**Встреча профсоюзов с министром В.И. Скворцовой**

Стенограмма встречи

Скворцова В.И.

Здравствуйте, дорогие коллеги и друзья. Я очень рада, что сегодня мы собрались в Министерстве здравоохранения РФ. Надеюсь, что наши встречи станут регулярными, появится возможность решить все вопросы, которые возникают.

 Уважаемые коллеги! Так как эта встреча у нас проводится в первый раз, то мы решили провести ее в двух частях. В первой части я расскажу над чем мы работаем сейчас, какие планы перед нами стоят на ближайший период из трех лет, в чем мы видим результат нашего взаимодействия. А дальше у нас будет свободная, интерактивная беседа. Те вопросы, которые у вас есть, вы сможете задать. Мы специально пригласили руководство Минздрава, Росздравнадзора, директора Департамента политики.

 Я хочу начать с того, что наша отрасль, которая курировалась недостаточно, так сказать, не ставилась во главу угла политики, превратилась в стратегическую. И для Российской Федерации чрезвычайно важно, насколько здравоохранение сработает не только как самостоятельная отрасль, но и наша задача внести свою лепту в демографическую ситуацию, снизить смертность, особенно преждевременную, чтобы мы могли выйти на прирост населения и увеличить численность россиян. Поскольку задачи, которые перед нами стоят, являются межведомственными, то необходимы усилия всего Правительства РФ, всех ведомств и служб, всего Российского сообщества, и Минздрав становится неким центральным столпом, который фактически вокруг себя концентрирует всех остальных во имя повышения качества жизни наших людей. Вот это самое главное.

Перед нами поставлена следующая задача. Увеличивается количество людей старше 60 лет, смертность по пессимистическому прогнозу может существенно увеличиться к 2024 году. Если она сейчас в 2018 году составляет 12,4 процента на 1000, то она может стать 13,6. В том случае, если наши дополнительные усилия мы сможем сохранить показатель, к которому мы с трудом пришли в прошлом году 12. Для того, чтобы выйти на прирост населения этого недостаточно. Чтобы решить демографическую проблему надо достичь снижение показателя смертности до 10,9 на 1000 к 2014 году. Только в этом случае мы действительно сможем обеспечить прирост населения. Многопараметровый анализ показал, каким образом мы сможем существенно снизить смертность нашего населения. Для этого мы должны дополнительно, сохранять каждый год 229 тысяч жителей. Сейчас, напоминаю, у нас умирает в год примерно 1млн. 800 тыс. человек. Сократить больше, чем на 200 тысяч количество смертей. Самый большой вклад в снижение смертей может дать снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

На втором месте – онкология. И отдельная тема – дети. Когда нам нужно было сформировать национальный проект здравоохранения, мы исходили из того, что главные смысловые программы Федерального проекта - борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями, борьба с онкологическими заболеваниями и развитие детского здравоохранения, с тем учетом, что 50 процентов успеха снижения смертности лежит в эффективной работе первичного звена и в углублении профилактических подходов. Именно это направление стало 4 Федеральным проектом, понимая, что оно подпитывает первых три проекта. И проекты являются как бы не смысловыми, но обеспечивающими, без которых невозможны будут первые преобразования. Вы скажете, как можно первые реализовать?

Это обеспечение медицинских организаций квалифицированными кадрами. Это отдельная тема, потому что является единственной движущей силой.

Это развитие сети национальных медицинских исследовательских центров. Это тоже принципиально важное направление, поскольку это наши головные методологи, которые с 2018 года получают вновь, как это было в советское время, государственные задания на свои головные функции. И в каждой, по своему профилю соответственно, обеспечивает качественную медицинскую помощью в круглосуточном режиме уже сейчас с помощью телемедицины, с использованием современных технологий, связываясь с современными учреждениями здравоохраненияи методологами всех регионов.

Отдельно это цифровизация, создание единого цифрового органа в стране и это важнейшее направление, которое позволит вынести на совершенно другой уровень все управленческие процессы и кроме того развить удобные для населения формы взаимодействия в системе здравоохранения через дистанционные различные механизмы: это электронный перекрестный документооборот, телемедицина, кабинет врача.

И последний проект Федеральный, о котором отдельно дал поручение Президент, это развитие экспорта медицинских услуг. Это тоже очень важно. С одной стороны, это то, как международное сообщество воспринимает Россию, а здравоохранение сейчас на пике международных интересов России. Мы вышли в лидеры по некоторым направлениям. Здесь у нас большие возможности. Надо правильно подавать нашу страну и, кроме того, это дополнительные ресурсы на развитие наших медицинских организаций. Это и есть проект здравоохранения, состоящий из 8 федеральных проектов.

Но кроме этого есть национальный проект – демография. Формально за этот проект отвечает Министерство соцзащиты. Но 2 проекта ведем мы.

Первое – это здоровый образ жизни и формирование единой здоровой среды. И вот это межведомственная программа, которую наше ведомство ведет последние годы очень активно.

Второе направление – это здоровье старшего поколения. Важнейшая программа. В основу всех наших дел ложатся 5 основных принципов.

Первый принцип – профилактировать легче, чем лечить. Профилактика самый эффективный способ сохранить здоровье. Все врачи знают, что профилактика это номер 1. По первой части мы формируем программы по формированию здорового образа жизни. Эту программу мы ведем совместно с Минспортом. Сам этот проект включает в себя создание условий для здорового образа жизни и мотивирование граждан к ведению здорового образа жизни, потому что можно иметь возможность вести здоровый образ жизни, но не воспользоваться этим в силу собственных психологических причин, барьеров, активного нежелания, неправильной оценки мироздания. Здесь мы идем вместе с психологами. Мы создаем сейчас смысловые ролики, видеосюжеты, аудиосюжеты, рассчитанные на разные слои населения, в зависимости от их восприятия информации.

В Указе Президента сказано, что необходимо проводить ежегодные профилактические осмотры. Это важная тема. С 2013 года проводится широкомасштабная диспансеризация. Ежегодно для детей и один раз в три года для взрослых. Суть этих диспансеризаций несколько раз менялась. Они стали менее формальными. Вместе с силовыми ведомствами мы боролись с приписками и формализмом и понимали, что это одно из основных направлений работы первичного звена здравоохранения. Поэтому это и есть основная функция нашей работы участкового терапевта и педиатра, врача общей практики. С этого года в возрасте от 50 до 73 лет люди проходят профилактическое обследование один раз в два года. Наша задача прийти к системе ежегодных медосмотров. Для того, чтобы это сделать, специалистами была проведена оценка возможности первичного звена всех регионов страны по каждому населенному пункту. И мы сейчас четко представляем дефицит кадров в первичном звене. Это касается в первую очередь терапевтов, педиатров, врачей общей практики. Он существенно снизился за последние годы. Но тем не менее нам предстоит еще устранить дефицит в 22,5 тысячи врачей и около 120 тысяч среднего медицинского персонала. Это достаточно много. Именно поэтому линейка повышения частоты профилактических осмотров полностью бьется с линейкой, которая позволяет нам наращивать кадровый потенциал в первичном звене. Это две параллельные математические задачи. И наша задача держать наших врачей в состоянии современного уровня понимания, как нужно проводить осмотры и выявлять на ранней стадии сердечно-сосудистые заболевания и их коррекцию.И безусловное раннее выявление онкологических заболеваний на ранней стадии.

Второй момент – это качество медицинской помощи. У нас в стране никогда не было единых комплексных подходов к оценке качества оказываемой медицинской помощи. Не было единых требований, и более того, у нас разные научные клинические школы, которые имеют прямо противоположные взгляды на лечение одного и того же заболевания. И сама попытка создать некие клинические рекомендации достаточно долго отвергалась сообществом в силу такого предубеждения, что нельзя стандартизовать искусство. Ведь каждый человек не похож на другого и очевидно, что медицина – это наука и искусство, креативная творческая профессия. Но наш ретроспективный анализ показывает, что из-за подобного подхода мы работали не над планкой качества, а под ним.И неконтролируемая потеря качества, к сожалению, наблюдается во всех регионах Российской Федерации. В этой связи с конца 2012 года мы создали 7000-ное экспертное сообщество. Это главные специалисты Минздрава, руководители наших сообществ, национальных ассоциаций и т.д. Это региональные специалисты. Получается огромная пирамида. Эти люди должны были научиться двум вещам: первое – принимать решения консенсусом. И второй момент создать пул тех национальных рекомендаций, которые соответствуют самому современному международному уровню. И это должно быть на минимально достаточном уровне. Это должно стать планкой качества, выше которой подняться можно, но ниже которой опускаться нельзя. Эта работа была закончена в конце 2016 года.

Первый вариант этих документов (сейчас их более 1200) развивается вместе с медициной. Мы должны прийти к современному международному уровню. Это задача одного их наших проектов. Поэтому для того, чтобы обеспечить соответствие нашей медицины в каждом регионе, где бы человек ни жил, международному уровню, нам надо иметь предостаточно медицинских кадров, которые очень хорошо и современно подготовлены. Более того они должны уметь учиться всегда и развиваться постоянно. И наш важнейший проект этому и посвящен.Не только устранению дефицита диспропорции в отрасли, что мы делаем по специально разработанным механизмам целевой подготовки: в 2016 году – это первый год, в 2017 году все базовые специальности – второй год. В 2018 году – средний весь медперсонал, где есть выпускники колледжей.

А со следующего года (2019) аккредитацию начнут проходить ординаторы. Затем мы вступаем в аккредитацию повторную, которую уже все будут проходить на основе своего профессионального портфолио. Это уже совсем другой процесс. Процесс этот не травматичный для людей, которые работают многие годы в отрасли. И кроме того, это портал непрерывного профессионального образования, который был сделан, он совершенствуется. Сейчас из 548 тысяч врачей, которые работают в государственных муниципальных организациях больше 300 тысяч работает в этом портале. Каждый из них имеет свой индивидуальный код. Сколько раз человек входит в эту программу, какими программами овладевает, с какой попытки овладевает, и какое КПД в ожидаемости знаний он может быть сертифицирован. Вот это очень важно.

Поэтому первое, что мы сейчас сделали, это за 2017-2018 год всех участковых терапевтов провели через программу по онконастороженности. С первого раза сдали только 40 процентов. Но с 3-4 попытки сертифицированы более 80 процентов участковых терапевтов. Очень важно, чтобы люди видели то, что они должны видеть и понимали, на какие признаки должны обращать внимание для того, чтобы заподозрить онкологическое заболевание.

Третье и важнейшее направление и, пожалуй, самое сложное для нашей страны – это доступность медицинской помощи. Надо сказать, что страна огромная и очень разнообразная. 85 регионов абсолютно не похожих один на другой. С разной плотностью населения, с разным уровнем урбанизации, с огромными расстояниями. А наша задача сделать так, что, где бы человек ни проживал, он получал медицинскую помощь необходимого качества и своевременно.

С 2015 года были введены допустимые сроки ожидания медицинской помощи. До этого их у нас никогда не было. Никогда не наказывали, что скорая приезжала через 2-3 часа. В 2015 году мы ввели экспериментально и мониторировали, как с этим справляются регионы. С 2016 года эти показатели стали обязательными. И мы сейчас знаем, что если скорая не приехала в течение 20 минут, если участковый врач не обслужил в течение первого дня, если специалисты не посмотрели в течение 14 дней, если ПЭКТ и МЭМРТ не сделали в течение 30 дней, если не было экстренной госпитализации в течение полутора часов, плановой в течение 30 дней и т.д. Это прописывается ежегодно постановлением Правительства. Чтобы это сделать нужно было посмотреть возможности всех регионов. Для того, чтобы можно было обеспечить такую огромную страну одинаковыми условиями оказания медицинской помощи, была предложена трехуровневая система здравоохранения. Наша программа получила золотую медаль Всемирной организации здравоохранения. Она единственная действующая на самом деле. Суть заключается в том, что 60 процентов всей медицинской помощи должно быть в шаговой доступности от человека. И сейчас это уже прописано: либо час пешком, либо на общественном транспорте. Если амбулаторная помощь – это первичная помощь. И стационарная помощь на первичном уровне общетерапевтическая, общепедиатрическая, общей хирургии, где можно было бы сделать самые простые вещи и физиологические роды, акушерство и гинекология. А вот если случается что-то серьезное и это жизни угрожающая ситуация, то боже упаси оказаться в этих организациях. Благодаря тому, что мы сделали второй уровень системы, в 9 раз снизили летальность при геморрагических инсультах и в 4,5 раз при ишемических инсультах. Очень быстро всего за 3 года. Совершенно по-другому стал стратегический уровень, он всегда был государственный, его нельзя размывать и отдавать кому ни было. Это размещение в тех населенных пунктах с хорошими подъездными путями с населением не менее 50 тысяч человек, где особые пути приема пациента, где есть круглосуточные лаборатория с открывающейся операционной и так далее. И мы это сделали. И третий уровень– это уровень региональный. Это областные, краевые и республиканские стационары, которые занимаются в том числе высокотехнологичной помощью. И сейчас, за несколько лет резко увеличили объем этой помощи. Проблемы в этой системе на территории нашей страны конечно есть, потому что мы только в 2008-2009 году эту систему обозначили и после этого в 2014-2015 годах сделали усредненную геоинформационную системудля всей страны и для каждого региона. Это цифровая информационная программа, объединяющая масштаб, которая выводит на экран любой населенный пункт нашей страны и автоматизировано считывает время доставки пациента в ту или иную медицинскую организацию.

Наша задача, это безусловно, сельская медицина для того, чтобы люди не уезжали из сел и не жили только в городах. И конечно у нас нехватка медицинских центров и ряда других центров, которые должны быть. Это вообще отдельная история. Сейчас создаются новые структуры, которых в нашей стране никогда не было. И конечно, чтобы все это видеть сверху нужны цифровые диспетчерские. Эта работа в ближайшие 2 года будет завершена. Многие регионы уже сейчас имеют центральные диспетчерские. Наша задача распространить на всю страну и подключить всю цифровую службу, она активно развивается. Эта программа позволит перестроить отечественную промышленность. Мы приступаем к выпуску специальных медицинских вертолетов на 1-2 операционные кабины с медицинскими модулями. Они встраиваются в нашу диспетчерскую систему.

Отдельная тема – это уважительная и комфортная медицинская помощь, на что жалуется наше население. Четвертый наш принцип. Водится LEAN-технологии, которые позволяют относительно не большими средствами достигнуть хороших результатов. Поэтому бережливые поликлиники есть практически во всех регионах. Расширяется их внедрение, и мы надеемся, что в ближайшие 3 года они будут во всех регионах внедрим бережливые технологии. Будут эти технологии в стационары, в которых развернут нашу систему внутреннего контроля качества медицинской помощи по аналогии с международной системой ИСО, основанной на современном менеджменте, навигационных системах внутри учреждения, логистике, правильной кадровой политике, в том числе управление кадровым функционалом с помощью специализированных управленческих систем. Здесь присутствует представитель Росздравнадзора, который принимает ключевое участие в этой работе. Надеемся, что совместными усилиями вместе с Управлением внутренней политики Администрации Президента мы эту работу успешно завершим.

Ну и, конечно, инновационное развитие. Это не совсем тема нашей встречи и не буду подробно на этом останавливаться, но хочу сказать, что это важнейшее направление и для Министерства и в целом для Российского здравоохранения. Создан специальный кластер, состоящий из центроскопического планирования наших национальных исследовательских центров. Кластер направленного, ускоренного инновационного развития к счастью пока очень эффективен. Боюсь давать каких-то оценок, но то, что мы сумели за 15 лет сделать много функциональных препаратов, абсолютно новых и внедрить их. Сейчас у нас приоритетное направление – онкология, это - препараты и ранняя диагностика задолго до проявления онкологических заболеваний. Развитие идет и очевидно, что современная медицина на пике этого процесса. И наших детей нужно учить иначе как учатся сейчас в институтах. И новые специальности сейчас появляются, основанные на других процессах. Трагизм ситуации состоит в том, что одновременно в нашей отрасли будут находится люди из разных возрастных групп. И все нужны в отрасли, и нельзя никого обижать. И как в большой хорошей семье старшим нужно оказывать почет, опыт их будет востребован. Когда будут приходит младшие, которые видят иначе процессы, через молекулярную биологию, генетику, через математизацию процессов и задача наша с вами сделать из этого гармонию, чтобы не обижать старших и не заставлять младших входить в заскорузлый храм, который неумолимо уходит. Этотмомент на самом деле очень деликатный, требующего серьезного понимания. Когда мы говорим об аккредитации и непрерывном развитии, то мы не собираемся унижать достоинство тех, кто давно работает в системе, мы потихоньку начнем показывать им, что можно работать вот так, что так было бы лучше. К ним надо очень щадяще относится,и эта идеология должна быть заложена в те документы, которые сейчас готовит Минздрав. Никто не будет подвергаться излишним испытаниям, излишним доказательствам,все будет сделано иначе.

Я понимаю, что в организациях профсоюза защита работающих для вас главное. И для нас важна наша армия, она для нас все. Надо понимать, что мы сейчас находимся на пике проблемы. Наша задача создать камфорные творческие условия для развития наших медиков и при этом очень жестко спрашивать с них. Это тоже очень важно. Мы стараемся сбалансировать эти две разные грани для того, чтобы не падало качество медицины, с другой стороны жизнь медиков. Все понимают, что без такого единства в нашем гражданском обществе мы не решим задачи, которые перед нами поставлены. Одни профессионалы не решат и соответственно производственники не решат и голос профсоюзов становится здесь особенно важным, потому что вы как раз должны доносить об общем настрое нашей армии врачей, среднего медицинского персонала, младшего медицинского персонала. За боеготовность и боевой дух мы вместе должны отвечать. И при этом, чтобы она была в правильном направлении.

А сейчас перейдем к общению.

 Ремизов Сергей Викторович – РОО Профсоюз работников здравоохранения г.Москвы.

Уважаемая Вероника Игоревна! Я хочу затронуть очень важную тему по поводу наших федеральных медицинских организаций, которые находятся на территории нашего города. Наш профсоюз работает непосредственно через первичные профсоюзные организации, через систему социального партнерства. К сожалению, на протяжении нескольких лет отмечено отрицательное отношение к социальному партнерству. Заключаются коллективные договоры на основе отраслевого Соглашения между Минздравом и профсоюзом работников здравоохранения РФ, но к сожалению наши партнеры, наши руководители не уделяют должного внимания этим вопросам. Наметилась такая тенденция, что из уст директора порой можно услышать фразу: «А зачем нам профсоюз?». Для нас это очень неприятно слышать. Потому что мы нормальный профсоюз, который решает многие вопросы. И тем не менее мы видим, что сейчас происходит у нас на улицах. У нас появляется радикальный профсоюз, который занимается чистой воды популизмом, который занимается раскачиванием нашей общей лодки. Это, конечно, недопустимо, ведь все вопросы можно решить за столом переговоров. Хочу привести пример. Чтобы достойно представлять нашего работника, чтобы быть легитимными, в соответствии с законом «О профессиональных союзах», Трудовым кодексом РФ членов профсоюзов в организации должно быть свыше 50 процентов. Профсоюз – это уникальная организация, которой позволяется работать в рамках существующего Федерального закона, закона «О профессиональных союзах». По общественным объединениям есть общий, отдельный закон. Если не будет нормального социального партнера, то что будет? Будет профсоюз «Действие».И для нас, конечно, не допустимо, чтобы эти люди пришли в коллективы, чтобы они расшатывали коллективы. Вероника Игоревна, к вам огромная просьба обратите на это внимание. Может бытьнадопровести коллегию на уровне Минздрава РФ, чтобы отдельным вопросом уделить внимание развитию социального партнерства, как это все осуществляется. Может провести совместное совещание. Это крайне важно, потому что на местах все очень непросто. Это первое.

 И второе. Почему нет в Минздраве РФ первичной организации. Ведь она была когда-то. В Минтруде есть большая профсоюзная организация, которая выходит на профсоюз госучреждений. Все смотрят на вас, вы являетесь примером. Хорошо бы в Министерстве был человек, отвечающий за социальное партнерство, к которому можно было бы обратится из регионов из-за проблем с руководством по поводу разрушения профсоюзных организаций.

Еще - по поводу базовых окладов. До сих пор у нас в регионах нет единой системы подхода к установлению базовых окладов. И это очень большая проблема. В разных организациях у нас разные базовые оклады, разные средние заработные платы, это действительно один из проблемных моментов социальной напряженности. Второй момент. В некоторых медицинских федеральных организациях переводят работников на 0,75, на 0,5 ставки. Когда это происходит, то до людей это не доводится. С людьми надо разговаривать. А если до людей не доходит информация, то и возникают проблемы.

 Скворцова В.И.

 Уважаемый Сергей Викторович! Во-первых, уже в понедельник будет совещание с нашими федеральными учреждениями по ряду уже обозначенных вопросов. Спасибо, что Михаил Михайлович (Кузьменко) заранее нас сориентировал по темам, которые вас волнуют. Мы, однозначно, ситуацию подправим, сделаем это быстро и эффективно. Действительно могу сказать, что специально не было активности со стороны Минздрава с тем, чтобы промониторить ситуацию с профсоюзными организациями в отрасли. Вы абсолютно правы, я согласна, что особенности настоящего периода и активность радикальных псевдоорганизаций недопустима. Мы должны сплотится и развивать профсоюзное движение. Насчет первичной профсоюзной организации в Минздраве, то я проконсультируюсь на вопрос возможности создания и если нет никаких противопоказаний, то однозначно создадим первичную профсоюзную организацию. Будем активно участвовать в этом движении и в вашей Московской организации.

И очень важный вопрос о базовых окладах. Здесь хочу прояснить, что отношение к базовому окладу Минздрав считает одной из главных побед. В 2013 году мы озадачились тем, что дополнительные деньги пошли для повышения зарплат, а ситуация не меняется в регионах. Нам стали присылать штрафные талоны из разных учреждений. Мы увидели, что ситуация практически не меняется. Мы провели мониторинг в регионах и выявили, что 68 регионов из 85 имели базовый оклад менее 20 процентов, а остальное были компенсационные и стимулирующие выплаты. Мы запустили пилотный проект в 2014 году в нескольких регионах. И вывели для себя оптимальное соотношение: 55-60 процентов – это базовый оклад, 10-15 процентов – компенсационные выплаты, 30 процентов – стимулирующие надбавки. С этого момента мы с губернаторами и вице губернаторами по социальным вопросам, министрами проводили разъяснительную работу, видео-селекторы по переводу всех регионов на эту формулу. Не так быстро все шло. Мы прекрасно понимали с какими проблемами люди стакиваются. Сейчас у нас такая ситуация, что только 3 региона из 85 не послушались. Мы же не можем там распоряжаться. По законодательству это самостоятельный от нас субъект. Мы можем рекомендовать, и я надеюсь, что они придут к этому, прислушаются к нашим рекомендациям. Один из этих трех регионов Мурманская область уже столкнулась с проблемами. И вот сейчас они эту ситуацию поправляют. Что касается федеральных учреждений. Мы разослали специальные письма в наши федеральные организации с правильной представленной структурой по заработной плате. Мы запросим информацию и проведем анализ. Вам обязательно скажем о результатах. Если, что-то в каких-то учреждениях нарушается, то обязательно поправим. Наведём порядок.

 Корнилова Людмила Прокопьевна – Якутская областная организация профсоюза работников здравоохранения.

 У меня вопрос, который касается всех нас. 30 мая прошел XIII Пленум ЦК Профсоюза. В нем принимала участие ваш заместитель Татьяна Владимировна Яковлева.На наше предложение о проведении индексации оплаты труда среднего медицинского персонала до размера 150 процентов от средней заработной платы по региону,она сказала, что 150 процентов слишком много и предложила 110 процентов. То есть позиция Минздрава понятна. Сейчас уже октябрь, и что нам сказать нашим медицинским сестрам?

И еще вопрос. Действительно оклады медицинских работников поднимаются, но крайней остается ситуация с прочим персоналом. У них оклады и соответственно заработная плата получается в размере минимальной оплаты труда. Правда, с учетом северных надбавок. Как эту ситуацию решить? Все-таки оклады устанавливаются в Министерстве труда.

Скворцова В.И. По вопросу зарплаты среднего медперсонала.Он уже решен. Но пока я не могу его озвучить, потому что он проходит через ДСП. Специально выделяются ресурсы для увеличения зарплаты среднего медицинского персонала по сравнению с теми окладами, которые имеет младший персонал. Я думаю, что на будущий год мы выйдем минимум на 15 процентов разрыва. А дальше будет видно. И еще хочу сказать в отношении прочего персонала. Выделен дополнительный ресурс на индексирование оплаты труда прочему персоналу в соответствии с индексом потребительских цен 4,3 процента в 2019 году и 3,8 процента в 2020 году и 2021 году – 4,3 процента.

Варавва Людмила Борисовна – Оренбургская областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ

 У меня такой вопрос. Два года назад мы писали в комиссию предложение об изменении штрафных санкций по УФМС. И до сих пор не получили ответа. Сегодня формирование страхового запаса предусматривает распределение средств не только на повышение квалификации, но и на подготовку хороших специалистов, и на приобретение оборудования. Так вот складывается впечатление, что так как это готовит Министерство здравоохранения, то Минздрав даже заинтересован в том, чтобы были штрафные санкции. И у меня вопрос. Будут ли пересмотрены размеры штрафных санкций? И правильно ли делают организации, которые их присуждают?

Во-вторых, правильно ли сегодня действует наш региональный, территориальный фонд, когда в малочисленных территориях, которые не выполняют объемы,вводятся коэффициенты. Теперь в случае невыполнения показателей, чтобы выполнить дорожную карту идет перераспределение средств с организаций, которые выполнили объемы запланированных работ к тем, которые не выполнили. Правильно ли это?

Я полностью поддерживаю вопрос о единой системе оплаты труда в отрасли. В противном случае мы никогда не решим проблему с кадрами.

Скворцова В.И. Если можно, начну с конца. У нас основополагающие законы государственного устройства лежат в разделении полномочий Федерации и субъектов. Есть процессы, где мы можем выступать предлагающими и рекомендательными, но не имеем юридической возможности потребовать. Хотя мы влезли фактически не на свою территорию в 2014 году, когда вынуждены были сделать пилоты, эксперименты и по сути навязали всей стране изменения в структуре. Я попрошу ответить здесь присутствующих руководителей Федерального Фонда ОМС.

Соколова Ирина Васильевна (ФФОМС). Вопрос о наложении штрафных санкций очень болезненный и для профсоюзов страны, так как они защищают работников, и также для самих медицинских организаций, так как они эти санкции должны оплачивать. Но давайте посмотрим на ситуацию, которая сейчас складывается. Совсем недавно была такая ситуация, что могли налагать штрафы за то, что неправильно ведется медицинская документация. И это было нормой везде практически. Но сейчас есть определенные подвижки и ситуация меняется к лучшему, хотя недостатки остались еще кое-где. У нас даже получена информация, что есть штрафы из-за того, что плохо ведется документация или плохой почерк, но за это уже не так часто штрафуют. Но если медицинская организация не оказывает медицинскую помощь или оказывает ее несвоевременно и ненадлежащим образом, то естественно в этом случае медицинские учреждения должны наказываться и штрафоваться. И, наверное, с этим никто спорить не будет. Что касается размера самих штрафных санкций, то скажу, что в этом плане мы имеем обращения медицинских организаций, профсоюзных организаций и поверьте, что мы в этом плане работаем и сотрудничаем с Министерством здравоохранения, с Национальной медицинской палатой. Мы специально проводили рабочие встречи именно только по вопросу возможного сокращения размера штрафных санкций. Мы разработали эти предложения. В Министерстве здравоохранения эти правила согласовываются.

Еще коснусь вопроса о страховом запасе. Это не панацея, чтобы собирать максимально много штрафов, чтобы формировать страховой запас. Здесь с вами не соглашусь. Вы должны все понимать, что вот этот резервированный страховойзапас регионального фонда пополняется от штрафных санкций, позволяет нам в первую очередь направлять средства на приобретение нового оборудования. Это единственный источник, благодаря, которому есть возможность приобрести дорогостоящее медицинское оборудование. Если в субъекте правильно к этому вопросу подошли. Не просто приобретается, а если есть план приобретения оборудования и разработаны мероприятия. Часть нашего нормированного страхового запаса имеет положительные стороны своего существования.

На сегодняшний день, как сказала Вероника Игоревна (Скворцова), у нас система децентрализованная. В каждом субъекте работает комиссия по реализации Региональной программы, работают тарифные комиссии. Естественно, недостатков много. Мы это видим и пытаемся всячески оказать помощь. У нас есть контроль за выполнением тарифных соглашений. Каждый год мы начинаем с того, что детально, скрупулёзно рассматриваем соглашения и замечания, которые появились. Тарифные соглашения на 2018 год без замечаний были только в 15 субъектах. По остальным были замечания. Если серьезные замечания, то мы пишем руководителямсубъектов и потом контролируем их исполнение. Ситуация поправляется, вносятся изменения. Чтобы обеспечить жесткий контроль в масштабах всей страны, уже подготовлены предложения для внесения изменений в наш базовый закон о медицинском страховании № 326 ФЗ, где мы предлагаем уже с 1 января 2019 года ввести механизм «двух ключей». Тарифные соглашения, которые утверждаются тарифными комиссиями в субъекте, не смогут работать ни в одном субъекте, если они не будут согласованы Федеральным Фондом обязательного медицинского страхования. То есть только при этом условии тарифные соглашения имеют свою юридическую силу. Меры будут приниматься,если тарифное соглашение не будет представляться своевременно и второе - если там будут замечания за несвоевременное исполнение этих замечаний. Если закон будет принят, то мы наконец наведем порядок. Введение этого механизма - это сквозная направляющая, так сказать вертикаль.

Ануфриенкова Валенитина Ивановна – председатель Смоленской областной организации профсоюза

 Несмотря на действующие в стране и регионах майские указы Президента, вопрос о размере оплаты труда остается актуальным. Вы как министр, скажите, пожалуйста, какие реальные моменты повышения заработной платы работников здравоохранения РФ вы видите в ближайшее время. А второй вопрос –на прошлом Пленуме ЦК профсоюза я озвучивала вопрос о «спецоценке». Вопрос актуальный, и его нужно совместно решать. Что имеется в виду. К сожалению, наши департаменты косвенно подходят к анализу результатов «спецоценки». Собирают из учреждений отчеты и автоматически их передают в соцзащиту. Наши главные врачи находятся в трудовых отношениях с департаментами и с министерствами и эффективность их работы именно по подготовке «спецоценки», по тем социальным моментам, которые назначаются после проведения «спецоценки» низкая и толком не проводится. Я просила обсудить вопрос о введении в штат должности специалиста по охране труда. Я знаю, что во многих организациях нет таких специалистов. И такое важное направление курировать некому.

 Скворцова В.И.По поводу заработной платы. На самом деле мы этим серьезно занимаемся, и я сейчас расскажу о нескольких механизмах, которые будут запущены с 1 января 2019 года. Хочу начать с того, что у нас очень существенно увеличивается финансирование в целом всей системы. Скажем территориальная программа госгарантий для всех регионов в 2016 году была 2 трлн., в этом году – 2,48 трлн., в 2019 году – 2,68трлн. Больше 8 процентов прироста. За счет территориальных программ ОМС для сравнения 2016 год – 1 трлн. 460 млрд., этот год - 1трлн. 870 млрд. То есть по сравнению с 2017 годом рост составил 15,7 процента. На будущий год – 2 трлн. 70 млрд., то есть рост еще почти на 11 процентов. Фонд оплаты труда составляет 70 процентов от этих денег. Это важно понять, и мы эту планку держим. Мы смотрим за тем, чтобы зарплата была достаточная. Во-первых по всем указанным категориям не только в соответствии с индексом потребительских цен, но чтобы держать планку в соответствии с указами Президента. В этой связи увеличение в 2019 году будет на 16,1 процента, 2020 год – 5.4 процента, 2021 год– 6.6 процента. Это большая величина. Это позволит выйти на 100 процентное комплектование врачей и медперсонала. Второй момент, за что шло сражение в течение нескольких месяцев. Мы просчитали в деньгах, в заработной плате недостающих медицинских работников. В линейке увеличения численности врачей и персонала заложили, поэтапно устранить дефицит. Это было самое сложное.

Чтобы защитить эту позицию в Минфине, мы провели около 10 совещаний, провели детальную работу по каждому региону. Первая часть - выявить дефицит кадров, вторая часть – как мы сможем их пополнить с учетом выпуска всех колледжей в стране, всех вузов. Процента ухода на пенсию, процента ухода из отрасли. Этот приток-отток, он будет зафиксирован.

На этой исходной линейке нас не хотели поддерживать, но вынуждены все же поддержать. И мы это сделали. Сколько денег это приведет в систему? В 2019 году –12,3 млрд, 2020 – 34,7 млрд, 2021 – 50,4 млрд. Это деньги, которые идут только на оплату труда тем специалистам, которых пока нет, фактически на вакансии. Для того, чтобы не получилось так, что эти деньги мы вам приведем, и они будут непонятно на что потрачены, то мы прописываем механизм текстовой статьей, что эти деньги в субвенцияхбудут доведены до региона в территориальный Фонд ОМС и будут подлежать погружению в нормированный страховой запас. И они будут выделяться только в следующем месяце на основе подтверждения прихода конкретных людей на конкретные должности. Для того, чтобы можно было контролировать всю эту систему, нам нужен федеральный регистр с пониманием увязки каждого конкретного человека к конкретной медицинской организации. Для того, чтобы мы могли проверить эти данные. Чтобы эти деньги пошли в дело устранения кадрового дефицита и устранение диспропорций.

 Скворцова В.И.Очень серьезная проблема для российского здравоохранения – сохранение и укрепление среднего и младшего медицинского персонала. И наша задача, чтобы это была отдельное, самодостаточное сообщество, не младшие сестры врачей, а отдельная, вызывающая глубокое уважение профессия. И мы так к этом и относимся. Аккредитацию в этом году очень хорошо прошли выпускники медицинских колледжей, по разным специальностям. Наша задача нарастить на 120 тысяч специалистов со средним образованием. Мы имеем программу, что надо сделать, какие совершенно особые функции нужно сделать. Сейчас уже в ряд наших порядков о медицинской помощи внесли изменения. Более 40 процентов это люди старшего возраста. Меняется штатное расписание и вводятся дополнительные единицы младшего медицинского персонала. Отдельно во всех поликлиниках, в том числе перешли на новые технологии, создаются сестринские приемы, совершенно со своим конкретным функционалом: возможностью приема пациентов с хроническим заболеванием, но не обострением. Функцией мониторинга, патронажа и т.д., связи с социальными службами, системой долговременного ухода. Это все средний персонал. Плюс наша задача развивать медицинскую реабилитацию. Пока мы не имеем этой возможности, потому что мы должны развивать более экстренные мероприятия. Этой темой мы тоже занимаемся. Может не так заметно, но все же. Нам нужно отдельное, сильное, как медицинская палата, сестринское сообщество.

Ерохина Ирина Владимировна – председатель Волгоградской организации профсоюза

 Уважаемая Вероника Игоревна! В связи с тем, что у нас будет повышение заработной платы, то пойдут очень большие деньги. У нас новая система оплаты труда. Во всех наших регионах она разная. Как вы смотрите на то, чтобы нам вернуться к единой? Это бы очень все упростилось. Я понимаю, что это сложно. Но поймите, что миграция у нас идет из города в город. Первый разряд по профессиональной пригодности разный. МРОТ у кого-то больше, у кого-то меньше. Это очень большие проблемы. И второй вопрос. В свете того, что мы должны быть здоровым обществом, то соответственно нужно обратить внимание и на наших медицинских работников. Да, мы со своей стороны делаем все возможное. Участвуем в акциях, проводим спартакиады. Но процесс выгорания никто не отменял. Каким образом можно решить вопрос санаторно-курортного оздоровления для наших медицинских работников?

Скворцова В.И. Я уже пыталась ответить по единой системе оплаты труда медицинских работников. Этот вопрос может решаться системно и не нашим ведомством. А в отношении санаторно-курортного лечения, то я этот вопрос детально изучу. Потому что, когда мы готовились к встрече, то ЦК Профсоюза приблизительно очертил круг вопросов, которые могут возникать. Я просила собрать информацию по всем регионам по социальному пакету, что в различных регионах врачи и медсестры имеют каждый год. Мы были вместе на чтениях в 2011 году по новому закону 223 ФЗ Об охране здоровья граждан. Тогда пытались ввести в закон такие же нормы, как и в образовании по социальному пакету. Тогда это не получилось. Почему? Нам говорили, что образованию повезло, они до 2000 года успели написать свой федеральный закон и поэтому все, что у них есть остается неизменным, а нам невозможно это прописывать, потому что это полномочия чисто региональные и их не может быть в федеральном законодательстве. Наши предложения были сняты в Государственной Думе. И оказывать санаторную медицинскую помощь только через региональные команды, через губернатора, через региональных министров. У нас нет единого механизма по социальному обеспечению. Я реально обещаю, посмотрю, что можно сделать по санаторно-курортному лечению. Думаю, что такие возможности должны быть. Может, создать совместную рабочую группу с ЦК Профсоюза? Сейчас разрабатывается новая санаторно-курортная стратегия. Она совершенно отличается от советской. Не буду глубоко погружаться.

Элиович Иосиф Григорьевич – председатель территориальной Санкт-Петербурга и Ленинградской области организации Профсоюза

 Основной вопрос – социальное партнерство. Мой коллега из Москвы обозначил его. И более того, 29 января наш Президент присутствовал в Кремле при подписании Генерального Соглашения. Это, конечно, знак. Предлагаю, что если у нас будет мониторинг этой ситуации, то надо сделать запрос об уровне социального партнерства в регионах. Это будет очень важно. В Петербурге мы это делаем с вице-губернатором.

Шамбазова Наталья Сергеевна – Рязанская областная организация профсоюза работников здравоохранения

 У меня вопрос связан с потоками больных, которые из ближайших регионов, прилегающих к Москве, направляются в Москву в государственные учреждения для оказания медицинской помощи. Все это можно было раньше решать в рамках законодательства, но в последнее время этот поток больных увеличился в связи с тем, что изменились правила приема этих больных. Теперь учреждения города Москвы не требуют направления от региональных органов здравоохранения. Это создает дисбаланс в системе здравоохранения в регионах. В результате не выполняются плановые объемы медицинской помощи. Во-вторых, вымываются средства. Потому что стоимость медицинской помощи в регионах и в Москве разная.

Мы, конечно, равняемся на коллег в Московском регионе, но мы заинтересованы в развитии региональных систем здравоохранения. В нашей области в последнее время заметны позитивные изменения. Активно развивается помощь, в том числе высокотехнологичная. И хотелось, чтобы не было такого потока больных, исключенных из региональной системы. Люди напрямую обращаются и без труда записываются на лечение в московские клиники. Очень просим рассмотреть эту ситуацию.

Коллеги, которые не успевают выступить, поручили мне задать еще вопросы: -как вы относитесь к тому, чтобы вернуться к государственному распределению выпускников медицинских образовательных заведений;

-в ССМП нет санитарок, технического персонала, и мытье машин скорой помощи возлагают на диспетчеров.

Скворцова В.И.О регулировании потока пациентов. У нас есть приказы Министерства в отношении порядка медицинской помощи для врачей. Если это связано с экстренной ситуацией, угрожающей жизни человека, то где бы человек ни был, есть у него полис или нет, он должен получить в полном объеме медицинскую помощь, там, где находится самая близкая организация соответствующего уровня. Если говорить о плановой помощи, то весь алгоритм четко прописан. Но определяет человек, где он хочет получить медицинскую услугу. Вся наша система существует не ради системы, она вообще изменится через лет 30. Потому что ценность представляет каждый конкретный человек. А систему мы настраиваем под человека. Если человек хочет получить помощь в Москве, а не в Рязани, то он имеет полное на это право. Но право он может реализовать через механизм направления, через вас. Если Москва нарушает и берет без ваших направлений, то это мы проверим. Мы в ближайшее время хотим снять с регионов обязанность оплачивать медицинскую помощь. Оставить на регионы исполнение только собственнических полномочий, при этом дать возможность развития частно-государственного партнерства.