, было много рисков и опасений, нас предупреждали об опасностях формального подхода, приписок или невозможности выполнения тех объёмов, которые мы наметили. В конце 2000-х годов проводилась диспансеризация работающего населения, однако достигалось это очень сложно: при планировании диспансеризации 500 тыс. человек в год не все её проходили. А сейчас ежегодно диспансеризацию проходят около 40 млн. Действительно, первые 1, 5 года ушли на «вычистку» различных нарушений и приписок. Регламент прохождения несколько раз совершенствовался. Был утверждён обоснованный тариф ОМС на диспансеризацию. Теперь это не «общественная нагрузка» на врачей.

Первый (скрининговый) этап диспансеризации проводится с использованием тестов и

диагностических методов, которые позволяют заподозрить заболевание. На втором этапе происходит уточнение диагноза с помощью необходимых современных методов. Благодаря такому подходу, мы существенно увеличили количество случаев раннего выявления заболеваний. Яркий пример тому – онкозаболевания, более 55% которых уже выявляется на I-II стадиях. А при ряде локализаций, например репродуктивной системы у женщин, – в 65-80% случаев выявляются на I-II стадиях, что, естественно, привело к значительному снижению одногодичной летальности. По результатам 2016 г. она составила 23%.

Следует подчеркнуть, что выявление и контроль факторов риска неинфекционных заболеваний, их коррекция – наиболее перспективное и эффективное направление профилактики. И в этом направлении мы активно развиваемся. Качество и ещё раз качество!

– Какое направление стало принципиально новым?

– Впервые за всю современную историю нашей страны началось формирование системы управления качеством медицинской помощи. Что в нём принципиально важного? В нашей стране никогда не существовало единых требований к качеству медицинской помощи при конкретных заболеваниях, хотя попытки стандартизации качества предпринимались неоднократно – в конце 1990-х годов, в 2004-2005 гг. Но всякий раз это сталкивалось с препятствием: представителям, скажем, двух-трёх кардиологических школ не удавалось достигать консенсуса, ведь в стране существовало несколько оригинальных подходов к лечению одного и того же заболевания. Поэтому, прежде всего, мы начали с создания единого экспертного сообщества из лидеров, высочайших профессионалов каждого медицинского профиля, и разработали типовые модели консенсусных документов (клинических рекомендаций), которые должны были ввести обоснованные алгоритмы действий врача в конкретных клинических ситуациях. Этот процесс мы инициировали в 2012 г., когда обновили аппарат главных внештатных специалистов Минздрава России. Затем сформировали институт главных окружных и региональных специалистов соответствующих профилей. В результате выстроили 7-тысячную армию ведущих экспертов страны. Далее была поставлена задача – разработать национальные клинические рекомендации по всем основным медицинским профилям и заболеваниям. Работа продолжалась в течение 2012-2016 гг. Мы приняли свыше 1200 клинических рекомендаций, которые всесторонне рассматривались на всех профессиональных экспертных площадках и были утверждены съездами или конгрессами. Важно, что была отработана типовая модель клинических рекомендаций, которая включила обязательным компонентом раздел «Критерии оценки качества медицинской помощи». Эти критерии устанавливаются отнюдь не волюнтаристским путём: это те события и процессы, которые, согласно международным мультицентровым исследованиям, высокодостоверно влияют на исходы заболевания. Впоследствии критерии качества были извлечены из всех клинических рекомендаций, сведены в один нормативный документ и утверждены приказом Минздрава России. Они явились базой для разработки регламентов проведения экспертизы качества медицинской помощи, которыми пользуются страховые медицинские организации, Росздравнадзор и его территориальные подразделения. Таким образом, фактически была создана описанная в литературе «петля качества», нацеленная на его регулирование. В перспективе, с введением информационных технологий, мы разовьём это направление – внедрим доказавшую свою эффективность в мире модель электронного бенчмаркинга – автоматизированную оценку качества медицинской помощи по каждому законченному случаю лечения.

Безусловно, качество медицинской помощи напрямую зависит от квалификации медицинских специалистов. Её повышению мы уделяем особое внимание. В 2012-2013 г. г. мы организовали обязательный курс усовершенствования для профессоров медицинских и фармацевтических вузов, преподающих фундаментальные биомедицинские науки: молекулярную биологию и физиологию, генетику, основы биотехнологий, биохимию, биоинформатику и др. Были обновлены все образовательные программы и учебные планы. Причём это касалось как вузов системы Минздрава, так и медфакультетов классических университетов Минобрнауки России.

Для того чтобы отрабатывать практические умения и навыки обучающихся, в 2013 г. совместно с Советом ректоров медицинских и фармацевтических вузов была разработана и принята концепция симуляционного образования. За последующие годы мы создали свыше

100 симуляционно-тренинговых центров с совершенно новыми программами, помогающими овладеть мастерством как в терапевтических, так и особенно в манипуляционно-хирургических специальностях, таких как акушерство и гинекология, анестезиология-реаниматология, рентгеноэндovasкулярная диагностика и хирургия, эндоскопия и многих других.

В 2013 г. также была разработана и концепция непрерывного профессионального медицинского образования. В 2015 г. создан единый портал непрерывного медицинского образования, который за 3 года наполнился компьютерными образовательными модулями и программами, тестами, ситуационными задачами. Теперь каждый врач может дистанционно, со своего рабочего места, повышать квалификацию, самостоятельно определяя свою «образовательную траекторию», осваивая новые блоки знаний. На портале работают уже более 249 тыс. врачей. Успехи каждого врача видны и учитываются в системе.

Важнейшим шагом в развитии качества подготовки медиков стало внедрение нового механизма допуска к профессиональной деятельности – аккредитации – принятого во всём мире трёхэтапного экзамена, подтверждающего необходимый уровень теоретических знаний, практических навыков и клинического мышления. Специальный федеральный методологический центр разрабатывает тесты, кейсы, автоматизированные компьютерные программы для первого этапа экзамена – медицинского ЕГЭ. Созданы специальные аккредитационные центры OSCE для подтверждения практических навыков и умений на втором этапе экзамена. Третий этап – это экзамен на клиническое мышление, который всегда присутствовал в российской медицине. Собственно, отечественная медицина традиционно славилась «организменным» подходом, с пониманием взаимодействия разных процессов, происходящих в органах и системах человека. И мы продолжим следовать лучшим нашим традициям. Важно отметить, что проводят аккредитацию представители профессионального сообщества по соответствующим медицинским профилям.

Стартовала аккредитация в 2016 г., когда впервые её прошли выпускники по двум специальностям – «фармация» и «стоматология» (7, 5 тыс. человек). А в 2017 г. мы аккредитовали уже 32, 5 тыс. выпускников по всем базовым специальностям группы «здравоохранение и медицинские науки». В 2018 г. аккредитацию впервые пройдут выпускники медицинских колледжей. Наша задача до 2021 г. поэтапно распространить эту систему на всех выпускников ординатур, на всю армию врачей и среднего медперсонала, сделав аккредитацию регулярной, подтверждающей развитие каждого специалиста.

С системой аккредитации напрямую связаны профессиональные стандарты, разрабатываемые совместно с профессиональным сообществом, Национальной медицинской палатой во главе с Леонидом Михайловичем Рошалем и утверждаемые Министерством труда и социальной защиты РФ. В настоящее время подготовлено 39 стандартов, в 2018 г. предстоит разработать ещё 28. Профессиональные стандарты задают требования к актуализации образовательных программ и критериев аккредитации по соответствующему медицинскому профилю.

Как видите, работа по повышению качества медицинской помощи абсолютно невозможна без профессионального сообщества.

Знаковые блоки

– Расскажите, пожалуйста, о системных подходах, которые кардинальным образом влияют на улучшение ситуации в отрасли?

– Прежде всего, это – формирование региональной трёхуровневой системы оказания медицинской помощи, основанной на современной логистике, правильной маршрутизации пациентов. Впервые был создан стратегический – второй уровень системы, связанный с созданием межрайонных центров экстренной специализированной помощи при жизнеугрожающих состояниях. За несколько лет организованы 593 сосудистых центра с отделениями интенсивной кардиологии и острых нарушений мозгового кровообращения, более 1, 5 тыс. травмоцентров. Это создало условия для активного внедрения современных диагностических и лечебных технологий: число больных с ишемическим инсультом, получивших тромболитическую терапию в периоде терапевтического окна (это первые 4, 5 часа), увеличилось в 30 раз, число нейрохирургических операций при кровоизлияниях в мозг –

в 7 раз, стентирований коронарных артерий при острых коронарных синдромах – в 3 раза. В результате смертность от инсультов снизилась на 25%, от инфарктов миокарда – на 14%, от ДТП – на 25, 2%.

Значительно повысилась доступность высокотехнологичной медицинской помощи. В 2013 г. она была оказана 505 тыс. пациентов, а в 2017 г. её получили более миллиона больных. Сеть медицинских организаций, выполняющих ВМП, расширилась в 3, 7 раза, что приблизило помощь к пациентам.

Среди системных мер я хотела бы также отметить создание сети национальных медицинских исследовательских центров – «головных» федеральных учреждений по соответствующим медицинским профилям. Национальные центры являются не только передовыми высокотехнологичными клиниками, но и флагманами развития медицинских научных направлений, осуществляют методическое руководство всеми профильными региональными подразделениями, контролируют своевременность и качество оказываемой медицинской помощи при соответствующих заболеваниях, разрабатывают инновационные технологии, координируют подготовку и переподготовку медицинского персонала. С 2018 г. они начинают возглавлять создаваемые телемедицинские вертикально-интегрированные профильные системы, объединяющие в сети все профильные медицинские подразделения страны и позволяющие обеспечить консультациями высочайшего уровня любого нуждающегося пациента.

Важным направлением нашей работы явилась разработка механизма направленного инновационного развития. Создан федеральный Центр стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью. Этот информационно-аналитический центр совместно с профильными национальными медицинскими исследовательскими центрами определяет приоритетные направления развития, формирует под каждую задачу специальный проектный офис, разрабатывает алгоритмы ускоренного достижения конкретных целей, создаёт научные группы, способные реализовать задуманное. Наша задача – существенно сократить длину «инновационных цепочек» – от идеи до практического воплощения.

Для того, чтобы все наши системные действия были максимально прозрачными и эффективными и реализовывались в ускоренном режиме, нам необходимы цифровые технологии. Поэтапно формируется Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения. Мы нацелены на внедрение во всех медицинских организациях современных информационных систем, позволяющих с рабочего места врача выходить в информационные базы и справочники, пользоваться электронными системами помощи в принятии решений, применять телемедицину, дистанционно повышать квалификацию, плюс к этому – вести электронную медицинскую документацию, выписывать электронные рецепты и больничные листы, иметь доступ к единому архиву цифровых изображений и к единой базе лабораторных исследований. По сути, формируется глобальная сетевая база российской медицины, что позволит внедрить личные кабинеты пациентов с широкими возможностями дистанционного взаимодействия с медицинскими организациями, доступом к своим медицинским документам, независимо от места нахождения.

Цифровые технологии обеспечивают качественно новый уровень эффективности управления всеми ресурсами отрасли – финансовыми, материальными, человеческими. Так, уже разработаны и введены в эксплуатацию две информационные системы в сфере лекарственного обеспечения: одна – мониторинга и контроля государственных и муниципальных закупок лекарственных препаратов, которая рассчитывает референтные цены по различным категориям лекарств и позволяет выявлять отклонения, другая – система мониторинга движения препаратов с помощью их маркировки, которая должна помочь нам полностью избавиться от фальсификата и контрафакта, повторных вбросов в сеть закупленных за государственные ресурсы лекарств.

До самых до окраин

– Когда речь заходит о глубинке, по-прежнему невольно рисуется образ не вполне трезвого беззубого человека в треухе... Каков современный портрет так называемой сельской медицины, которая слишком долгое время оставалась наиболее проблемной? Как решаете её задачи?

– Главная наша задача в том, чтобы каждый человек, где бы он ни жил, получал медицинскую помощь, соответствующую единым требованиям качества и доступности. Многие десятилетия существовавшие различия между сельскими населёнными пунктами и городами, тем более мегаполисами, принимались как само собой разумеющееся. Даже ожидания людей, которые жили в разных регионах страны, были разными. Это неправильно. Для выравнивания доступности и качества медицинской помощи и создавалась трёхуровневая система с чёткой логистикой своевременной доставки пациента в ту медицинскую организацию, которая может оказать адекватную помощь, в соответствии с порядками и клиническими рекомендациями.

Вспомним: некоторое время назад шло очень много разговоров о крушении сельской медицины. Действительно, за предшествующий период, с 2000 по 2010 г., фактически было разрушено 15 тыс. объектов здравоохранения на селе. Огромное количество! Имелись и иные проблемы – основательный износ участковых, районных больниц, врачебных амбулаторий, ФАПов, когда они только сохраняли своё название, а фактически там ничего больше не оставалось. Но уже в 2016 г. мы построили более 500 объектов сельской медицины, по итогам 11 месяцев 2017 г. – ещё 400. Благодаря проведённому в течение 2016-2017 гг. ремонту 1300 медицинских организаций, доля сельских ФАПов и амбулаторий, требующих капитального ремонта, сократилась более чем на 20%.

В новейшей истории очень многое изменилось, сыграл свою роль фактор урбанизации, уменьшилось количество сельских жителей, в ряде регионов снизилась плотность населения. Поэтому мы обновили все документы по требованиям к размещению медицинской инфраструктуры, которые не корректировались с советских времён. К примеру, раньше медицинский пункт создавался в населённом пункте с численностью населения более 300 человек. Теперь мы открываем медпункт в том случае, если в поселении проживают от 100 до 300 человек и при этом оно удалено от ближайшей медицинской организации более чем на 6 км. Причём, учитываем не только формальное расстояние от точки до точки по прямой, но принимаем во внимание транспортную инфраструктуру, даже сезонные её изменения.

Впервые определены и нормативно закреплены предельные сроки ожидания медицинской помощи разных видов, в зависимости от экстренности: скажем, первичная помощь должна оказываться в пределах часовой пешей доступности или 15-минутной доступности на общественном транспорте. То есть всё должно быть достаточно близко и комфортно.

Для систематизации принципов доступности и своевременности медпомощи была создана компьютерная геоинформационная система, которая включила сведения обо всех 157 тыс. населённых пунктов страны, численности проживающего в них населения, транспортной инфраструктуре, а также 75 тыс. медицинских организаций и их обособленных структурных подразделениях. Это позволило автоматизированно оценивать реальную доступность медицинской помощи жителям каждого населённого пункта. Таким образом, во всех регионах страны составлены своды поселений с рисками превышения предельных сроков ожидания медицинской помощи, затруднённой её доступностью, разработаны «дорожные карты», которые подписали главы регионов, для поэтапного устранения несовершенств. Эти «дорожные карты» активно исполняются.

Мы непрерывно обновляем и автомобильный парк скорой помощи, развиваем санитарную авиацию. Если сравнить доезд «скорой» несколько лет назад с тем, который мы имеем сейчас, – налицо очень большие перемены. Хорошо известно, что раньше доезд «скорой помощи» не был лимитирован по времени вообще. Вопрос о введении таких лимитов возникал ещё в 2009-2011 гг., однако тогда мы не решились внедрить их, поскольку существовала опасность установить неисполняемые нормы. Сегодня почти 90% бригад приезжают к пациенту в течение 20 минут, в том числе на Дальнем Востоке и в северных территориях. И если только происходят сбои, они тут же становятся поводом для точечных разбирательств, то есть все понимают, что это нарушение, а не система, как прежде.

«Санитарная авиация» – ещё один приоритетный проект, который начал действовать в 2017 г. Он дополняет существующую систему, которой мы терпеливо, из года в год, занимаемся. Объясняется это тем, что в стране 34 региона с особо сложными условиями доступности. За 5 лет количество вылетов санитарной авиации увеличилось в 2, 5 раза. А благодаря реализации

приоритетного проекта, к 20 тыс. ежегодных вылетов прибавились ещё 6 тыс. в особо сложных регионах, в результате чего было дополнительно эвакуировано свыше 8 тыс. пациентов (более 1, 5 тыс. из которых – дети), и всем им была оказана своевременная экстренная помощь.

Что нельзя не заметить

– Каких результатов удалось достичь?

– Безусловно, интегрирующими показателями, которые позволяют оценить предпринятые нами меры, явилось увеличение продолжительности жизни россиян. Это главная цель, которая стоит перед системой здравоохранения. Почти 72, 7 года – такой продолжительности жизни за всю историю страны не было. У женщин – это 77, 6 года, у мужчин – 67, 6. Разница в возрасте мужчин и женщин сократилась до 10 лет. А начинали мы с 13, 5.

Сегодня снижается уровень смертности во всех возрастных группах населения, максимально – младенческая и материнская, поскольку выстраиванием качественной и эффективной системы охраны материнства и детства мы занимались приоритетно. Младенческая смертность, по данным 2017 г., снизилась на 8, 6% и составила 5, 5 на 1 тыс. родившихся живыми. Говоря о материнской смертности, стоит отметить, что, когда мы разрабатывали стратегию-2020, к этому периоду планировали выйти на показатель 18, 3 на 100 тыс., однако уже сегодня он составляет 7, 3. Это серьёзное снижение, и напомним, что в отдельные периоды отечественной истории этот показатель достигал 120 на 100 тыс. Причём, хотелось бы подчеркнуть, что, по результатам 2017 г., 34 региона имеют нулевую материнскую смертность. То есть ситуация просто кардинально изменилась. Здравоохранение вносит свой вклад в демографию не только за счёт снижения смертности, но и посредством профилактики абортов и повышения доступности ЭКО.

Информационные технологии позволяют индивидуально планировать ведение беременности каждой женщины, на основе выявленных рисков определять тактику наблюдения, время и место родоразрешения. Особую позитивную роль сыграла реализация программы по строительству перинатальных центров, позволяющих концентрировать самые сложные случаи беременности и выхаживать детей даже с экстремально низкой массой тела. Таким образом, сегодня мы фактически сводим к нулю риски осложнений у беременных женщин с сахарным диабетом, артериальной гипертонией, врождёнными пороками сердца и т.д.

Чтобы гордились нашей профессией

– Кадры по-прежнему решают всё... Что сделано на этом направлении? Идут ли сейчас школьники в медицину, и кто они – будущие врачи?

– Нас очень порадовал социологический опрос, который был проведён в первой половине 2017 г. На вопрос, какую профессию вы желали бы для своих детей и внуков, 35% респондентов ответили – врача. Достаточно вспомнить, что в 2005 г. при подобном опросе таких ответов было только 10-12%. А сейчас мы лидируем!

В медицинские вузы сегодня поступают лучшие из лучших выпускников школ. Средний балл ЕГЭ в медвузы – один из самых высоких – 72, 2, даже среди поступающих по целевому набору он выше (68, 8), чем средний балл по стране в целом (68, 2). И это накладывает на наши вузы особую ответственность. Когда приходят отличники, ребята с высоким потенциалом и мотивацией учиться, нужно, чтобы они сразу погружались не только в интеллектуальную профессиональную среду, задающую вектор на развитие и самосовершенствование, но и в атмосферу душевной чистоты, лучших человеческих и личностных качеств, которые необходимы для врача. Мы должны не только подготовить профессионалов, но и воспитать зрелых, ответственных, отзывчивых к чужой беде людей. С учётом стремительного развития биомедицины, высоких технологий и необходимости ориентироваться в сложных этических и общечеловеческих проблемах, как никогда важно гармоничное формирование медицинских специалистов. И этому мы придаём огромное значение. Ведь доброта, внимание, чуткость – это то, что всегда было свойственно российской медицине.

В связи с этим мы очень серьёзно относимся и к молодёжному добровольческому движению. Приветствуем, когда волонтеры-медики с первого курса занимаются благородными делами: помогают в больницах, домах престарелых, домах ребёнка, участвуют в организации донорства крови, занимаются санитарным просвещением, реализуют профилактические программы по борьбе с социальными инфекциями и вредными привычками. Такое бескорыстное соучастие

облагораживает, формирует правильное отношение к своей профессии, вызывает гордость за неё. Сегодня насчитывается около 13 тыс. волонтеров-медиков. В прошлом году проведено более 2, 5 тыс. профилактических мероприятий, 1, 3 тыс. тренингов, почти 100 региональных образовательных программ для добровольцев по профилактике заболеваний, более 700 человек прошли обучение.

Если говорить о медицинских кадрах в целом, то здесь следует, прежде всего, подчеркнуть, что одной из острых проблем долгое время являлось наличие дисбаланса в отрасли. Налицо был профицит врачей в стационарах и по определенным, как тогда казалось, «хлебным» медицинским профессиям (стоматология, урология, гинекология, косметология). Одновременно с этим существовал дефицит врачей первичного звена, скорой помощи, ряда специалистов «узких» профилей. Чтобы устранить этот дисбаланс, нужно было действовать очень терпеливо, идти «мелкими шагами» – это же живые люди! Благодаря внедрению механизмов целевой подготовки, мы уже несколько поправили ситуацию. С 2016 г. впервые за последние 20 лет у нас началось увеличение специалистов по таким традиционно дефицитным специальностям, как онкология, рентгенология, анестезиология-реаниматология, патологическая анатомия. Изменилась и ситуация с врачами первичного звена – участковыми терапевтами и педиатрами. В 2017 г. по окончании вузов более 5 тыс. молодых специалистов, которые учились по новым федеральным государственным образовательным стандартам, достойно пройдя аккредитацию, пришли работать терапевтами и педиатрами на участок. Для поддержки их на начальном отрезке трудового пути мы развиваем систему наставничества. Уверена, что старшие товарищи и посоветуют, и поддержат, и помогут им. И, конечно же, помощь начинающим в принятии решений окажут наши информационные ресурсы и электронные системы.

Новые подходы позволили за последние годы снизить коэффициент совместительства. Если на протяжении 10 лет он оставался на уровне 1, 54 и выше, то, начиная с 2014 г., мы добились его последовательного снижения: 1, 46 – 1, 42, сейчас – 1, 4. Причём для участковых терапевтов – 1, 2, для участковых педиатров – 1, 1. Ясно, что пока проблемы в разных регионах сохраняются, но положительная тенденция очевидна. Наряду с целевой подготовкой, нам, безусловно, помогает программа «Земский доктор», которая уже «привела» на село более 29 тыс. врачей. Считаю, мы вели правильную политику, расширяя допуск специалистов к единовременным выплатам. Если исходно в программу включались специалисты в возрасте до 35 лет, то сейчас – до 50. Вначале она распространялась на тех, кто приезжал работать только в сельскую местность, а впоследствии – в рабочие посёлки, посёлки городского типа, моногорода с населением до 50 тыс. человек. В 2016 г. по программе «Земский доктор» пришли работать 4, 9 тыс. специалистов, в 2017 г. – более 5 тыс. То есть это реально привлекательно. Хотелось бы отметить, что 70% врачей остаются работать на своём месте более 3 лет. А для нас важен каждый человек в отрасли. С 2018 г. программа распространится и на фельдшеров, частично выполняющих на селе функции врача.

Одним из системных блоков, о котором следует непременно упомянуть, является создание справедливых условий финансового обеспечения. Когда мы начинали в 2012 г., различия в финансировании медицинской помощи в регионах составляли до 25 раз. Настолько выраженной была межрегиональная дифференциация! Впервые с 2013 г. в базовой программе ОМС был введён единый подушевой финансовый норматив, что позволило изменить механизмы доведения субвенций до территориальных фондов ОМС и сделало территориальные программы ОМС бездефицитными. Была сформирована единая тарифная политика, разработаны и внедрены расчёты тарифов на основе клинико-статистических групп, что позволило не только их оптимизировать, но и резко сократить межрегиональные и внутрирегиональные различия.

Удалось значительно повысить зарплаты медицинским работникам, при этом сократив различия в размере зарплат у специалистов одного и того же профиля с близкой квалификацией. В 2012 г. не было рекомендуемой структуры зарплаты медицинских работников. И, соответственно, как выяснилось в ходе скрининга, проведённого в начале 2013 г., более чем в 60 регионах доля оклада в структуре зарплаты составляла менее 30%. В некоторых

территориях, где оклад был ещё ниже – 17-18%. Фактически, большая часть заработной платы была связана со стимулирующими выплатами. Это привело к тому, что, несмотря на значительное увеличение финансовых ресурсов на заработную плату, из регионов продолжали поступать сигналы о том, что люди на руки получают неадекватно мало. Оклад иногда составлял лишь 4-4, 5 тыс. руб. Для решения этой проблемы мы организовали пилотные проекты в ряде регионов, чтобы посмотреть, какой должна быть оптимальная структура зарплаты, позволяющая уйти от несправедливой дифференциации, но при этом сохранить стимулирование за особые достижения. И пришли к тому, что оклад должен составлять 55-60% от общей зарплаты. Достичь этого оказалось очень непросто, несколько лет ушло на то, чтобы регионы перешли на новую систему. Путь оказался болезненным, но зато сейчас мы видим совершенно иную ситуацию. Во-первых, оклады и зарплаты увеличиваются, во-вторых, введены прозрачные и понятные критерии, на основе которых осуществляются стимулирующие выплаты. У нас осталось всего 4 региона с окладом внутри заработной платы 27-28%. И они обещали в ближайшее время поправить ситуацию.

Ещё один системный блок – государственно-частное партнёрство. Сегодня мы реализуем свыше 100 проектов ГЧП, которые привлекли в отрасль более 60 млрд руб. инвестиций. С 2011 г. доля частных медицинских организаций в программе ОМС выросла в 4 раза – с 7 до 30%. Это даёт дополнительные возможности для пациентов.

Важно подчеркнуть, что в основе системного развития лежит создание национальной системы здравоохранения, в которой максимально используется весь медицинский потенциал страны, независимо от формы собственности, на основе единых критериев качества медицинской помощи. При этом государственный, ведомственный, частный сегменты имеют не только равные права, но и равные обязанности перед пациентами и медицинскими работниками.

Вместе с медицинским сообществом

– Мне неоднократно приходилось общаться с доктором Леонидом Рощалем, который убеждён, что вы – первый министр, который столь внимательно прислушивается к медицинскому сообществу... Почему это важно?

– Потому что здравоохранение без людей, работающих в отрасли, невозможно. Организация здравоохранения должна быть направлена на создание условий, когда пациент может своевременно получить необходимую качественную помощь, а врач – может максимально реализовать все возможности современной медицины. Без смыслового наполнения, создаваемого медицинским сообществом, вся организация здравоохранения становится просто пустыми управленческими рамками. Поэтому мнение специалистов, их мысли и идеи всегда важны и желанны. Мы только в том случае построим высококачественную и эффективную систему здравоохранения, если будем единым отрядом, и при достижении всех целей и задач у нас будут общие идеология и целеполагание. И, конечно же, при реализации любых процессов модернизации и обновления нашей отрасли главным принципом должен оставаться приоритет интересов пациента. Справедливость и целесообразность всех наших решений измеряется влиянием на пациента. В этом и заключается пациенториентированный подход.

Всем миром

– Недавно в Москве прошла резонансная Первая глобальная министерская конференция по туберкулёзу. Планируете расширять международное сотрудничество? Какой опыт мы можем предложить нашим зарубежным партнёрам?

– Основанное на общечеловеческих ценностях, здравоохранение относится к наименее политизированным областям жизни. Объединив усилия всех медицинских работников, мы сможем достичь реализации целей ООН в области устойчивого развития, направленных на преобразование и оздоровление нашего мира. Безусловно, российским здравоохранением накоплен немалый опыт, который мы предлагаем зарубежным партнёрам. И наш опыт позитивно и заинтересованно воспринимается мировым сообществом и глобальным здравоохранением.

Благодаря выдвиганию задачи борьбы с туберкулёзом в ранг приоритетных государственных направлений, за последние 8 лет мы снизили смертность от туберкулёза более чем на 60%, заболеваемость – на 37%. Эти результаты очень высоко оценены ВОЗ и ООН. Именно поэтому нам было предложено провести Первую глобальную министерскую

конференцию «Ликвидировать туберкулёз в эпоху реализации целей устойчивого развития: многосекторальный подход», на которую приехали первый заместитель генерального секретаря ООН Амина Мохаммед и весь актив ВОЗ во главе с генеральным директором Тедросом Гебрейе-сусом. Мероприятие получилось уникальным и знаковым. Оно собрало свыше 100 министров здравоохранения и лиц с высоким политическим статусом более чем из 120 стран мира. Безусловно, для всех участников конференции признаком высокой политической приверженности явилось выступление на её открытии Президента нашей страны Владимира Путина, который призвал мировое сообщество к объединению усилий. То, что Президент России лично держит на контроле глобальную проблему социально значимых инфекций, является примером для всего мира и позволяет нашей стране добиваться успеха в борьбе с этими болезнями. Безусловно, есть и иные достижения отечественного здравоохранения, в частности, в борьбе с неинфекционными заболеваниями (НИЗ). Нужно сказать, что Россия инициировала включение темы НИЗ и здорового образа жизни в повестку глобального здравоохранения. И на основе Московской декларации, принятой на Первой глобальной министерской конференции по НИЗ в Москве, были разработаны стратегические положения политической декларации ООН. Россия явилась активным соавтором глобальной стратегии по борьбе с НИЗ, единого плана действий и механизмов его реализации. По оценкам ВОЗ, сделанным в конце 2016 г., мы вошли в число мировых лидеров по эффективности мер борьбы с НИЗ. Следует отметить, что у нас действительно отмечается позитивная динамика в борьбе с НИЗ. Прежде всего, достаточно резко снизилась смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Разработанная нами сосудистая программа, реализация которой была начата в 2008 г., высоко оценена в мире.

Загадки мозга, загадки жизни...

– Скучаете по основной профессии? На основе последних знаний и личного опыта скажите, приблизились мы к постижению тайны инсульта, его профилактике и эффективному лечению?

– **Я продолжаю жить в профессии. Расширился спектр проблем, которые необходимо решать и держать под контролем. Но, с другой стороны, открылись новые глубины понимания процессов жизнедеятельности человека, механизмов формирования болезней, старения, восстановления.**

Те направления, которые мы сейчас развиваем, усиленные фундаментальной биомедициной, позволяют ускорять инновационное развитие отрасли, внедрять в российское здравоохранение современные лекарства и технологии. Да и неврологию я не оставила: мои ученики успешно продолжают те направления, которые я развивала. Безусловно, внимательно слежу за результатами исследований в области нейронаук и ишемии мозга. Скажем, в ноябре мы впервые провели в Москве Всемирный день инсульта. На открытие приехали ведущие специалисты со всех континентов. Большинство из них – мои многолетние друзья, поскольку долгие годы я руководила международным сообществом, была исполнительным директором Всемирной федерации инсульта, а до этого – генеральным секретарём Европейского совета по проблеме инсульта. Я прекрасно осведомлена, над чем работают мои именитые зарубежные коллеги, ведь мы поддерживаем партнёрскую дружескую переписку, они высылают мне свежую информацию, результаты своих исследований. Я знаю также, над чем работают отечественные учёные. И, поверьте, мы не отстаём, у нас идёт очень активное развитие.

Зов предков

– Вы из врачебной семьи, у вас «медицинские» корни. Расскажите об этом. Нужно ли поддерживать семейственные связи в медицине?

– **На мой взгляд, династийность в медицине – это очень хорошо, а семейственность – плохо. Любая династия вызывает глубокое уважение. Вспоминая своё детство, когда мои родители сначала работали участковыми врачами, а потом поступили в аспирантуру, защитили кандидатские, докторскую диссертации, я могу сказать, что уже тогда на многие проблемы невольно начинала смотреть через призму медицины. Помню, как мне было интересно, когда папа рассказывал о содержании своей диссертации (он как раз тогда её писал): хотя мне было совсем мало лет, меня завораживали открываемые закономерности. В медицинском институте я была Ленинским стипендиатом, за годы обучения у меня не было ни одной четвёрки, но при этом, что бы я ни изучала, особое внимание всегда уделяла неврологии, постижению тайн мозга. Мне это было очень интересно со всех позиций, даже философских.**

Вернуться к теме медицинских династий. Для того, кто приходит в профессию сызнова, порой надо прожить всю жизнь, чтобы к старости осознать многие вещи. А тем, кто родился в медицинской семье, повезло: многие истины с детства воспринимаются как само собой разумеющиеся. Поэтому, мне кажется, что династии – это чудесно.

Если говорить про моих предков, я хорошо знаю родословную с XIX века. Дедушка моей бабушки был профессором Военно-медицинской академии, учеником профессора Сергея Боткина. В 1896 г. защитил докторскую диссертацию. Затем был основателем и первым деканом медицинского факультета Нижегородского университета, возглавлял сразу две кафедры терапевтического профиля. Хотя, говорят, что прапрадед – не первый в семье врач, что его дедушка тоже был врачом. Не знаю, документального подтверждения я не видела.

Поверяя свои поступки с тем, что над нами

– Несмотря на режим работы, вы всегда в форме, прекрасно выглядите. В чём секрет?

– Конечно, нужно заботиться о здоровье, стараться вести здоровый образ жизни. Но, мне кажется, очень важно также – никогда не держать в душе зла. Даже против врагов, потому что они – очень мощный положительный фактор в жизни каждого, который посылается для того, чтобы человек мог дополнительно совершенствоваться, выковывать свои личностные качества, что-то новое понимать о жизни. Поэтому доброе отношение к людям, желание осмыслить всё, что происходит, через конкретных людей, я так думаю, и даёт некую положительную обновляющую энергию.

– На форумах, пресс-конференциях вы держитесь уверенно, спокойно, вызываете искреннюю симпатию у слушателей. Как удаётся сохранять душевное равновесие? Дайте совет читателям «МГ», своим коллегам...

– Совет очень простой. Надо пытаться служить добру. Верить в то, что добро не просто есть, оно всегда побеждает, оно – над людьми. Нужно любить окружающих. И, если есть возможность, помогать и совершать добрые дела. Обязательно. Раз вам посылается такая возможность, нельзя её не реализовать. Всё не случайно в нашей жизни...

Беседу вёл Александр ИВАНОВ, обозреватель «МГ».

Источник: [.rosminzdrav.ru/](http://rosminzdrav.ru/)