

## РЕКОМЕНДАЦИИ

### парламентских слушаний на тему «Доступность и качество оказания медицинской помощи гражданам, проживающим в сельской местности. Правовое обеспечение»

12 октября 2017 года

г. Москва

Повышение качества и обеспечение доступности медицинской помощи жителям сельской местности, отдаленных населенных пунктов является одной из важнейших задач здравоохранения.

Проблемы здравоохранения на селе затрагивают 37,8 млн. человек, что составляет 25,7% жителей от общей численности населения Российской Федерации.

В этой связи особого внимания заслуживает совершенствование работы «первичного звена», поскольку сочетание низкой плотности населения и транспортной доступности с другими неблагоприятными социально-экономическими факторами (преобладание населения с низким уровнем доходов, недостаточная развитость инфраструктуры по оказанию бытовых и медико-социальных услуг, неблагоприятные жилищно-бытовые условия, распространенность злоупотребления алкоголем) обуславливают более высокую социальную значимость мероприятий по повышению доступности медицинской помощи сельскому населению.

В настоящее время федеральными органами государственной власти совместно с органами государственной власти субъектов Российской Федерации проводится комплексная работа в данном направлении.

Так, в целях оценки территориальной доступности медицинских организаций создана геоинформационная система, содержащая информацию о населенных пунктах, численности проживающего населения, транспортной инфраструктуре, медицинских организациях, а также утвержден комплекс мероприятий по развитию первичной медико-санитарной помощи, лежащих в основе региональных «Дорожных карт», включающих в себя развитие медицинской инфраструктуры, оптимизацию маршрутизации пациентов, расширение выездных форм работы, в том числе санитарной авиации, внедрение информационных технологий, а также решение кадровых вопросов.

Основной задачей при оказании первичной медико-санитарной помощи жителям сельских населенных пунктов является обеспечение четкой маршрутизации пациентов на всех этапах, начиная от фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФАП) и офисов врача общей практики до амбулаторных консультативно-диагностических центров, с доведением данной информации до населения.

В системе оказания первичной медико-санитарной помощи сельскому населению за период с 2014 по 2016 год увеличилось число центров и отделений врачей общей практики (далее – ВОП), а также выросло число амбулаторий.

Для оказания первичной медико-санитарной помощи жителям малонаселенных и труднодоступных районов с численностью менее 100 жителей в отдельных субъектах Российской Федерации применяются выездные формы работы, в том числе мобильные медицинские комплексы.

В рамках организации выездных форм оказания медицинской помощи за период с 2011 по 2016 годы в 3,8 раза выросло число передвижных врачебных бригад, в 1,7 раза – передвижных амбулаторий, в 3,7 раза – передвижных ФАПов и фельдшерских пунктов, в 2,2 раза – передвижных маммографических установок.

С 2014 по 2016 годы на 40,1 % выросло число мобильных медицинских бригад, оснащенных транспортными средствами с медицинским оборудованием. Также за аналогичный период на 41,1 % выросла плановая мощность медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь сельскому населению в амбулаторных условиях (с 394,5 тыс. по 556,8 тыс. посещений в смену).

Министерством здравоохранения Российской Федерации разработан ряд нормативно-правовых актов, а также методических рекомендаций, необходимых для перспективного планирования сети медицинских организаций, в том числе:

- приказ Минздрава России от 23 июня 2015 года № 361н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;

- приказ Минздрава России от 27 февраля 2016 года № 132н «О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения», направленный на обеспечение доступности медицинской помощи населению Российской Федерации с учетом видов, форм и условий ее оказания.

Одной из острых проблем российского здравоохранения является кадровое обеспечение медицинских организаций, расположенных в труднодоступных районах, районах с низкой плотностью населения и удаленных сельских поселениях. На ее решение направлена программа «Земский доктор», под которой понимают реализуемые в 2012 – 2017 годах мероприятия по предоставлению единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, осуществляемые в соответствии Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 326-ФЗ, программа).

По данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования за период с 2012 года по 2016 год включительно фактическая численность участников программы составила 23 950 человек.

В 2016 году при планируемом объеме 5 333 человека на работу было принято 4 922 человека (92,3%), при этом уровень реализации программы составил 100% в 51 субъекте Российской Федерации (в 2015 году таких регионов было 42). При этом, дефицит средств регионального бюджета не позволил реализовать программу «Земский доктор» в 4 субъектах Российской Федерации: республика Алтай, Кабардино-Балкарская и Карачаево-Черкесская республики, Астраханская область.

За годы реализации программы она была существенно расширена: возрастной критерий увеличен с 35 до 50 лет, в программу помимо сельских населенных пунктов дополнительно включены рабочие поселки и поселки городского типа. Кроме этого, в отдельных регионах за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации реализуется программа «Земский фельдшер» («Сельский фельдшер»). В 2016 году в 21 регионе были осуществлены единовременные выплаты (от 100 до 500 тыс. рублей) медицинским работникам со средним медицинским образованием, переехавшим на работу в сельскую местность (Тульская, Ленинградская, Волгоградская, Тверская, Томская, Ростовская и Ульяновская области, Алтайский край, республики Мордовия и Бурятия и др.). Еще в 9 регионах разработаны программы единовременных выплат для фельдшеров со сроком реализации с 2017 до 2020 года.

Однако, несмотря на принимаемые меры, численность медицинских работников со средним медицинским образованием в 2016 году по отношению к 2015 году снизилась на 1,4% в целом по Российской Федерации и на 0,8% в сельской местности.

По мнению участников парламентских слушаний программа «Земский доктор» в настоящее время является наиболее эффективной мерой социальной поддержки для привлечения и закрепления врачебных кадров в сельской местности и необходимо ее продление на последующие годы.

Одним из ведущих механизмов реализации среднесрочных перспектив планирования потребности и расстановки кадров в сфере здравоохранения субъектами Российской Федерации, является целевой прием, квота целевого приема на обучение по медицинским и фармацевтическим специальностям, устанавливаемая Минздравом России подведомственным вузам, ежегодно увеличивается, составив в 2017 году по программам бакалавриата и специалитета 56,2 % (в 2016 году – 56 %) от объема контрольных цифр приема граждан на обучение за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, а в ряде вузов Минздрава России по результатам зачисления по отдельным специальностям она достигала 80 %. Количество мест целевого приема в вуз Минздрава России определяется в каждом субъекте Российской Федерации в зависимости от конкретной кадровой потребности на местах, выявляемой при помощи Федерального регистра медицинских работников.

В 2017 году впервые выделено 319 целевых мест для приема абитуриентов, проживающих в моногородах 57 субъектов Российской Федерации; зачислено 255 человек (79,94 %).

С 2016 год в системе здравоохранения Российской Федерации осуществляется плановый и поэтапный к принципиально новой процедуре допуска к профессиональной деятельности – аккредитации специалиста, основанной на независимой оценке профессиональным сообществом уровня подготовки специалиста, в основу которой положены профессиональные стандарты с набором требований к специалисту (знаний, навыков, компетенций), позволяющие осуществлять трудовую деятельность и отражать траекторию его дальнейшего профессионального роста и развития. Выпускники, успешно прошедшие процедуру аккредитации специалистов в 2017 году, могут сразу приступать к осуществлению профессиональной деятельности без дополнительной подготовки в ординатуре на должностях «Врач-терапевт участковый», «Врач-педиатр участковый», «Врач клинической лабораторной диагностики», «Врач функциональной диагностики», «Врач-статистик», «Врач-эпидемиолог», «Врач по общей гигиене» и «Врач-стоматолог» в любых медицинских организациях.

Акушерско-гинекологическая помощь женщинам, проживающим в сельской местности, в период беременности, во время родов и в послеродовом периоде, организована на основе трехуровневой системы ее оказания, необходимым условием которой является создание в регионах перинатальных центров, позволяющих сконцентрировать в одном учреждении беременных и новорожденных высокого перинатального риска, внедрить современные инновационные технологии в перинатологии при ведении беременных с тяжелыми осложнениями, снизить материнскую и младенческую смертность.

Правительством Российской Федерации утверждена программа развития перинатальных центров в Российской Федерации, предусматривающая строительство 32 перинатальных центров в 30 субъектах Российской Федерации. В настоящее время перинатальные центры функционируют в 18 субъектах Российской Федерации. В то же время, в нарушение установленных сроков строительства, в 14 регионах России перинатальные центры не введены в эксплуатацию. Представляется целесообразным проанализировать причины срыва сроков строительства и не допустить их повторения.

В целях решения задачи по повышению уровня и качества жизни сельского населения, в том числе обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи в рамках федеральной целевой программы «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014-2017 годы и на период до 2020 года» осуществляются мероприятия по развитию сети учреждений первичной медико-санитарной помощи в сельской местности. За период 2014-2016 годов было введено в эксплуатацию 434 фельдшерско-акушерских пункта, а до конца 2017 года планируется открыть 73 фельдшерско-акушерских пункта и (или) офиса врачей общей практики.

В то же время, участники парламентских слушаний отмечают, что с 2012 года органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации начата работа по приведению структуры медицинских организаций в соответствие с требованиями нормативных документов Минздрава России, а также по оптимизации штатной численности работников организаций здравоохранения, в том числе в целях обеспечения повышения заработной платы медицинским работникам. Зачастую результатом данной работы становится закрытие единственных медицинских организаций, расположенных в сельской местности.

Только в седьмом созыве Государственной Думы в адрес Комитета поступило более ста обращений граждан о закрытии в районах и сельских населенных пунктах поликлиник, фельдшерско-акушерских пунктов, участковых больниц.

В целях защиты интересов граждан в предоставлении им медицинской помощи независимо от места их постоянного проживания, депутатами Государственной Думы из числа всех фракций был инициирован законопроект «О внесении изменения в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в части установления условий по принятию решений о реорганизации и ликвидации медицинских организаций). Данный законопроект устанавливает особый порядок ликвидации и реорганизации организаций здравоохранения, в том числе являющихся единственными в сельских населенных пунктах, а именно – создание специальной комиссии,

которая будет оценивать возможность ликвидации и реорганизации организаций здравоохранения.

Как следует из законопроекта, данная комиссия будет создана в каждом субъекте Российской Федерации на уровне органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации, а в ее состав будут входить на паритетной основе представители органа государственной власти, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций и общественных объединений по защите прав граждан в сфере охраны здоровья.

Законопроект учитывает все формы возможной реорганизации, в том числе:

- закрытие обособленных подразделений (поликлиник, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий);
- изменение вида медицинской организации и ее обособленных подразделений (например преобразование участковой больницы и поликлиники в фельдшерско-акушерский пункт);
- изменение вида и профиля оказываемой медицинской организацией и её обособленными подразделениями медицинской помощи (например, сокращение коечного фонда по отдельным профилям).

Кроме того, нормы законопроекта устанавливают обязательный учет мнения жителей сельского поселения при принятии решений о реорганизации и ликвидации единственной медицинской организации, расположенной в сельском населенном пункте.

Предлагаемый механизм принятия решения о ликвидации и реорганизации медицинских организаций через положительное заключение специальной комиссии, принимаемое с учетом мнения жителей сельского поселения, выраженного его представительным органом, позволяет наиболее полно оценить риски и последствия реформы системы здравоохранения в конкретном населенном пункте.

Необходимым условием организации эффективного взаимодействия всех участников системы здравоохранения и повышения качества и доступности оказываемой медицинской помощи, в том числе для населения Российской Федерации, проживающего в сельской местности, является внедрение информационных технологий. Применение телемедицинских технологий позволяет расширить возможности диагностики, лечения и наблюдения пациентов, способствует доступности медицинской помощи, оперативности ее оказания вне зависимости от места проживания граждан, снижению временных и финансовых издержек при оказании медицинской помощи.

В целях создания правовых основ использования информационно-телекоммуникационных технологий в сфере охраны здоровья граждан принят Федеральный закон от 29 июля 2017 года № 242-ФЗ «О внесении изменений в

отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья».

Однако, для реализации основных положений данного Закона необходимо подключение медицинских организаций, находящихся на территории сельской местности к региональным медицинским информационным системам, для обеспечения преемственности оказания медицинской помощи. Вместе с тем, в условиях «цифрового неравенства» в малонаселенных и отдаленных территориях внедрение информационных технологий в медицинских организациях пока отстает – 80% медицинских организаций нуждаются в подключении к сети «Интернет» или требуют модернизации связи.

Отмечая важность и актуальность проблемы повышения доступности и качества медицинской помощи сельскому населению в Российской Федерации, заслушав доклады, выступления и с учетом состоявшегося обсуждения, участники парламентских слушаний **рекомендуют:**

**Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации:**

Принять проект федерального закона № 954664-6 «О внесении изменения в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в части установления условий по принятию решений о реорганизации и ликвидации медицинских организаций).

**Правительству Российской Федерации:**

1. Продолжить реализацию программы «Земский доктор» в среднесрочной перспективе и распространить единовременные компенсационные выплаты на медицинских работников со средним медицинским образованием, а также включить в программу города (моногорода) с населением до 50 тыс. человек;

2. Уточнить территориальную распространенность программы «Земский доктор» с учетом процессов объединения всех поселений, входящих в муниципальный район, с городским округом в соответствии с Федеральным законом от 3 апреля 2017 года № 62-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

**Министерству здравоохранения Российской Федерации:**

1. Продолжить методическую и консультативную работу с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья в части повышения доступности и качества оказания медицинской помощи гражданам, проживающим в сельской местности;

2. Совместно с органами государственной власти субъектов Российской Федерации продолжить работу по совершенствованию механизмов реализации целевой подготовки и целевого приёма, предусмотрев перечень обязательных

мер социальной поддержки и ужесточив ответственность сторон за ненадлежащее выполнение условий договора;

3. Совместно с Министерством образования и науки Российской Федерации и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации при установлении квоты целевого приема в подведомственные образовательные организации, реализующие подготовку специалистов с высшим медицинским образованием, приоритетно рассматривать заявки, предусматривающие трудоустройство выпускника в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь сельским жителям;

4. В связи с вступлением в силу с 1 января 2018 года Федерального закона от 29 июля 2017 года № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» обеспечить своевременное принятие нормативных правовых актов, необходимых для реализации данного Закона, в том числе в части утверждения порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;

5. Совместно с Министерством связи и массовых коммуникаций Российской Федерации продолжить работу по обеспечению подключения медицинских организаций к скоростному Интернету и медицинским информационным системам;

6. Совместно с Министерством финансов Российской Федерации продолжить работу по совершенствованию Методики распределения субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования;

7. Проанализировать лучшие практики субъектов Российской Федерации по предоставлению регионами мер социальной поддержки медицинских работников, работающих в сельской местности, и направить соответствующие информационно-аналитические материалы в органы государственной власти субъектов Российской Федерации и в Комитет Государственной Думы по охране здоровья.

**Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения:**

Усилить контроль за качеством и доступностью оказания медицинской помощи, а также лекарственного обеспечения сельских жителей.



**Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья:**

1. На основе лучших практик субъектов Российской Федерации по предоставлению регионами мер социальной поддержки медицинских работников, работающих в сельской местности, разработать территориальные программы социальной поддержки медицинских работников организаций здравоохранения, оказывающих помощь сельскому населению;

2. Осуществлять контроль проведения мероприятий по повышению доступности и качества медицинской помощи гражданам, проживающим в сельской местности, в том числе в части кадрового обеспечения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь сельским жителям;

3. При подготовке нормативных правовых актов, регламентирующих реализацию программы «Земский доктор» с 2018 года, проработать вопросы конкретизации обязанностей медицинских работников в части продления пятилетнего срока действия договора на периоды неисполнения функциональных обязанностей, а также - оснований расторжения трудовых договоров, при которых не подлежит возврату часть единовременной компенсационной выплаты пропорционально неотработанному периоду;

4. Проанализировать объемы подготовки медицинских специалистов со средним профессиональным образованием, в частности фельдшеров, и предусмотреть увеличение государственного задания за счет средств соответствующих бюджетов бюджетной системы Российской Федерации на подготовку указанных специалистов с учетом потребности медицинских организаций, в том числе фельдшерско-акушерских пунктов;

5. Обеспечить проведение мониторинга реализации программы «Земский доктор» и принять меры по повышению эффективности программных мероприятий региональных кадровых программ;

6. Принять меры по усилению ответственности главных врачей медицинских организаций за использованием средств, выделяемых на программу «Земский доктор», в первую очередь для устранения дефицита кадров в первичном звене здравоохранения и заполнения вакансий участковых терапевтов, участковых педиатров, врачей общей практики;

7. Расширить практику использования передвижных подразделений (амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты) медицинских организаций, мобильных медицинских бригад, в том числе с использованием мобильных медицинских комплексов, в населенных пунктах с низким уровнем развития инфраструктуры.

**Председатель Комитета**

**Д.А.Морозов**