

ФЕДЕРАЛЬНОЕ СОБРАНИЕ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ДУМА

**Стенограммы «круглых столов»
и парламентских слушаний,
проведенных Комитетом
Государственной Думы
по охране здоровья в 2018 году**



Издание Государственной Думы
2019

ФЕДЕРАЛЬНОЕ СОБРАНИЕ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ДУМА

Стенограммы
«круглых столов» и парламентских слушаний,
проведённых Комитетом Государственной Думы
по охране здоровья в 2018 году

Издание Государственной Думы
Москва • 2019

УДК 342.53:614.2(470)
ББК 67.400.62+51.1(2Рос)
С79

Составитель:
Коршиков С.С., советник аппарата
Комитета Государственной Думы по охране здоровья

С79 **Стенограммы «круглых столов» и парламентских слушаний, проведённых Комитетом Государственной Думы по охране здоровья в 2018 году.** – М.: Издание Государственной Думы (электронное), 2019. – 480 с.

В настоящем издании представлены стенограммы «круглых столов» и парламентских слушаний, проведённых Комитетом Государственной Думы по охране здоровья в 2018 году в здании Государственной Думы.

УДК 342.53:614.2(470)
ББК 67.400.62+51.1(2Рос)

© Аппарат Государственной Думы, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

«Круглый стол» на тему «Страховые медицинские организации. Законодательное регулирование, финансирование и новые парадигмы развития»	4
«Круглый стол» на тему «Совершенствование законодательного регулирования деятельности патологоанатомической службы. Проблемы и пути решения»	41
«Круглый стол» на тему «Цифровизация медицины. Анализ правоприменительной практики в Российской Федерации. Задачи и дальнейшие перспективы законотворческой деятельности»	69
«Круглый стол» на тему «Детская хирургия и хирургия плода в Российской Федерации: законодательное регулирование практики, науки и подготовки кадров»	96
«Круглый стол» на тему «Законодательное регулирование охраны психического здоровья населения Российской Федерации»	128
Парламентские слушания на тему «Паллиативная помощь в Российской Федерации. Перспективы нормативно-правового регулирования»	156
«Круглый стол» на тему «Качество и безопасность пищевых продуктов и проблемы борьбы с ожирением и избыточным весом в Российской Федерации. Законодательные аспекты»	189
«Круглый стол» на тему «Социальный статус медицинского работника. Юридическая и социальная защита, льготы, страхование жизни, здоровья и профессиональной ответственности»	210
Парламентские слушания на тему «Правоприменительная практика внедрения федеральной государственной информационной системы мониторинга движения лекарственных препаратов для медицинского применения»	239
«Круглый стол» на тему «Клинические рекомендации и протоколы лечения в современной медицинской практике»	264
Парламентские слушания на тему «Онкологическая помощь в Российской Федерации. Законодательные аспекты»	293
«Круглый стол» на тему «Медицина старшего поколения»	325
«Круглый стол» на тему «Первая помощь. Совершенствование правового регулирования»	351
«Круглый стол» на тему «Кадровое обеспечение первичной медико-санитарной помощи»	367
«Круглый стол» на тему «Традиционная медицина в Российской Федерации. Законодательные аспекты»	400
Парламентские слушания на тему «Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации»	424
«Круглый стол» на тему «Законодательное обеспечение ответственности граждан за своё здоровье, мотивации страховых медицинских организаций и работодателей к сохранению здоровья граждан и работников в Российской Федерации»	463

СТЕНОГРАММА
«круглого стола» на тему «Страховые медицинские организации.
Законодательное регулирование, финансирование и новые парадигмы развития».
12 февраля 2018 года.

Председательствует председатель
Комитета Государственной Думы по охране здоровья
Д. А. Морозов

Председательствующий. Добрый день, уважаемые коллеги!

Я рад приветствовать вас всех в стенах Государственной Думы на «круглом столе» Комитета Государственной Думы по охране здоровья, который сегодня посвящён проблемам страховых медицинских организаций, законодательному регулированию, финансированию и, отчасти, новым парадигмам развития.

Оглядывая зал, вижу очень много добрых знакомых, высочайших профессионалов своего дела, поэтому рискну предположить, что сегодняшний разговор будет наполнен смыслом, аргументацией, и, самое главное, мы сделаем определённые шаги вперёд.

Страховая медицина существует уже более двух десятилетий, но по определённым причинам дискуссия вокруг страхового принципа развития здравоохранения, работы обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций (это самый, наверное, острый вопрос последних лет) не прекращаются. У нас, в Государственной Думе, в Комитете находятся пять законопроектов, которые касаются этого сегмента охраны здоровья, и это полярные законопроекты.

Некоторые из них пытаются регламентировать прибыль страховых медицинских организаций, в других вообще высказываются сомнения в необходимости развития нашей страны по этому направлению. Третьи, напротив, планируют наделить медицинские страховые организации допуском к врачебной тайне, регламентируют это направление здравоохранения.

Мы, разумеется, все погружены в эту дискуссию, и особенно члены Комитета Государственной Думы по охране здоровья.

Все мы с вами хорошо помним Послание Президента Российской Федерации Владимира Владимировича Путина Федеральному Собранию, в котором, в том числе, указывается на необходимость совершенствования страховой медицины и роли страховых медицинских организаций.

Мы провели с вами уже несколько совещаний, неоднократно встречались. И сегодня, я думаю, в этом экспертном высоком собрании мы сможем услышать друг друга и понять, какие точки развития требуют нашего особого внимания, по каким векторам двигаться.

И я позволю себе завершить такое короткое выступление тем, что, по моему глубокому разумению, страховые медицинские организации должны выступить в будущем своеобразным драйвером всего нашего развития, обеспечить серьёзное консалтинговое взаимодействие между пациентом, с одной стороны, и системой здравоохранения, с другой стороны. И тогда мы, избегая излишнего напряжения, тем не менее будем обогащать друг друга и двигаться в одном направлении.

Так это или нет, покажет время и наша сегодняшняя дискуссия.

Я с удовольствием ещё раз вас всех приветствую и сейчас предоставлю вам слово. У нас сегодня серьёзная повестка дня, заявлено 37 докладчиков. Я поэтому попрошу всех быть краткими, останавливаться только на сути вопроса, избегать общих суждений, поскольку они нам всем хорошо известны.

Позвольте предоставить слово Наталье Александровне Хоровой, заместителю министра здравоохранения Российской Федерации. Пожалуйста.

Хорова Н. А. Спасибо большое.

Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемые коллеги!

Прежде всего, хотела поблагодарить за возможность поучаствовать в обсуждении очень важной темы – деятельности страховых медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования.

В рамках поставленного руководством страны поручения, о котором вы уже сказали, Министерством здравоохранения Российской Федерации вместе с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, со всем страховым сообществом, с медицинским сообществом и с федеральными органами исполнительной власти, которые заинтересованы в этом, в последние годы проводится очень активная работа, прежде всего, по совершенствованию нормативно-правовой базы, регулирующей вопросы системы обязательного медицинского страхования.

Необходимость указанного перехода связана, прежде всего, с тем, что из года в год возрастает объём целевых финансовых ресурсов, которые направляются на реализацию базовой программы обязательного медицинского страхования через систему страховых медицинских организаций.

В последние годы реализован целый ряд изменений в законодательстве Российской Федерации, который способствует как повышению финансовой надёжности страховщиков, так и стабильности системы обязательного медицинского страхования в целом.

Мы считаем, что это направлено на повышение их ответственности и обеспечение выполнения возможности в полном объёме выполнять свои уставные функции.

Как уже отметил Дмитрий Анатольевич, развитие системы обязательного медицинского страхования на основе страховых принципов предусматривает создание пациентоориентированной системы, основой которой является обеспечение прав граждан на доступность медицинской помощи и привлечение граждан к прохождению, прежде всего, профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, а также контролю за своим здоровьем.

Страховые медицинские организации должны стать в этой системе реальными помощниками и защитниками прав пациента.

В этой связи усиливается роль проведения в страховых медицинских организациях тех мероприятий, которые направлены на информирование и сопровождение застрахованных лиц при организации оказания медицинской помощи, включая их консультирование по вопросам оказания медпомощи, напоминание о праве выбора медицинской организации, о праве выбора врача, информирование о необходимости своевременного прохождения диспансеризации, а также об объёмах медицинской помощи, которая предоставляется гражданину, и о стоимости медицинской помощи, которая была оказана конкретному пациенту. Все эти меры, наряду с созданием условий для ведения здорового образа жизни, существенно усилят приоритет профилактики в российском здравоохранении.

Для обеспечения перечисленных функций в страховых медицинских организациях был сформирован институт страховых представителей, для успешной работы которых Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом ОМС была проведена большая работа, внесены необходимые изменения в нормативно-правовую базу. Был определён функционал страховых представителей, проработаны технологические процессы взаимодействия, разработана и внедрена специальная образовательная программа и начала реализовываться коллективными центрами страховых медицинских организаций система оповещения о необходимости прохождения, прежде всего, диспансеризации.

В 2018 году приступают к работе страховые представители третьего уровня – это эксперты качества оказания медицинской помощи. Это, наверное, то ключевое, на что была направлена вся организация этой работы. Таким образом, страховая медорганизация превращается в связующее звено между медицинской организацией и застрахованным гражданином по вопросам организации и оказания медицинской помощи.

Оценка деятельности страховых медицинских организаций в системе ОМС проводится путём составления их рейтингов, в соответствии с методикой, которая была утверждена приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Данный рейтинг размещается на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования в сети «Интернет». Обеспечение широкого доступа к рейтингу страховых медицинских организаций, который составлен по результатам анализа их работы, призвано позволить гражданам реализовать гарантированное им государством право на выбор либо замену страховой медицинской организации в системе ОМС.

В заключение необходимо сказать, что расширение функций страховых медицинских организаций, повышение требований к ним и усиление контроля за их деятельностью, а также проводимое совершенствование нормативно-правовой базы являются основой для повышения доступности и качества медицинской помощи. Большая работа всеми нами уже сделана по регулированию деятельности страховых медорганизаций, но ещё остаются отдельные вопросы, которые требуют работы и определённых корректировок. В настоящее время ведётся очень большая, плотная работа с Министерством финансов Российской Федерации, с Центральным банком Российской Федерации в части усиления ответственности за проведение страховыми медицинскими организациями контроля качества медицинской помощи. А также с учётом поручений вице-премьера Ольги Юрьевны Голодец завершается работа по подготовке предложений по внесению изменений в законодательство Российской Федерации, в части совершенствования требований к выдаче и отзыву лицензий страховым медицинским организациям.

А сейчас позвольте я для презентации передам слово Наталье Николаевне Стадченко, директору Фонда ОМС.

Председательствующий. Спасибо, Наталья Александровна.

Перед тем, как Наталья Николаевна предоставит слово, коллеги, я хочу обратить ваше внимание. Пожалуйста, потише, потому что здесь такая акустика, что хорошо слышно, когда вы разговариваете. Не мешайте друг другу. Спасибо.

Стадченко Н. Н. Спасибо большое.

Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемые участники нашего «круглого стола»!

Поставьте, пожалуйста, презентацию¹. *(Демонстрируется слайд.)*

Как уже говорили, Президент России в своём Послании Федеральному Собранию отметил, что прямая обязанность страховых компаний, работающих в системе обязательного медицинского страхования, отстаивать права застрахованных. И если страховая организация этого не делает, она должна нести ответственность, вплоть до запрета работать в системе обязательного медицинского страхования.

В рамках всех этих поручений Министерство здравоохранения Российской Федерации во главе с министром здравоохранения Российской Федерации Вероникой Игоревной Скворцовой с 2016 года строит пациентоориентированную систему здравоохранения. Изменяются принципиально функции страховых компаний. Фактически мы создаём систему страховых поверенных, формируем отдельную структуру между пациентом и системой здравоохранения.

(Демонстрируется слайд.)

Обеспечение прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования (я хотела бы сказать, что у нас более 146 миллионов застрахованных в Российской Федерации) осуществляют 85 территориальных фондов Российской Федерации, 44 страховые медицинские организации. Действуют 9163 медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь, которые имеют единое бездефицитное финансовое обеспечение в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. У нас с 2013 года единая тарифная политика, законодательное регулирование полномочий функций субъектов и участников обязательного медицинского страхования, прозрачная и контролируемая система исполнения функций участниками.

(Демонстрируется слайд.)

Как осуществляется регулирование деятельности в страховых медицинских организациях? Во-первых, регулятором является Банк России, который осуществляет лицензирование и лицензионный контроль страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования. В свою очередь, Министерство здравоохранения Российской Федерации и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования через закон об обязательном медицинском страховании контролируют выполнение страховыми медицинскими организациями защиты прав застрахованных лиц, консультирование населения по вопросам обязательного медицинского страхования, работу с обращениями граждан, организацию оплаты медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования, контроль объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, мониторинг удовлетворённости, доступности и качества медицинской помощи, информационное сопровождение граждан на всех этапах оказания медицинской помощи, информирование застрахованных лиц о правах на бесплатную медицинскую помощь, просветительскую работу, в том числе пропаганду здорового образа жизни и разъяснение необходимости прохождения диспансеризации.

(Демонстрируется слайд.)

Какие системные задачи решаются? Это защита прав и интересов застрахованных лиц при возникновении страхового случая, неформальное отношение к застрахованному лицу, повышение роли страховой медицинской организации и расширение страховых принципов их деятельности, повышение ответственности страховых медицинских организаций.

Какие же пути решения? Это создание новых организационных механизмов деятельности страховых медицинских организаций, изменение законодательных и нормативно-правовых актов в сфере обязательного медицинского страхования, и вот эти направления я раскрою далее.

(Демонстрируется слайд.)

Что было сделано? Ну, на федеральном уровне увеличен уставной капитал страховых медицинских организаций с 60 до 120 миллионов рублей. Началось формирование нормированного страхового запаса территориального Фонда обязательного медицинского страхования за счёт средств, поступивших по результатам экспертной деятельности. Сокращение в два раза средств обязательного медицинского страхования, направленных на формирование собственных средств страховой медицинской организации по результатам экспертной деятельности. Нормативно-правовое регулирование в нормативно-правовых актах: установление обязанности СМО по индивидуальному, персонализированному информированию и сопровождению застрахованных лиц при прохождении диспансеризации, установление ответственности СМО за нарушение порядка информационного сопровождения застрахованных лиц на любом этапе оказания медицинской помощи. Установление ответственности СМО за несвоевременное направление в территориальный фонд средств для формирования нормированного страхового запаса. Произведена конкретизация сроков рассмотрения

¹ Здесь и далее иллюстративный материал не приводится.

претензий медицинской организации на акты страховой медицинской организации, усилен контроль деятельности, установлены нормативы проведения реэкспертиз территориальными фондами и обязанности проведения экспертизы качества медицинской помощи по всем случаям летальных исходов. Осуществлено определение порядка информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи, включение показателя оценки деятельности СМО по снижению смертности застрахованных лиц.

(Демонстрируется слайд.)

Изменение уставного капитала позволило нам сократить количество страховых медицинских организаций на территории Российской Федерации. Если в 2012 году их работало 70, то в 2017 году это 44 страховых компании.

Что нам это позволило? Позволило адекватно выполнять в полном объёме установленные законодательством Российской Федерации функции и осуществлять внедрение новых механизмов реализации этих функций, выстраивая пациентоориентированную модель в системе обязательного медицинского страхования, при том что процент на ведение деятельности в 2009 году составлял 1,7 процента от средств на оплату медицинской помощи, а в 2017 году это 1 процент.

(Демонстрируется слайд.)

Каким же образом выстраивается пациентоориентированная модель? Мы выстраиваем, так же как и в организации медицинской помощи, трехуровневую систему защиты наших застрахованных.

Первый уровень начал работать с 1 июля 2016 года, это специалисты колл-центров. Их обязанность – консультирование о порядке получения медицинской помощи, проведение телефонных опросов, регистрация и маршрутизация обращений граждан в едином информационном пространстве.

Результат. До 20 секунд сократилось время дозвона до колл-центров, в два раза сократилось время ответа на телефонный звонок, до одного сократилось количество переключений, на 30 процентов увеличилось количество обращений на телефоны «горячей линии», более чем в два раза увеличилось количество обращений о видах и качестве условий предоставления медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования. Не секрет, что ранее в страховые медицинские организации наши застрахованные обращались только с одним вопросом – как получить полис обязательного медицинского страхования. Сейчас структура обращений в колл-центры страховых компаний кардинально изменилась. В два раза снизилось количество обоснованных жалоб.

С 1 января 2017 года начали работать специалисты второго уровня, которые осуществляли сопровождение при получении медицинской помощи, вели работу с обращениями, требующими более полного разъяснения, принимали участие в формировании списков граждан, подлежащих диспансеризации, совместно с медицинской организацией составляли графики прохождения диспансеризации, осуществляли контроль прохождения профилактических мероприятий застрахованных лиц, в том числе повторное информирование застрахованных, сопровождение застрахованных лиц при организации оказания медицинской помощи, в том числе при прохождении диспансеризации.

Результат – увеличение исполнения плана диспансеризации 2017 года в сравнении с аналогичным периодом 2016 года на 5 процентов.

С 1 января 2018 года начали работать эксперты третьего уровня. В их обязанность входит разрешение конфликтных ситуаций, в том числе рассмотрение жалоб, проведение экспертизы по вопросам качества оказания медицинской помощи, контроль, соблюдение сроков и профиля госпитализации граждан, контроль проведения назначений врача, в том числе работа с застрахованными лицами, имеющими хронические заболевания, контроль приверженности лекарственной терапии.

В четвёртом квартале страховые медицинские организации на территории отдельных регионов проводили пилотные проекты по работе страховых представителей третьего уровня на примере групп диспансерного наблюдения по заболеваниям, влияющим на основные причины смертности: это сердечно-сосудистые заболевания, заболевания органов дыхания, онкологические, заболевания эндокринной системы.

На сегодняшний день в системе работают более 8 тысяч страховых представителей. Все эти представители прошли обучение по программам подготовки, разработанные совместно Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом для страховых представителей всех уровней.

(Демонстрируется слайд.)

Деятельность контакт-центров, персонафицированный учёт и рассмотрение граждан по реализации прав в сфере обязательного медицинского страхования в едином информационном ресурсе, единый информационный журнал на территории субъекта, где работает страховая компания.

Индивидуальное сопровождение профилактических мероприятий, формирование по данным регистра застрахованных лиц и персонафицированного учёта медицинской помощи, целевой контингент, который подлежит в отчётный период диспансеризации. Этот целевой контингент определяется для каждой медицинской организации в соответствии с графиком работы медицинской

организации и персонифицировано приглашается на прохождение диспансеризации через смс-сообщения или направлением через Почту России письменных предложений.

Контроль результатов диспансеризации, оценка состояния здоровья застрахованных лиц, формирование контингентов застрахованных лиц диспансерного наблюдения, работа с застрахованными лицами с хроническим заболеванием для предотвращения ухудшения состояния здоровья.

(Демонстрируется слайд.)

Председательствующий. Наталья Николаевна, сколько нужно вам ещё времени?

Стадченко Н. Н. Немного. Три минуты. Тут совсем чуть-чуть осталось. Я тезисно.

Я остановлюсь на специалистах третьего уровня, потому что они только начинают у нас работать: контроль за полнотой проведения диспансеризации на первом этапе, оценка присвоения группы здоровья, показания и своевременное направление на второй этап, во время диспансерного наблюдения анализ, своевременное прохождение диспансерного наблюдения, контроль соблюдения назначений врача и оценка показаний своевременного направления на плановую госпитализацию, соблюдение профиля госпитализации, оценка обоснованности госпитализации. И если превышаются сроки ожиданий, необходимые по территориальной программе, то страховая медицинская организация совместно с амбулаторным звеном перенаправляет в другую медицинскую организацию для госпитализации.

(Демонстрируется слайд.)

С 2017 года Министерство здравоохранения Российской Федерации начало внедрение бережливого производства. Страховые медицинские организации занимали в этом активную позицию. Они изготавливали наглядную информацию для размещения в медицинской организации, осуществляли финансирование полиграфической продукции. Осуществлялись еженедельные опросы застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи, что позволяло достаточно оперативно, совместно с медицинской организацией, анализировать те предложения, которые население делало в конкретной медицинской организации.

И за этот период за счёт собственных средств было приобретено и отремонтировано оборудование, мебель, изготовлены навигационные наглядные материалы и полиграфические продукты, индивидуально проинформированы о возможности происхождения диспансеризации. В 52 медицинских организациях начали работать страховые представители. Более 100 тысяч граждан опрошены о доступности и качестве медицинской помощи. По итогам опросов выяснено, что в конкретных этих медицинских организациях, вот в 52-х, о которых я сказала, в 3,6 раза выросла удовлетворённость населения организаций прохождением диспансеризаций и в 2 раза удовлетворённость населения ожиданием лабораторных инструментальных исследований.

Безусловно, один из важных моментов – это контроль объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Медико-экономический контроль производится в ста процентах случаев. Экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи – сто процентов при летальном исходе, внутрибольничной инфекции, первичный выход на инвалидизацию и в связи с получением жалоб застрахованных лиц. Мы видим, анализируя аналогичные периоды 2017 и 2013 годов, что количество страховых случаев, содержащих нарушения, уменьшилось по всем видам экспертиз.

Какие же дефекты у нас продолжают оставаться? Это оказание медицинской помощи, не входящей в базовую программу обязательного медицинского страхования, незастрахованным лицам, наличие не подтверждённых записей в медицинских организациях, некачественно оказанная медицинская помощь. Благодаря этому сохранено более 15 миллиардов рублей на оплату медицинской помощи.

(Демонстрируется слайд.)

И в завершение я хотела бы сказать, что, безусловно, с 2017 года в развитии страховой модели сделано немало, но предстоит, с нашей точки зрения, сделать ещё достаточно много для того, чтобы наша модель была, на самом деле, пациентоориентированной и нацеленной на то, чтобы страховые медицинские организации адекватно выполняли функции защиты прав застрахованных на всех этапах оказания медицинской помощи.

Что мы предлагаем? Ужесточение требований к страховой медицинской организации при получении лицензии и в рамках лицензионного контроля деятельности страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования, который осуществляет Банк России как мегарегулятор в данном направлении.

Следующее. Установление квалификационных требований к страховым медицинским организациям, осуществляющим исключительно обязательное медицинское страхование.

Дальнейшее увеличение размера уставного капитала страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность исключительно в обязательном медицинском страховании.

Мы хотим сказать, что крупные и сильные страховые компании в состоянии выполнять все обязанности, которые мы на них возлагаем без увеличения процентов на ведение дела, в полном объёме, защищая права застрахованных.

Следующее. Введение целевых показателей оценки деятельности страховых медицинских организаций и повышение их ответственности за проведение экспертизы качества медицинской помощи и введение мер ответственности за невыполнение функций в виде расторжения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования по инициативе территориального фонда обязательного медицинского страхования, если страховая компания не выполняет те целевые показатели, которые будут утверждены законодательно.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо, Наталья Николаевна.

Уважаемые коллеги, я бы хотел сфокусировать ваше внимание на том, чтобы мы говорили о проблематике. Излагали проблемы, те моменты, которые не позволяют нам грамотно развиваться, и варианты решения. Потому что Государственная Дума, мы, в принципе, всегда понимаем ту зону ответственности, в которой находимся.

Речь идёт о нормативно-правовом регулировании и необходимости, если эта необходимость есть, законодательных изменений. Потому что ясно, что текущих вопросов, вопросов, которые находятся в ответственности там исполнительной власти или территориальных фондов, очень много.

Поэтому прошу вас, коллеги. Давайте мы сфокусируем внимание на этом и не будем выходить из регламента.

Есть болезненные точки, по-простому говоря. Условно говоря, это когда к вам приходят люди и снимают историю болезни с оплаты за почерк, что не устраивает как контроль страховой организации.

А когда лечебно-диагностические процедуры и стратегия лечения не могут быть подвергнуты анализу, это не то, что мы ждём от страховых организаций. И страховая организация должна, например, смотреть: есть ли в учреждении дыхательный аппарат необходимого качества, и можем ли мы спасти новорождённого при длительной вентиляции лёгких или нет? Как это реагирует на оплату? Вот это наше будущее. Потому что отчитаться финансовыми потоками и структурой мы можем всегда. А вот, по сути, что нас не устраивает? Почему есть оппоненты страховой системы здравоохранения? Почему продолжают звучать голоса в пользу возврата к бюджету? И многое, многое другое.

Мне бы хотелось, чтобы сегодня мы вот этот нерв чувствовали. Пожалуйста.

Я предоставляю слово Андрею Дмитриевичу Рыжакову, генеральному директору ООО «Альфа-Страхование» ОМС. Пожалуйста. Прошу вас пять минут.

Рыжаков А. Д. Можно первый слайд...

(Демонстрируется слайд.) Да, хорошо.

Добрый день, уважаемые коллеги!

Основной функцией страховых медицинских организаций в системе является контроль сроков объёма и качества медицинской помощи, как, наверное, одних из наиболее важных факторов, влияющих на удовлетворённость наших граждан системой здравоохранения в целом и на оказание медицинской помощи, в частности.

При этом, что мы имеем на сегодня? То, что при проведении экспертизы качества медицинской помощи каждый четвёртый случай имеет дефекты. При этом 25 процентов этих дефектов относятся к нарушениям доступности медицинской помощи и 75 процентов непосредственно к нарушениям качества медицинской помощи.

И исходя из этого, в рамках 2017 года, страховое сообщество отработывало ряд новых элементов, направленных на улучшение этой ситуации. Исходя из практики работы в прошлые годы, мы видим что наиболее значимых результатов удаётся достигнуть только при максимальном вовлечении всех участников процесса на территориях в решение этих вопросов, то есть к максимальной эффективной системе межведомственного взаимодействия на местах. *(Демонстрируется слайд.)*

Основными участниками межведомственного взаимодействия в этом случае являются страховые медицинские организации, территориальные фонды обязательного медицинского страхования, органы управления здравоохранения на местах и непосредственно сами, конечно, лечебные учреждения, которые все вместе объединяются для решения наиболее актуальных задач территорий в рамках координационного совета, создаваемого на территории.

Как вы видите на этом слайде, у каждого участника координационного совета есть чётко очерченный круг его обязанностей и функциональных задач, которые, с одной стороны, исключают дублирование в функционирующей системе, с другой стороны, обеспечивают необходимую синергию для достижения максимального результата. *(Демонстрируется слайд.)*

На данном слайде представлен как раз алгоритм механизма межведомственного взаимодействия при проведении экспертиз качества медицинской помощи, который в течение 2017 года мы отработывали в ряде территорий. Отправной точкой, как вы видите, является коллегиальное решение в рамках координационного совета о тех направлениях в здравоохранении каждой конкретной территории, которые требуют дополнительного развития либо исправления ситуации. После чего

страховые медицинские организации проводят первичную оценку ситуации, докладывают её на координационном совете. В рамках координационного совета, опять-таки коллегиально, с участием всех вовлечённых в процесс организаций, принимается решение о необходимом плане и необходимости дополнительных ресурсов для исправления ситуации. После этого обычно лечебные учреждения берут порядка трёх месяцев на исправление ситуации и ещё порядка трёх месяцев на наработку новой статистики. После этого страховые медицинские организации опять-таки делают повторный срез ситуации, который докладывается снова на координационном совете, на котором уже оценивает наличие или отсутствие динамики по согласованным показателям и необходимость принятия тех или иных решений. *(Демонстрируется слайд.)*

Как правило, в рамках координационного совета принимаются и системные решения, касающиеся здравоохранения на территории. Вот на этом слайде примеры таких системных решений, которые в течение 2017 года принимались на ряде территорий в рамках работы с острым коронарным синдромом. Как вы видите, в первую очередь эти вопросы касались пересмотра регионального порядка по оказанию медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом, выделения дополнительных объёмов медицинской помощи для планового стентирования с целью предупреждения развития острого коронарного синдрома, разрабатывались (где-то разрабатывались, где-то дорабатывались) алгоритмы оказания медицинской помощи в региональных сосудистых центрах, на станциях скорой медицинской помощи. Был принят целый ряд решений о проведении дополнительных ремонтов, а также о закупке необходимого оборудования для проведения ангиографических исследований. Ну, а в ряде случаев были приняты определённые кадровые решения по тем лечебным учреждениям, которые по каким-то причинам не справлялись с ситуацией. Причём, что важно отметить, именно на тех территориях, где сразу с первого момента старта проекта была максимальная вовлечённость всех заинтересованных участников, особенно органов управления здравоохранения на территории, удавалось в достаточно короткие сроки достигать существенных положительных результатов. *(Демонстрируется слайд.)*

Вот пример, допустим, Брянской области. Посмотрите, количество дефектных случаев при оказании скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме удалось за шесть месяцев снизить с 57 до 40 процентов. При оказании специализированной стационарно-медицинской помощи с этой же патологией в четыре с половиной раза – с 36 до 8 процентов. При оказании медицинской помощи с дефектами, создающими риски и приводящими к прогрессированию заболеваний, практически с 15 до полутора процентов. *(Демонстрируется слайд.)*

Кроме того, в рамках повышения эффективности межведомственного взаимодействия на местах были определены и отработаны определённые элементы в рамках маршрутизации пациентов при плановой госпитализации.

Была доработана стандартная логистическая цепочка для пациента, касающаяся вопроса плановой госпитализации (можно следующий слайд включить) и дополненная созданием на базе страховых медицинских организаций, работающих на территории, хорошего информационного ресурса о наличии свободных мест во всех стационарах территорий и подключением страховой медицинской организации для маршрутизации пациента, более чёткой и понятной маршрутизации пациента при плановой госпитализации. *(Демонстрируется слайд.)*

В результате чего для пациентов этапы плановой госпитализации стали значительно более понятными, гибкими и комфортными, что в свою очередь опять-таки напрямую влияет на удовлетворённость застрахованных работ здравоохранения на территории. *(Демонстрируется слайд.)*

В завершение хотелось бы отметить, что по опыту работы страхового сообщества на этапе 2017 года можно говорить о роли достаточно хорошо и эффективно работающих инструментов в дополнительном повышении доступности и качества медицинской помощи. А вот результат и результативность этих проектов и этих инструментов напрямую зависит от способности выстроить на территории хорошую технологическую цепочку по принятию и реализации решений, от максимально неформальной вовлечённости всех участников процесса, влияющих на результат с начала проекта.

И последний слайд. *(Демонстрируется слайд.)*

Кроме того, все эти наработки, естественно, они реализовывались в рамках построения пациентоориентированной модели здравоохранения, к которой мы сейчас все идём, как новая медицина России. Спасибо. У меня всё на этом.

Председательствующий. Спасибо большое.

Рошаль Л. М. Дмитрий Анатольевич, у вас как принято, вопросы задавать можно, нет?

Председательствующий. Леонид Михайлович, ну, вам можно, конечно.

Рошаль Л. М. Я серьёзно спрашиваю.

Председательствующий. Я думаю, да. Я, честно говоря, находился в поиске творческом, поскольку мне хотелось, чтобы мы сначала базово определились, а потом, может быть, друг друга поспрашивали. Пожалуйста, Леонид Михайлович.

Рошаль Л. М. Чтобы просто понимать, о чём мы говорим. Я считаю, что в тех условиях и в тех законодательных рамках, они работают нормально. Но я хочу у вас спросить: как вы работаете? Вы знаете страховую систему в Германии? Это капиталистическая страна.

Рыжаков А. Д. Конечно, в общих чертах. Может быть, не настолько досконально, но тем не менее.

Рошаль Л. М. И мы тоже капиталистическая страна с коммунистической основой.

Председательствующий. Леонид Михайлович, возьмите микрофон поближе, пожалуйста.

Рошаль Л. М. Я повторю. Мы капиталистическая страна. Как вам кажется, чем отличается страховая система Германии от нашей системы? Почему там и пациенты, и врачи довольны, а у нас нет?

Рыжаков А. Д. Вы знаете, наверное, этот вопрос не имеет короткого ответа.

Рошаль Л. И. А вы всё же коротко ответьте, если знаете.

Рыжаков А. Д. Во-первых, наверное, это вопрос к пациентам и врачам самой Германии для более детального изучения.

Рошаль Л. М. Что?

Рыжаков А. Д. Я говорю, что, наверное, это вопрос, в первую очередь, к пациентам и сотрудникам в лечебных учреждениях самой Германии. Если говорить лично о моем мнении, я думаю, конечно, что при той системе, которая на сегодня построена в Германии, и той, которую мы сейчас строим и развиваем, у них пока чуть больше фокус, чуть больше ориентации непосредственно на пациента, то, о чём мы сейчас как раз и говорим в рамках построения пациентоориентированной модели. Если у нас во главу угла окончательно будет поставлен пациент, дальше к нему уже приведут все остальные механизмы решений, и они продиктуют те изменения, которые необходимо сделать.

Рошаль Л. М. Я понял. Правда, не удовлетворён вашим ответом.

Вы приводили пример замечательных результатов. Снижение – это что, работа страховых компаний? А что исполнительные органы (министерство, департаменты здравоохранения) делали? Они что, этим делом не занимаются? Какая ваша там роль, они что, без вас бы этого не сделали?

Рыжаков А. Д. Уважаемый Леонид Михайлович, я как раз говорил о повышении межведомственного взаимодействия в рамках действующей системы. И я подчеркнул с самого начала, что результата мы достигали только в случае получения синергии, когда действовали все вместе.

Рошаль Л. М. Я понял, спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое. Коллеги, спасибо, продолжим.

Коллеги, я хочу предоставить слово Ларисе Дмитриевне Попович, директору Института экономики и здравоохранения. Пожалуйста, Лариса Дмитриевна, пять минут у вас.

Попович Л. Д. Хорошо, давайте я попробую. Отвечая, наверное, на вопрос Леонида Михайловича, мне кажется, что проблема Германии, решённая ею, это всё-таки очень ясное и чёткое определение, во-первых, объёма гарантий, во-вторых, роли каждого участника в этой системе, и, в-третьих, очень чёткий и налаженный диалог между властью, участниками системы и пациентами.

Я видела модель организации здравоохранения в Германии очень близко, хорошо с ней знакома и считаю, что нам, безусловно, надо было бы с самого начала (ну не в 1993 году, но хотя бы в 1997 году) всё-таки конкретизировать программу государственных гарантий до деталей. И это многие бы вопросы разрушило, в том числе и те замечательные фантазии, которые мы устраиваем относительно платной и бесплатной помощи, вызывая недовольство наших граждан.

Но, возвращаясь к вопросу, давайте просто посмотрим. Мы сейчас слышим ключевые слова – качество, удовлетворённость, доступность, информированность, защита прав. Просто пройдусь быстро по этим ключевым словам. А возможно ли той институцией, которую мы сегодня обсуждаем, достижение таких показателей, может ли это влиять на качество?

Только контрольно-надзорными функциями, отслеживая постфактум от 3 до 7 процентов выставленных счетов, конечно же, проблему не решить. 50 процентов дефектов качества, что на протяжении последних, по крайней мере, 15 лет наблюдается, говорит о том, что с точки зрения улучшения качества медицинской помощи роль постфактумного наблюдения страховых компаний и экспертизы, конечно, скажем так, мала.

По поводу удовлетворённости. Опять же смотрю данные ФСО. На протяжении последних 10 лет удовлетворённость населения медицинской помощью – 38–39 процентов с разбросом по субъектам Российской Федерации.

Что, собственно, могло бы повлиять на удовлетворённость, если главными элементами удовлетворённости является доступность помощи и вежливость при её оказании? Как влияют страховые компании на эти качества? Наверное, могли бы повлиять на доступность, но влияют ли они на доступность медицинской помощи? 67 процентов опрошенных говорят, что из-за недоступности помощи вынуждены идти в частные медицинские организации. Я оперирую разными данными опросов, поэтому за этими цифрами что-то стоит.

На полтора миллиарда ежегодных контактов наших граждан с медицинской сетью приходится девять миллионов экспертиз качества и экспертиз доступности медицинской помощи, которые делают стра-

ховые компании. Понятно, что эта капля в море никак не отражается на улучшении доступности. Страховые компании не занимаются транспортной доступностью, они не строят новые медицинские учреждения. Да, есть замечательные данные и по маршрутизации, это отличная вещь, мы её сейчас обсудим.

По поводу финансовой устойчивости. Это важнейшая составная часть функций страховых компаний, которая предусматривалась в 1993 году, когда они, собственно, создавались, предполагалось, что именно этого они будут достигать. Но как только в 2010 году был принят закон № 326-ФЗ, который вообще порушил все возможные варианты достижения устойчивости, стало понятно, что функция страховых компаний по возвращению части средств, которые уже оплачены медицинской организацией (они опять возвращаются в систему и медицинская организация вынуждена искать источники покрытия затрат), естественно, не способствует созданию устойчивости системы обязательного медицинского страхования. Функция информированности. Господа, мы живём в цифровой экономике, какие почтовые рассылки? Какое индивидуальное информирование пациентов? Это делают боты, это делается элементарно в частной системе здравоохранения. Напоминать о необходимости прохождения диспансеризации? Извините, задействовать людей на эти функции, по крайней мере, странно.

Знаете, вот очень интересная история защиты прав. Что есть у страховых компаний для защиты прав? Да, межведомственное взаимодействие, обращение за помощью в органы управления здравоохранения. Ну и что? Прекрасно прозвучала фраза о том, что теперь наши застрахованные обращаются в страховые компании не только за получением полиса. Да, полисы выданы, поэтому их надо чем-то занять, и мы придумали вот этих страховых представителей. Коллеги, это искусственный институт.

Что делать? Кстати, ещё один момент. Говорили о том, что нужно увеличить устойчивость страховых компаний путём поднятия уставного капитала. Зачем? Я не понимаю, зачем здесь вообще уставной капитал, когда страховые компании не несут никаких финансовых рисков. И не дай нам бог принять рисковую модель, потому что в тех предложениях о рискованной модели, о которых мы говорим, основная функция страховой компании (которая либо потратит сама деньги, если будет превышен объём, либо их сэкономит, если объём не будет превышен) – построить барьер, дополнительный барьер на пути к доступности медицинской помощи. Не дай бог это даже обсуждать, это абсолютно ошибочный подход.

Что нужно делать? Те 48 страховых компаний, которые сегодня остались, при увеличении уставного капитала превратятся в 10–12, это вообще ни о чём, никакого соревнования не будет, маленькие компании всегда работают лучше, чем большие, посмотрите сами рейтинг. Я его очень внимательно посмотрела.

Если нам хочется оставить эту институцию, потому что там есть очень достойные люди, которые прекрасно владеют своей профессией, которые действительно очень болеют за дело. Я очень уважаю большинство из них, но понимаю, что та ситуация, которая есть, не устраивает никого. Пациентам не нужны страховые компании, медицинские учреждения стонут, они не понимают логику их работы, сами страховые компании явно совершенно не удовлетворены ситуацией, потому что многие их функции размыты, непонятны, в отличие от германских страховых компаний. Что действительно очень важно для пациентов, это функция, которая всё время пропадает – сопровождение по логистике ассистанс, маршрутизация. Страховые компании эти функции выполняют замечательно. Давайте это за ними и оставим.

Функцию экспертизы надо передать в Росздравнадзор. Мы очень активно работаем с Росздравнадзором и прекрасно понимаем, что это единственный институт, который реально может способствовать качеству. И с передачей функции передать всех замечательных профессионалов, которые сейчас есть в страховых компаниях, под руководство Росздравнадзора, что очень серьёзно повысило бы его возможности и реально улучшило бы ситуацию.

Для того чтобы избавиться от необходимости медико-экономической экспертизы, приписок и всего прочего начинает внедряться система блокчейна, потому что эта система распределённой базы не позволяет делать никаких приписок постфактум и позволяет контролировать процесс по результатам.

И, наконец, самое главное. Индикаторы оценки медицинских учреждений необходимо делать не так, как мы делаем сейчас, только по процессам, а необходимо делать их в трёх блоках: обязательные процессы, результативность. И эти индикаторы есть, мы много этим занимались и готовы всё это предложить на рассмотрение. И, наконец, третья функция – оценка пациента.

Ровно год назад Организация экономического сотрудничества и развития на своей министерской конференции приняла министерское заявление о новой генерации реформ системы здравоохранения. И важнейшим элементом там стала так называемая система пэрис, система включения во все функции оценки медицинских учреждений и системы здравоохранения в целом, мнения пациентов. И вот этот блок тоже блестяще мог бы выполнять институции, которые могли бы называться страховыми компаниями, ассистанскими, не важно. Мне кажется, что это было бы лучше, потому что сделало бы прозрачным всю систему и их роль. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Позвольте предоставить слово Людмиле Павловне Кононовой, первому заместителю председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике.

Кононова Л. П. Уважаемый Дмитрий Анатольевич, уважаемые участники заседания, я постараюсь быть максимально краткой.

Согласна с Натальей Александровной – учитывая, что создаётся пациентоориентированная система здравоохранения, особое значение сейчас приобретает институт страховых представителей.

И поскольку с января начали в полном объёме работать представители третьего уровня, я считаю, что крайне важно нам на сегодняшний день выстроить систему контроля и мониторинга за их работой.

Если говорить о Совете Федерации, то с января прошлого года у нас такая система выстроена, мы посетили несколько страховых медицинских организаций крупнейших. Мы очень благодарны за то, что нам удалось не просто познакомиться с работой страховых представителей на федеральном уровне, но и посмотреть в режиме онлайн работу в регионах.

Хочу сказать отдельное спасибо депутатам Государственной Думы, которые участвовали в наших выездных заседаниях, это Наталья Петровна Санина, это Тамара Ивановна Фролова, которая здесь присутствует. И та работа, которая нами было проведена, в итоге вылилась и в заседание «круглого стола», и в отдельное заседание Комитета Совета Федерации по социальной политике, где мы детально рассматривали эту работу и выработали свои рекомендации.

И у меня есть, Дмитрий Анатольевич, конкретное предложение. Я считаю, что эту работу нам надо продолжать. Продолжать не просто силами, условно говоря, членов Совета Федерации, но совместно с депутатами Государственной Думы. Давайте мы подумаем над форматами и создадим, может быть, рабочую группу, может быть, комиссию какую-то, которая будет мониторить именно работу конкретно страховых представителей. Я готова отдельно обсудить это предложение с вами.

Если говорить конкретно о рекомендациях. У вас рекомендации состоят из двух частей.

Первая часть – это проблемы, возникающие в правоприменении, в частности то, что не определён источник финансового обеспечения подготовки экспертов качества и так далее. Но есть такие предложения от регионов, которые, на мой взгляд, уже не подлежат обсуждению. Учитывая то, что Президент Российской Федерации неоднократно говорил, что пора прекратить дискуссии будет ли у нас страховая медицина или нет, то нужно, на мой взгляд, уже переходить к вопросу о том, насколько качественно должна эта система работать. И такие предложения, как, например, передать финансовые функции страховых медицинских организаций терфондам, мне кажется, не очень уместны. Ну, я высказываю своё личное мнение.

Мы полностью поддерживаем рекомендации, которые сформулированы по итогам «круглого стола», особенно то, что касается рассмотрения вопроса о расширении возможностей страховой медицинской организации в части защиты прав застрахованного лица, в том числе в судебном порядке. У нас есть уже конкретные проекты законодательных актов, которые мы также готовы обсуждать.

И я абсолютно поддерживаю предложение, которое сформулировала Наталья Николаевна, – о том, что необходимо ужесточить требования к системам массового обслуживания (далее – СМО) при получении лицензий.

И с учётом этих предложений готовы обсуждать на базе и нашего Комитета, Дмитрий Анатольевич, форматы совместной работы с депутатами Государственной Думы.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое, Ирина Павловна. Слово Елене Юрьевне Белоусенко, генеральному директору ООО «ВТБ Медицинское страхование». Пожалуйста. Пять минут.

Белоусенко Е. Ю. Спасибо.

Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемые участники «круглого стола»!

Непростая стоит передо мной задача – говорить после таких критических выступлений. Наверное, вы ожидаете, что я как представитель страховой медицинской организации начну защищать интересы СМО. Нет, я буду говорить об интересах застрахованных, потому что у СМО есть чётко сформулированный социальный заказ от руководства страны, и он звучит так: прямая обязанность – отстаивать права пациентов.

Двигаясь в сторону пациентоориентированной модели, в системе ОМС происходят кардинальные изменения идеологии, структуры и логистики страховой поддержки граждан. Жители России уже осуществили осознанный выбор страховой компании, медицинской организации и лечащего врача, и сегодня на первый план вышла работа, направленная на повышение качества страховой защиты граждан. *(Демонстрируется слайд.)*

Именно на это направлены успешно стартовавшие проекты Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования, к которым подключились все СМО.

Все вы знаете, что заработал в полном объёме институт страховых представителей первого, второго, третьего уровня. Только в нашей компании работают около 1 тысячи страховых представителей. Организован федеральный колл-центр, который 24 часа в сутки, семь дней в неделю, 365 дней в году оказывает справочную, информационную и консультационную поддержку застрахованным гражданам в 33 субъектах присутствия компании. И за 2017 год к нам обратилось около двух миллионов застрахованных.

Качественно реализуется проект «Диспансеризация». В прошлом году было проинформировано более 5,5 миллиона человек о возможности ежегодного бесплатного прохождения профилактических мероприятий в рамках ОМС. По результатам информационного сопровождения диспансеризацию прошли около 4 миллионов граждан.

Мы объединили регистры застрахованных в компании по всей стране и приступили к сосредоточению в едином уникальном ресурсе сведений об обращениях более чем 24 миллионов граждан почти в пяти тысячах медицинских организаций. Это позволяет получать сведения обо всех оказанных медицинских услугах, результатах трёхэтапного контроля сроков, объёмов и качества медицинской помощи, проводить анализ выявленных нарушений, разрабатывать и направлять медицинским организациям рекомендации с целью предотвращения системных ошибок.

Всё это говорит о том, что мы востребованы. Но мы не останавливаемся на достигнутом, движемся дальше. Застрахованные становятся более информированными, требовательными. Поэтому наша задача – стать территорией защиты, помочь оправдать ожидания застрахованных и заслужить их доверие. *(Демонстрируется слайд.)*

Стремясь к новаторскому подходу в направлении пациентоориентированной модели страховой медицины, мы осуществили ряд современных пилотных разработок. *(Демонстрируется слайд.)*

Одна из них – применение технологии дистанционного мониторинга артериального давления. Наша компания совместно с департаментом здравоохранения и территориальным фондом Воронежской области предложили пациентам с артериальной гипертензией принять участие в работе. Мы закупили манометры с функцией беспроводной передачи данных и раздали их пациентам для регулярного самоконтроля в процессе лечения и своевременного реагирования на критические изменения лечащим врачом. *(Демонстрируется слайд.)*

Результаты реализации проекта мы оцениваем как очень позитивные. Практически в два раза возросли показатели стремления к лечению. Целевое артериальное давление было зарегистрировано по завершении наблюдения у 49 процентов пациентов против 13 процентов на старте. На 20 процентов снижены затраты на очные приёмы врача и вызов скорой помощи. По результатам наших опросов удовлетворённость качеством медицинской помощи среди участников проекта на 40 процентов выше, чем в среднем по всем застрахованным. *(Демонстрируется слайд.)*

Столь же новаторской является разработка совместно с Фондом ОМС города Санкт-Петербурга информационной платформы по контролю качества работы всех звеньев здравоохранения в отношении граждан, нуждающихся в госпитализации. Было разработано программное обеспечение, к которому подключены абсолютно все поликлиники и больницы Санкт-Петербурга, страховые медицинские организации и территориальный фонд. Программа позволяет осуществлять мониторинг и упорядочивать потоки госпитализации как наиболее затратного вида медицинской помощи.

(Демонстрируется слайд.)

Эта программа полезна для всех участников системы ОМС. Для пациента, в первую очередь, и врача предоставляется в режиме онлайн доступная информация о свободных местах в стационарах, времени ожидания. Пациенты могут сделать выбор, а страховые медицинские организации могут оценивать качество оказанной медицинской помощи не постфактум, по поводу чего нам делали сейчас критические замечания, а на этапе нахождения пациента в стационаре. *(Демонстрируется слайд.)*

Ещё один важный проект – это модель взаимодействия пациент – страховой представитель – медицинский работник с использованием различных современных каналов связи, включая сотовые сети, терминалы и инфоматы. Это даёт возможность обратиться к своему страховому поверенному в любое удобное для застрахованного время. Решить вопрос на месте.

На базе уже реализованных новаторских технологических платформ мы развиваем проекты, направленные на удовлетворение не только текущих, но и перспективных потребностей пациентов. Мы просим поддержать наши инициативы, направленные на повышение эффективности нашей работы в интересах застрахованных. А мы в свою очередь гарантируем усиление ответственности за качество страховой защиты. Благодарю за внимание.

Председательствующий. Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, позвольте предоставить слово Тамаре Ивановне Фроловой, члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья.

Тамара Ивановна, пожалуйста, пять минут.

Фролова Т. И. Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемые коллеги!

Сегодня на заседании «круглого стола» присутствуют люди, заинтересованные в той теме, которую мы в повестку дня поставили. Представляют они многие регионы нашей любимой страны, и нам всем безразлично, в последние годы в нашей стране меняется в лучшую сторону доступность и качество медицинской помощи. Мне хотелось бы сегодня больше говорить, уважаемые коллеги, о тех проблемах, которые на сегодняшний день у нас в здравоохранении есть. Если бы у нас этих проблем не было, мы, наверное, сегодня вот таким сообществом здесь не собрались бы и не стали обсуждать такую злободневную тему.

Я в системе здравоохранения очень часто об этом говорю. Работала больше 30 лет и рядовым доктором, и организатором здравоохранения, и в системе обязательного медицинского страхования очень много лет отработала. Я свою позицию на этот счёт скажу: на сегодняшний день только неразумный человек может говорить, что обязательное медицинское страхование в стране не нужно. Мы на бюджетном финансировании, дорогие друзья, уже были, и всё это мы видели. Видели как финансировалось здравоохранение, особенно в дотационных регионах, провинциальных регионах, по остаточному принципу, и все мы ходили с протянутой рукой в финорганы, просили деньги. Как сидели утром главные врачи (я главным врачом очень много отработала) в финорганах, прося на хозяйственные нужды деньги. На сегодняшний день настолько цивилизованный путь финансирования выстроен в системе медицинского страхования, что ни один главный врач ни за какими деньгами не ходит никуда просить. Есть тарифы утверждённые, есть объёмы, утверждённые программой госгарантий. Счета в страховой компании выставил, медико-экономический контроль отсёк у тебя всё, что ты неправильно, необоснованно запросил, и все деньги ты получил. Разве это не цивилизованный, не прозрачный путь финансирования в здравоохранении? Такого персонифицированного учёта медицинской услуги, как в системе здравоохранения, я вам точно скажу, уважаемые друзья, нет, нигде. Любого больного на сегодняшний день в любой больнице страны можно посмотреть в нашей базе. И мы сразу же увидим, какой объём медицинской помощи человек получил и даже ту сумму, которая была выставлена больницей в страховой медицинской организации.

Это всё позитив, я об этом могла бы говорить ещё много, но из-за того, что ограничено время, всё-таки хочу остановиться на проблемах, которые на сегодняшний день всё-таки есть.

Знаете, я представляю Тамбовскую область в Государственной Думе. Мы провинциальный регион. Всего застрахованных 1 миллион 200 человек. Нехватка кадров у нас: медицинские учреждения укомплектованы на 65 процентов врачами, нехватка 35 процентов.

Я хочу поговорить о том качестве медицинской помощи, о той экспертизе независимой, которую проводит специалист из страховой медицинской организации.

Если на сегодняшний день укомплектовать в полном объёме специалистами-экспертами страховую компанию, значит, оголятся ещё больше наши лечебные учреждения.

Практически все врачи-эксперты работают по совместительству. И сегодня врач-эксперт проверяет меня, а завтра его будет проверять врач другой больницы. О какой тут независимой экспертизе может идти речь? Объективности, с моей точки зрения, в полном объёме здесь нет.

А есть солидарность докторов, которые работают в медицинских организациях и которые понимают прекрасно – я сегодня приду, оштрафую, а завтра придут и оштрафуют меня.

Я сегодня подняла вопрос вот какой. У нас на сегодняшний день в регионах есть региональные регистры врачей-экспертов. Наверное, всё-таки к проведению экспертизы качества медицинской помощи в регионах нужно привлекать докторов из федерального регистра. И это нужно нам чётко в законе прописать. Потому что вот у нас существует фёдоровский МНТК «Микрохирургия глаза». Какие врачи-эксперты у нас, в Тамбове, могут пойти и провести экспертизу там?

Та же высокотехнологичная медицинская помощь. Самые лучшие врачи работают в областной клинической больнице, самые лучшие врачи-эксперты. Сами себя они проверить, извините, не могут.

И мы должны этот вопрос для улучшения качества оказания медицинской помощи однозначно поставить в закон о медицинском страховании.

Всё-таки федеральный регистр должен быть. Он должен состоять из этих компонентов, региональных регистров врачей-экспертов, чтобы к любой экспертизе мы могли бы привлечь данных врачей.

Я читала весь материал, который был представлен для «круглого стола». Очень хорошее предложение кто-то внёс – заменить уведомительный порядок включения страховых медицинских организаций в реестр на разрешительный. Это просто замечательный пункт. Но только я хотела бы тоже внести конкретное предложение – этот пункт нужно дополнить, потому что, зачастую, страховая медицинская организация – это головная компания, которая находится в Москве. Это ни для кого не секрет.

Вот, опять же, требование по количеству экспертов мы должны предъявлять не только головной компании, но и территориальным, нашим подразделениям, филиалам, чтобы на территориях было необходимое количество вот этих экспертов, не только в Москве. А это у нас на сегодняшний день нигде абсолютно не прописано.

Мы с вами говорим сегодня очень много о страховых представителях. Это замечательно, что всё-таки в 2017 году эта функция страховым компаниям была вменена. Но в полном объёме, с моей точки зрения, чтобы проконтролировать эту работу, мы тоже должны внести изменения в ряд нормативных документов. В частности, в типовом договоре со страховыми медицинскими организациями предусмотреть меру ответственности за нарушения в деятельности страховых представителей. Потому что на сегодняшний день проконтролировать территориальные фонды и их работу в полном объёме в регионах не могут. Это несоблюдение требований в части количества представителей первого, второго и третьего уровня, а также режим их работы, это тоже нигде не прописано. Это хотя бы в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации нужно прописать. Как и невыполнение страховыми представителями функционала, определённого рекомендацией федерального фонда – на сегодняшний день пока ещё никто в полном объёме эти функции тоже не выполняет.

В типовом договоре должны быть также прописаны финансовые санкции. На сегодняшний день, несмотря ни на что, уважаемые друзья, всё в здравоохранении оптимизируется – оптимизируется объём медицинской помощи, численность медицинских организаций. Единственное, что не оптимизируется в последние годы, это процент на ведение дела. Выделение средств на ведение дел у нас сейчас в законодательстве прописано чётко: не менее одного процента, но не более двух. Но стоимость-то наших программ госгарантий и территориальных программ из года в год растёт, и даже при минимальном одном проценте, который на сегодняшний день определён, всё равно средств на ведение дела у страховых компаний становится больше. На сегодняшний день предлагается врачей-экспертов, о которых я говорила, готовить за счёт средств, предназначенных на ведение дела страховым медицинским организациям. Потому что на сегодняшний день, чтобы качественно работали эти врачи-эксперты, они должны быть профессиональными, а чтобы профессионально их готовить, лечебные учреждения тоже в полном объёме средств не находят. Я бы тоже вариант предложила, чтобы это осуществлялось за счёт средств на ведение дел страховых компаний.

Вот мы говорили сегодня про германский метод работы страховой медицины... Как можно сравнивать европейский стиль работы страховой медицины, когда там, уважаемые друзья, не только государственное финансирование, там ведь ещё самоплатёж граждан, там стоимость совершенно другая и расходы совершенно другие. Поэтому сравнивать несравнимые вещи просто-напросто нельзя.

Я считаю, что ни в коем случае от обязательного медицинского страхования уходить на сегодняшний день нельзя, от страховых компаний уходить тоже ни в коем случае нельзя, нам надо эти изменения, которые за последний год у нас в здравоохранении происходят. Нам нужно просто вот ту модель, которая есть, доработать, внести частичные изменения в нормативную базу, как в федеральный закон, так и в нормативные документы – в приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации. Спасибо. Извините, что нарушила регламент чуть-чуть.

Председательствующий. Спасибо.

Позвольте предоставить слово Ольге Викторовне Шелепневой, начальнику управления регулирования на страховом рынке Департамента страхового рынка Банка России. Прошу вас.

Шелепнева О. В. Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемые коллеги!

Добрый день!

Банк России, понимая высокую социальную значимость медицинского страхования и, в особенности, обязательного медицинского страхования, тоже уделяет данному вопросу очень большое внимание. В 2017 году, в конце года, мы выпустили доклад для общественных консультаций, где представили свою позицию по определённым моментам, которым, как нам казалось, следует уделить основное внимание.

Понимая, что мы сконцентрированы именно на страховом надзоре и в сфере нашего внимания страховые медицинские организации, мы рассматривали именно те вопросы, которые касаются, в первую очередь, их деятельности. Конечно же, страховые медицинские организации – это такой мостик между пациентом и медицинской организацией, призванный защищать интересы застрахованных лиц, представлять их интересы. И в этой связи мы проводим совместную работу и с Министерством здравоохранения Российской Федерации, и ФОМС по определению дополнительных критериев, которым должны следовать страховые медицинские организации, понимая, что страховая организация на рынке ОМС должна иметь возможность полноценно, качественно, адекватно выполнять те функции, которые на них возложены законодательством и действующей системой.

Также мы понимаем, что, проводя контроль качества, объёмов, сроков медицинской помощи, страховые организации имеют полное представление о работе лечебных учреждений. И в этой связи мы понимаем, что здесь стоит вопрос не только о, так скажем, взгляде на конкретный случай оказания медицинской помощи, но и о деятельности лечебного учреждения, о тех возможных недостатках, которые есть в его работе. Всё это может быть положено в заключение страховой организации.

Что имеется в виду? Что нельзя ограничиваться только штрафами к медицинской организации, а всё-таки надо учитывать мнение страховщиков, которое складывается именно в результате их дея-

тельности по защите прав пациентов. И данное мнение должно приниматься, можно сказать, даже в обязательном порядке территориальными органами здравоохранения, лечебными учреждениями, чтобы мы имели сбалансированную систему здравоохранения и страхования.

Также понимая, насколько страховые организации включены в систему здравоохранения, наши предложения состояли в том, что страховая организация должна более полно погрузиться в информационную среду, которая сейчас создаётся в системе здравоохранения, мы имеем в виду и телемедицину, и более полный допуск страховых организаций к врачебной тайне. Безусловно, допуск к врачебной тайне должен осуществляться страховыми организациями с полного согласия пациента. Также, насколько мы знаем, уже год существует на рынке страхование саморегулируемой организации, и мы полагаем, что механизм саморегулирования также должен в полной мере быть задействован в регулировании деятельности страховых организаций и, возможно, в определённом установлении именно страховым сообществом тех стандартов качества, которыми должны отвечать страховые медицинские организации. Безусловно, данные стандарты могут быть подготовлены с участием Министерства здравоохранения Российской Федерации, Центрального банка Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

И с нашей точки зрения, реализуя данный комплекс мер, мы сможем построить более сбалансированную систему и та роль страховых медицинских организаций, которая отведена в законодательстве, будет ими исполняться более качественно, более ответственно при содействии контроля со стороны государства в лице Федерального фонда обязательного медицинского страхования и Центрального банка. Спасибо. И обязательно саморегулирование тоже должно быть, ещё раз повторюсь, в этом задействовано. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо вам большое.

Коллеги, слово предоставляется Наталье Петровне Саниной, первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья. Наталья Петровна, постарайтесь покороче, хорошо? Мы выходим из графика, коллеги. Пять минут.

Санина Н. П. Хорошо. Мне бы хотелось сказать, что я во многом согласна с Ларисой Дмитриевной. Я понимаю, что жизнь не позволит нам сейчас убрать все страховые компании, но вдумайтесь, 70 было, 44 стало, из них 10 покрывают 80 процентов страхования. Значит 10 нам нужны, а не 44.

Другой вопрос, что могут быть дискуссии в отношении механизма ухода от большого количества страховых компаний. Почему мне не нравится большое количество? Маленькие, большие, это, может быть, дискуссионно. Другой вопрос, что контролировать такое количество – это всё-таки большой серьёзный труд.

Дальше. Я бы хотела предложить посмотреть ещё раз в Минздраве России стратегию по страхованию. Потому что очень много общих фраз, много общих таких предложений, которые не несут за собой конкретики. Приведу пример. 173 госпитализации на тысячу населения. Это как? Каких госпитализаций, какого уровня, в какие учреждения? В общем-то, конкретики нет. Я думаю, что стратегию нужно просмотреть очень серьёзно и подумать, что туда реально внести. Сегодня, например, больная поступила в МОНИКИ Московской области из Красноярского края, фонды рассчитались. Дальше её лечение, естественно, должно контролироваться, и, действительно, это лучше делать онлайн, практически каждый день. Быстро понимать, как лечат пациента должны и страховые компании. Ну, хорошо, пусть даже постфактум, но это должно быть очень качественно проведено. Проводится это фондом Московской области. Материалы передаются в фонд Красноярского края. Насколько качественно это делается? Это очень серьёзный вопрос. Если что-то не устраивает фонд Красноярского края, я понимаю, что они зададут вопросы, совместно проведут эту экспертизу. Очень сомневаюсь, что такое большое количество времени есть у страховой компании, у фондов, и это делается, наверняка, не столь качественно.

Если страховая компания не устраивает тот регион, ну, например, который я представляю – Московскую область, значит, я думаю, что фонд любого региона Российской Федерации должен иметь право расторгнуть договор со страховой компанией, если выполнение этой страховой компанией своих функций под вопросом, как и качество работы этой страховой компании. Надо дать полномочия фонду это делать, он должен иметь право это делать, если качество работы страховой компании оставляет желать лучшего. Вопросов по этому поводу много, времени мало. Дмитрий Анатольевич, я думаю, что, наверное, в письменном виде я вам их подам. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое, Наталья Петровна, спасибо.

Пожалуйста, Куринный Алексей Владимирович. Алексей Владимирович, постарайтесь покороче.

Куринный А. В. Я постараюсь.

Добрый день, уважаемые коллеги!

Первое. Скажу, что фракция КППФ внесла соответствующий законопроект об удалении страховых компаний из системы обязательного медицинского страхования. Попробую коротко сказать, зачем, почему.

Сегодня уже пытались анализировать, что же делают страховые компании в системе ОМС. По сути, страховых рисков они никаких не несут. Других важных функций в виде выбора или не выбора той или иной медицинской организации для оказания медицинских услуг у них тоже нет, они обязаны заключать договоры со всеми. Так же, как и выбора – привлекать определённого специалиста к проведению или к оказанию помощи или не привлекать – этого тоже нет.

То есть, фактически страхового принципа, того, что во всём мире подразумевается под страховым, в Российской Федерации нет. Есть квазигосударственное такое страхование, где в принципе все эти функции, о которых только что говорилось – медико-экономической анализ, первичная экспертиза счётов – может сделать Фонд обязательного медицинского страхования. И в принципе он это всё и делает. И те 15 миллиардов, которые были сэкономлены, по словам директора, я думаю, это как раз больше работа территориальных фондов, их нового программного обеспечения. И дальнейшее, скажем так, развитие системы электронизации нашего здравоохранения, в будущем позволит, в том числе, и сравнивать результаты лечения на предмет соответствия стандартам, клиническим рекомендациям уже без участия каких-то специальных представителей, комиссий, которые изучают эти бумаги и выкатывают соответствующие штрафы.

Что сегодня остаётся страховым компаниям? Сервисные услуги, о чём сегодня было уже сказано, в виде напоминания о том, что нужно пройти диспансеризацию, в виде маршрутизации или соответствующего программного продукта, который позволяет наиболее оптимально распределить потоки. Эту сервисную функцию сегодня можно поручить любой организации, не обязательно она должна быть страховой. И здесь уже борьба между страховыми компаниями и какими-либо другими будет более эффективна и ощутима.

И те презентации, которые сегодня представили в виде дополнительных услуг, новых вариантов мониторинга артериального давления и тому подобное, они станут развиваться сами по себе уже без какого-либо «пинка» со стороны Минздрава России или территориального фонда в виде приказа принять срочно структуру представителей такого-то уровня или такого-то. А тут эта система оказания помощи сама себя будет развивать в дальнейшем, причём, за гораздо меньший процент, не за один процент, который сегодня выделяется на ведение дел. Потому что в целом в этом году будет потрачено на содержание страховых организаций вместе с процентом и с соответствующей оплатой от штрафов где-то приблизительно 20–25 миллиардов рублей. Что это за сумма? Это приличная сумма даже для нашего здравоохранения. Это половина всех расходов на льготное лекарственное обеспечение в Российской Федерации.

Поэтому, ещё раз говорю, это не только моё предложение, это предложение фракции КППФ. Страховым компаниям оставить исключительно сервисную функцию с теми элементами, про которые мы говорили. Безусловно смысла нет сегодня ломать страховой принцип как таковой, когда за услугой идут деньги. Но сделать его более оптимальным, сделать его более дешёвым, скажем так, вполне реально.

А то, что касается функции надзора, то, что касается функции оценки качества в сложных условиях, здесь я тоже во многом соглашусь, это вопрос межведомственного взаимодействия – Росздрава, с одной стороны, и вот этой организации, которая отвечает за сервис, и соответствующих подразделений общественных организаций в виде Национальной медицинской палаты или, например, Общества пациентов. Только вот здесь может быть дисбаланс, который сегодня существует, найдена оптимальная точка взаимодействия, когда ни интересы страховой компании, которые призваны экономить деньги, ни интересы Минздрава России, которые призваны так или иначе скрывать недостатки, не будут на первом месте. Ну и, естественно, не будут на первом месте перегибы со стороны пациентских организаций, у которых свой интерес.

И четвёртый момент, это то, что касается развития добровольного медицинского страхования. К большому сожалению, вот этот вариант у нас полностью выпадает. Я не говорю, про альтернативу ОМС, но сегодня из затрат на здравоохранение, которые составляют порядка семи процентов ВВП: и государственных (это где-то четыре), и то, что платят граждане (около трёх процентов), под ОМС оформлено всего четыре процента. Всё остальное, эти платные услуги идут отдельными пунктами, никакого страхового принципа нет.

А развитие ДМС с включением, возможно, в него частично и ОМС... То есть те граждане, которые хотят получить более достойные услуги, так или иначе, могут использовать свою часть, скажем так, ОМС, не платя целиком соответствующие взносы. Над этим тоже стоит подумать.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо.

Позвольте предоставить слово Людмиле Васильевне Стебенковой, председателю Комиссии по здравоохранению Московской городской Думы. Пять минут.

Коллеги, пожалуйста, повнимательнее.

Пожалуйста, Людмила Васильевна.

Стебенкова Л. В. Уважаемые коллеги! Леонид Михайлович Рошаль задал вопрос: чем отличается наша система ОМС от системы в Германии? Я могу сказать: одним – отсутствием страховых компаний. Там фонд рассчитывается за всё сам, без страховой компании. Но у нас по иному сложилось, поэтому у меня будут конкретные предложения.

Вот Дмитрий Анатольевич просил сказать, что волнует граждан. Да?

Здесь все говорили об одном проценте страхового взноса. Действительно, очень большие деньги. Я предлагаю подумать над тем, чтобы заменить эти деньги на фиксированные. Понимаете? Потому что на самом деле вот этот процент всех очень смущает, и здесь по этому поводу много было критики.

Какие претензии со стороны медицинских организаций? Постольку-поскольку страховые компании имеют процент от штрафов, они сегодня намеренно... *(Не разборчиво.)*

Вот у нас есть смешная история. У нас долго не был выверен по техническим причинам регистр застрахованных с ЕМИАС. Да? Когда распределяли по подушевому финансированию и по поликлиникам больных, не все писали тогда заявления. Они их пишут сейчас, и мы это знаем, и их стимулируем. Так штрафуют за отсутствие этих заявлений. Слушайте, ну это смешно. Хотя человек уже получает медицинские услуги, я не знаю, сколько времени... Ну забывает он написать заявление, но он обслуживается. В амбулаторной карте это есть. Да? Нет, начинают выписывать вот эти штрафы.

Также совершенно безумные ситуации, связанные со штрафами по процедурным моментам тех же стационаров. Я понимаю, московские стационары... Значит, у нас в принципе хорошие тарифы (да?), есть с чего взять штраф. И бедные стационары... Им даже проще иногда заплатить этот штраф, чем ходить, значит, всё это опровергать. Не то что проще, но времени нет на то, чтобы с ними ходить и опровергать. У страховых компаний полно адвокатов так называемых (да?), а в медицинском учреждении, как правило, их не хватает.

Поэтому на самом деле, вот уважаемые страховые компании... Я тоже предлагаю своим коллегам в Государственной Думе: всё-таки не процент от штрафов брать, а фиксированную сумму – не более такой-то. Понимаете? Чтобы не было желания штрафовать до бесконечности, выжимая все соки. Я понимаю, это ваш бизнес. Да? Но, в конце концов, наши лечебные учреждения тоже не должны страдать.

Что касается контроля качества. Есть Росздравнадзор. Почему мы дублируем его функции? Давайте примем решение. Пусть органы Росздравнадзора будут контролировать, потому что у них нет заинтересованности... А у страховых компаний есть, они процент со штрафов получают. В этом тоже проблема сегодня.

Действительно, ну, давайте... И вот возьмём их на аутсорсинг тогда. Не на процент, а на аутсорсинг. Не процент вы будете получать, а сумму вам фиксируют, вот в рамках этой суммы выполняйте эти функции.

Вы меня простите, страховые компании, но сегодня ваши функции по контролю выполняю я. Мне звонят люди и говорят: извините, пожалуйста, почему с нас берут деньги за такую-то услугу, она есть в ОМС или нет? Вы меня простите, конечно. Они вам звонят, а вы их просто посылаете... Вы их пускаете по кругу. Понимаете? За что вы получаете деньги? Вы меня простите за такие эмоции, но у меня просто наболело.

И, пользуясь присутствием Банка России, я хотела бы обратить внимание... Вот добровольное медицинское страхование, оно всё равно существует. Люди... Вы не представляете, сколько жалоб – огромное количество. Потому что страховые компании не хотят выполнять свои обязательства. Они побуждают наших граждан платить. Они намеренно говорят (я несколько раз разбиралась в ситуации), что эта процедура не показана. Да? А на самом деле у человека подозрение на тромбоз сосудов глаза. Они делают УЗИ конечностей, а им запрещают это делать.

Лидером в этом является «РЕСО-Гарантия». Потрясающая компания! Слушайте, я сама с ней столкнулась. Я уже не говорю о тех людях, которые, отправляясь в поездку, страхуются. Слушайте, это просто полное безобразие! Это... это изматывают людей до бесконечности, особенно если что-то случается за рубежом. А люди страхуются перед поездкой.

Понимаете, они делают всё, чтобы не оплатить, если что-то случится с застрахованным. Понимаете, я сама столкнулась с этим, и, поверьте, если бы я не была депутатом, мне бы ничего не оплатили. Это безобразие, понимаете? Есть, конечно, сегодня страховые компании и хорошие, ничего не могу сказать. Но работа страховщиков требует очень серьёзного контроля, и не просто так сегодня на нашем «круглом столе» были эти просьбы отказаться от страховых компаний. Поэтому давайте поставим их в определённые условия. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое, Людмила Васильевна.

Коллеги, мы продолжаем работу. Я хочу сказать, пока готовится следующий выступающий: всё, что с нами происходит, это мы и есть. Вячеслав Викторович всё время это повторяет: «Дума такая, какие мы есть». Надо работать над собой, учиться лучше – тут спорить не приходится. А так в целом, мне кажется, что немало хорошего. Поэтому давайте, действительно, рассуждать конструктивно: есть

плохие примеры и в здравоохранении, и в страховых организациях, но слава богу, есть и хорошие, и их тоже немало.

Дмитрий Юрьевич Кузнецов, вице-президент Всероссийского союза страховщиков, вам слово. Подинамичнее, коллеги.

Кузнецов Д. Ю. Там должна быть презентация, уважаемые коллеги.

Я позволю себе начать знаете с чего – с того, что любой разговор будет складываться, когда люди разговаривают исключительно на одном языке и пользуются одними и теми же терминами, которые, в общем-то, признаны во всём мире.

Первое. *(Демонстрируется слайд.)* Когда мы обсуждаем роль страховщиков, очень часто звучат слова по поводу того, что они, в общем-то, посредники.

Чем, собственно говоря, отличается наша страховая система от действующей в Германии? Вот мне в рамках создания саморегулируемой организации на страховом рынке в Российской Федерации удалось побывать в Германии три года назад и пообщаться с руководителем германского союза страховщиков. Мой вопрос был следующий: какое количество удовлетворённых жалоб пациентов, которые обращались с проблемами при получении медицинской помощи три года назад, было выявлено? Притом что всеми жалобами стала заниматься та самая немецкая ассоциация врачей, состоящая из 17 палат в соответствии с тем количеством земель, которые существуют в Германии. Ответ президента ассоциации немецкого союза страховщиков: ни одной жалобы удовлетворено не было.

Поэтому позволю себе пролистать, наверное, ближайшие два слайда, которые касаются публичных мифов об ОМС в отношении того, кто занимается экспертизой в страховых медицинских организациях. Это те самые «не профессионалы», которые на самом деле зачастую являются докторами наук. И по поводу того, что ОМС не оказывают реальной поддержки гражданам. У нас есть некоторая статистика, которая показывает, какое количество граждан находит целесообразным обращаться к страховщикам за помощью.

Мы все, присутствующие здесь, безусловно, эксперты. И безусловно, обладаем опытом в той или иной сфере, более того, у некоторых он очень большой, у кого-то чуть меньше, мне, по счастью, удалось заниматься этим всем вопросом порядка 15 лет. Но, наверное, всё-таки, как у нас принято говорить, в центре внимания у нас находится гражданин и его потребности в получении помощи, в получении поддержки, когда он оказывается в сложной ситуации. Хотел бы обратить внимание, что в ноябре 2017 года было проведено исследование ВЦИОМ, я тоже могу на него сослаться, это официальная вещь, так вот 82 процента граждан посчитали, что именно страховые медицинские организации должны заниматься защитой их прав. Это, на минуточку, что касается мнения граждан.

Следующее, о чём мне бы хотелось сказать.

Крайне важная вещь: насколько то, что страховщики, рассказывая о своей страховой модели, которая может принести нам помощь, но, скорее всего, лишь принесёт им деньги, соответствует взгляду граждан. Так вот, многие присутствующие сегодня здесь в конце ноября 2017 года побывали на VIII Всероссийском конгрессе пациентов. Мне совершенно не стыдно на нынешнем «круглом столе» зачитать фрагмент из резолюции этого Конгресса. Так вот, там было сказано следующее: необходимо согласиться с тем, что современная российская система обязательного медицинского страхования нуждается в дальнейшем совершенствовании и расширении применения страховых принципов...

Ещё резолюция предлагала признать ведущую роль страховых медицинских организаций в информировании и защите прав граждан в системе ОМС, организации и предоставлении медицинской помощи гражданам страны по программам обязательного медицинского страхования, в обеспечении финансового контроля и контроля доступности и качества предоставляемых по ОМС медицинских услуг. Как вы полагаете, вряд ли исключительно лоббизм страховщиков мог бы позволить создать такое заключение.

Наверное, ещё одна вещь, о которой бы хотелось сказать сейчас. Это то, что деятельность страховой организации никаким образом не влияет на качество медицинской помощи. В самом начале нашего заседания Андрей Дмитриевич Рыжаков очень хорошо отметил, что межведомственные взаимоотношения влияют на качество. Коллеги, которые являются докторами, знают, что в соответствии с действующим законодательством и нормативно-правовыми актами за качество медицинской помощи отвечает главный врач медицинской организации.

Следующая вещь. Значит, когда мы говорим о том, что деятельность страховых медицинских организаций неэффективна, о чём мы говорим? О какой эффективности? В целом, если не ошибаюсь, есть несколько подходов к оценке экономической, например, эффективности деятельности той или иной структуры, которая, в частности, расходует бюджетные средства. И ничего в этом нового-то нет, собственно говоря. *(Демонстрируется слайд.)*

Если взять статистику и, соответственно, посмотреть на следующий слайд... Так вот, если просто с помощью банальной формулы посчитать количество средств, которыми приходится оперировать, и посмотреть сколько средств расходуется для контроля за этим, то в целом вывод можно сделать достаточно интересный, как мне кажется.

И, наверное, последнее. Мне очень не хочется все поминать слова руководителя нашей страны, который обозначил курс направления вектора развития системы, но, в связи с тем, что здесь очень много докторов, я бы очень попросил показать следующий слайд. Зачитывать не буду. Я думаю, что люди, которые это произнесли, достаточно авторитетны.

Коллеги, давайте разговаривать на одном языке, а не только модулировать голосом, как революционные матросы, говоря о том, что система не работает, я это сам знаю. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Все настолько противоречиво – призывы одни, наставничество другое... Действительно, есть хорошее выражение: определяйте правильно смысл слов и вы избавите мир от половины заблуждений. Это очень важно.

Татьяна Юрьевна Гроздова, директор ФОСМ города Севастополя, пожалуйста. Татьяна Юрьевна, только, пожалуйста, коротко. Ладно? Спасибо.

Гроздова Т. Ю. Можно презентацию? Я постараюсь очень быстро.

Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемые Наталья Николаевна и Наталья Александровна! Уважаемые участники «круглого стола»!

Сегодня мы разбираем очень серьёзную проблему, мы с ней столкнулись в 2014 году в городе Севастополе. И я, как практик, могу высказать принципиальную позицию.

Я – доктор наук, у меня стаж работы организатора здравоохранения больше 20 лет. И я прекрасно понимаю, о чём мы сейчас все с вами говорим. И мне бы хотелось сказать, что если бы в 2016 году федеральному фонду была бы неправильно определена стратегия, то мы не получили бы сегодняшних результатов на очень сложной территории с очень сложными вопросами и проблемами.

Первая, это институт страховых представителей. Хотим мы или не хотим, он работает, он существует и он нужен. И мы сейчас показываем, какие действия реализуются у нас сегодня. Более 70 процентов населения обратились к страховщикам в первый год существования ОМС в Крыму, в Севастополе конкретно. Теперь в более чем 60 процентах случаев мы работаем с застрахованными через контакт-центры, мы не боимся сказать правду и решить их проблемы, поверьте мне. Мы хорошо работаем и с правительством Крыма, и с депутатским корпусом, и с медорганизациями.

Дальше, пожалуйста. *(Демонстрируется слайд.)* Вопрос о том, что это такое – информированное сопровождение граждан? Да, это важно, когда не просто прийти в больницу, когда не всегда к тебе хотят относиться так, как тебе хочется, не просто найти человека, к которому можно обратиться и сказать: помоги. Вот страховой представитель стал помощником. Я не пафосно говорю, я знаю, как это делают на практике, я прекрасно понимаю, как мы работаем сейчас во всей Российской Федерации.

(Демонстрируется слайд.)

Вопрос о том, как проводится диспансеризация. Да не получилась бы диспансеризация. У нас участвовало в диспансеризации сначала практически 5–10, 18 процентов, сейчас 60 процентов населения приходит на диспансеризацию, 70 процентов выполняют профосмотры. И мы понимаем, что мы нужны, именно наши страховые представители проводят пациента через медорганизацию.

Бережливая поликлиника. Сейчас мне пришла смс-ка с нашей статьёй в одном из средств информации, которые всегда, постоянно критикуют всё наше здравоохранение и ОМС, многое, что в этой сфере критикуется. И вот впервые мы видим такую статью. Прочитайте, пожалуйста, интересно. Журналисты увидели результаты тех действий, которые нами были предприняты. В Севастополе непосредственно за первый квартал 2017 года, страховые организации смогли очень много решить этих проблем, они смогли решить очень многие вопросы. Да, не умаляются действия губернатора, не умаляются действия правительства и всех остальных структур, но верят-то им, а не нам с вами, сидящим здесь, и не медорганизациям, иногда и не врачам даже. *(Демонстрируется слайд.)*

Страховые представители третьего уровня. Очень важный процесс. Да, мы выходим на то, что рабочие места у нас есть везде. Я могу так сказать. И можно улыбаться, можно считать, что я говорю неправду, но приезжайте, посмотрите. Когда на рабочем месте страхового представителя мы видим ЭКГ пациента, которого не хотят с инфарктом миокарда отправить на экстренную госпитализацию, он решает эти проблемы.

И самое последнее. Мы можем обвинять страховые организации во всём. Следующий слайд, вот этот слайд, пожалуйста, оставьте, остановитесь на нём. *(Демонстрируется слайд.)*

2014 год. А почему никто не говорит, что это был такой сложный период, когда все страховые организации вошли в систему и за полгода застраховали более 90 процентов населения. Почему, когда они помогли и вошли в систему, надо их лишить финансирования и распределить то, что не было там, там просто не было денег. И они научили, вместе с нами, фонд и руководящие структуры. Да, мы приехали организовывать систему четыре года назад. Более 30 территориальных фондов включились в работу, федеральный фонд их направлял.

А теперь, участники «круглого стола», скажите, пожалуйста, ведь легко всё разрушить. Проблем много, я считаю, каждая проблема должна быть обоснована и решение её возможно сейчас, через

месяц, через год, через три года. Но я ещё хочу вот на что обратить ваше внимание. Сложности есть в здравоохранении, сложности есть в системе ОМС, и никто это не отрицает. Сложности есть в экспертизе, и очень серьёзно мы говорим об этом – о правильности, о достоверности экспертизы, о возможности проверки её выводов независимыми экспертами. Но давайте просто решать вопросы. Мы решим, у нас серьёзная команда стала. Это кому-то, вероятно, не нравится наша команда. Она, правда, структурна, прозрачна, и каждый отвечает за свои действия. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое, Татьяна Юрьевна.

Я думаю, что у нашего «круглого стола» нет задачи что-то разрушить – такой задачи нет совсем. Да и вообще, я думаю, речь идёт не о претензиях. У нас сегодня это не прозвучало, но тем не менее стремимся мы всегда только к гармонии. Когда мы слушаем друг друга... Вы же знаете, я уверен, что многие занимались музыкой. Самое главное в ансамбле – это уметь слушать другого, а не играть на своём инструменте громче всех. Сегодня Дмитрий Юрьевич говорил уже об этом.

Николай Фёдорович Герасименко, пожалуйста. Николай Фёдорович, 3–5 минут, пожалуйста.

Герасименко Н. Ф. Добрый день, уважаемые коллеги.

Я хотел бы остановиться, на мой взгляд, на наиболее важных проблемах не только страховых организаций, но самой системы.

Алтайский край и Кемеровская область ещё в 1991 году участвовали в эксперименте страхования. И тогда мы определяли сами по указанию Верховного Совета взнос, он у нас был 10,9, а в Кемерово – 11, и мы полтора года очень хорошо жили. У нас была система как в Германии, то есть больничные кассы.

Но я бы на следующих задачах сейчас хотел бы остановиться. Первое, у нас всё-таки недостаточный взнос на медицинское страхование: 5,2 – это мало. Недаром у нас всё здравоохранение испытывает серьёзную потребность в ресурсах, и даже Кудрин и то предлагает увеличить финансирование. Поэтому одно из решений – это надо увеличение взноса на медицинское страхование.

Второй вопрос. Все прекрасно знаете, что означает так называемая оптимизация, реорганизация, сокращение медицинских организаций первого уровня. Это происходит не от злой воли руководителей на местах, а просто от того, что они недостаточно финансируются. И у них норматив финансового обеспечения первичной медицинской помощи не обеспечивает не то что элементарной рентабельности, но даже оплату коммунальных услуг и так далее. Поэтому одно из важнейших решений необходимо – это увеличение норматива финансовых затрат для первичной медицинской помощи больниц первого уровня.

Третий вопрос. О работе страховых медицинских организаций. Написано много очень для страховых медицинских организаций, но я совсем не понимаю, почему страховые медицинские организации должны отвечать за снижение смертности, даже здравоохранение не должно отвечать за снижение смертности. Это функция государства. За летальность, я согласен, летальность больничная и так далее. Дальше. Ответственность за диспансеризацию. Но опять же: за диспансеризацию всю жизнь отвечали поликлиники, и качество диспансеризации влияло на качество работы врачей. Кто тоже давно работает, помнит новый хозяйственный механизм, как предтеча медицинского страхования, когда поликлиника являлась фондодержателем и в зависимости от количества обострений язвенной болезни, инфаркта, инсульта и так далее, определялась функция и работа врачей. Эта функция поликлиники.

Дальше, профилактика. Понять не могу, почему страховые компании должны заниматься профилактикой, когда их святая обязанность оплачивать медицинскую услугу и защищать застрахованного пациента, выбирать больницу. Для профилактики у нас есть специальная программа – профилактика неинфекционных заболеваний, формирование здорового образа жизни. Поэтому необходимо вот эти вещи разделить.

Дальше. Страховые медицинские организации не очень могут участвовать в формировании, допустим, нормативов затрат и заказов. Это делает орган управления здравоохранения на местах. Страховые медицинские организации не очень-то допускаются к этому делу. Дальше. Когда выдали нормативы, там много очень субъективного.

Поэтому сейчас, я считаю, очень важно определить функции, и может быть даже законодательно, страховых медицинских организаций, тех же страховых представителей, да. Вот сейчас много говорят о так называемой бережливой поликлинике. Раньше это называлось научная организация труда. Раньше было как: умный главный врач утром, если случилось столпотворение в регистратуре, вместо двух врачей ставил пять. И снимали этот вопрос. Ну, сейчас полосы нарисовали, вывесили и так далее. Это что-то, может, даёт. Но я говорю – это не основное, всё-таки основное – защита пациента и его сопровождение. И уже говорили, не буду останавливаться на том, что по-прежнему накладывают штрафы, потом по разным причинам не оплачивают больничные полисы. Допустим, сменила женщина фамилию, вышла замуж, и из-за этого по одной страховой компании ей лечение не оплачивают. Ну, и куча подобных ситуаций. Все об этом говорили. Поэтому необходимо всё-таки здесь не зарабатывать на недоплате, особенно это касается, подчёркиваю, первичного звена. Если крупным

больницам, и то больно, то в маленькой больнице недоплата составляет 10, а иногда и 12 процентов, это особенно больно.

Поэтому предлагаю создать действительно рабочую группу и распределить всё-таки по функциям, что надо делать страховым компаниям, а что нет, чтобы за дитё не отвечало семь няnek. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Слово предоставляется Сергею Валентиновичу Плехову, заместителю генерального директора страховой компании «Согаз-мёд». Пожалуйста, покороче.

Плехов С. В. Спасибо.

Уважаемый председательствующий, уважаемые коллеги, я постараюсь действительно короче. Прошу дать презентацию. *(Демонстрируется слайд.)*

У нас постоянно уже на протяжении ряда лет наблюдаются попытки противопоставить страховые компании медицинским организациям. Это какое-то несуществующее противостояние.

Я хочу сказать: в первую очередь, и это логично, страховые компании защищают, обеспечивают интересы застрахованных. И безусловно в первую очередь стоят на позициях защиты прав и интересов застрахованных. *(Демонстрируется слайд.)*

Но, действительно, в рамках нашего взаимодействия в системе ОМС с субъектами мы понимаем, что именно от качественной работы медицинских организаций зависит качество медицинского обслуживания наших застрахованных. Поэтому ни в коем случае страховые медицинские компании не работают против медицинских организаций, это либо заблуждение, либо намеренно кто-то дезинформирует. За последние годы значительно снизились отчисления от штрафов на ведение дел страховых компаний за некачественно оказанную медицинскую помощь. Значительная, подавляющая доля этих средств возвращается в систему ОМС, в фонды и опять используется на оплату медицинской помощи. А фактически средства опять перераспределяются в рамках этого процесса по результатам оценки качества медицинской помощи от тех медицинских организаций, которые работают менее качественно, в пользу тех, которые работают более качественно. Надо об этом помнить.

И, как правило, те, кто больше всего кричат, якобы давайте не дадим страховым компаниям заниматься вневедомственным контролем качества, это те, которым проще так решать вопросы с вот этими результатами экспертизы. Это надо понимать.

Если мы всё-таки за то, чтобы деньги следовали за пациентом и за качественно оказанной медицинской помощью и были для медицинских организаций стимулами повышать качество медицинского обслуживания, тогда надо улучшать работу страховых компаний по контролю качества.

Как же мы будем защищать права застрахованных, если мы не сможем посмотреть качество медицинской помощи? К нам приходит очень много жалоб застрахованных, мы проводим экспертизу качества целевую, и хочу сказать, что мы стоим на защите интересов медицинской организации, если она качественно оказала медицинскую помощь. Мы почти в половине случаев по результатам нашего экспертного контроля объясняем застрахованным, что их жалобы не обоснованы, таким образом защищая медицинскую организацию от необоснованных нападков.

А там, где наши эксперты определили, что жалобы обоснованные, извините, процент обжалования наших решений медицинскими организациями практически близок к нулю. И более того, когда мы медицинской организации объективно показываем результаты нашего экспертного контроля и что они не правы, что нарушены права застрахованных, в 95 процентов случаев (это статистика) в досудебном порядке медицинские организации принимают наши экспертные заключения и восстанавливают как организационно, так и финансово нарушенные права застрахованных.

Я хочу сказать, что очередной миф о противостоянии страховых компаний и медицинских организаций был развеян в ходе реализации вот этого пилотного проекта «бережливая поликлиника». *(Демонстрируется слайд.)*

Когда он пошёл в работу, мы увидели неподдельный интерес медицинских организаций как раз к нашему вневедомственному контролю качества, к его результатам, к нашим опросам, к нашей маршрутизации персональной работы с застрахованными по привлечению к диспансеризации. *(Демонстрируется слайд.)*

И мы действительно впервые оказались в одной лодке с медицинскими организациями, оказались заинтересованы одним и тем же результатом на повышение качества медицинской помощи. Вот этот пилот, который прошёл с начала год, он как раз дал очень хорошие результаты и сейчас он уже реализуется в национальный проект, утверждённый советом при Администрации Президента России. И мы будем как раз обрабатывать эти компетенции. Сейчас страховые компании введены в этот проект в качестве ключевого участника на этапе контроля качества медицинской помощи и оперативной отработки с медицинскими организациями вопросов повышения качества на этапе участия в диспансеризации, на этапе участия в вопросах защиты прав застрахованных. Поэтому именно вот это позитивное взаимодействие наметилось вот сейчас, очень чётко проявилось в результате.

Вот они, компетенции. *(Демонстрируется слайд.)*

И ещё следующий слайд страховых медицинских организаций. Мы отработали сейчас прекрасные технологии. Экспертиза делается ежемесячно. То есть, на следующий месяц-полтора мы уже имеем результаты экспертизы, которые представляем медицинским организациям. И в рамках этого проекта, вместе с организаторами здравоохранения, органами управления здравоохранением (дайте следующий слайд) принимаем как раз оперативные решения для того, чтобы качество повышалось, для того, чтобы удовлетворённость росла, и это мы видим по опросам населения. *(Демонстрируется слайд.)*

Об этом сегодня говорили коллеги. То есть вот это та модель синергии страховых компаний, медицинских организаций в интересах застрахованных для того, чтобы (дайте, пожалуйста, следующий слайд) достичь лучших результатов. *(Демонстрируется слайд.)*

Это работа страховых представителей. Мы отработываем технологии на уровне страховых представителей и организаторов медицинских организаций для того, чтобы быстро их принимать. Предлагаем эти технологии синергии развивать. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Коллеги, если вы чувствуете, что кто-то говорил уже об этом, вы сошлитесь на него. Потому что концепция ясна. Нет сомнения в правильности, справедливости ваших слов. Мы действительно все стремимся к справедливости. И тогда я хочу обратиться к представителям страховых компаний и обратить внимание на то, что сама медицинская экспертиза качества – это очень сложный механизм, очень сложный. И вот Тамара Ивановна, она говорила об этом. Вынуждены найти настоящих экспертов в соседнем медицинском учреждении в городе, в котором, например, по определённому профилю они единственные. Это очень непросто. И, может быть, для немедиков всё так на бумаге легко. Но в жизни это, на самом деле, очень сложно и мы-то как раз, я обращал на это внимание в первых же словах, говорим о настоящей медицинской экспертизе. Не поставленные подписи или неупомянутая группа крови на лицевой стороне истории болезни. Хотя и это важно, без сомнения. Но не эти замечания. Эти замечания (сегодня говорили) может делать машина. Машина обыкновенно смотрит: правильно сделана история болезни или нет. А вот антибиотикотерапия, антибиотикополитика, профилактика внутрибольничной инфекции и многое, многое другое, требует такого интеллекта, который, конечно, может быть только в условиях синергии, я с вами здесь соглашусь.

Александр Владимирович Саверский, президент общероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов». Будьте добры, Александр Владимирович, ваш взгляд на проблему. Пять минут.

Саверский А. В. Спасибо, уважаемые коллеги!

Прежде всего, надо сказать, что защита прав застрахованных – это всё равно что защита прав... *(Не разборчиво.)* Но представьте, что вы застрахованы по КАСКО и ваши права застрахованы, защищает ваша страховая компания. Или то, что вы купили в магазине, защищает сам магазин вас от самого себя. Вопрос: кто сейчас защитит застрахованное лицо от страховых компаний?

Вопрос на самом деле серьёзный, потому что в основе страховой компании лежит такой неустрашимый конфликт интересов, как у любого частного бизнеса: больше получить, меньше отдать. Это всем должно быть очевидно. Поэтому, когда вы говорите, что сейчас, получив, скажем так, синергетический удар от Президента России, всё это выстраивается, насколько-то этого хватит, а потом бизнес-интересы всё равно своё возьмут. Коллеги, вы знаете, я ко всем вам, кто тут представляет страховые компании, очень хорошо отношусь. Но то, что вы сейчас делаете, вас похоронит через несколько лет. Вы на себя столько берёте, что никогда не унесёте. Вот сейчас вам Николай Фёдорович говорил, сколько вы на себя взяли. Профилактику. Вы что, за профилактику будете отвечать? Нет, по серьёзному? А за защиту прав пациентов? Вы действительно готовы выплачивать какие-то компенсации? По-серьёзному решайте эту проблему, это вообще функция Росздравнадзора. Конфликт интересов есть. Он не устраним. Это частный капитал. Всё что угодно можете говорить, но так и есть.

Должен быть научный анализ в основе. А наука-то где?!

Научный анализ начинается с того, что во всём мире роль государства усиливается в системах здравоохранения и понятно почему – потому что государство у нас выполняет роль основного страховщика, ни в коем случае не вы, а государство.

И когда понимаешь, что у нас на самом деле государство – страховщик, вот тогда всё становится на свои места. А вы-то здесь причём?! Вот пример защиты прав пациентов... Но какое, простите меня, отношение имеет функция страхования к функции защиты прав пациентов? Мы почему вдруг стали подменять страхование защитой прав пациентов? Это откуда взялось вообще?! Лишь бы работу какую-то найти что ли, оправдать существование? Ну, простите, так проблемы на государственном уровне не решаются. И вот если так отнестись к пониманию страховщика, к пониманию кто у нас страховщик истинный, тогда слова Президента России о развитии страхования выглядят совсем по-другому, просто совсем. Понимаете?

То есть вы говорите, что надо развивать страховщиков, которые страховщиками не являются, а, оказывается, надо государственное страхование усиливать, а вы-то у него пытаетесь опять отнять эти функции и вернуться на сто лет назад.

Почему, Леонид Михайлович, это удаётся в Германии? Да понятно – там была динамика определённая, от частного конкретного человека. Пациента в систему страхования, в его интересах, выстраивали через частные компании страховые. Но это функция всё равно потихоньку даже там уходит государству. Но мы-то в другой уже парадигме находимся, мы уже шагнули вперёд и пытаемся откатиться назад на сто лет. Зачем? Потому что нет понимания, что у нас страховщик – это государство, а не частные компании, которые так себя называют почему-то по закону.

Возьмите закон о страховом деле и посмотрите, кто такой страховщик, и поймёте, что они никакие не страховщики.

Вот понимаете, мне неловко, когда я слышу просто чушь откровенную про социальный заказ, сформированный руководством страны. Простите, это что такое вообще?! Социальный заказ формируется населением объективно из его потребностей, необходимостей и так далее, а у нас государство, оказывается, формирует социальный заказ. В таких категориях вообще невозможно ничего решать, это абсолютно не научный подход.

Ну, в целом я, наверное, всё сказал.

Да, и по цифрам. Мы вот внесли проект закона, где просто разносим функции страховщиков между территориальными фондами и Росздравнадзором, соответственно, финансовые территориальные фонды все уходят, а контрольные функции, как и полагается, должны быть в Росздравнадзоре. Зачем ещё Росздравнадзор существует, я не пойму? Там должна быть вся система административной ответственности и без всяких этих частных игр. Чем больше заработал, тем больше получил. Понимаете? Всё ясно и понятно, на штрафах. Как у нас привыкла вся страна. На дороге чего-нибудь не так сделал – сто рублей заплатил. Вот что должно быть. А мы что обсуждаем?!

Значит, и возвращаясь к цифрам. Вот вы говорите, что 82 процента опрошенных у вас за страховщиков, но в это же самое время тот же самый ВЦИОМ отметил, что с 2014 по 2016 год недоверие населения к врачам выросло с 35 до 55 процентов, на 20 процентов за два года. Это катастрофа. И приговор всему тому, что вы сегодня здесь обсуждаете.

Вы про врачей говорите.

Председательствующий. Спасибо большое.

Коллеги, у нас есть регламент, это позволяет нам слушать абсолютно противоположные точки зрения спокойно. Вот чем Государственная Дума хороша, здесь все могут сказать всё, что хотят.

Я бы вот только поддержал, может быть, выступающих в отношении бережного отношения к социологическим опросам.

Коллеги, что такое удовлетворённость населения, допустим, медицинской помощью или кем бы то ни было? Соседом по подъезду? Ну, вы найдите в подъезде удовлетворённых друг другом людей. А это касается здравоохранения, когда человек болен, когда у него в семье беда.

Вот эти цифры, которыми мы в своих выступлениях оперируем в дискуссиях, к ним нужно относиться, на мой взгляд, очень внимательно. Тем более, когда речь идёт о здравоохранении. Это очень очень важно. На сей счёт есть масса доказательств.

Коллеги, позвольте предоставить слово Андрею Вениаминовичу Решетникову, директору Института социологии, психологии и гуманитарных наук Сеченовского университета.

Но вы же попросили научные исследования.

Решетников А. В. Уважаемый Дмитрий Анатольевич!

Я постараюсь коротко и системно подойти к данному вопросу.

Вот когда нас бросали в рынок, закон был принят в 1991 году, ОМС рассматривалось тогда как социально-экономический механизм защиты граждан в деле охраны здоровья. Ни о каком качестве медицинской помощи речь не шла, такая функция не вменялась страховым компаниям, я подчеркиваю. Компании были созданы по этому закону, с 1993 года они реализовали все свои права, были резервы. Наступил 1998 год. А Леонид Михайлович Рошаль, помните, мы с вами 1998 году, когда был дефолт в августе, когда все сели в одно место, могли 200 тысяч медицинских работников в Москве обеспечить заработной платой. За счёт чего? За счёт резервов страховых медицинских организаций, прежде всего. Это факт. Я никого не защищаю, я просто говорю, как было на самом деле. Дальше в законе от 2010 года функции страховщиков все были выхолощены, страховщики смотрятся как паразиты сейчас, это мнение не моё, это мнение социологических опросов, тех самых, о которых мы говорим. Почему так? Потому что всё, что должно быть у страховой компании, сегодня отсутствуют. Вопрос сегодня поднимался о другом – какие страховые риски, зачем рискованная модель? А как же быть в тех рисках, которые есть сегодня в ОМС и здравоохранении? Например, отказ в оказании медицинской помощи – это риск для пациента? Риск. Вот мне очень нравится, что вы меня понимаете, мне очень понравилось выступление Тамары Ивановны, она всё это прекрасно понимает.

Дальше. Замена бесплатных на платные медицинские услуги – это риск для пациента застрахованного или нет? Вот я всем хочу вопрос задать. Нанесение ущерба пациентам в момент оказания ме-

дицинской помощи – кто будет этим заниматься? Территориальный фонд будет вести расследование или органы здравоохранения? Да, они занимаются, но обязанности у кого? У страховщика. Поэтому если мы сегодня об этом говорим, давайте историю вопроса посмотрим. Кстати, ОМС – это не навязанный России метод страхования, он существовал до революции. Кстати, Ленин своими декретами в первую очередь поддержал ОМС, но там была политическая ситуация, когда вокруг больничных касс начали собираться меньшевики, и тогда этим же декретом отобрали у этих касс больничные учреждения. Это всё было в истории, я этим вопросом внимательно занимался. Ленин поддержал этот декрет об обязательном медицинском страховании всех работающих в то время.

Следующий момент. Мы сегодня очень много говорим о расходах. Вот посмотрите, я сегодня посмотрел материалы, которые нам дали. 100 рублей 45 копеек приходится на одного застрахованного в год. Это та сумма, которую тратит страховая компания на обеспечение всех комплексных прав. Много это или мало? Это меньше девяти рублей в месяц на одного застрахованного, коробок спичек стоит 10 рублей сегодня. Что это за расходы? Причём тенденция, которую вы видели на графиках – идёт уменьшение расходов на страховые компании – по итогам последних трёх лет.

Теперь очень острая тема – страховые представители. Я просто замучился об этом читать, потому что я занимаюсь постоянно этим анализом, наша кафедра занимается. Что такое страховые представители? Всё придумали про них, то, что даже министр не говорил. Страховые представители – это сами страховые компании. Спасибо Минздраву России и федеральному фонду, что мы впервые за 25 лет заставили страховые компании учиться тому, что они должны делать на самом деле: не просто закон, который никто не может дочитать до конца, изучать, а системные вещи. И наша кафедра принимала участие в разработке этой программы, и мы видим результаты. К нам приходили с 60 баллами, приходили с 90 баллами, люди не понимали даже, работая в страховых компаниях, что нужно делать. То же касается территориальных фондов.

Кстати, подчеркну ещё раз по расходам. Это обучение шло за счёт средств на ведение дел страховых компаний. Ни копейки никто нигде ниоткуда не добавил. И нужно здесь не спекулировать, а говорить честно, как есть.

Я подчёркиваю, что одного процента, который сегодня остался у страховщиков, достаточно, не нужно ничего навязывать лишнего. Я поддерживаю своих коллег, что сегодня нужно пересмотреть все функции и исключить дублирование функций страховщиков, территориальных фондов и органов по линии здравоохранения. Идёт полное дублирование.

Ещё хочу такой аспект осветить. Вот разговор идёт о том, что надо исключить страховые компании из системы ОМС. Я хочу системно подойти к этому вопросу. Тогда мы должны убрать фонды ОМС, они просто тоже не будут нужны. С 1 января 2017 года у нас нет страхового взноса, возмездного платежа по характеру, у нас единый социальный налог, нам не нужны сегодня ни фонды, ни страховые компании – если уж мы так рассуждаем и по этой радикальной схеме идём. Понимаете, да? ДМС я не беру здесь. Но налог у нас единственный с 1 января 2017 года – это носит характер безвозмездного платежа работодателя. Также нужно об этом не забывать.

Поэтому всё-таки я считаю, что мы должны продолжить дискуссию в рабочем порядке. И ещё один момент хочу подчеркнуть, который сегодня возник в недрах Совета Федерации, я прочитал документ. Вдумайтесь внимательно: возврат 50 процентов средств в случае, если пациент обратился и заплатил деньги. На каком основании? Где были сделаны расчёты? Такой проект готовится. Я ещё в 2010 году говорил, когда обсуждал закон № 326, о внесении такой поправки, её выкинули тогда. Но сейчас это очень актуально.

Разрешить на уровне лечебного учреждения совмещение потоков ДМС... Совершенно правильно вы говорите, они сегодня вылетели у нас. Невозможно, государственные услуги получить на свой счёт, если человек пришёл обслуживаться по ОМС.

Нужно категорически сегодня внести эту поправку... Потому что это огромный поток денег, который мог бы прийти в наши государственные учреждения. Это на первом этапе. На втором этапе – разрешить для частных учреждений.

Я поддерживаю Тамару Ивановну ещё в том плане, что (она про страховые компании сказала) необходимо ввести разрешительный принцип для работы частных медицинских организаций в системе ОМС. Не уведомительный, как он сегодня существует, а именно разрешительный.

Поддерживаю и то, что касается страховщиков. Это правильная мысль. Это боль. Сегодня представители субъектов Федерации об этом не сказали.

Поэтому я считаю, что дискуссия очень полезная. И надо, наверное, уже всё-таки рабочую группу создавать и там детально эти вопросы прорабатывать.

Председательствующий. Спасибо большое.

Слово предоставляется Алексею Анатольевичу Старченко, заместителю генерального директора «РГС-Медицина».

Коллеги, у нас остаётся 53 минуты. Пожалуйста, давайте попробуем все по три минуты.

Старченко А. А. Слайд, пожалуйста. *(Демонстрируется слайд.)*

Уважаемые коллеги! Уважаемый председатель! Поставленная Президентом России в 2015 году задача внедрения страховых принципов в системе ОМС сегодня решается, в том числе, институтом страховых представителей третьего уровня. Эти страховые представители, которым и я, в частности, являюсь, обеспечивают сегодня базовые права пациента и предупреждают как раз те основные риски, о которых говорил предыдущий оратор. Это отказ в оказании медицинской помощи, навязывание платных услуг и нанесение ущерба здоровью.

Таким образом, новация современного этапа развития ОМС – это переход от ретроспективной констатации нарушения прав гражданина к восстановлению нарушаемого права пациента здесь и сейчас. И сегодня страховой представитель третьего уровня должен переводить страховые риски пациента в риски страховых медицинских организаций. В Росгосстрахмедицине с конца 2016 года сформирован отдел информационного сопровождения. Работают реально 149 врачей-экспертов третьего уровня, которые реализуют эти задачи по разным специальностям, в том числе и клиническим, и по организации здравоохранения. *(Демонстрируется слайд.)*

Говоря о роли страховой медицинской организации в сфере ОМС, представляем конкретный проект – пример практической реализации деятельности страхового представителя третьего уровня в отношении пациентов, которые были выписаны после стационарного лечения инфаркта и инсульта практически в 40 субъектах Российской Федерации.

Предотвращение ухудшения состояния здоровья на амбулаторном этапе – это реализация права пациента с инфарктом и инсультом по итогам диспансерного наблюдения на своевременное и плановое проведение инвазивного вмешательства. Медицинским основанием такого заключения являются клинические протоколы, в том числе и ассоциации, указанной здесь, где с максимальной степенью достоверности указано, что реваскуляризация миокарда улучшает прогноз заболевания пациента и снижает риск его смерти.

На первом этапе страховой представитель третьего уровня в IV квартале прошлого года и в I квартале этого года осуществляет контроль определения врачом риска смерти пациента по шкалам Минздрава России, контроль диспансерного наблюдения после выписки пациента с инфарктом и инсультом. Затем контроль направления пациента на консультацию к кардиохирургу и нейрохирургу, потому что это он решает эту проблему, а не само по себе диспансерное наблюдение и поглаживание пациента по руке. И на третьем этапе – перевод больного из группы высокого риска в группу низкого риска после проведения этого самого инвазивного вмешательства. Ну и, конечно, собственно, контроль диспансерного наблюдения после инвазивного вмешательства. *(Демонстрируется слайд.)*

Сегодня страховые представители третьего уровня осуществляют... *(Не разборчиво.)* Мы начали проведение тематических экспертиз диспансерного наблюдения, в том числе выбрали наиболее стигматизированную группу. Это пациенты, которым в рамках госпитализации (острого коронарного синдрома и острого нарушения мозгового кровообращения) не было проведено инвазивное вмешательство. Треть этих пациентов в течение первого года погибают. Кроме этого, сюда же выбраны пациенты, к которым в течение месяца вызывают карету «скорой помощи» более трёх раз.

Мы проводим опрос пациентов с целью выявления дефектов преемственности оказания медицинской помощи и качества диспансерного наблюдения. И начали работу страховых представителей в школах пациентов реально и в школах правовой грамотности пациентов. И, кроме того, мы сегодня работаем и с врачами в рамках врачебных конференций и врачебных комиссий, потому что сегодня врачи не знают требований порядка оказания медицинской помощи. *(Демонстрируется слайд.)*

Получены промежуточные результаты деятельности страхового представителя третьего уровня по этой проблеме. Во-первых, число выполненных инвазивных вмешательств в остром периоде, как правило, ниже целевого показателя территориальных программ. Во-вторых, по данным более 7 тысяч анкетированных пациентов, порядка 25–30 процентов пациентов на момент инфаркта и инсульта находились на диспансерном наблюдении. В-третьих, выписные эпикризы с рекомендациями стационара сегодня представлены в 70 процентах амбулаторных карт, и они сегодня доносятся самими пациентами, канала передачи такой информации не существует.

В результате тематических экспертиз, представленных в таблице, вы видите, что 25 процентов жителей областных центров сегодня не получают консультации у кардиолога, а 90 процентов жителей райцентров тоже не получают сегодня консультации кардиолога, который предусмотрен нормативными документами.

Нами сформулированы конкретные предложения по принятию управленческих решений. *(Демонстрируется слайд.)*

Первое. Обеспечить преемственность в оказании стационарной и последующей поликлинической помощи и разработать механизм передачи выписных эпикризов. Страховой представитель третьего уровня по защищённым каналам связи может осуществить сегодня эту преемственность передачи эпикриза от стационара к врачу поликлиники.

Второе. Согласование между заинтересованными сторонами единых критериев экспертной оценки профилактических мероприятий. Это ответ как раз Тамаре Ивановне, которая говорит о том, что экспертов на территории, которые могли бы проверять лечебные учреждения, нет. Если мы с вами выработаем единые критерии для карты дефектов, то любой эксперт на территории будет одинаково оценивать дефект вне зависимости кандидат он или доктор медицинских наук, профессор или рядовой врач. Это нужно консенсусно решить на территории.

Следующий момент. Согласованные между сторонами единые критерии экспертной оценки профилактических мероприятий. Сегодня вообще отсутствует описание профилактических мер как технологий и отсутствуют критерии их оценки, а это необходимо. Необходимо наладить информационный обмен между заинтересованными сторонами, особенно с пациентом о дате и месте консультаций кардиохирурга и нейрохирурга. Страховой представитель третьего уровня готов информировать об этом пациента и консультанта. Почему это очень важно? Потому что сегодня, конечно, на консультацию к кардиохирургу и нейрохирургу пациенты после инсульта и инфаркта практически не направляются. А только он может решить кардинально их проблему.

Кроме этого, необходимо совершенствование нормативной базы диспансерного наблюдения. Неосложненные, нетяжелые варианты после инфаркта, инсульта необходимо наблюдать у терапевтов вместо кардиолога, потому что сегодня повсеместно порядок оказания медицинской помощи не выполняется, и, следовательно, мы должны в него вносить коррективы, и сегодня уже достигнута договорённость о формировании рабочей группы главных специалистов министерства по профилактической медицине и терапии и экспертов страховых компаний с целью выработки этих единых критериев.

Председательствующий. Будьте добры, время у вас закончилось.

Старченко А. А. Следующий слайд. *(Демонстрируется слайд.)* Сегодня страховые компании, переходя от частного проекта к общему, решают разные вопросы, в том числе и предотвращение ухудшения здоровья информированием всех заинтересованных сторон, здесь представлены технологии. Формирование страховым представителем третьего уровня у пациента понимания необходимости лечения происходит путём обращения напрямую к пациенту. И, наконец, предотвращение ухудшения состояния у онкологических больных. Это сегодняшняя реализация поручения Президента России от 14 декабря 2017 года по итогам большой пресс-конференции.

И последний слайд. *(Демонстрируется слайд.)* Я хочу ответить тоже многим страховым представителям, тем, которые говорили, что и науки нет, и практики нет. Сегодня мы вместе с Национальной медицинской палатой разработали карту дефектов, которая размещена на сайте. Вы можете её скачать, желающие могут получить. Это и есть единство экспертной практики, когда по схожим экспертным случаям все эксперты принимают единое экспертное решение. Это и есть работа страхового представителя третьего уровня, то есть моя. Спасибо.

Председательствующий. Алексей Анатольевич, спасибо большое. Нужно быть очень и очень аккуратным в суждениях нам всем и особенно в оценках медицинских действий. Люди не случайно учатся целых 10 лет, я это повторяю всё время в стенах Государственной Думы. Для того чтобы одно отличать от другого нужен опытный доктор. Машина заменить его не может. И вот в этом вся суть нашей странной жизни. Вчера только вспоминал гениальные слова Боткина – «в диагностике заболевания симптомы не перечисляют, а взвешивают». Взвешивают – вот он где опыт и интуиция.

Слово предоставляется Валерию Александровичу Шилякину, директору ФОМС Свердловской области. Будьте добры, динамично, а то ограничим в выступлениях других коллег.

Шилякин В. А. Спасибо. Ну, собственно, сегодня прозвучали тезисы по поводу сутевой экспертизы в отличие от формальных подходов, я как раз хотел бы об этом несколько слов сказать.

Откройте первый слайд. Два слова о субъекте. *(Демонстрируется слайд.)*

У нас больше 200 медицинских организаций в системе ОМС, из которых четверть это частные и разных форм собственности (негосударственных). И по страховым компаниям тоже хотел внимание обратить на нижнюю часть строки, не так давно мы были лидерами по числу страховых компаний в субъекте Федерации, у нас было больше 16 компаний, сейчас у нас их шесть, три федеральные и три региональные. *(Демонстрируется слайд.)*

И вот, переходя, собственно, к теме количества, хотел бы сказать, что мы находимся в таком тренде, который задан федеральным фондом по переходу как раз к сутевым замечаниям качества в отличие от формальных подходов, которые, собственно, были раньше, когда компании вынуждены были просто выполнять норматив экспертной работы.

На слайде видна динамика за три последних года, число замечаний по качеству медицинской помощи, оно растёт, и снижается число замечаний как раз по формальным подходам, это те самые замечания, о том, что где не там поставлена запятая в истории болезни, неразборчивый почерк или что-то ещё. *(Демонстрируется слайд.)*

Ну, собственно, вот работа в субъекте Федерации, как раз работа фонда и страховых компаний в отношении перехода в большей степени именно к тематическим экспертизам по определённым

проблемам субъекта, для того чтобы выявлять системные нарушения, их исправлять и тем самым повышать качество оказания медицинской помощи в регионе.

Вот это короткая информация по одной из таких экспертиз, то как раз по больным с новообразованиями, с точки зрения обезболивания. Надо сказать, что по итогам проведённой экспертизы, не так много замечаний по назначению сильнодействующих обезболивающих препаратов. Ну, а замечания, которые были, мы совместно с органами управления здравоохранения исправляем. *(Демонстрируется слайд.)*

Ну, вот, собственно, такой слайд интересный. Это система оказания медицинской помощи ... в субъекте Федерации... Почему мы на это обратили особое внимание? Поскольку, во-первых, это одно из основных внесений в статистику смертности и инвалидизации в этом регионе, второе – это, собственно, финансово значимая вещь, поскольку лечение одного пациента колеблется в диапазоне от 200 тысяч до миллиона рублей, это стоимость расходов, которые несёт государство. Притом мы выбрали в отдельную экспертную деятельность с коллегами, это повторные инсульты у застрахованных, возрастом до 60 лет, то есть в работоспособном возрасте. И выявляя систему нарушения на каждом этапе, мы выправляем, собственно, системные ошибки, которые есть в субъекте Федерации и недочёты, для того чтобы повысить качество оказания помощи и тем самым снизить летальность и снизить инвалидизацию. *(Демонстрируется слайд.)*

Ну, вот, собственно, два случая, которые у нас выбираются программным обеспечением, доступно оно для страховых компаний, в принципе, даже для лечебных учреждений. Две судьбы пациентов в диапазоне от года до полутора лет, когда повторный инсульт заканчивался либо летальным исходом, либо, собственно, повторным лечением. Видно, что на каждом этапе есть дефекты в оказании медицинской помощи. Вот пациент номер один не был взят на диспансерное наблюдение в поликлинике, не была назначена соответствующая терапия, поддерживающая его состояние, это закончилось повторным инсультом и летальным исходом.

Надо сказать, что экспертизу мы дважды провели в 2017 году. Сейчас был такой системный разбор тех случаев вместе с Министерством здравоохранения Российской Федерации коллегами из лечебных учреждений и страховых компаний. Мы планируем проведение повторной экспертизы, о чём в самом начале нашей дискуссии говорил Андрей Дмитриевич Рыжаков. Как раз у нас в марте плановая экспертиза, срез, насколько это было исправлено в субъекте Федерации, для того чтобы те ошибки дальше не допускать. *(Демонстрируется слайд.)*

Завершая доклад, хочу сказать, что мы в субъекте Федерации приняли решение, что пойдём по пути выработки таких же системных подходов в других профилях, для того чтобы как раз выявлять системные нарушения и проблемы исправлять системно, не занимаясь каждым отдельным случаем.

Ну, и второе. Я всё-таки соглашусь с коллегами, что роль страховых компаний во вторичной профилактике всё-таки есть. Собственно, одна из их функций контролировать, насколько регулярно пациенты посещают диспансерный учёт, как наблюдаются те, кто перенёс инсульт или ОКС, насколько чётко проводится, собственно, лекарственная терапия, для того, чтобы профилактировать повторные заболевания.

Спасибо.

Председательствующий. Благодарю вас.

Коллеги, обращаю внимание на то, что время у нас немного. Поэтому, может быть, предложил бы вам начинать свой доклад со слов: я считаю, что, а ещё лучше: я считаю, что надо.

Послушаем коллег из регионов как можно больше. Аксёнова Елена Александровна, директор ФОМС Пензенской области. Будьте добры, коротко, пожалуйста.

Аксёнова Е. А. Спасибо.

Дмитрий Анатольевич, Наталья Николаевна, я постараюсь коротко. Слайдов у меня нет. Постараюсь на цифрах рассказать, каким образом мы работаем.

Итак, первое, о чём я хотела бы рассказать, это экспертиза качества. Для Пензенской области в 2017 году было проведено более 200 тысяч экспертиз. Что я здесь хотела сказать? Что приказом Фонда обязательного медицинского страхования в 2017 году было предусмотрено, что каждый дефект оформляется отдельным актом. То есть мы приближаемся к тому, чтобы руководитель медицинской организации более пристально смотрел на те дефекты, которые выявляются страховыми медицинскими организациями.

Какую картину мы получили за первое полугодие, каково мнение руководителей медицинских организаций, что же мешает нашим врачам качественно оказывать медицинскую помощь? Лично я очень удивилась: оказывается, ничего. То есть нужно просто повышать квалификацию наших медицинских работников.

В связи с этим, я хотела бы отметить, что мы говорим сейчас о роли страховых компаний, о том, чтобы они более внимательно общались с нашими врачами, а мне хотелось бы обратить внимание на то, чтобы и медицинское сообщество более корректно реагировало на результаты экспертиз и принимало более опе-

ративные решения. Что касается института страховых представителей, то цифры за последний год тоже впечатляющие. Например, для нашей Пензенской области. Я знаю, вы захотите услышать от меня, что нужно делать? Коротко скажу, что вопрос о том, чтобы переложить всю работу страховых представителей на роботов, невозможен. Потому что страховой представитель третьего уровня, тот, который будет контролировать, каким образом будет производиться диспансерный учёт, осуществляет исключительно личный контакт с пациентом. Это невозможно сделать никакой машине. Если коротко, то всё.

Председательствующий. Спасибо вам большое, Елена Александровна.

Пожалуйста, слово предоставляется Линару Рустамовичу Гарифуллину, Республика Татарстан, генеральный директор страховой компании «Ак Барс».

Гарифуллин Л. Р. Страховые компании – это, прежде всего, конкуренты друг другу. А конкуренция – это двигатель прогресса. Мы конкурируем за пациентов, за застрахованных. Если у тебя нет застрахованных, нет РВД, ты не можешь развиваться, ты не можешь оплатить экспертов, не можешь содержать штат. А если ты не можешь своему застрахованному или потенциальному застрахованному за 30 секунд объяснить, почему он должен к тебе перейти, иметь твой полис, то значит ты несостоятельный и не можешь ничего нового и полезного для него сделать. Вот на этом мы в своём регионе и концентрируемся. Потому что мы должны осознавать, для чего мы созданы и что полезного, что хорошего мы делаем для наших застрахованных, для жителей республики, нашей страны.

Мы являемся региональной компанией, достаточно крупной, одной из самых крупных. И мы всегда себе задаём вопрос: что мы предлагаем, чем мы интересны, почему застрахованный должен быть с нами? С 2012 года мы ведём проект, он называется «Здесь и сейчас». В чём его как бы основа. Человек, когда приходит в поликлинику, в больницу может обратиться в контакт-центр и задать любые вопросы, если у него есть проблемы. Пока наш застрахованный пациент не ушёл из поликлиники, из больницы, его проблема должна быть решена. В таком случае он видит практическую пользу от наших действий. Если медицинское учреждение с нами идёт на сотрудничество, у нас все есть контакты, все сотовые телефоны, и если что-то не так идёт, то выезжает бригада, не стеснясь, и прямо на месте разбираемся до тех пор, пока наш застрахованный не будет удовлетворён. Чтобы было проще и понятней, мы в ведущих наших клиниках повесили стенды с одной кнопкой. Подошёл, снял трубку, нажал кнопку и ты уже на связи с нашим контакт-центром. И это уже осуществляется пять лет, больше пяти лет. В год мы принимаем примерно по 15 тысяч обращений по данному каналу. И, соответственно, доля застрахованных у нас не уменьшается, а где-то даже увеличивается.

Следующий проект. Это «круглые столы». Анализируя обращения застрахованных, мы увидели ещё давно, что проблема лежит в чисто организационном плане для пациента. Для того чтобы вопросы решались быстро и понятно, мы решили организовывать «круглые столы», где участники – активные застрахованные, активные пациенты, актив больницы, и мы как организаторы, как медиа-сопровожающие. На этих площадках (на фотографиях видно, как собираются люди) и полтора – два часа идёт обсуждение дискуссионных вопросов – что нам надо сделать, чтобы стало лучше. Там и ругают, и хвалят, всё происходит. Но после этого больница начинает меняться к лучшему.

Следующий проект. Это единый день информатизации. Смс-оповещения, почтовые открытки и так далее, это всё хорошо, это всё важно, мы всё это делаем. Но мы же понимаем, что зачастую в большом информационном потоке это теряется или человек не всегда эту смс-ку прочитает так, как нужно. Поэтому раз в месяц в последнюю декаду квартала мы делаем с помощью порядка 330 бригад подомовой обход, рассказываем, какие возможности для поддержания здоровья у человека есть. И главное ещё – мы узнаем, какие проблемы у человека, какие проблемы он испытывает в лечебном учреждении, каких врачей не хватает здесь.

Если можно, ролик запустите, пожалуйста. Вот буквально 15 секунд. Вот зашли в дом, весь менеджмент выходит, спрашивает, проводит анкетирование: у вас диспансеризацию проходят, какие проблемы вы испытываете.

Над чем мы сейчас работаем, над чем мы размышляем? Мы должны переходить на новый уровень взаимоотношения с пациентами, на новый уровень отношений, в принципе, включать понятие менеджмент здоровье наших застрахованных. И он должен формироваться на цифровой основе для того, чтобы машина могла считывать основные проблемные зоны, выставлять «медицинский будильник», и чтобы наши страховые представители третьего уровня подключались к этой проблеме, которую мы в машину ввели.

У меня всё. Спасибо за внимание.

Председательствующий. Спасибо большое.

Коллеги, позвольте представить слово Ратманову Михаилу Александровичу, Северная Осетия – Алания, министр здравоохранения.

Ратманов М. А. Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемая Наталья Николаевна!

На территории Республики Северная Осетия – Алания в сфере обязательного медицинского страхования осуществляют деятельность два филиала, это РГС «Медицина» и ООО «ВТБ страхование». Причём 83 процента застрахованного населения это РГС «Медицина» и 17 – «ВТБ страхование».

В 2016 году впервые внедрён институт страховых представителей, подготовлены и работают в медорганизациях 22 страховых представителя второго уровня, которые при обращении застрахованных граждан в медорганизацию разъясняют им их права на получение бесплатной медицинской помощи, в рамках терпрограммы оказывают информационно-консультативные услуги.

При этом особое внимание уделяется доступности получения бесплатных диагностических исследований, необходимых консультаций, а также бесплатного лекарственного обеспечения в соответствии с порядками и рекомендациями, по показанию различных видов медпомощи.

При выявлении фактов нарушения прав застрахованных лиц на получение бесплатной медпомощи, страховые представители принимают меры к их восстановлению.

Оценка удовлетворённости доступностью и качеством оказываемой медицинской помощи в регионе осуществляется страховыми медорганизациями путём анкетирования и телефонных опросов застрахованных, согласно которым количество лиц, участвующих в анкетировании в рамках проекта, например, «бережливая поликлиника», уровень удовлетворённости застрахованных лиц на начало действия проекта составляло порядка 60 процентов.

С января 2018 года приступили к работе десять страховых представителей третьего уровня, основными задачами которых является предотвращение ухудшения состояния здоровья застрахованных лиц и формирование приверженности лечению.

Методической основой проведения тематической экспертизы является карта дефектов медицинской помощи, разработанная РГС «Медицина» на основе действующих порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций протоколов лечения.

Карта дефектов медицинской помощи размещена для использования на сайте Национальной медицинской палаты и находится в свободном доступе.

Экспертами страховых медицинских организаций в 2017 году проведено более 200 тысяч медико-экономических экспертиз и экспертиз качества оказания медицинской помощи, в основном, по острому коронарному синдрому, нарушению мозгового кровообращения и онкологии.

С целью обеспечения доступности и качества оказываемой медицинской помощи, а также для устранения нарушений, выявленных при проведении вневедомственной экспертизы оказанной медицинской помощи, итоги экспертной деятельности доводятся до руководства министерства здравоохранения, территориального фонда и руководства медицинских организаций республики. Следствием чего становится формирование управленческих решений.

В настоящее время страховая медицинская организация принимает активнейшее участие в реализации проекта о создании новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

Регулярно в течение 2017 года проводился опрос по удовлетворённости проводимой диспансеризации взрослого населения, а также выяснялись причины отказа от прохождения диспансеризации.

Минздрав республики, территориальные фонды, страховые компании, а также медорганизации постоянно находятся в тесном взаимодействии, все возникающие проблемы решаются сообща на совещаниях и «круглых столах» и каких-либо проблем на сегодняшний день во взаимодействии у нас нет.

Председательствующий. Спасибо. Будем равняться на вас.

Пожалуйста. Валегжанин Сергей Валентинович. Нет. Так, у нас коллеги из регионов. Дмитрий Владимирович Мочалов из Липецка. Есть? Если помните, я попросил – очень коротко.

Мочалов Д. В. Конечно. Дмитрий Анатольевич, уважаемый «круглый стол», буду краток. Здесь остаётся только сказать, что на каждом этапе развития обязательного медицинского страхования у страховых медорганизаций была своя роль.

На каждом этапе развития ОМС, а я с ОМС связан вплотную с 1993 года, могу сказать точно, что всегда у страховых компаний была своя какая-то роль, своя функция.

На сегодняшний день необходимо отметить и чётко сказать, что страховая компания – это определённый регулятор отношений между медучреждениями и пациентом, и это, наверное, никто здесь не сможет отрицать.

И последнее, что хотелось бы сказать. Я так думаю, что в ближайшее время страховым компаниям предстоит ещё более тяжёлая роль, нежели то, что они сейчас выполнили с диспансеризацией и с сопровождением больных. Поскольку экономика это их основной, скажем так, вид деятельности, то волей-неволей они ещё обратят внимание не только на лечебные учреждения, где и сколько чего стоит, но ещё на то, сколько на какого пациента тратим и почему мы тратим. Есть люди приверженные к лечению, есть не приверженные. Поэтому успехов им на этом поприще. Спасибо.

Председательствующий. Благодарю вас.

Передайте, пожалуйста, микрофон Юрию Александровичу Жулеву, президенту Всероссийского общества гемофилии. Пожалуйста, Юрий Александрович.

Жулев Ю. А. Спасибо.

В первую очередь выступаю здесь в качестве сопредседателя Всероссийского союза пациентов. Понимаю, время ограничено. Уже приводилась цитата из резолюции нашего седьмого Всероссийско-

го конгресса пациентов. И действительно – мы исходим из того, есть ли проблемы в системе ОМС? Конечно, есть. Нужно ли их решать? Я думаю, что именно задача данного «круглого стола» – обсуждение этих проблем и путей устранения барьеров, которые стоят перед нами.

Я хочу сказать, что нам видится роль страховых компаний действительно как компаньонов, защитников пациентов, как структур, которые должны информировать пациентов об их правах застрахованного лица и заботиться о выполнении этих прав. В этой связи несколько замечаний, предложений, потому что вы просите конкретику. Я думаю, что нам повышать нужно компетенцию страховых компаний в части информирования пациентов, застрахованных лиц. Мне кажется, этого ещё недостаточно. Мы поддерживаем идею страховых представителей. Это в правильном направлении, на наш взгляд, идёт работа. Вы знаете, вот нужно было случиться беде в Москве, чтобы теперь перед каждой грозой я стал получать смс от МЧС, что завтра будет гроза. Вот я не хотел бы, чтобы в сфере медицины что-то такое произошло, чтобы мы, наконец-то, подумали, что должны быть спецтарифы для распространения социально важной, подчёркиваю, информации. Собственно говоря, речь идёт о здоровье наших граждан.

Поэтому мне кажется вот в этой части нужно дорабатывать законодательство.

Следующий момент. Платные услуги. Меня несколько насторожила цифра в письме Фонда: 53 процента от общего количества нарушений. Это включение медицинской помощи, не входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования. Нам не совсем понятно, что там подразумевается, но мы понимаем, что речь идёт на самом деле чаще всего о навязывании платных услуг. Вот мне кажется, что очень важны идеи не только наказывать за то, что отказали в предоставлении бесплатной услуги, но и проследить судьбу этого пациента.

Дмитрий Анатольевич, очень многие пациенты боятся заявлять о таких случаях. Потому что штрафы штрафами, а ведь потом в больницу всё равно не попадёшь. Вдруг появится какое-то противопоказание, которое неожиданно нашли. То есть сделают все возможное, чтобы всё-таки не попал в больницу пациент. Вот мне кажется, нам нужно предусмотреть, в том числе в полномочиях страховых компаний не только раскрытие факта какого-то нарушения, но и отслеживание судьбы застрахованного лица для того, чтобы он действительно имел доступ к медицинской помощи.

Заключительный момент. Тарифы, штрафы и так далее. Общая позиция пациентского сообщества, это такое, знаете, клише, действительно, клише в общественном сознании, что страховые компании живут за счёт штрафов. Частично, наверное, это правда. Я думаю, что, с одной стороны, безусловно, отчисления в страховые компании должны быть, с другой стороны, эти отчисления не должны стимулировать компании к определённым карательным действиям. Вот здесь нужно продумать такой механизм. На этом всё. Спасибо большое.

Председательствующий. Спасибо большое. Спасибо, Юрий Александрович.

Леонид Михайлович, не обнаружил вас в списке. Вы не заявлялись с докладом. Выступите?

Рошаль Л. М. Я, наверное, коротко.

Ну, во-первых, я не завидую лично вам и Государственной Думе.

И, во-вторых, благодарю за такой откровенный разговор, и за то, что вы даёте возможность высказаться всем, у кого противоположные точки зрения.

Я поддерживаю идею создания рабочей группы. И прошу Национальную медицинскую палату включиться в эту работу, нам есть что сказать по этому поводу. И мы от голословных оценок – я тебе нравлюсь, я тебе не нравлюсь – должны перейти к научному обоснованию того, что мы имеем.

В целом, конечно, мы должны понять, кто в стране отвечает за качества оказания медицинской помощи. Кто? Какая организация выстраивает эту работу? Потому что нас критикуют за качество медицинской помощи, которое с моих позиций за последние годы не ухудшилось, а улучшилось в стране. И вот этот бум недовольства средств массовой информации и населения, подогреваемый адвокатскими фирмами, которые сегодня паразитируют на этой теме и очень активно её раскручивают, и приводят нас к такому вот плачевному результату. Это один вопрос.

И, конечно, врачебное сообщество очень насторожённо относится к деятельности страховых компаний, поскольку имеет на это право. Каждый по Конституции России имеет такое право. Было две тысячи врачей на конгрессе, 86 процентов проголосовало против страховых компаний.

Нормальные люди понимают, что если полезно страховщик работает, значит, пусть полезно работает, ну, а если что-то не так. Вот у нас теперь и прокуратура стоит на защите интересов пациентов и качества оказания медицинской помощи, и Следственный комитет, и суды.

Я просто разрешу себе зачитать маленькую реплику, которую сегодня опубликовал. У меня есть копия письма прокуратуры Новосибирской области с просьбой организовать в поликлинике приём работников прокуратуры. Я поддерживаю эту инициативу организовать в поликлинике приём прокурора по вопросам охраны здоровья граждан. Одновременно предлагаем организовать в каждой поликлинике кабинет Следственного комитета для приёма граждан и конференц-зал для выездных заседаний суда. Хорошо было бы выделить в поликлинике ещё изолятор с клеткой для заключения

медицинских работников. И кроме машины неотложной помощи, «воронок» с сотрудниками за счёт средств ОМС. А ещё лучше всё это организовать в банях, там после парной и кружки пива люди становятся более разговорчивыми. Совсем не смешно. Приехали.

Где выстраивается вот это всё и каково место ОМС в сегодняшней структуре, это вопрос. И экспертиза. Кто отвечает за экспертизу? Росздравнадзор за экспертизу отвечает? Кто отвечает? Национальная медицинская палата разработала самую лучшую сегодня систему экспертизы, независимой медицинской экспертизы, по сути. Она обезличена, она экстерриториальная. Такой ещё не было. Пожалуйста, мы предлагаем вот эту форму экспертизы распространить и на все ваши иные организации. Мы тоже устали от суждений, что дескать рука руку моет, и правды не найдёшь в стране. Владимир Владимирович Путин очень просто сказал: надо сделать нашу страховую медицину страховой. Но мне ни один страховщик и организатор не объяснил, как он это понимает.

Я думаю, в конце концов, надо будет у Владимира Владимировича спросить. Да?

Но вопрос серьёзный. Вот диспансеризация... Мы находим какие-то функции. Но самым главным – страховыми функциями – мы занимаемся слабо.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое, Леонид Михайлович.

Слово предоставляется Наталье Анатольевне Курбатовой. Наталья Анатольевна – гендиректор страховой компании «Ингосстрах».

Я вас очень попрошу сконцентрироваться на ваших предложениях, у нас очень мало времени.

Курбатова Н. А. Безусловно.

Мне хотелось бы сказать следующее. Так же как всем предыдущим выступающим со стороны страховых компаний мне нужно перестроить своё выступление, которое называлось «Эволюция института защита страховых представителей» и сказать следующее.

Мы, безусловно, не строим транспортную доступность, коллеги, мы не строим лечебные учреждения, мы просто качественно выполняем те функции, которые возложены государством на страховые компании.

И я как врач с десятилетним стажем и как руководитель страховой компании с десятилетним стажем, могу сказать абсолютно точно, что когда я слушаю выступления уважаемых специалистов о том, что страховые компании оголяют лечебные учреждения, о том, что мы умеренно штрафуем лечебные учреждения, то мне хочется задать следующий вопрос.

У меня в руках статистика работы нашей компании за девять месяцев текущего года.

Из 53 тысяч счётов в 18 тысячах найдены нарушения, не связанные с обоснованным применением тарифа, в 12 тысячах найдены нарушения, связанные с включением в реестр нелегализованных видов медицинской деятельности. Есть 44 тысячи нарушений в части невыполнения необходимых мероприятий в соответствии с порядком.

Мне бы хотелось чётких рекомендаций: собственно говоря, на какие нарушения нам нужно закрывать глаза? Мы считаем, что ни на какие, потому что одной из функций страховых компаний является ресурсосберегающая функция.

У нас есть великолепные лечебные учреждения с высококвалифицированным врачебным персоналом, и есть лечебные учреждения, на работу которых мы обязаны обращать внимание, что мы и делаем.

И между тем, пока мы уже столько лет рассуждаем о том, нужны страховые компании или не нужны, мы абсолютно качественно выполняем свою работу. Ещё раз это подчеркну, потому что принципы экспертной деятельности давно изменились, прошли свои этапы становления и мы давно не штрафуем за неправильный почерк врачей, мы не... Эти вещи транслируются в наши сегодняшние разговоры исключительно по непонятным для нас причинам. Нет у нас таких ошибок уже.

За все эти годы мы провели огромное количество нужных и важных для страны мероприятий. Именно с нашей помощью создан федеральный регистр застрахованных лиц, мы всей стране переоформили полисы обязательного медицинского страхования нового образца, в том числе в форме пластиковой электронной карты, мы создали уникальные и сложнейшие ресурсы информационные, ресурсы, которые позволяют вести персонифицированный учёт застрахованных лиц, персонифицированный учёт случаев оказания им медицинской помощи.

И именно на основании уже этих имеющихся ресурсов мы сейчас можем перейти к цивилизованному информационному сопровождению застрахованных лиц, что мы и делаем.

И мы не пишем письма нашим застрахованным, мы пишем письма только в тех случаях, когда мы не имеем ничего, кроме адреса.

Мы используем высокотехнологичные методы, это те же БОТы – говорят, у нас они не существуют, а они существуют. Это различные мессенджеры.

Поэтому я предлагаю вместо того, чтобы разговаривать о том, как нас ставить в рамки и обвинять во всех вопросах, проблемах, нам лучше дать возможность выполнить тот очень серьёзный

функционал, который на нас возложен. Мы хотим обеспечить работу страховых представителей, мы хотим оснастить рабочие места, осуществить техническое их обеспечение, мы хотим организовать работу для того, чтобы их помощь была доступна удалённым акушерско-амбулаторным пунктам и фельдшерским администрациям, хотим создать информационные ресурсы для дальнейшей работы. Спасибо большое.

Председательствующий. Спасибо большое.

Рошаль Л. М. Дмитрий Анатольевич, ради бога, простите. Такая просто идиллия взаимоотношений. Среди присутствующих есть ещё руководители лечебных учреждений? Вот я представляю: на одно учреждение небольшое приходилось до 16 страховых компаний, и каждая приходит и начинает трясти, отрывает от работы, выискивает недочёты. Главный врач уже меньше занимается лечением, работой, чем выяснением отношений со страховыми компаниями. Это что такое?

Вот давайте просто, я только прошу, чтобы страховщики не голосовали. Поднимите руку лично кто-нибудь, кому помогла страховая компания. Ну-ка? Вот ответ на мой вопрос. Спасибо.

Председательствующий. Леонид Михайлович, спасибо. Мы же обсуждаем этот вопрос, потому что он требует решения, поэтому эта ситуация, на мой взгляд, нормальная.

Коллеги, у нас шесть выступающих ещё, пожалуйста. И мы хотели бы ещё послушать тех, кто хочет сказать по минутке.

Михайлова Юлия Васильевна. Нет?

Линденбратен Александр Леонидович, пожалуйста, Национальный НИИ имени Семашко.

Рады вас приветствовать, Александр Леонидович. Пожалуйста, коротко.

Линденбратен А. Л. Очень коротко.

Уважаемые коллеги, я считаю, что надо сначала обращаться к науке для того, чтобы обосновать необходимость создания каких-то структур, организаций, институтов и так далее, а не потом у них спрашивать – где наука, что же делать и как оценить.

Второе. С позиции такой науки как управление необходимо сначала определить те задачи, которые необходимо решать. Если мы говорим сегодня о медицинском страховании, первая основная задача банальна – это финансовое обеспечение оказания населению так называемой бесплатной медицинской помощи. Так называемой – я здесь не шучу, не ёрничаю, просто имею в виду, что мы понимаем – любая медицинская помощь не бесплатна, просто различные механизмы финансирования, образования финансовых потоков и так далее.

И здесь сразу ответ на вопрос по поводу: нужно страхование, не нужно страхование? Бессмысленный спор, по крайней мере, потому что мировая практика показывает: имеют право на существование различные механизмы. У нас в стране та модель медицинского страхования, которая была создана, принципиально основывалась на тех же принципах, что и бюджетное финансирование: безличичный расчёт, авансирование, общественная солидарность и так далее. Поэтому вопрос стоит сегодня только о том, где наиболее оптимально выстроить финансовые потоки, где они более прозрачны и так далее. То есть это выбор той модели, которую дальше мы оцениваем или проводим сравнительный анализ. ...Андрей Вениаминович сказал: давайте рабочую группу создадим. За три минуты сразу поставить точку над «и» не представляется возможным.

Следующая задача важнейшая – это обеспечение... Для чего финансирование? Для обеспечения качества и эффективности не только медицинской помощи, но и всей медицинской деятельности. Это несколько другое понятие, в законе № 323-ФЗ теперь чётко заложено. Если мы говорим об этом, то тогда мы и смотрим какие задачи и с помощью чего решать. Можно использовать разные критерии. Я возьму банально известную триаду ... Вот структура нужна для этого соответствующая. Вот процессы должны быть отлажены и результаты.

Что касается структуры – это у нас органы управления, это система лицензирования, система аккредитации, и я очень жду, когда уважаемый Леонид Михайлович, наконец, добьётся, что и профессиональное сообщество в этом тоже будет играть соответствующую роль.

Следующее. Это процессный подход. Вот это то, чем сегодня занимается система страхования, в частности, страховые медицинские организации. Мы сегодня здесь слышали, сколько вокруг этого бьшует споров, дискуссий и так далее. Весь мир идёт несколько по другому пути.

Сегодня упоминали Германию, не ходят там до бесконечности по организациям эксперты из каждой большой кассы. Не предусмотрено. Когда я спросил в большой кассе: как вы защищаете права пациентов? Они сказали: а зачем защищать права, если они нарушаются, вмешивается прокуратура. Мы оплачиваем счета, вот наша задача, вот для чего мы существуем.

Поэтому если мы говорим о процессном подходе, весь мир идёт по пути внутреннего контроля. И никто лучше клиницистов эти вопросы не решит. И опять профессиональное медицинское сообщество. Кто как не сами профессионалы определяют оптимальность реализации тех или иных процессов?

Ну, и, наконец, последнее. Результаты. А вот здесь, на мой взгляд и можно найти ту самую необходимую нишу, о которой мы сегодня говорим, решая вопрос, что делать. Уважаемые коллеги, результат

во всех проявлениях, если хотите, медицинский, социальный, экономический. Вот он действительно важен, во-первых, для человека, для населения, для пациента, для того самого застрахованного.

И второе. Да, он очень важен и для тех самых страховых организаций. Только если они будут играть роль не этакого цензора, да... Что бы мы сегодня ни говорили, мы слышали в отношении качества одно и то же: штрафные санкции, карательные меры и так далее, и так далее.

Уважаемые коллеги, в управлении, всегда известно, помимо кнута есть и пряник. Пряник иногда более эффективен. А почему не наоборот – инвестировать средства в повышение качества, в повышение эффективности? Тем более если это позволит системе здравоохранения, как одному из элементов системы охраны здоровья, решать важнейшие задачи. Это будет приводить к экономии средств, расходуемых на здравоохранение, в том числе и в системе страхования. Я об этом говорю ещё по одной причине. Когда более 20 лет назад вступили во взаимоотношения государственные предприятия, фонды и частные страховые компании, появился первый пример государственно-частного партнёрства. И вот сегодня, исходя из этих позиций инвестиции в охрану здоровья и в систему здравоохранения, это может нам позволить добиться тех результатов, ради которых мы все работаем, и ради которых мы проводим такие обсуждения.

Благодарю.

Председательствующий. Спасибо большое.

Татьяна Алексеевна Кусайко, член Совета Федерации, член комитета.

Кусайко Т. А. Спасибо, Дмитрий Анатольевич.

Я хотела бы поддержать вашу позицию о том, что должен быть ансамбль, и каждый должен говорить так, чтобы слышали друг друга. Моя позиция по этой теме близка к Николаю Фёдоровичу. А все другие моменты очень хорошо изложены в рекомендациях, которые можно обсуждать на дальнейшем заседании. Я думаю, что они необходимы. И при достижении консенсуса лягут в нормативную базу.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Сергей Владимирович Шишкин, директор центра политики Высшей школы экономики. Здесь?

Шишкин С.В. Я постараюсь, следуя вашему призыву, изложить только тезисы. Претензия к страховым медицинским организациям во многом справедлива. Убедительны, на первый взгляд, прозвучавшие здесь предложения о передаче функции страховых медицинских организаций территориальным фондам и другим органам.

Но все эти предложения, на мой взгляд, исходят из того, что все вот эти органы, которым мы хотим передать эти функции, будут действовать как рациональные государственники. У всех у них общественные интересы будут всегда выше интересов организаций и личных интересов. У нас другая реальность, у нас другая система.

И следующий тезис. В нашей несовершенной системе находятся несовершенно работающие страховые медицинские организации. Есть необходимый элемент, есть необходимый противовес действиям медицинских организаций, действиям тех же территориальных фондов, действиям органов управления здравоохранения, действиям медицинского сообщества, которые связаны с рисками для пациентов. Страховые медицинские организации действительно нужны для снижения этих рисков. Они это делают плохо, но если их убрать, пациенту может оказаться ещё хуже в нашей системе, подчёркиваю, не в Германии, а именно в нашей системе.

Теперь о Росздравнадзоре два слова. Полностью он не может заменить, в отличие от фонда ОМС, даже теоретически заменить страховые медицинские организации. Росздравнадзор всё-таки нацелен на безопасность медицинской помощи. Экономический интерес у страховых медицинских организаций направлен на объём медицинской помощи. Так что должен пациент получить не меньше и не больше, чем ему необходимо.

Вот экономическая теория так должна работать в хорошо действующей, хорошо отлаженной системе страхования. У нас она плохо отлажена. Поэтому страховые медицинские организации действуют зачастую не лучшим образом, отсюда справедливые к ним требования.

Теперь предложения. Значит, что делать? Надо, естественно, отлаживать эту систему.

Первое. К процедуре штрафования, контроля качества, к медико-экономической экспертизе есть претензии? Ну за 25 лет давайте мы уже, учитывая этот опыт, более детально пропишем процедуры работы медицинских организаций, страховых медицинских организаций, чтобы минимизировать претензии со стороны врачей и главных врачей. Можем мы это сделать? Конечно, можем.

Дальше. Изменить нужно процедуры, детализировать процедуры планирования объёмов медицинской помощи, которые фонд ОМС распределяет между медицинскими организациями.

Здесь страховщики чисто номинально участвуют, а соответственно и воздействовать не могут на качество медицинской помощи, так что нужно эти процедуры, участие страховщиков сделать более подробным, ясным и прозрачным.

Ещё один короткий тезис. Страховщики могут воздействовать сильнее и на застрахованных граждан, но для этого нужны экономические инструменты.

А какой экономический инструмент воздействия на поведение граждан, на интерес граждан к заботе о своём здоровье у нас сейчас есть? Сейчас такого инструмента нет. Но можно его создать? Можно.

Если мы в налоге на доходы физических лиц 1,5–2 процента выделим, это будет целевой взнос гражданина в систему обязательного медицинского страхования без увеличения общего налогообложения. Этим взносом тогда можно будет играть, потому что если ты выполняешь все предписания, налог может сниматься.

И последний тезис, о рискованной модели. Ещё раз повторю, страховые медицинские организации во многом получают упрёки за своё поведение, потому что само государство их поставило в такие условия. Нужно ли рискованную модель делать? Нужно её апробировать.

Предложение состоит в следующем. Начиная с 2020 года, надо в одном, двух, трёх регионах стараться выстроить нормально работающую рискованную модель, в которой страховые медицинские организации делают с государством риски от неэффективно используемых средств.

Попробуем. Если у нас получится, тогда можно будет совершенствовать и модель ОМС. Если и тогда ничего не выйдет, вернёмся ещё раз к разговору о системе медицинского страхования.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Александр Викторович Грот, вице-президент «ОПОРЫ РОССИИ». Будьте добры, коротко.

Грот А. В. Я постараюсь кратко. Подготовил презентацию, покажу буквально два слайда. Пожалуйста, первый.

Спасибо большое за возможность выступить, Дмитрий Анатольевич, большое спасибо.

Следующий слайд, пожалуйста. *(Демонстрируется слайд.)*

Сегодня говорили про пациентоориентированную модель, про персонифицированный подход, про институт страховых поверенных, поскольку в центре работы пациент. Считаю, что это правильно, надо развивать.

Удобно ли организациям работать со страховыми компаниями? Да, работаем. Кто хочет, учится и работает.

О тарифах. Конечно, они недостаточные, поэтому все предложения о не увеличении налогов, но увеличении денег в системе я поддерживаю.

И теперь некоторые вопросы, которые мы проговаривали с Натальей Николаевной Стадченко.

Говорили сегодня о статусе территориальной комиссии. Сегодня медорганизации взаимодействуют параллельно и с терфондом, и со страховой медорганизацией, поэтому, конечно, статус надо уточнять. Уточнять как представители общероссийской общественной организации, например Торгово-промышленной палаты, осуществляют общественный контроль, своё участие в этой комиссии.

Следующий слайд, пожалуйста. И ещё следующий слайд. *(Демонстрируется слайд.)*

Сегодня говорили про саморегулирование в страховых медицинских организациях, это снижение нагрузки на фонд ОМС. Считаю, что возможно обязательное членство в саморегулируемой организации для медорганизаций, работающих в ОМС, с финансовой и юридической ответственностью за счёт компенсационного фонда.

В заключение хочу показать статистику, которую мы проводим с 2013 года. За 5 лет готовности пациента к соплатежу растёт и по сумме, и по готовности платить.

И также хочу сказать, что совместно с ВЦИОМ, с Высшей школой экономики ведём статистику удовлетворённости собственно системой здравоохранения в государственном и частном секторе. И мы видим, что за пять лет она стабильно растёт – было 38 процентов в 2013 году, а сейчас удовлетворённость составляет от 60 до 70 процентов.

Поэтому в целом курс верный. Его надо развивать. Спасибо большое.

Председательствующий. Спасибо большое.

И, коллеги, из заявленных – доклад Драпкиной Оксаны Михайловны, генерального директора Научно-исследовательского центра профилактической медицины. Три минуты.

Драпкина О. М. Глубокоуважаемые коллеги, спасибо большое за возможность в течение трёх минут высказать свою позицию.

Говоря о роли в нашей работе страховых поверенных третьего уровня и их помощи, я могу отметить, что она на самом деле очень важна, она практически бесценна.

Мы в прошлом году своё внимание уделили в большей степени процессу диспансеризации. Но процесс диспансеризации без последующего диспансерного наблюдения – это практически ненужный процесс, потому что мы имеем дело с хроническими неинфекционными заболеваниями, заболеваниями, которые не вылечиваются, а требуют постоянного мониторинга. Скажу очень кратко. Курс на диспансерное наблюдение, я это совершенно чётко могу заявить и как директор Центра профилактической медицины, и как главный терапевт – это очень важный курс, он требует от участкового врача очень многих умений, времени, знаний и собранности. И для того чтобы диспансерное на-

блюдение было эффективным, во-первых, необходима нормативная база. Она есть. Это приказ 13.44, который в данный момент немножко видоизменяется.

Во-вторых, необходимы совершенно чёткие критерии кратности прихода пациента с различными нозологическими формами и с различной степенью тяжести этих нозологических форм. Вот в этом роль страховых поверенных трудно переоценить, поскольку пациенту необходимо напомнить, а не забыли ли вы, что у вас через месяц этот визит. А не забыли ли вы принять определённые препараты, не забыли ли вы, что необходим постоянный контроль, предположим, уровня артериального давления или холестерина.

Поэтому, завершая, я хочу сказать, что у нас очень позитивный опыт по помощи страховых поверенных в диспансеризации, он совершенно чётко, мне кажется, должен перейти на диспансерное наблюдение. И вот, встречаясь с основными представителями этой очень важной профессии, я ещё раз убедилась, что нам без их помощи, скорее всего, не обойтись. Участковый врач перегружен, нам нужны фельдшеры, нам нужны страховые поверенные, и мы предлагаем нацелиться в этом году всего лишь на три простые вещи. Это достижение целевых значений по уровню артериального давления, холестерина и отказ от курения.

Председательствующий. Спасибо большое.

Коллеги, есть возможность, наверное, нескольким выступить по одной минутке.

Огуль Леонид Анатольевич, заместитель председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья.

Огуль Л. А. Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемые коллеги!

Леонид Михайлович спрашивал: есть ли здесь кто-нибудь из главных врачей, кто получил какую-то пользу от страховых компаний? Леонид Михайлович, это такой провокационный вопрос, конечно, но и хотел бы вам сказать, а за что главные врачи будут любить страховые компании в сегодняшней ситуации? Давайте начнём с того, какие тарифы, кредиторка, и 90 процентов идёт на заработную плату. Все, больше ни на что не хватает. А тут приходят ещё страховые компании.

Да, я согласен с Андреем Вениаминовичем, когда он упомянул 1994 год, когда была в нашем субъекте Федерации одна страховая компания, может быть, кто-нибудь помнит – «Анта». Она устроила такое, что все счета были арестованы и медицинские учреждения оказались банкротами.

На сегодняшний день страховые компании просто необходимы, хотя сейчас тяжёлое время, но то, что они делают – это правильно.

Мне понравилась презентация Татарстана, мне понравилась презентация ВТБ, понравилась презентация «Согаза». С этими компаниями мы работаем и знаем, что есть регионы, где выстроена очень слаженная работа страховых компаний, фондов территориальных, и где нет проблем. Но там, где есть определённое непонимание, это, конечно же, превращается вот в такой негатив.

Я ещё самое главное хотел бы добавить. Леонид Михайлович очень корректно и интеллигентно на это намекнул, но я не могу молчать, потому что это наши профессиональные сообщества, про которые сегодня никак нигде никто не упомянул, но которые надо тоже спасать, уважаемые друзья. То, что у нас страховые компании ориентированы на пациента – это хорошо. Но кто будет спасать?

В нашем регионе было два случая. Вот возбуждают уголовное дело на моего учителя, который меня учил реанимации и анестезиологии, три года назад было возбуждено уголовное дело в отношении врача-психиатра.

Председательствующий. Передавайте, да, передавайте нам эти дела.

Огуль Л. А. Леонид Михайлович, я этим занимаюсь пока сил хватает. И если что – конечно же передам. Это врач-психиатр, которая госпитализировала буйную, как говорится, в психбольницу. Сначала её дети подписали разрешение на госпитализацию, а потом они на суде отказались, и вот два года условно, уважаемые друзья.

Я согласен с Андреем Леонидовичем, что нужно создавать рабочую группу, со своими коллегами мы активно будем работать. И нужно содействие страховых компаний именно вот в этой ситуации. Мы приняли, Леонид Михайлович, закон об информатизации. Это уже новый функционал для работы страховых компаний, совершенно новый. И этот функционал необходимо прописать уже в этом федеральном законе.

Да, заканчиваю, Дмитрий Анатольевич. Леонид Михайлович, вы сказали, что вы нам не завидуете – это хорошо. Значит у нас с вами очень много работы. Спасибо большое.

Председательствующий. Спасибо большое. Пожалуйста, следующий.

Никитин Н. И. Добрый день, уважаемые коллеги!

Председательствующий. Будьте добры, одна минута.

Никитин Н. И. Меня зовут Никитин Николай Ильич, я из Башкирии.

Уважаемые коллеги, я в руках держу отчёт Контрольно-счётной палаты о деятельности страховых медицинских организаций. И я просто-напросто вам зачитаю из отчёта, что наибольший про-

цент всех выявленных нарушений в связи с дефектами, оформлением медицинской документации составляет 57 процентов, что не влияет на качество оказания медицинской помощи. А нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи, составляют не более 0,1 процента. Представляете? Это отчёт Контрольно-счётной палаты. Это первое.

Второе. Сегодня выступали многие директора территориальных фондов медицинского страхования, но никто из них не сказал, какими средствами они располагают. Я могу сказать, что на территории Республики Башкортостан ежегодно в зависимости от бюджета территориального фонда расходуются от 400 и более миллионов рублей. Это стоимость строительства одной детской поликлиники. Правильно? Правильно.

Это не считая ещё средств тех штрафных санкций, которые накладывает страховая медицинская организация и забирает 25 процентов, ну, казалось бы, немного, но это всё равно стимулирует деятельность страховых медицинских организаций. Так что, уважаемые коллеги, прочитав резолюцию, я с большим удовольствием поддерживаю предложение о выделении на ведение дел не более одного процента. Если будет до одного процента, будет здорово. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Юрий Викторович Кобзев, член Комитета Государственной Думы по охране здоровья.

Кобзев Ю. В. Уважаемые коллеги! Я тоже возьму и займу позицию главного врача. Как бы я относился к страховым компаниям в этом случае? Да, у меня было два отдельных кабинета, где работали только страховые компании, была большая больница, и они постоянно там присутствовали. То есть наш контакт был, не скажу, что очень положительный, но ежедневный.

Но главный врач – это тот человек, на которого законом возложена ответственность за оказание качественной медицинской помощи. Вспомним, в каких условиях он работает. Говорили: укомплектованности специалистами – нет. А имеется ли полностью оснащение по порядкам – ведь это тоже качество медицинской помощи. И вот когда представители страховых медицинских организаций будут помогать решать эти проблемы, вот тогда мы будем находить консенсус. Я увидел решение проблемы, РГС сегодня это показал в своих презентациях: диспансеризация, снизился процент по последствиям инсультов, да, отлично. Я разговаривал перед нашим «круглым столом» с представителями региона, это очень хорошо.

Только давайте мы тогда на уровне закона закрепим, что за приглашение на диспансеризацию, за явку человека на диспансеризацию страховая медицинская организация несёт ответственность, потому что сейчас в нынешнем правовом поле это ответственность поликлиники, главного врача поликлиники. Тогда пускай уже будет ответственность страховой медицинской организации. Вот тогда мы будем находить консенсус.

Очень много положительного уже сделано и, я надеюсь, ещё будет сделано, но только если мы это пропишем на уровне документов. А то, что вы показали, если это действительно так, то применение вашего опыта в других регионах страны, я думаю, принесёт большой эффект.

Председательствующий. Спасибо.

Кто-то поднимал руку там? Да, прошу вас, коллега. Присаживайтесь к микрофону и одна минута у вас есть.

Юнусов Ф. А. Добрый день, уважаемые коллеги! Я представляю Удмуртскую Республику, заместитель председателя Комиссии по здравоохранению Государственного Совета республики.

Первое. Я хотел бы поддержать предложение Леонида Михайловича, касающееся вот этого «круглого стола», очень активного и интересного. Но вот что касается региона, то я хочу сказать, что страховые компании работают, конечно, плоховато. И мне, как депутату, приходится еженедельно по 20 человек, примерно, принимать. И многие из них жалуются на то, что страховые компании, ну, никак не могут помочь им в трудной ситуации.

С другой стороны, фонд территориальный говорит: но мы ведь работали без страховых компаний, у нас там порядка 170 медицинских организаций и сейчас мы готовы работать, не прибегая к помощи страховых компаний. Но, понимаете, ведь ситуация такая, что законодательно в нынешнем формате и страховые компании не могут решить те задачи, которые мы сейчас комплексно предлагаем. Я думаю, что поскольку терфонд это фактически финансово-кредитная организация, а страховая компания тоже в какой-то мере практически превращается в страховую финансово-кредитную организацию, то этого уже слишком много. Может быть оставить какого-то одного игрока, ну, например, до совершенства работу страховой компании. Тогда зачем территориальные фонды нужны? Либо надо модернизировать терфонды таким образом, чтобы их было достаточно. Я считаю, что в условиях ограниченных финансовых ресурсов это разумная идея.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое. Коллеги, есть предложение завершать.

Рошаль Л. М. Можно мне минутку?

Председательствующий. Да, конечно.

Рошаль Л. М. Уважаемый Дмитрий Анатольевич, я хочу попросить вас записать меня в рабочую группу.

Председательствующий. Спасибо. Не могу злоупотребить временем, но всё-таки расскажу, чтобы вас немножко повеселить перед окончанием. Два профессора уважаемых поспорили, кто короче выступит. И один вышел и рассказал о целях, задачах, актуальности научной жизни. А второй, это был академик Степанов, вышел и сказал: «Уже то, что я нахожусь на трибуне, говорит о том, что работа выполнена прекрасно». Вот так и вы.

Будем завершать, коллеги. И я вновь предоставлю одну минуту Наталье Николаевне Стадченко.

Стадченко Н. Н. Спасибо.

Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемые коллеги!

Спасибо вам за этот «круглый стол». То, как жарко и горячо шла дискуссия, говорит как раз о том, что мы правильно и вовремя собрались и нам на самом деле есть что обсуждать. Как я говорила уже в своём докладе: да, есть результаты, но сделано недостаточно, раз есть нам о чём говорить.

Я не буду повторять то, о чём говорили коллеги, депутаты, и Тамара Ивановна. Я с этим со всем согласна. Нам нужно законодательно прописать механизм привлечения экспертов качества, потому что это право есть, а механизм не прописан. Значит, нам нужен механизм, представляющий возможности брать экспертов из других субъектов Российской Федерации.

Я согласна с нашими коллегами-учеными, которые говорили о том, и мы сейчас им заказали эти НИР, что должен быть понятный и прозрачный регламент работы экспертов страховой компании на территории медицинской организации для того, чтобы эту процедуру формализовать. И чтобы все понимали кто, когда и что будет смотреть, по каким принципам ведётся проверка.

Я абсолютно согласна с тем, что дефекты оформления медицинской документации, как вы сказали, Дмитрий Анатольевич, важны, но главное не это. Нам нужна качественная медицинская помощь, и мы хотим, чтобы экспертиза развивалась в этом направлении.

Но, в свою очередь, я ещё согласна с Юрием Александровичем о мифах, которые утверждают, что средства формируются за счёт штрафных санкций. Да, они формируются, но вот чтобы развеять эти мифы, скажу, что если в 2015 году было сформировано 3 миллиарда 800 миллионов от штрафных санкций, то в 2016 году уже 2 миллиарда 400 тысяч. Это тенденция к уменьшению.

Но средства, из которых страховые медицинские организации формируют совместно с территориальными фондами нормированный и страховой запас, как раз и являются инвестициями для улучшения качества медицинской помощи, на обучение персонала и приобретение оборудования.

Безусловно, нам нужна рабочая группа для того, чтобы все понимали, какие изменения мы делаем в законодательстве, что мы хотим получить в результате. И, безусловно, она не может быть создана без Национальной медицинской палаты, потому что мы всегда проводим работу совместно с Национальной палатой. Спасибо.

Председательствующий. Вы – как дипломат.

Уважаемые коллеги, позвольте мне изложить в рамках полутора минут некие свои мысли и подвести черту. Забегая вперёд: у нас будет создана рабочая группа. Но мне кажется, что надо вести речь об экспертном совете, потому что рабочая группа – это инструмент под конкретный законопроект. Мне кажется, что на протяжении грядущих лет у нас эта актуальная задача вряд ли снимется полностью, и только принятие какого-либо закона изменит ситуацию.

Мы живём с вами в изменяющемся мире, и нам необходимо постоянно меняться, проводить аудит для того, чтобы мы выживали.

Если бы вы знали, дорогие «немедики», как тяжело работать доктору. Очень тяжело. Ведь когда мы с вами сводим рубли или потоки, километры, сантиметры, мы же не видим вот эту тяжелейшую работу духа высококонфессионального, отлично подготовленного специалиста. И я с глубочайшим уважением отношусь, все знают, и к страховым медорганизациям вообще, и к страховому принципу. Но коллеги тут уже говорили, что ФОМС работал без страховых организаций, а врачи вообще работали без них всех. Работали, лечили пациентов, была другая система финансирования. И когда у нас в стране изменилась ситуация и появился новый принцип, об этом было сказано декларативно. И обвинять врачебное сообщество в том, что оно ещё не адаптировалось, я думаю, излишне.

Я вспоминаю, как попал в одно дорожно-транспортное происшествие, и как был рад комиссару ОСАГО, который приехал такой спокойный, добрый и сильный, посадил меня в свою машину, довёз до дома, помог донести автомобиль до ремонтной компании. Правда, я потом расстроился, узнав, что цена за ремонт по договорённости между страховой компанией и ремонтной мастерской была завышена в два раза, потому что я им верил и был восхищён их работой. Но, так или иначе, это случилось.

Мы сегодня говорили о Германии, о враче и пациенте. Коллеги, напомним вам всем, что мы со всем в другой жизни. У нас врач не является субъектом права, он не является носителем лицензии, он не является участником юриспруденции. Это сложная такая конструкция. И я надеюсь, что за десятилетие мы всё-таки её поправим.

То же самое и пациент. Одна-единственная статья об ответственности за своё здоровье, которая вообще не раскрыта. Сегодня много раз говорили об этом, о привязке, в том числе налога НДС к его диспансеризации и так далее. Я считаю, что надо заканчивать стесняться и потихонечку приводить человека-гражданина к ответственности за своё здоровье, я уж не говорю о здоровье детей, что вообще не прописано в законодательстве.

Полностью согласен с теми, кто призывает страховые компании демонстрировать точки роста в отношении конкретного влияния на лечебно-диагностический процесс. Защитите врача! Дайте пример защиты больного! Заставьте ходить автобус или купить оборудование, потому что если у нас нехватка кадров 50 процентов, если мы не соответствуем порядкам комплектации отделения, зачем же мы тогда будем подходить к контролю качества? К какому контролю качества? Возьмите права и обязанности врача при поступлении в медицинскую организацию, почитайте их внимательно, вы обратите внимание, что главный врач и вся система здравоохранения должна обеспечить врачу рабочее место. Если там написано КТ, он должен делать КТ круглосуточно, тогда, когда хочет по порядкам. А он этого сделать не может. И мы начинаем иметь видоизменяющуюся систему, в которой ищем какие-то критерии качества.

В отношении ментальности. Я говорил уже неоднократно: надо при подготовке страховых специалистов предполагать производственную практику в медицинских учреждениях, пусть один месяц. Знаете, когда Гиляровский хотел правильно написать о Москве, он переодевался рабочим и шёл на полгода работать на завод. Статьи получались великолепные, не такие как порой сейчас про здравоохранение получают. Почитаешь и вообще не понимаешь: человек вообще представляет как жизнь устроена или нет.

Ну, и в заключение. Я думаю, что страховые медицинские организации должны быть драйвером нашего роста. Вот в условиях социального напряжения, то, о чём Леонид Михайлович сегодня говорил, обвинений в адрес врачебного сообщества, кто спокойно без эмоций объяснит пациенту суть его проблемы, в том числе даже осложнения? Кто спросит с врача по-настоящему за лечебно-диагностические процедуры? Я думаю, это как раз он – переговорщик, друг.

И в завершение. Я много лет назад придумал такую фразу и говорил её всем своим друзьям. Когда меня спрашивали: ну как же, как же спастись-то в мире от болезней? Я отвечал: каждая семья должна иметь своего друга-врача. Сейчас, мне кажется, можно добавить: или страхового представителя третьего уровня. Спасибо большое.

(Аплодисменты.)

Председательствующий. Спасибо всем большое, приглашаем к экспертному совету.

СТЕНОГРАММА
«круглого стола» на тему «Совершенствование законодательного регулирования
деятельности патологоанатомической службы. Проблемы и пути решения».
26 марта 2018 года.

Председательствует
член Комитета Государственной Думы по охране здоровья
А. И. Петров

Председательствующий. Уважаемые коллеги, 15 часов, давайте начнём работать. Но я хотел бы начать с трагических сообщений. Произошла трагедия в Кемеровской области, которая унесла 64 жизни, 50 пострадавших. Я предлагаю вам почтить их память минутой молчания. Спасибо.

(Минута молчания.)

Добрый день, уважаемые коллеги, тема нашего сегодняшнего «круглого стола» «Совершенствование законодательного регулирования деятельности патологоанатомической службы. Проблемы и пути решения». Мы также обсудим с вами проблемы регулирования учебной и научной медицинской деятельности, осуществляемой в связи со смертью человека.

В первую очередь я хочу поблагодарить всех, кто активно занимался вместе с нами подготовкой «круглого стола» и сегодня принимает в нём участие. Здесь присутствуют члены Совета Федерации, депутаты Государственной Думы и Московской городской Думы, представители министерств и ведомств, медицинских вузов и ведущих клиник страны.

Уважаемые коллеги, я думаю, что ни у кого не вызывает сомнения, что программа модернизации и проводимые реформы в здравоохранении, опираясь на Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», оказали огромное влияние на улучшение ситуации в медицинской отрасли, сделав при этом акцент на повышении качества оказания медицинской помощи населению как на основную государственно-стратегическую задачу.

Патологоанатомическая служба всегда имела и имеет практически и юридически аргументированное отношение к контролю качества медицинской помощи, выявляя при этом дефекты как на госпитальном, так и на негоспитальных этапах. Во все времена она была и остаётся одним из главных инструментов, позволяющих получить объективную картину в области качества оказания медицинской помощи. Именно поэтому, если мы делаем акцент на повышении качества, крайне важно продолжить совершенствование правового регулирования деятельности патологоанатомической службы. Кроме того, это база непрерывного повышения квалификации специалиста, где пополняются знания, необходимые каждому в повседневной клинической практике.

Нам также необходимо рассмотреть вопросы, связанные с правовой базой осуществления учебной, научной и медицинской деятельности в связи со смертью человека. Поэтому в рамках «круглого стола» мы с вами обсудим все накопившиеся проблемы и обозначим направления, по которым будет работать в дальнейшем созданная при Комитете Государственной Думы по охране здоровья междисциплинарная группа.

Прежде чем предоставить слово первому докладчику, я бы хотел вас попросить, уважаемые коллеги, соблюдать строго регламент. И к дискуссии мы с вами приступим, и к вопросам после того, как прослушаем все доклады. На первый доклад мы даём 15 минут, на остальные запланировали пять-семь минут максимум. Прошу придерживаться этого регламента.

И первым хочу я предоставить слово Забозлаеву Фёдору Георгиевичу, главному внештатному патологоанатому ФМБА России, вице-президенту Российского общества патологоанатомов. Тема доклада «Ключевые проблемы правового обеспечения деятельности патологоанатомической службы в системе здравоохранения Российской Федерации».

Забозлаев Ф. Г. Анатолий Ильич, большое спасибо за предоставленную возможность. От всего Российского общества патологоанатомов мы вам приносим свою благодарность, потому что вы впервые за многие десятилетия обратились к решению законодательных вопросов, которые уже давным-давно назрели.

Почему сегодня я делаю этот доклад? Потому что после прошедшего пятого съезда Российского общества патологоанатомов у нас было совещание вице-президентов 20 июня прошлого года, где были распределены функции. И как раз моя функция – это взаимоотношение с законодательной властью и решение этих вопросов.

Поэтому, пожалуйста, первый слайд. *(Демонстрируется слайд.)* В своей повседневной работе мы пользуемся законодательными актами, нормативными документами исполнительной власти и постоянно обращаемся как к Конституции Российской Федерации, так и к Федеральному закону № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также ещё законы, которые здесь перечислены. *(Демонстрируется слайд.)*

На этом слайде отображена «дорожная карта» практически 70-летнего существования нашей службы, начиная с 1959 года. И все приказы, которые были приняты исполнительной властью в отношении нашей специальности и патологоанатомической службы, начиная с 1959 года. Затем большая веха – это 375-й приказ 1983 года, буквально до 2013 года он был регламентирующим документом.

Был приказ «О состоянии и перспективах развития» 1988 года. 1994 год ознаменовался выходом приказа «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий». Практически 10 лет шла большая работа по подготовке проектов приказа и проекта федерального закона о патологоанатомической службе. И в последнее время вышло два приказа – в 2013 и в 2016 годах, по которым мы сейчас работаем. *(Демонстрируется слайд.)*

Вот эти приказы. Приказы № 354 «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий» и № 179н «О правилах проведения патолого-анатомических исследований». *(Демонстрируется слайд.)*

И уже в 1959 году, ещё 70 лет назад, было чётко отмечено, что патологоанатомическая служба – это один из важнейших разделов в здравоохранении в осуществлении именно прижизненной диагностики заболеваний. 90–95 процентов нашей работы – это прижизненная диагностика заболеваний. И только 5–10 процентов относятся к посмертным патологоанатомическим исследованиям. *(Демонстрируется слайд.)*

Это же подтверждалось и в 1988 году, в этом вот приказе также отражалась работа, проводимая патологоанатомами и по прижизненной морфологической, и по посмертной диагностике, а также и по изучению причин расхождения клинических патологоанатомических диагнозов. *(Демонстрируется слайд.)*

Однако если говорить о развитии организаций службы, то в 1959 году на III Всесоюзном съезде его участники высказались против создания централизованных патологоанатомических отделений.

(Демонстрируется слайд.)

Но буквально через 6 лет, когда главным патологоанатомом стал Анатолий Михайлович Вихерт, в его речи на съезде в 1965 году было отмечено, что целесообразным представляется выделение патологоанатомической службы из-под подчинения главному врачу, тогда вопросы снабжения и финансирования будет решать легче. *(Демонстрируется слайд.)*

Всё это реализовалось в приказ по Советскому Союзу № 203 и по Российской Федерации – это 1998 года. И вот именно на основании этого приказа было решено после проведения эксперимента в Советском Союзе полностью централизовать службу в Российской Федерации, как регламентировалось этим приказом до 1995 года, – создать республиканские, краевые, областные и городские патологоанатомические бюро. *(Демонстрируется слайд.)*

И уже в этом же приказе по итогам эксперимента, который был проведён, приводились цифры, которые подтверждали экономическую эффективность централизации нашей службы. *(Демонстрируется слайд.)*

Это не очень читаемый слайд, но зато здесь вот даны все края, все республики, все области Российской Федерации и сроки централизации. План действительно не был реализован в полном объёме. К большому сожалению, в настоящее время на половине территорий субъектов Федерации нашей страны служба централизована, в половине – децентрализована.

Далее. Вот как я и говорил, начиная с Доната Семёновича Саркисова, был подготовлен проект федерального закона о патологоанатомической службе, и большую роль в этом сыграл тогда главный патологоанатом Олег Дмитриевич Мишнев. Причём проектов было два на самом деле. Первый датировался 2000 годом, второй – 2006 годом. И были две попытки решить этот вопрос.

И обратите внимание, здесь тоже в основе патологоанатомической службы – прижизненная и посмертная диагностика, и контроль качества лечебного процесса. *(Демонстрируется слайд.)*

Именно в то время мы получили в ответ на наше предложение письмо из Комитета Государственной Думы по охране здоровья, где отмечалось, что наиболее существенным недостатком патологоанатомической службы в современных условиях является организационная подчинённость подразделений патологоанатомической службы администрации учреждений здравоохранения. И вследствие этого одна из главных функций – функция контроля за качеством лечебно-диагностического процесса, это как раз внутренний контроль качества лечебных учреждений, не может качественно выполняться из-за административной, финансовой и социально-бытовой зависимости руководителей службы от учреждений здравоохранения. *(Демонстрируется слайд.)*

Но перед этим хотел бы отметить: первый проект федерального закона был, думаю, представлен партией ЛДПР, и Владимир Вольфович тогда сказал слова очень правильные. Вот я из стенограммы

взял: «Сегодня ситуация у нас парадоксальная, когда диагностика, лечение и определение качества лечения в руках главного врача. Поэтому обязательно нужно такой закон принять».

В 2006 году была вторая попытка, но рассмотрение этого закона совпало с подписанием в этот же день федерального закона № 323-ФЗ. И поэтому в этом плане у нас не сложилось.

Далее. С 2012 года главным патологоанатомом России был назначен Георгий Авраамович Франк. И вот было подготовлено и принято два закона, по которым мы сейчас работаем. Это было в 2013 году. *(Демонстрируется слайд.)*

А это – сегодняшнее состояние нашей службы. Как я уже сказал, число патологоанатомических бюро – 41. Число структурных подразделений патологоанатомического профиля – 1614, из них патологоанатомических отделений – 1555.

К сожалению, патологоанатомические институты были исключены из номенклатуры медицинских организаций в 2013 году. Хотя, когда планировалась централизация службы, высшей формой централизации являлся патологоанатомический институт. В данной ситуации... Тут мы приближались к общемировой практике, потому что во всех странах есть институты патологии, которые занимаются этими вопросами. *(Демонстрируется слайд.)*

Несколько слов о патологоанатомической прижизненной диагностике. Дело в том, что тут мы уже касаемся федерального закона № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан Российской Федерации», и вот статья 37 о порядках оказания медицинской помощи чётко гласит, что медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, а также на основе стандартов. Так вот, стандарты медицинской помощи в части патологоанатомических исследований не соответствуют номенклатуре медицинских услуг.

И совсем недавно вышедший новый приказ об утверждении номенклатуры медицинских услуг требует коррекции стандартов медицинской помощи в разделах, которые относятся к прижизненным патологоанатомическим исследованиям, особенно в онкологии. Потому что это частота применения, которая указана в этом приказе, в приказах по стандартам практически нереальная.

Далее. Посмертная диагностика, статья 67. Уже с принятия федерального закона № 323-ФЗ на протяжении всех этих долгих лет мы смотрим на эту статью, особенно на третий пункт, где допущена та же ошибка, которая была ещё в 82-м приказе от 1994 года, где отмечалось, что при подозрении на насильственную смерть мы должны проводить патологоанатомическое вскрытие. Надо навести в этом плане обязательно порядок.

Плюс ко всему обратить внимание на пункт 5 «а»: во время или после операции переливания крови. Была потеряна запятая в своё время. То есть всю послеоперационную летальность можно отдавать без вскрытия, потому что здесь нет слов «послеоперационная летальность», а стоит – «после операции переливания крови». Но это не является операцией. Поэтому вот навести в этом плане порядок, изменить статью 67 и правильно всё это оформить. Это буква, да, запятая, но на самом деле это очень существенно, потому что можно этим пользоваться и можно спокойно решать эти вопросы. Да. До 2011 года в Общественной палате у нас проходили слушания по поводу проекта этого федерального закона, и мы тогда предлагали чёткую позицию патологоанатомов по этой статье.

(Демонстрируется слайд.)

Клинико-экспертная работа. Конечно, к большому сожалению, в федеральном законе № 323-ФЗ вообще отсутствует упоминание о роли и статусе клинико-экспертной работы по результатам посмертных исследований. Всё, что относится к врачебной комиссии (48-я статья), это прижизненные проблемы (и профилактика, и диспансеризация, и лечение, и прочее).

Есть отдельная глава в федеральном законе № 323-ФЗ, глава о мероприятии, проводимом по поводу смерти пациентов. И в этом разделе, казалось бы, и нужно было бы её поместить. Поэтому данные работы формально выключены из системы контроля. Могу вам сказать даже больше. Когда нашим же коллективом готовили профессиональный стандарт врача-патологоанатома, нам исключили нашу трудовую функцию по контролю качества оказания медицинской помощи только потому, что её нет в федеральном документе. *(Демонстрируется слайд.)*

Ну, несколько слов о кадровых диспропорциях. Тоже очень нас волнует этот момент. Дело в том, что в майских указах Президента России чётко отражено, что соотношение врачей и среднего медицинского персонала к 2020 году должно достигнуть один к трём. Рекомендуемое соотношение Всемирной организации здравоохранения один к четырём. *(Демонстрируется слайд.)*

Вот это постановление. И в Европе, и в Америке соотношение, например, врача-патолога и гистотехника, гистотехнолога один к четырём, один к пяти. В настоящее время у нас в России такое соотношение один к одному. Даже близко мы не двигаемся, хотя было один к полтора. *(Демонстрируется слайд.)*

И вот ещё проблемы, которые требуют своего рассмотрения, это, конечно, нормирование труда врачей-патологоанатомов. У нас кадровые диспропорции, кадровый дефицит врачей наблюдается. И для администратора, для любого чиновника не понятно, как может врач-патологоанатом работать по объёму работы на четыре ставки, например, то есть выполнять огромную работу и за три дня вы-

полнять месячную нагрузку. Ну, это просто нереально. То есть нормирование труда требует своего рассмотрения.

Категория сложности биопсийного операционного материала, там тоже надо навести порядок. Стандарты оснащения патологоанатомических бюро и отделений – это тоже очень существенно. Ключевые показатели эффективности – это все вопросы, которые также требуют внимания и рассмотрения. *(Демонстрируется слайд.)*

От начинаний 88-го года к новым вызовам 2018-го. С новой силой поставлен вопрос о месте, роли и статусе патологоанатомической службы в системе здравоохранения. И могу сказать, что присутствие здесь президента российского общества патологоанатомов, большинства вице-президентов свидетельствует о нашем взаимопонимании и стремлении к сотрудничеству как внутри общества патологоанатомов, так и со всеми ветвями законодательной и исполнительной власти.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо, Фёдор Георгиевич.

А сейчас я хочу предоставить слово Коктурскому Льву Владимировичу, научному руководителю научно-исследовательского института морфологии человека, члена-корреспондента Российской академии наук. Тема его доклада «Централизация патологоанатомической службы».

Коктурский Л. В. Дорогие коллеги, мы, конечно, уже привыкли называть себя службой, но нормативного подкрепления этого нет. *(Демонстрируется слайд.)*

И если посмотреть вот эти 1555 патологоанатомических отделений, разбросанных по всей стране, они находятся в подчинении главных врачей больниц и называть, конечно, их службой при большом желании можно, но это всё-таки диагностические подразделения.

И беда вот от такой децентрализации значительная. В принципе децентрализация неплохая вещь, она существует в развитых странах в виде отделений патологии, как их называют, но там это всё подкреплено очень хорошей финансовой базой, которой у нас сейчас нет, и мы не можем этого сейчас ожидать и на это рассчитывать. *(Демонстрируется слайд.)*

А эта децентрализация ведёт к тому, что имеется финансирование по остаточному принципу всех этих отделений. То есть нам дают крошки с барского стола. И не надо ругать в этом главврачей, главврачу всегда выгодней купить рентгеновский аппарат, чем гистопроцессор, он ещё не уверен, насколько гистопроцессор ему нужен. И поэтому серьёзные у нас трудности в этом отношении.

Затем. Уже правильно было сказано, 90–95 процентов нашей работы – это прижизненная биопсийная морфологическая диагностика. И она, мало того, что в геометрической прогрессии растёт, она ещё вышла на высочайший качественный уровень, это стало дорогое удовольствие. Но здоровье человека дороже. И сейчас мы при всем желании не можем ставить задачу оснастить вот эти все 1555 подразделений, поднять на высокий технологический уровень диагностику. Следовательно, стоит задача концентрации и централизации этих усилий.

Далее. При такой вот разбросанности отделений невозможно обеспечить рациональную логистику маршрутизации прижизненных морфологических исследований. Ведь что мы сейчас делаем? Специалисты, конечно, знают, может быть, для немедиков это не так понятно, но мы делаем лишнюю работу, которая отрицательно сказывается и на здоровье врачей. Ну, к примеру, берём лимфатические узлы. Лимфопролиферативные заболевания – один из самых сложнейших разделов диагностики. Сначала в этих больничках первичного звена делают биопсию в течение 5–10 дней, после этого врач говорит: да, это лимфопролиферативное заболевание. Но их огромное количество, они лечатся по-разному. И он направляет пациента в специализированное подразделение. То есть в гематологические центры и другие подобного рода учреждения.

Стало быть потеряно 10 дней, раз. Затрачены средства на то, чтобы биопсию первично посмотрели в этом звене, вместо того, чтобы маршрутизировать и сразу идти в нужном направлении. Далее. Невозможно осуществить полноценную функцию контроля качества лечебно-диагностической работы по результатам вскрытия. Хотя они составляют 5–10 процентов, но они настолько важны. Возьмите дело Мисюриной, которое всколыхнуло наше общество. Понимаете? Патологоанатомы ставят последнюю точку. И когда патологоанатом подчиняется главврачу, на него не надо даже давить – он получает здесь зарплату, он знает, что если он вынесет сор из избы, поставит расхождение диагнозов... Сейчас вообще парадоксальная ситуация: штрафы, штрафные санкции за то, что поставлен неправильный диагноз.

Следовательно, мы стоим перед необходимостью централизации службы. То есть надо продолжить то, что началось в Советском Союзе, но из-за распада Советского Союза прекратилось, а это была генеральная задача. У нас вот 41 патологоанатомическое бюро есть в стране, и ясно, что на централизацию денег сейчас в стране нет, было бы бессмысленно требовать. Поэтому сейчас ставить задачу создавать новые бюро, а это самостоятельные юридические учреждения со своим аппаратом было бы неправильно. Но организационно-то можно перестройку сделать, создать органы управления, начиная с центрального органа, Федерального патологоанатомического бюро, и ор-

ганы управления на уровне субъектов Российской Федерации, которым переподчинить 1555 подразделений. Я знаю, что главврачи, конечно, взвоют. Но это необходимо, потому что это возможно организационно.

Вот в Московской области судебной медицине переподчинены отделения, и они разбросаны по всей области. Но они все составляют одно юридическое лицо, Московское областное бюро. И, конечно, высшей формой организации наших органов управления в субъектах Российской Федерации является Институт патологии.

Учебный научно-производственный комплекс – это то, что нам жизненно необходимо. Понимаете? *(Демонстрируется слайд.)*

Ипполит Васильевич Давыдовский, наш великий учитель, выдвигал эту необходимость создания вот этих институтов патологии. У нас их всего было два. Один в Смоленске, один был в Брянске. В Брянске закрыли. Я писал письмо на имя и губернатора, и министра здравоохранения Брянской области, на один год удалось оттянуть, но всё равно ликвидировали институт. *(Демонстрируется слайд.)*

Таким образом, централизация нашей службы позволит решить какие задачи? Во-первых, это экономия материально-технических ресурсов за счёт ликвидации маломощных отделений, подразделений, за счёт рационального использования дорогостоящего высокотехнологического оборудования, что резко улучшит качество морфологической диагностики. Будет преодолен кадровый дефицит врачей-патологоанатомов и будет повышен их профессиональный уровень. Врач-патологоанатом, их один-два в каждой больнице, и они в собственном соку варятся. Это беда. Обеспечится рациональная логистика маршрутизации прижизненных морфологических исследований, и будет в полной мере реализована контрольная функция нашей службы по контролю за качеством лечебной и диагностической работы, по результатам вскрытия. И, наконец, последнее – это образовательная функция.

Спасибо, коллеги.

Председательствующий. Спасибо.

Теперь я хочу предоставить слово Лосеву Андрею Валентиновичу, главному внештатному специалисту по патологической анатомии Тульской области. Тема доклада «Минусы и плюсы децентрализованной патологоанатомической службы». Прошу вас.

Лосев А. В. Добрый день, уважаемые коллеги!

Ну а теперь от теории к практическому здравоохранению. Наша губерния совсем недалеко от Москвы располагается. И вот такая маленькая презентация «Минусы и плюсы децентрализованной патологоанатомической службы». У нас она децентрализованная.

Следующий слайд, пожалуйста. Первая попытка каким-то образом повлиять на структурные особенности службы была предпринята нами ещё во время «круглого стола», правда, это Общественная палата была, это 2011 год. А воз и ныне там. *(Демонстрируется слайд.)* Какие же минусы?

Первое, это самое важное, невозможность оперативного управления. Отделения, разбросанные по губернии, и половина которых не имеет доступа к сети «Интернет», о чём здесь можно говорить, о каких быстрых решениях?

Второе, административный прессинг главных врачей. Это, конечно, ни для кого не секрет: патологоанатом, подчинённый главному врачу, всегда должен внимать ему как его работодателю.

Отсутствие централизованного снабжения расходными материалами. Это очень важная сейчас проблема, потому что даже в патанатомии появились фальсифицированные расходные материалы.

Это разнородное оснащение. По сути дела, наверное, только в одном отделении имеется современное оснащение, а всё остальное – это уже вышедшее из употребления, закупки производились, по крайней мере, 30 с лишним лет назад.

И последнее, это вопросы с достоверностью статистической информации, а это сейчас крайне важно. *(Демонстрируется слайд.)*

Ну вот мы как раз и вернулись к той прижизненной диагностике. Вот то, что верхушка айсберга, это на слуху, это вскрытие. А вот то, что касается нашей повседневной работы, которая направлена на выявление заболеваний, это вот остаётся всегда, и в том числе и в прессе, это под водой.

Следующий вопрос. *(Демонстрируется слайд.)*

Итак, по прижизненной диагностике низкое качество. Там, где нет ничего, качественные препараты, конечно, невозможно сделать. И повторные консультации в центре, сейчас это единственная возможность какого-то двойного контроля за правильной постановкой диагноза.

Третье, во время этой консультации, зачастую, почти в 90 процентах случаев, приходится перерабатывать эти препараты. Тем самым удлиняется время, затрачиваются расходные материалы.

А плюсы... К сожалению, плюсов у децентрализованной службы нет. И моё убеждение, что единственная возможность развития патологоанатомической службы – это путь централизации.

Благодарю за внимание.

Председательствующий. Спасибо, Андрей Валентинович.

Сейчас хочу предоставить слово Шапошниковой Ирине Владимировне, главному внештатному специалисту по патанатомии Воронежской области. Тема доклада «Патологоанатомическая служба Воронежской области. Проблемы и пути решения».

Шапошникова И. В. Я представляю воронежскую патологическую анатомию. 28 лет работаю врачом-патологоанатомом. Я попала на четырёхлетнее обучение «Патологоанатом», по программе Минздрава РСФСР, в 1990 году. Эта программа включала четырёхлетнее первичное образование. И на Воронежскую область тогда было выделено 20 мест, в 1989 году и в 1990 году по десять человек. Вот с того момента, до 2005 года, притока специалистов в патанатомию не было.

После первичного образования я работала врачом. Потом я работала пять лет ассистентом кафедры патанатомии. Пять лет я заведовала отделением децентрализованного патологоанатомического отделения. Шесть лет я работала начмедом патологоанатомического бюро и семь последних лет я работаю главным врачом патологоанатомического бюро.

В Воронежской области патанатомия представлена патологоанатомическим бюро из трёх отделений, состоящих из 21 децентрализованного патологоанатомического отделения. Если сравнить объёмы работ, то вот на этом слайде видно, что патологоанатомическое бюро, в составе которого имеется три патологоанатомических отделения, делает около 70 процентов объёма работ по прижизненному патологоанатомическому исследованию. *(Демонстрируется слайд.)*

Все остальные отделения выполняют оставшиеся объёмы. Хотя, конечно, патологоанатомические вскрытия, они осуществляются в районах области в виде патологоанатомических отделений, в которых работают совместители, врачи судебно-медицинского экспертного учреждения.

Патологоанатомическое воронежское бюро было организовано в конце 2005 года и в него вошли на тот момент пять патологоанатомических отделений областных больниц. С самого начала мы провели реорганизацию, из пяти сделали три отделения, разместили их в двух зданиях. Сразу же провели реконструкцию здания для того, чтобы компактно и рационально использовать площади, потому что обслуживание зданий и их содержание это обязательная задача и, в общем, недешёвая. И тут же было приобретено гистологическое оборудование для производства микроскопических препаратов. И на сегодняшний день все цели, которые мы ставили перед собой созданием патологоанатомического бюро, достигнуты. *(Демонстрируется слайд.)*

Основная забота врача-патологоанатома – это просмотр микропрепарата, интерпретация визуальной картины, анализ морфологии и формулировка заключения. Заключение, которое формулирует врач-патологоанатом, является как бы консультативным для лечащего врача. На основании этого заключения выбирается лечение, назначается лечение и от точности заключения врача-патологоанатома зависит успех этого лечения. Поэтому качество работы патологоанатома не может быть каким-то промежуточным. Оно должно быть безупречным, иначе лечение будет сомнительным и задача медицинской помощи не будет исполнена. Так вот для того чтобы достичь этого качества работы врача-патологоанатома, нужно соблюсти два основных параметра.

Первый параметр это микропрепарат, который анализирует врач. Слева фотография среза объекта, который был проведён в децентрализованном отделении. А справа срез того же самого объекта, который пришлось переделать для того, чтобы каким-то образом установить диагноз, потому что интерпретировать левый слайд невозможно и риск ошибочного диагноза велик. *(Демонстрируется слайд.)*

Достичь качества микропрепарата возможно, конечно, только с помощью оборудования, которое для этого приспособлено. Возможно делать микропрепараты приемлемого качества вариантом, который слева. Но при том варианте, который слева представлен, можно сделать лишь очень небольшое количество приемлемого качества микропрепаратов. Чтобы большой объём работы выполнить, нужны, конечно, технологии. *(Демонстрируется слайд.)*

Вторая составляющая успеха патологоанатома это его опыт и квалификация, которая, конечно, в большой мере зависит от опыта. То есть появление разной патологии в одно и то же время на одной и той же территории является основанием для повышения квалификации врача-патологоанатома.

Спасибо за внимание.

Председательствующий. Спасибо, Ирина Владимировна.

А сейчас я хочу предоставить слово вице-президенту Российского общества патологоанатомов Зайратьянц Олегу Владимировичу. Тема доклада «Патологоанатомические вскрытия, проблемы и пути решения».

Зайратьянц О. В. Благодарю вас.

Уважаемые коллеги, уважаемые товарищи, действительно, патологоанатомические вскрытия – это небольшая часть работы патологоанатома на сегодняшний день, но общепризнано, что роль вскрытий растёт по мере прогрессирования, по мере развития медицины и новых методов исследования. *(Демонстрируется слайд.)*

Дело в том, что в этой связи искусственно уменьшать цель, искусственно законодательно ограничивать цель вскрытий, на мой взгляд, это ущерб, естественно, не патологоанатомии, это ущерб здравоохранению. Вот это важно обсудить. Кроме того, этой статье федерального закона № 323-ФЗ о причине смерти человека, которая является частью диагноза, заболевания, ну, скажем так, литературная редакция определённая нужна. И во вторую статью логично добавить ещё и определение что такое диагноз. *(Демонстрируется слайд.)*

И вот это отечественные наработки. Это достижения отечественной медицины за XIX–XX век. Сейчас весь мир взял вот эти позиции, цели патологоанатомических вскрытий. Это экспертиза качества, это изучение болезней, это банки тканей опухолей, это современные исследования. И это, что очень важно, объект медицинского образования, это основа клинического мышления, которая сойдётся при клинико-анатомическом анализе. Поэтому, естественно, возникает желание расширить статью с указанием целей патологоанатомических вскрытий. *(Демонстрируется слайд.)*

Второй важный момент. 67-я статья федерального закона № 323-ФЗ сыграла очень большую положительную роль и надо отметить, что за последние годы процент вскрытий, благодаря этой статье, вырос, хотя есть неопределённая необходимость в литературной редакции этой статьи. Но вы видите, что более половины умерших подвергаются тому или иному вскрытию в Российской Федерации. Из них 23 процента – патологоанатомические вскрытия, 37 – судебно-медицинские. Надо отметить, что 65 процентов судебной медицины сейчас работает на клинику, это вскрытия умерших от заболеваний. И в стационарах процент вскрытий достигает – 90. И ни в одной стране мира нет такой уникальной базы данных, базы информации о том, от чего умерли наши граждане, какие были заболевания, каков эффект лечения и так далее. 4 процента – это процент вскрытий в развитых странах, не выше. *(Демонстрируется слайд.)*

Встаёт вопрос – достигнута ли законодательно установленная цель вскрытий? И получило ли отечественное здравоохранение вот эту уникальную объективную базу данных для прорывных исследований в медицине, эффективных решений в здравоохранении? Вот этот график ярче всего, на мой взгляд, показывает, что эта цель не достигнута, к сожалению. Что мы видим? За последние годы, особенно за два последних года процент расхождений диагнозов дошёл почти до нуля (1,2 процента). Дело в том, что в ведущих мировых клиниках процент расхождений ниже 10 не бывает, обычно 10–15 процентов. Целевые показатели Министерства здравоохранения Российской Федерации – это 10–15 процентов в разные годы для расхождения диагнозов. Меньше быть не может. Международная модель расчёта существует с учётом процента вскрытий, она показывает, что у нас процент расхождений должен быть 22. Ну, для сравнения в странах Западной Европы, это до 33 в Германии, и 14–24 процента в Соединённых Штатах. Значит, мы не получаем, мы не реализуем тот уникальный материал. Мы не реализуем, в общем, 67 статью.

Каковы же причины? Что нам нужно сделать, на что обратить внимание? Квалификация отечественных врачей не настолько низка. Хотя прямо надо сказать, что, когда на одного врача приходится несколько вскрытий в день, то вспоминаешь, что за рубежом одно вскрытие зачастую делается несколько дней, но это даже не главное.

Экономические административные причины. Это экономическое давление и административное давление, что приводит не просто к тому, что искусственно представляют диагнозы как совпавшие. Дело в том, что меняется заболевание, которого не было. Соответственно, экономическое давление заключается в том, что существует разная стоимость диагнозов, и патологоанатом вынужден с этим соглашаться. Удивительно, что штрафные санкции фонда ОМС в два раза выше, чем если нарушить федеральный закон и не произвести вскрытие вообще.

К чему привело административное давление, о котором здесь уже говорилось? Аналитические справки Росстата и Высшей школы экономики за последние месяцы показывают удивительный парадокс. Это снижение и очень быстрое – за год, за два – смертности от сердечно-сосудистых заболеваний при сохранении или даже росте общего показателя смертности. Это сейчас анализируется, но это как раз является проблемой патологоанатомической службы. Поэтому без централизации и без, я бы сказал так, тонкой настройки уже существующих очень хороших статей федерального закона № 232-ФЗ дальнейшее развитие довольно сложно. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо, Олег Владимирович.

Доклад «Оптимизация работы патологоанатомической службы на примере Чувашской Республики» делает главный внештатный специалист по патологической анатомии Минздрава Чувашии Плюхин Сергей Викторович. Прошу вас.

Плюхин С. В. Добрый день, уважаемые коллеги!

Позвольте в своём кратком выступлении остановиться на некоторых практических шагах централизации патологоанатомической службы в Чувашской Республике. Первый раз мы коснулись этого вопроса в 2005 году, когда выступили со своими проблемами на коллегии Министерства здравоохранения Чувашской Республики. Тогда министром была Нина Владимировна Суслонина, она

нас услышала, и были приняты практические меры. Уже в ноябре 2005 года по нашему вопросу выходит одно постановление, где выделяется юридическое лицо – Республиканское патологоанатомическое бюро из состава Республиканской клинической больницы. *(Демонстрируется слайд.)*

Следом же выходит в декабре ещё одно постановление кабинета министров Чувашской Республики о передаче нам 11 отделений всех межрайонных больниц Чувашской Республики. Шли годы, нам был открыт небольшой карт-бланш по финансированию, мы провели ремонт во всех отделениях (я не останавливаюсь на тех проблемах, которые коллеги уже озвучили, это и дефицит кадров, и санитарное состояние наших зданий и сооружений). Нас заметили, в 2012 году нам передали учреждения патанатомии столицы республики – города Чебоксары. *(Демонстрируется слайд.)*

На базе объединённого патологоанатомического бюро у нас была создана также единая служба перевозки тел умерших, она касалась города Чебоксары и близлежащих районов. Мы доставляли на вскрытие все тела из лечебных учреждений города Чебоксары, Новочебоксарска, на судебное исследование. Был наведён порядок, в плане доставок тел умерших до апреля 2014 года, пока не вступил в силу федеральный закон № 44-ФЗ. И все эти услуги были выставлены на аукцион, в котором нам сейчас принимать участие смысла никакого нет, потому что все ритуальные конторы, которые занимаются этим, идут на демпинг. *(Демонстрируется слайд.)*

Хотелось бы остановиться тоже на 67-й статье, на тех ошибках, с которыми мы сталкиваемся постоянно. В статье указано, что при подозрении на насильственную смерть патологоанатомическое вскрытие проводится в обязательном порядке. Но когда констатируется насильственная смерть, идёт речь о назначении судебно-медицинского вскрытия и исследования.

Хотелось бы, чтобы в наших нормативных документах указывалось, кто назначает патологоанатомическое исследование. Потому что на сегодняшний день это обтекаемая должность – дежурный врач больницы. А раньше звучало чётко – главный врач, заместители главного врача по лечебной части, и только в их отсутствие дежурный врач. Сейчас дежурный врач, скажем, который мог бы взять на себя такую ответственность – это слишком широкое понятие. *(Демонстрируется слайд.)*

Следует обсудить возможность установления алгоритма направления тел умерших и проведения посмертных патологоанатомических судебно-медицинских исследований. Спасибо большое за внимание.

Председательствующий. Спасибо, Сергей Викторович!

Орехов Олег Олегович, главный внештатный специалист по патологической анатомии департамента здравоохранения города Москвы с докладом «Проблемы правового регулирования организаций клиничко-экспертной работы при проведении посмертных исследований».

Орехов О. О. Глубокоуважаемые коллеги! Члены президиума! Гости! Ну, и проникшие сюда лица!

Мы обсудили маршрутизацию, организацию, мобилизацию, но, в конечном итоге мы должны понять, для чего же всё-таки производятся посмертные исследования. Вот интересный был комментарий прессы: патанатомы опять требовали денег для увеличения количества трупов. Мы должны понять, что в общем-то посмертные исследования – это не мероприятие, направленное на удовлетворение каких-то постыдных, не знаю, привычек патанатома, оно всё-таки заключается в накоплении неких фактов, знаний, которые должны ответить на извечные вопросы, существующие в России: что делать и кто виноват.

Но, естественно, на эти вопросы можно ответить только комиссионно, что и существует в нашем законодательстве. Вот статья 48 федерального закона № 323-ФЗ «Врачебная комиссия». Речь идёт о врачебной комиссии, которой, якобы, должно все это рассматриваться. Но если мы прочитаем внимательно, то мы поймём, что это всё касается живых лиц и только внизу такая приписка, касающаяся принятия решений по одним медицинским вопросам. *(Демонстрируется слайд.)*

Но, тем не менее, потом был приказ Минздрава России о врачебной комиссии, где всё-таки прописан комиссионный разбор в случае смерти. То есть, получается: законодательно этого нет, а в приказе нашего Минздрава России это существует. *(Демонстрируется слайд.)*

Что можно сделать и как всё это отладить, как для всей этой работы организовать какую-то законодательную поддержку? Это внесение этих вопросов в статью 67 в главу «Медицинские мероприятия, осуществляемые в связи со смертью человека». Там пункт «Организация клиничко-экспертной работы при проведении посмертных исследований». Это такая замечательная комиссия, которая называлась бы «комиссией изучения летальных исходов», это та комиссия, которая бы отвечала как раз на вопрос кто виноват. *(Демонстрируется слайд.)*

Но, а дальше, конечно же, это две вещи: комиссия по изучению летальных исходов и клиничко-анатомическая конференция. Это две вещи, которые спаяны в пару, но мы с Тamarой ходим парой, потому что именно КИЛИ определяет те случаи, которые дальше должны быть вынесены на клиничко-анатомическую конференцию. А уже эта конференция, конечно же, должна отвечать на вопрос, что делать.

Кстати говоря, прекрасный опыт есть в городе Москве – в течение трёх лет здесь проводятся общегородские клиничко-анатомические конференции, которые транслируются онлайн. И, насколько мы знаем, даже регионы их трансляцию смотрят, а иногда и такие замечательные города как Хайфа и Женева. И это включено уже в систему непрерывного медицинского образования с выдачей сертификатов участникам этой конференции.

Последнее. В дальнейшем, конечно же, такие уточнения законодательной базы создадут условия для разработки уже нормативных документов. В частности, определения что такое расхождение. Никто это не знает, это не определено. А как решать? Никто не определил до сих пор связь между расхождением диагнозов и дефектом оказания медицинской помощи. Это не всегда совпадает. Причём у страховых компаний всё это звучит как ошибочное лечение. Это требует, так сказать, чёткого определения дефиниции. Без этого мы не сможем критически оценивать происходящее.

Ну и ещё вещь. У нас в своё время были какие-то разработки очень полезные. Иногда полезно вернуться к архивам. В частности, вспомнить, что говорил Ипполит Васильевич Давыдовский по поводу клиничко-анатомической конференции. Почему японцы стали жить хорошо? Потому что они перестали стариков на Фудзияму уносить, а стали дома оставлять. Так что нашим учителям, по-видимому, необходимо вернуться и кое-что оттуда почерпнуть.

Ну и в статью 14 (вот красным цветом выделено), по-видимому, надо внести этот пункт.

Спасибо за внимание. Я постарался максимально точно позицию города Москвы озвучить.

Председательствующий. Спасибо.

Петров А. И. Уважаемые коллеги, проблемы регуляции лечебной и научной медицинской деятельности, осуществляемой в связи со смертью человека, вызвали живой интерес в силу своей актуальности. И, действительно, вопрос эффективности применения нормативно-правовых актов, регламентирующих использование тела, органов и тканей умершего человека в учебных, научных и медицинских целях, пожалуй, в настоящее время стоит особенно остро.

Тело умершего человека на всём протяжении истории было и остаётся идеальной моделью для изучения и для обучения студентов, а также объектом научных исследований. Сегодня эффект от внедрения высокотехнологичного медицинского оборудования в реальности может оказаться значительно выше, если врачи получают возможность осваивать новые технологии с использованием тел умерших.

Во всём мире уже много лет обучение наиболее тонким хирургическим методикам происходит на трупном материале. У нас же клиницисты сегодня вынуждены либо участвовать в зарубежных дистанционных курсах, либо возить трупный материал из-за границы. За рубежом эффективно работает программа донации с государственной поддержкой, благодаря чему был достигнут максимальный уровень использования завещанных при жизни тел.

В России сформирована законодательная база для использования тел умерших для обучения и науки, которое возможно как при наличии прижизненного волеизъявления, так и в случае, когда тело умершего не было востребовано. Эти вопросы урегулированы статьёй 68 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также Федеральным законом № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле». Передача и использование тел регулируются Постановлением Правительства Российской Федерации № 750 «Об утверждении Правил передачи невостребованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях, а также использования невостребованного тела, органов и тканей умершего человека в указанных целях». Однако по информации, полученной от медицинских вузов страны, текущие потребности морфологических кафедр не удовлетворяются в полном объёме.

В чём же причина сложившейся ситуации?

Во-первых, не урегулирован вопрос использования тел умерших по волеизъявлению ввиду отсутствия подзаконных актов, согласно которым можно вести учёт и контроль исполнения таких волеизъявлений. Например, в Республике Беларусь данная практика регулируется инструкцией о порядке и условиях совершенствования анатомического дара.

Во-вторых, несмотря на то, что федеральный закон № 323-ФЗ позволяет использовать невостребованные тела умерших без совершения передачи, то есть непосредственно в моргах, этот путь использования тела умершего не имеет чёткого алгоритма в постановлении Правительства Российской Федерации, что делает его проблемным в правоприменительной практике.

В-третьих, процедура передачи невостребованных тел прописана лишь для случаев, когда они доставлены в травматологические отделения Бюро судебно-медицинской экспертизы. Условия передачи из патологоанатомических отделений не предусмотрены.

В-четвёртых, обязательным условием передачи тел согласно 750-му постановлению является наличие разрешения, оформленного в письменном виде, на передачу невостребованного тела, органов и тканей умершего человека, выданного лицом или органом, назначившим судебно-медицинскую экспертизу. Однако критерии принятия решений по выдаче таких разрешений отсутствуют.

Кроме того, не предусмотрена возможность использования и передачи отдельных органов, тканей и частей трупа при проведении судебно-медицинского и патологоанатомического исследования, а также патологоанатомического материала от операции на живых лицах.

Нельзя не отметить и тот факт, что передаваемые в соматологическое отделение тела умерших не в полной мере соответствуют потребностям учебного процесса. Это обусловлено тем, что тела передаются после вскрытия и уже в стадии поздних трупных изменений, что существенно осложняет подготовку таких тел для учебного процесса и ограничивает возможность их использовать в научных целях.

В заключение ещё раз хочу акцентировать своё внимание на том, что, несмотря на широкие возможности, предусмотренные Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», на практике подзаконные акты действуют лишь для невостребованных тел умерших от ненасильственных причин, доставленных в судебно-медицинские морги с установленной личностью, число которых ничтожно мало по сравнению с текущими потребностями медицинских вузов. А экспериментальная хирургия и научная деятельность на трупном материале в рамках действующего законодательства на практике трудно осуществима.

Результатом работы нашего «круглого стола» должны стать предложения по внесению изменений в действующую нормативно-правовую базу, работу над которыми в дальнейшем продолжит созданная при Комитете по охране здоровья междисциплинарная рабочая группа.

Благодарю за внимание.

Председательствующий. Сейчас я хочу предоставить слово Кильдюшову Евгению Михайловичу, заведующему кафедрой судебной медицины ГБУ ВПО РНИМУ имени Пирогова Минздрава России, доктору медицинских наук, профессору. Тема его доклада «Реализация положений постановления Правительства Российской Федерации номер 750 «Проблема и пути решения. Практический опыт».

Кильдюшов Е. М. Уважаемый Анатолий Ильич, коллеги, огромное спасибо за возможность выступить на этом «круглом столе». Качество медицинской помощи населению во многом зависит от подготовки медицинских работников. Подготовка специалистов, ответственных за жизнь и здоровье людей, просто не может строиться без использования биологического материала. Это остаётся основным методом познания строения тела человека и не может быть заменено в полной мере альтернативными средствами воспроизведения строения органов. *(Демонстрируется слайд.)*

В Средневековье многие врачи познавали анатомию человека, изучая трупы. Среди них известный врач Авиценна. Мы все прекрасно знаем ледяную анатомию Пирогова. *(Демонстрируется слайд.)*

И в настоящее время студенты медицинских вузов не в полном объёме имеют возможность изучения строения человеческого тела на биологическом материале. В то же время во времена СССР такая практика была широко применена на всей территории. С этих пор прошло некоторое время, и сейчас федеральным законом № 323-ФЗ, который был принят в 2011 году, предусмотрена возможность использования в учебных, медицинских и научных целях невостребованных тел. Это также отражено в 750-м постановлении правительства. *(Демонстрируется слайд.)*

В то же время хотелось отметить, что реализация в полной мере положения практически возможна. В 2014 году кафедра пластической реконструктивной хирургии и косметологии клеточных технологий совместно с Департаментом здравоохранения Москвы реализовала научно-образовательный проект, проведя первый диссекционный курс, который был продолжен и в дальнейшем.

(Демонстрируется слайд.)

Кроме того, хотелось обратить внимание, что правилами передачи, которые чётко определены и действуют в рамках федерального закона № 323-ФЗ, в 68-й статье прописано использование тела, органов и тканей умершего человека, которое подразумевает определённый алгоритм использования этого тела. *(Демонстрируется слайд.)*

На самом деле во всех этих нормативных документах, которые действуют в настоящее время, очень чётко прописан алгоритм использования тел умерших, органов и тканей. В первую очередь, это запрос принимающей организации в Бюро судмедэкспертизы о передаче тела. В дальнейшем это запрос Бюро в правоохранительные органы и получение разрешения на передачу тела принимающей организации. *(Демонстрируется слайд.)*

Как правило, передача тела из Бюро осуществляется в принимающую организацию при полном комплекте вышеуказанных документов. Использование тела, возможно, этой медицинской или научной организацией не более чем 10 лет, по истечении которых она обязана в соответствии с Федеральным законом № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле» захоронить тело умершего человека.

(Демонстрируется слайд.)

На что хотелось обратить внимание. Дело всё в том, что мы, несмотря на то, что есть федеральный закон, есть постановление Правительства России, есть прописанный алгоритм, иметь такую ста-

истику по Москве – статистику передачи невостребованных тел из Бюро судмедэкспертизы города Москвы в медицинские вузы.

При общем количестве невостребованных тел в 2015 году – порядка 1800, было передано всего 29, в 2016 году – 10, а в 2017-м – только 4 тела, что явно недостаточно для такого крупного мегаполиса как Москва. С чем же мы сталкиваемся при передаче тел? *(Демонстрируется слайд.)*

С тем, что в действующих нормативно-правовых документах не существует правовых критериев определения невостребованного тела, отсутствует перечень оснований для отказа от выдачи разрешений на передачу тел, с которыми мы сталкиваемся, обращаясь к сотрудникам правоохранительных органов. *(Демонстрируется слайд.)*

Существует запрет на использование невостребованного тела, личность которого не установлена, хотя раньше это было возможно, отсутствует возможность передачи тел в рамках постановления Правительстве Российской Федерации № 750 из патологоанатомических отделений. *(Демонстрируется слайд.)*

Отсутствует механизм реализации 68-й статьи федерального закона № 323-ФЗ именно тогда, когда люди выражают своё волеизъявление о прижизненном завещании тела для последующих медицинских научных или медицинских целей. Эти проблемы можно решить путём создания регламента в рамках реализации постановления № 750 с чётким определением какое тело называется невостребованным и разрешением передачи неизвестных невостребованных тел, путём повышения доверия общества как к системе донорства органа в целом, так и донорства для медицинских, научных и учебных целей с учётом мирового опыта. И интенсивное внедрение в практику методик использования симуляционных технологий в обучении.

На самом деле та проблема, с которой мы сталкиваемся, это повсеместное введение диссекционных курсов. Она вполне решаема теми путями, которые были обозначены.

Спасибо за внимание.

Председательствующий. Спасибо, Сергей Алексеевич.

Сейчас я хочу предоставить слово заведующему кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии, доктору медицинских наук, профессору Давыдкину Сергею Сергеевичу с докладом «Особенности осуществления учебной и научной деятельности, связанной со смертью человека».

Давыдкин С. С. Спасибо.

Глубокоуважаемый председатель! Глубокоуважаемые коллеги!

(Демонстрируется слайд.)

Я хотел бы в своём очень кратком докладе показать, зачем нам нужны нескрытые трупы на нашей кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии.

Наша кафедра занимается обучением мануальным хирургическим навыкам. Мы, скажем так, первая хирургическая кафедра.

Посмотрите, это средние, даже я бы сказал, маленькие европейские университеты – 350 обучающихся на курсе, 600 трупов в год они получают для обучения студентов. *(Демонстрируется слайд.)*

Мы – ведущий вуз в России, – Первый медицинский. За пять лет – пять трупов.

Ну, что здесь можно сказать? В Европе, в США не устраивали никаких нововведений, никаких новаций, как мы в советское время, так и сейчас – один труп на одну группу студентов, на 10–12 человек. И преподавание на трупах, а также симуляционные технологии. Но никто не делает крен ни в какую сторону, всё должно быть гармонично.

Почему нам нужны нескрытые трупы для обучения врачей и особенно студентов, выбравших хирургический профиль подготовки? *(Демонстрируется слайд.)*

Вот смотрите, вот это студенческая хирургическая олимпиада, это студенты со всей страны съезжают к нам в Москву на финал и тренируются, показывают свои достижения в хирургических мануальных навыках. Они накладывают сосудистый шов, кишечный шов, пересаживают сердце, лёгкие в ходе эксперимента. Но студенты, которые будут выдающимися хирургами, профессорами, завотделениями, зачастую не умеют шить кожу, они не видят трупа, они не видят системного представления. *(Демонстрируется слайд.)*

Вот они тренируются на минипигах, оперируют эндоскопически, они прекрасно могут научиться эндоскопическим технологиям, микрохирургическим технологиям, но без системного представления, без нескрытого трупа. Вы видите, вот это «da Vinci», робот, это наше будущее. Да. Но «da Vinci» устроен так, что если соскальзывает клипса, то хирург должен при открывшемся кровотечении разобрататься в этой мешанине ткани, в этом кровотечении и быстро остановить.

То есть сейчас при роботизации медицины подготовка студента, подготовка будущего хирурга мануальным навыкам, ориентированию в теле человека только возрастает по сравнению даже с классической хирургией. *(Демонстрируется слайд.)*

Ну, и проблемы, которые как нам хотелось бы, были учтены. Мы нуждаемся в нескрытых трупах, нам не годятся сгнившие трупы и прочее.

Очень бы хотелось иметь возможность тренироваться и не только студентам, но и врачам, мы занимаемся и с врачами непосредственно в моргах. И ещё раз повторюсь: нам нужны нескрытые тела. Мы изучаем системную анатомию. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо, Сергей Сергеевич.

Сейчас выступит перед нами Гайворонский Иван Васильевич, заведующий кафедрой нормальной анатомии Военно-медицинской академии имени Кирова Министерства обороны Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор, доклад «Правовая регуляция обеспечения учебного процесса на патолого-морфологических кафедрах».

Гайворонский И. В. Глубокоуважаемый председатель! Глубокоуважаемые коллеги!

Я хочу выступить от лица многочисленных кафедр анатомии, где сложилась критическая ситуация с обеспечением учебного процесса анатомическим материалом. *(Демонстрируется слайд.)*

Анатомия является фундаментальной дисциплиной в системе медицинского образования. И ещё со времён Пирогова известно, что нельзя подготовить врача без глубоких анатомических знаний, с помощью только одних теоретических выкладок.

За период обучения на кафедре нормальной анатомии, это полтора года, студент должен усвоить более 20 тысяч анатомических образований. Это не позволяет сделать ни один атлас, ни один муляж и тем более продемонстрировать вариантную анатомию.

Кроме того, большинство студентов-медиков, придя в медицинский вуз, мечтает побывать в анатомичке и лично поработать с анатомическим материалом. *(Демонстрируется слайд.)*

Поэтому необходимым условием является для преподавания дисциплины «Анатомия человека» обеспечение учебного процесса, лекционного курса, практических занятий, самостоятельной подготовки уникальными анатомическими препаратами.

Обязательно необходимо препарирование и наличие классических и современных анатомических музеев. Хочу обратить внимание, что по государственному образовательному стандарту обязательным является наличие на кафедрах анатомии трупохранилища и учебного анатомического музея. *(Демонстрируется слайд.)*

Важное место в современных условиях отводится преподаванию клинической анатомии на пост-дипломном уровне. Наша кафедра имеет такой огромный опыт уже на протяжении 20 лет преподавания для врачей. В системе непрерывного медицинского образования, на сегодняшний день, проводятся, как уже было сказано, научно-практические конференции, мастер-классы, которые позволяют получить глубокие анатомические знания в определённой области, навыки выполнения манипуляций и эндовидеохирургических вмешательств. *(Демонстрируется слайд.)*

Очень необходим, крайне необходим анатомический материал при выполнении научных исследований, чтобы достоверно оценить топографо-анатомические и морфометрические характеристики объекта. Эти сведения невозможно получить даже в эксперименте на животных. *(Демонстрируется слайд.)*

Таким образом, на сегодняшний день, несмотря на широкое внедрение в учебный процесс различных инновационных технологий, таких как виртуальные, мультимедийные, внедрение современных муляжей, атласов, альтернативы трупному материалу нет. И поэтому нельзя его заменить другими какими-то технологиями. *(Демонстрируется слайд.)*

Обращаю ваше внимание на тот факт, что на сегодняшний день почти на всех кафедрах анатомии, да и оперативной хирургии, как уже было сказано, сложилась критическая ситуация. Как ответственный за табельное оснащение кафедры анатомического профиля, по линии Всероссийского научно-медицинского общества анатомов, гистологов и эмбриологов, констатирую, что на многие кафедры за последние 15 лет не поступило ни одного трупа. Учебно-материальная база пришла в упадок.

Новые анатомические музеи не создаются, а те, которые существовали, также уже пришли в упадок. Следовательно, подготовка студентов на этих кафедрах неполноценная. И подготовка специалистов не соответствует никаким нормам.

Хочу отметить, я уже руковожу кафедрой более 30 лет, что в советский период таких проблем с получением анатомического материала не было. И наша отечественная медицина по фундаментальной подготовке считалась одной из лучших в мире.

Нет сейчас, как и прозвучало из уст предыдущего докладчика, таких проблем и за рубежом. Я недавно был в Лейденском университете: 350 трупов, то есть один труп на одного обучающегося.

В Германии, в Гейдельберге – 500 трупов. То есть тоже один труп на одного обучающегося. Пожалуйста, работай, сколько хочешь. А у нас критическая ситуация.

И тут мы совершенно расходимся с патологоанатомами, которые борются за каждое вскрытие. Обращаю внимание, что уже нормой стало проведение мастер-классов для отечественных врачей за рубежом. Бешеные деньги тратит больница или учреждение для того, чтобы отправить врача, чтобы он там прошёл обучение, мастер-класс на анатомическом препарате. Или за бешеные деньги покупают эти трупы, привозят в Россию. Стыдно нам, у нас есть собственные специалисты, которые могут

и бальзамировать, могут проводить обучение на высоком уровне. Это связано с несовершенством подзаконных актов, которые регламентируют поступление анатомического материала на кафедры.

Что мы предлагаем? Прежде всего, дать приоритетное право на получение анатомического материала образовательным, а не коммерческим организациям, которые при похоронных бюро всё это делают на бюджетной основе. И это самый выгодный бизнес на сегодняшний день.

Второе. Чётко регламентировать сроки на получение разрешения от правоохранительных органов. Нам дают труп через месяц, через три, когда в противогазе к нему невозможно подойти, он уже полностью сгнил, и чтобы его сплавить – отдай кафедре анатомии, попробуй с ним поработай.

Третье. Разрешить патологоанатомам не вскрывать, не проводить вскрытие невостребованных некриминальных трупов, так как вскрытые трупы не позволяют проводить занятия на анатомических кафедрах по целому ряду разделов.

Следующее. Разрешить проводить предварительное бальзамирование в первые сутки силами учреждений. Например, Военно-медицинская академия готова приехать в патологоанатомическое бюро, провести бальзамирование, хранить этот труп даже не две недели, а целых шесть месяцев, и потом, если появятся родственники, мы его готовы отдать, мы будем гарантировать возврат тела родственникам по их запросу.

И, наконец, разрешить передачу интактных органокомплексов или органов от невостребованных трупов даже может быть из судебно-медицинских подразделений, которыми вскрытие проводилось с целью уточнения диагноза.

Огромное спасибо.

Председательствующий. Спасибо, Иван Васильевич.

Сейчас хочу предоставить слово Кадочникову Дмитрию Сергеевичу, профессору кафедры судебной медицины Российской медицинской академии последипломного профессионального образования. Тема его доклада «Правовое регулирование вопросов безопасности работы с трупным материалом».

Кадочников Д. С. Глубокоуважаемые коллеги, как сегодня неоднократно подчёркивалось выступающими коллегами, полностью перевести преподавание тех дисциплин, где необходима практическая работа с трупным материалом на макеты и симуляторы, не представляется возможным. Это обуславливает необходимость совершенствования федерального законодательства в целях безопасного использования трупов в учебных и научных целях, поскольку всем известно, что трупы являются источником повышенной инфекционной опасности.

Рассмотрим основные федеральные законы, регулирующие образовательную, научную и медицинскую деятельность в Российской Федерации с вышеуказанных позиций. Пожалуйста, слайд. (*Демонстрируется слайд.*)

Статьёй 28 Федерального закона № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» к компетенции образовательной организации отнесено создание необходимых условий для охраны и укрепления здоровья обучающихся и работников образовательной организации. Подпункты 8, 10 статьи 41 федерального закона № 273-ФЗ регламентируют, что охрана здоровья обучающихся включает, в том числе, обеспечение безопасности обучающихся во время пребывания в образовательной организации, а также профилактику несчастных случаев с обучающимися во время пребывания в образовательной организации, а также проведение санитарно-противоэпидемических и профилактических мероприятий, которые в соответствии с пунктом 2 указанной статьи возлагаются на сами образовательные организации. (*Демонстрируется слайд.*)

В свою очередь в статье 41 федерального закона № 273-ФЗ прописано, что организации, осуществляющие образовательную деятельность, при реализации образовательных программ создают условия для охраны здоровья обучающихся и, в том числе, обеспечивают наблюдение за состоянием здоровья обучающихся, проведение санитарно-гигиенических, профилактических и оздоровительных мероприятий, соблюдение государственных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов и расследование и учёт несчастных случаев.

Здесь уместно также подчеркнуть, что пунктами 4 и 5 статьи 4 федерального закона № 273-ФЗ установлен приоритет в регулировании сферы образования над другими федеральными законами, в том числе и Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

При этом каких-либо подзаконных актов, регулирующих обеспечение безопасности обучающихся в настоящее время, не имеется. Таким образом, главная проблема, по нашему мнению, законодательного регулирования безопасности образовательной деятельности в части использования трупов в учебных и научных целях заключается в том, что федеральный закон № 273-ФЗ не содержит норм прямого действия или хотя бы отсылочных норм по обеспечению безопасности обучающихся. Его содержание исчерпывается только лишь декларативными положениями, связанными с необходимостью защищать обучающихся, проводить профилактику и санитарно-противоэпидемические мероприятия. В итоге: в связи с отсутствием на сегодня хотя бы подзаконного акта, регулирующего

данный вопрос, остаются без возможности реализации с практической стороны вопросы безопасного обучения и преподавания, а вся ответственность возложена на образовательные организации.

Разумеется, образовательные организации в таких условиях предпочитают проводить обучение без использования трупного материала. Кроме того, образовательная деятельность подлежит лицензированию в соответствии с законодательством Российской Федерации. И условием для принятия решения о выдаче лицензии является представление соискателем лицензии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, территорий, помещений, оборудования, иного имущества, режима образовательного процесса, который соискатель лицензии предполагает использовать для осуществления образовательной деятельности. Такие санитарно-эпидемиологические требования применительно к возможности использования тела умершего человека в научных и учебных целях в настоящее время также отсутствуют. *(Демонстрируется слайд.)*

Статья 10 Федерального закона «О науке и государственной научно-технической политике» (федеральный закон № 127-ФЗ) предоставляет право, но не вменяет в обязанность Правительство Российской Федерации устанавливать порядок проведения научных исследований и использования научных или научно-технических результатов, которые могут создавать угрозу здоровью граждан, либо лицензировать такую деятельность. Однако такой порядок или необходимость лицензирования до настоящего времени не утверждены, то есть Правительство России своим правом не воспользовалось. *(Демонстрируется слайд.)*

В соответствии со статьёй 68 федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в России допускается использование тела умершего человека в научных и учебных целях при наличии письменного волеизъявления лица или если тело не востребовано. Частью второй указанной статьи Правительство Российской Федерации уполномочено утвердить порядок, и Правительством России такой порядок в 2012 году был утверждён. Однако вышеуказанная статья федерального закона № 323-ФЗ и постановление № 750 Правительства Российской Федерации регламентируют технические моменты передачи тел и также не содержат норм, регламентирующих безопасное использование трупов в учебных и научных целях. *(Демонстрируется слайд.)*

Выводы. В связи с изложенным, рассматриваемый вопрос, на наш взгляд, нуждается в серьёзной систематизации и внесении изменений в федеральное законодательство. Первое – федеральные законы № 273-ФЗ, № 127-ФЗ и № 323-ФЗ, поскольку они не содержат норм прямого действия или отсылочных норм по обеспечению безопасности при работе с трупным материалом, требуют внесения таких изменений. В указанные законы внесение изменений требуется хотя бы в виде отсылочных норм, обязывающих либо Правительство Российской Федерации, либо федеральные органы исполнительной власти соответствующие, либо другие федеральные государственные органы утвердить нормативно-правовые акты по безопасности работы с трупным материалом в учебных и научных целях. И для адекватного контроля образовательного процесса как лицензируемого вида деятельности необходимо утверждение санитарно-эпидемиологических правил и нормативов по возможности использования тела умершего человека в научных и учебных целях. Необходимость утверждения такого СанПиНа также целесообразно прописать в федеральных законах. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо, Дмитрий Сергеевич.

Сейчас хочу предоставить слово Брызгалиной Елене Владимировне, заведующей кафедры философии философского факультета Московского государственного университета. С докладом «Биотическое регулирование учебной, научной и медицинской деятельности, осуществляемое в связи со смертью человека».

Брызгалина Е. В. Добрый день, уважаемые коллеги!

Я преподаватель биоэтики на факультете фундаментальной медицины Московского Государственного университета, член комиссии по биоэтике МГУ и локально-этического комитета МНОЦ МГУ.

Я бы хотела в своём выступлении обговорить некоторые моменты, связанные с формулировками, которые предлагаются в поправках из разных источников и касаются регулирования учебной и научной деятельности, осуществляемой в связи со смертью человека. Я глубоко уверена, что биоэтика и право – это взаимодополняющие функции в регулировании биомедицинских практик. Поэтому в тех случаях, когда законодательство предлагается дополнить, например, словами «соблюдение медицинской этики», хотелось бы обратить внимание на то, что эти слова должны быть расшифрованы. Можно говорить об этике Гиппократа, этике «не навреди», этике Парацельса с акцентом на патернализм, деонтологии, этике долга. Предлагаю уточнить это понятие либо используя понятие «современные нормы» или используя понятие «современные принципы биомедицинской этики».

Понятие «достойное отношение». И, если оно используется в законе, оно объективно не может быть полностью раскрыто именно в рамках закона. Дело в том, что принцип уважения достоинства человека подразумевает, что эта категория не имеет никакого эквивалента, это такая скрытая самоценность, которая присутствует у человека не в связи с какими-то достоинствами или статусами,

даже если этот статус относится к трупу. Например, безродный (предлагается использовать это понятие) или не востребуемый. Эта категория в формулировках, которые предлагаются, может быть истолкована как достойное отношение с точки зрения действия того, кто к кому относится. Достойно ли поступает тот, кто имеет дело с трупным материалом, или недостойно.

Я предлагаю искать такие формулировки, которые бы отражали уважение к человеческому достоинству именно того, чьё тело становится объектом манипуляций в научных, образовательных и исследовательских целях. Это неэквивалентные вещи. Нравственное требование уважения достоинства не прекращается в тот момент, когда человек умирает. И достоинство умершего связано с отношением к нему живущих и с отношением живущих к самим себе, когда они сталкиваются со смертью.

Поэтому ещё раз предлагаю с осторожностью относиться к предложениям, которые бы уточняли понятия, явно вступающие в противоречие с принципом достоинства. Ещё раз укажу то же самое понятие «безродный труп».

Озвученная сегодня статистика не востребуемых тел, которые сегодня могут быть переданы в образовательные организации, очевидно показывает, что этот источник не покрывает потребностей научных и образовательных организаций. Поэтому, помимо совершенствования законодательства в части детализации регламентации того, как передавать в образовательные и научные организации тела умерших, считаю, что нужно законодательно предусмотреть меры, которые позволили бы минимизировать использование для учебных и научных целей не востребуемых трупов. Пусть в отдалённой, но подразумеваемой перспективе, однако это не означает, что я предлагаю минимизировать возможности обучения студентов на этом материале.

Я говорю о том, что биоэтически безупречная ситуация уважения достоинства – это когда используются тела людей, которые при жизни добровольно дали согласие на такое отношение к своему телу после смерти. Это не снимет всех проблем, например, с родственниками умерших. Но только этот путь – путь обеспечения уважения достоинства после смерти.

Поэтому предлагаю законодательно помимо предлагаемых мер обсуждать ещё и то, как информировать общество, как складывать такое общественное мнение, когда для людей будут понятны условия, при которых можно выразить своё отношение к возможностям внести вклад в развитие науки и обучения врачей после смерти. Информирование, которое требуется для осознанного, а значит, уважающего достоинство прижизненного решения, можно обсуждать. Например, вернуться к обсуждению законодательного использования понятия «анатомические дары». Информация может помочь не только самому человеку в принятии решений, но и родственникам принять такие решения, которые учитывали бы интересы общественного здоровья и здравоохранения, интересы обучения врачей.

Понятно, что это требует очень большой работы, в обществе высок запрос на прозрачность таких механизмов. Потому что опасения людей, и об этом свидетельствуют социологические опросы, связаны не собственно с нормами закона, а с тем, как эти нормы исполняются, с действиями конкретных людей. И поэтому ещё одно направление совершенствования законодательства – это обучение врачей. Надо учить говорить со всеми категориями родственников, никакая детальная законодательная регламентация не отменит ситуации прямого общения при информировании.

И предлагаю закладывать при обсуждении такие правовые механизмы, которые бы обеспечили действия врача, направленные именно на достижение не только профессионального результата, но и обеспечение высокого доверия к нашим профессиям со стороны общества.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо, Елена Владимировна.

Сейчас, уважаемые коллеги, мы с вами переходим к дискуссии.

И первой я хотел предоставить слово помощнику министра здравоохранения Российской Федерации Габбасовой Ляле Адыгамовне. Прошу вас.

Габбасова Л. А. Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, дискуссия очень интересная, очень полезная. Но, с другой стороны, то, что мы сегодня обсуждаем, это вопросы немножечко разных компетенций. Есть вопросы нормативно-правового регулирования, и есть вопросы, касающиеся конкретно профессиональной деятельности той или иной сферы. И, кроме того, на основании последнего доклада я хочу сказать, что сейчас очень актуальными становятся вопросы биоэтики, биомедицинской этики. Особенно если мы говорим о развитии биомедицинской науки, а вопросы донорства, трансплантации, органы, ткани, клетки, они все входят в это понятие. Соответственно, мы должны будем с вами говорить и о биомедицине.

Буквально неделю назад Вероника Игоревна была в Совете Европы. Это как раз тот орган, который занимается вопросами биоэтики. И на сегодняшний день на этот счёт есть конвенции, начиная от Конвенции по правам человека. И вот самая такая базовая наша конвенция – это права человека и биомедицина. Страны, которые подписывают эти конвенции, в первую очередь соглашаются именно на то, что они проведут достаточно корректно вопросы донорства в своей стране.

Значит, если мы говорим о донорстве и трансплантации органов, тканей и клеток, то сейчас у нас есть действующий закон. Этот закон сейчас определяет только вопросы трансплантации. На самом деле вопросы донорства сейчас для нас стали очень актуальными. И первый наш опыт был, когда Министерство здравоохранения Российской Федерации подготовило проект закона о донорстве органов и их трансплантации. Именно в этом законе мы впервые попробовали все аспекты и принципы донорства описать. И, может быть, этот законопроект стал бы модельным для развития и остальных направлений. Это касается и клеток, и тканей. И даже вот сегодня мы говорили о патологоанатомических вскрытиях, об использовании биологического материала, будь то тело или же части тела, в целях обучения и в целях науки.

Здесь мы хотели бы отметить, что если мы подходим с правовой точки зрения, то в любом случае есть две конструкции: презумпция согласия и испрошенное согласие. Вот те страны, которые сегодня приводили в качестве примера того, что у них достаточное количество материала, уже много лет работают в сфере донорства. А если мы берём Соединённые Штаты, у них преимущественно идёт испрошенное согласие. То есть где-то 60–70 процентов людей, проживающих в каждом штате США, при жизни пишут волеизъявление, которое попадает в регистр, и их согласие отмечается в документах. Они говорят: да, я согласен после смерти стать донором. И в этих же своих заявлениях, как правило, они отмечают, согласны ли в таких-то обстоятельствах стать также донором в целях науки или образования.

Соответственно, наука и образование. Если мы говорим об использовании тела или частей тела в их интересах, то здесь вопросы с этической точки зрения, наверное, более сложные. И действительно правильно, если мы говорим о любом варианте донорства, мы должны сейчас информировать население и людей подготовить к этому. И у нас, наверное, пока один путь – это добровольное согласие граждан, которое они оставляют при жизни и заверяют нотариально.

А что касается неопознанных тел... Там очень много тех объектов, которые на основании одного из последних докладов мы определили как опасные для организации той же системы обучения с точки зрения закона «Об образовании...», потому что очень много инфекционных заболеваний, которые могут быть опасны для обучающихся.

Соответственно, именно с правовой точки зрения этот вопрос будет самый трудный из тех, которые нужно будет решить. Поэтому нужно продумать концептуально как к решению этого вопроса подойти специалистам различных профилей.

С точки зрения донорства и трансплантации органов, мы над этим уже на протяжении последних пяти лет работаем не только в рамках сообщества, но и с различными организациями – и с общественными, и с органами исполнительной власти, потому что это межведомственный вопрос.

Это то, что касается этических вопросов, которые позволили бы нам решить проблему обеспечения материалом для обучения, биоматериалом.

Всё, что касается вопросов патологоанатомической службы, которые сегодня обсуждались, то, наверное, их сначала нужно решить в рамках того законодательства, которое мы имеем. Все ли ресурсы мы использовали? Потому что централизация повлечёт за собой ещё много других чисто организационных, финансовых проблем.

И с точки зрения организационной... Вот, допустим, под централизацию отдана лабораторная служба и вроде бы в некоторых случаях это правильно и эффективно. Но обратите внимание, что не все виды лабораторных исследований ушли под централизацию. Биохимия – да, но если мы подойдём к вопросу микробиологии, то вот как раз микробиологическая лаборатория должна очень тесно работать с клиницистами.

И здесь мы с вами должны подумать о том, насколько тесно патологоанатомическая служба как при прижизненных исследованиях, так и при посмертных, должна сотрудничать с лечащими врачами. Они в любом случае идеологически отвечают за тот процесс, который организован на местах. Инфраструктурно данное подразделение находится в медицинской организации и выполняет свои функции, а уже с точки зрения обеспечения сутевых вещей, какой-то референсной оценки, в тех ситуациях, когда есть расхождение диагноза... Когда вы знаете, что данная лаборатория не сможет качественно оценить ту или иную ситуацию, связанную с биоматериалом... Вот в этих ситуациях надо предусмотреть подключение референсного мнения. И это не будет дублирование, это будет абсолютно правильная организация работы с этим биологическим материалом.

Если сейчас мы выстроили всю систему здравоохранения в Российской Федерации на три уровня, соответственно, здесь можно тоже чётко выделить эти три уровня и координировать вот эту работу. Можно поставить критерии оценки качества медицинской организации, в том числе, и главного врача, если есть какое-то негативное влияние на работу данной службы.

Прижизненное морфологическое исследование – это, наверное, сегодня одно из ведущих видов деятельности. И если мы говорим о высоких технологиях, то без этих исследований у нас и не будет обеспечен успех оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Поэтому у меня есть предложение: вопросы, которые появились по результатам сегодняшнего обсуждения, нужно рассмотреть как в рамках профессионального сообщества, так и, может быть, в условиях Министерства здравоохранения Российской Федерации с целью определения возможностей оказания данного вида помощи.

Затем уже формулируются те предложения, которые нужно внести в законодательство. Я согласна, что всё развивается, законодательство не успевает за медицинскими технологиями. И, соответственно, такие предложения и изменения будут. И, соответственно, тогда встанет вопрос, что исчерпан ресурс изменений, которые можно было внести в имеющиеся подзаконные акты, абсолютно продуманные вопросы, связанные именно с этикой использования материала для обучения и науки. Потому что по донорству органов мы уже как-то для себя этот вопрос сейчас решили.

Может быть такая модель подойдёт для всех, поэтому есть смысл это тоже всё обсудить. И, соответственно, следующим уже шагом нужно создавать такую межведомственную рабочую группу, потому что мы с вами видим, как очень тесно соседствуют законы об образовании, законы, связанные с медицинской деятельностью, ну и также с социальным благополучием. Вы не забывайте и закон «О погребении...», за него отвечает Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации.

Пока это то, что можно предложить. Если будут какие-то дополнительные вопросы, я готова ответить, но это вот такое общее пока видение результатов нашего обсуждения. Спасибо большое.

Председательствующий. Вопросы мы немного потом, наверное, будем задавать.

Сейчас я попрошу выступить Тарасенко Артема Игоревича, заместителя директора департамента медицинского образования и кадровой политики здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации. Нет его. Извините, не отметили.

Фомичева Оксана Александровна, заместитель директора департамента науки, инновационного развития, управления медико-биологическими рисками здоровью Минздрава России.

Фомичева О. А. Добрый день, уважаемые коллеги! В первую очередь я хочу поблагодарить за прекрасную дискуссию, которая сегодня здесь состоялась. Я думаю, что здесь и доклады были очень ёмкие, и темы, которые здесь обсуждали, действительно были наболевшие, поскольку эти вопросы уже несколько лет остаются не совсем решёнными.

Однако я хочу отметить то, о чём было сказано в последних двух докладах. Вы сразу же, наверное, увидели, какой у нас дисбаланс происходит в этом плане. И надо быть готовым к тому, что работа, которая предстоит в дальнейшем, достаточно обширная и здесь очень много этических моментов. И я думаю, что при внесении различных изменений в законодательство, конечно же, эти все вопросы должны совместно обсуждаться. Безусловно, межведомственная кооперация должна быть, безусловно, с профессиональным и научным сообществами.

Очень даже понятны все эти вопросы. В настоящее время действительно есть потребность во внесении изменений в законодательство. В частности, мы с научной точки зрения тоже видим целесообразность внесения в статью 67 термина «исследования», относительно тел умерших лиц. И безусловно, я думаю, и по этическим моментам тоже должны быть добавлены определённые нормы, которые позволят в дальнейшем не только регламентировать весь процесс, но также показать обществу значимость того явления, которое в настоящее время должно всё-таки происходить. А именно: в научных и в учебных целях всё-таки необходимо использовать материалы умершего человека. И это, безусловно, приведёт в дальнейшем к снижению числа врачебных ошибок.

Дело в том, что на собственном опыте, я сама видела, как ординаторы-интерны впервые шьют кожу, непосредственно учатся на больных. Да, на живых людях. А всё это связано с тем, что, к сожалению, в то время, когда они проходили обучение, был дефицит естественного материала. Так что необходимо регламентировать этот процесс.

И я думаю, что очень важная задача перед нами будет стоять – как непосредственно обеспечить процесс доступности использования этого материала. И я даже не говорю тела умершего человека, потому что когда труп попадает в анатомическую лабораторию, то он уже перестаёт быть в статусе трупа. От этого тоже надо уйти, поскольку всё-таки речь идёт о препаратах.

И, безусловно, в дальнейшем нужно также и с юридической точки зрения несколько таких статей прописать в законе. И я думаю, что это и должно стать сейчас первоочередной задачей по дальнейшему совершенствованию. Задачей, стоящей также и перед Министерством здравоохранения Российской Федерации. Спасибо большое.

Председательствующий. Спасибо, Оксана Александровна.

А сейчас хочу предоставить слово заместителю председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Огулю Леониду Анатольевичу.

Огуль Л. А. Добрый день, уважаемые коллеги!

Я бы, в первую очередь, хотел вас всех поблагодарить за вашу работу, за нашу общую работу. И я думаю, что, наверное, ни одно лечебное учреждение, ни один врач, начиная с интерна и заканчивая высококвалифицированным врачом, не обходится без вашей службы.

И можно, наверное, в упрёк нам или вам, я не знаю, поставить, что до сих пор мы не собирались. И вот, наконец, впервые за много-много лет мы решили обратиться к этой очень важной службе, которая, к сожалению, в последнее время как-то отрывается и от обучающего процесса, и от лечебного процесса.

Мы сейчас разбираем 67-ю статью. Безусловно, мы её быстро исправим.

Мне очень понравился доклад Олега Вадимовича, в котором отмечалось, что это объект медицинского образования. Конечно же, это объект медицинского образования. От этого мы никуда не денемся, уважаемые друзья.

И совершенно справедливо вы отметили, что смертность от сердечно-сосудистых заболеваний сокращается, но увеличивается, уважаемые друзья, смерть от прочих причин. Что это за заболевания, скажите мне, пожалуйста? Когда идёт это увеличение, нужно задуматься и проанализировать эту службу, проанализировать в чём причина.

Я понимаю, что ни одного хорошего специалиста мы в симуляционных центрах не подготовим. Конечно, они нужны, симуляционные центры. Я приходил в эти учебные центры, где используют для обучения этот материал, он якобы на 80 процентов схож с кожей человека, где студенты на нем учатся накладывать швы. Хорошо это. Но лучше было, когда мы приходили в 1988 году в кабинеты анатомии, где уже лежал мумифицированный труп, и на нем мы учились.

Я понимаю, что это программа очень большая. И, Ляля Адыгамовна, мы с вами проехали очень много регионов, вы сегодня представитель министра здравоохранения, я вас очень уважаю.

Конечно же, этот вопрос надо поднимать в первую очередь на уровне Министерства здравоохранения Российской Федерации. Наш Комитет двумя руками за то, чтобы пересмотреть и законодательство, и отношение к этой службе, чтобы это была служба номер один. Потому что от этой службы зависит в целом развитие здравоохранения и новые методики. Сегодня упоминалась работа робота «да Винчи», «да Винчи» – это хороший робот последнего поколения. Но вскрытие «да Винчи» не будет делать, уважаемые коллеги, делают люди, которые, как говорится, на этом должны учиться и ставить задачи перед современным здравоохранением.

Спасибо огромное организаторам, и я хотел бы вас заверить, что Комитет Государственной Думы по охране здоровья готов вас поддержать и влиться в активную работу. Спасибо большое.

(Аплодисменты.)

Председательствующий. Спасибо, Олег Анатольевич. Да, заслужили аплодисменты.

А теперь хотел бы предоставить слово Гатееву Сергею Владимировичу, директору ФГБУ «Национальный медицинско-исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика Шумакова».

Гатеев С. В. Уважаемые друзья!

Я, в общем-то, не готовился к выступлению, но в связи с обсуждаемым вопросом хочу присоединиться к моим коллегам, выслушав их крик души. И, конечно, подготовка студентов, которые также проходят обучение и у нас на кафедре, требует, прежде всего, их реального знания анатомических свойств различных тканей. Так что наличие трупного материала на кафедрах и топографической анатомии, и паталогической анатомии необходимо, прежде всего, для того, чтобы мы подготовили нормального знающего врача. И здесь совершенно необходимо принять все возможные меры, и в согласии с Комитетом Государственной Думы по здравоохранению предложить реальные изменения в законы, которые могли бы позволить нам наладить, наконец, учебный процесс так, как должно. Это первое.

Второе. Необходима популяризация знаний среди нашего населения в этой области, если так можно выразиться, с точки зрения посмертного предоставления своих тел для учебных и научных целей. Я здесь не буду касаться вопросов трансплантологии как метода лечения, поскольку это совершенно другая область человеческих отношений, но тем не менее повышение грамотности населения и улучшение организационных возможностей по оптимизации учебного процесса – это очень важно.

Поэтому я полностью присоединяюсь к инициативе Комитета Государственной Думы, поднимающего этот вопрос, и буду участвовать в разработке различных предложений. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо, Сергей Владимирович.

Сейчас я хочу предоставить слово депутату Государственной Думы, заместителю председателя Комитета по охране здоровья Говорину Николаю Васильевичу.

Говорин Н. В. Спасибо.

Уважаемый Анатолий Ильич! Уважаемые коллеги!

У нас сегодня очень необычное такое мероприятие, и хотя в этом помещении регулярно проводят «круглые столы», хочу высказать слова искренней признательности, благодарности основным докладчикам, которые смогли в такой достаточно комплексной теме и ёмко и в то же время очень предметно обозначить те вопросы, без решения которых двигаться дальше нельзя. Мы видим, что практически нарушаются или страдают разные аспекты деятельности, собственно говоря, целого направления в здравоохранении.

Это, в первую очередь, целеполагание самой службы. Меня просто поразили и удивили данные, которые привёл Олег Вадимович, – о проценте расхождения диагнозов... Зачем тогда необходима патологоанатомическая служба, если 0 процентов или 0,3 процента – расхождение диагнозов? Понимаете?

Мы живём с вами в очень непростое время, когда, с одной стороны, мы видим, как увеличивается, является высоким напряжение в обществе по отношению к здравоохранению. Более 1200 нападений на медицинских работников было только в прошлом году. А с другой стороны, резко активизировалась и работа следственных органов по привлечению наших медицинских работников к ответственности. И этот случай с доктором Мисюриной – один из свидетельствующих о многом, позволяющих понять то, что мы должны поднимать имидж в целой врачебной специальности, и для этого у нас есть очень серьёзные рычаги.

Мы должны выйти на создание объективных индикаторов, которые бы свидетельствовали о качестве лечебных диагностических процедур. И в этом контексте я лично считаю, что именно патологоанатомическая служба должна являться ведущей. Не частные организации страховой медицины, которые штрафуют больницы и, естественно, имеют в этом особую свою мотивацию, а именно независимые эксперты и патологоанатомы. Да? Очень важно это, мне представляется.

В этом контексте очень важным разделом мне представляются вот те проблемы, которые обозначили. Сегодня в вашей и в нашей патологоанатомической службе, как ни в какой другой (это касается ещё и тех специальностей, представители которых занимаются социально значимыми заболеваниями), нарастает дефицит кадров, поскольку профессия становится не совсем модной. Все хотят быть косметологами, гинекологами, урологами, которых в 10 раз больше уже, чем необходимо отрасли. Это одна проблема.

Вторая проблема – это административная зависимость от главных врачей. И в этом плане, конечно, повышение роли службы, для того чтобы мы могли иметь объективные характеристики, представляется чрезвычайно важным. Я вижу необходимость не просто такой централизации, но создания таких моделей службы, которые бы позволяли ей в конечном счёте быть независимой, технически оснащённой. Это очень важно сегодня. Особенно территориальные службы в субъектах Федерации, они очень страдают и у них уровень совершенно различный.

Более того, хочу вам сказать, коллеги, что мы, депутаты, очень много разъезжаем по стране, встречаемся в субъектах Федерации с теми проблемами, которые касаются и вашей службы. В частности, ведь реально возникает проблема где-нибудь в отдалённой провинции вскрыть труп умершего больного. Люди вынуждены везти его в центральную районную больницу (а если это Якутия, если это Забайкальский край, – порой за 300, 400, 500 километров) и ждать, хотя человека надо хоронить. То есть проблемы возникают, и эти проблемы мы, безусловно, должны решать.

Я считаю, что те предложения, которые сегодня имеются, должны быть глубоко проанализированы в рамках созданной в нашем Комитете по охране здоровья рабочей группы. Эта проблема такая... она носит такой, как бы разнонаправленный характер, начиная от, собственно, морфологических исследований и кончая возможностью обучать студентов.

Я, кстати, как-то посетил Цицикарскую медицинскую академию в Китае, и был просто потрясён тем объёмом материалов, на которых обучаются китайские студенты, будущие врачи, на кафедре оперативной хирургии. Это огромные морфологические залы, где... Понятно, что возможность такая у каждого студента существует.

Мы, к сожалению, эти возможности свои потеряли. 20 или 30 лет назад наши службы имели такую возможность.

Безусловно, в современных условиях мы не обойдёмся без таких биоэтических подходов, это серьёзный вопрос, который может быть предметом серьёзной дискуссии, внимания общества. Но и здесь мы должны выйти на какие-то определённые решения.

Я считаю, что такая рабочая группа должна существовать. И мы в Комитете по охране здоровья примем активные меры для того, чтобы патологоанатомическая служба, как сказал только что мой коллега, была на высоте, чтобы её имидж, авторитет были существенно подняты, а независимость врача-патологоанатома была не на бумаге, а на деле. Мы сегодня все очень нуждаемся в очень непростых нормативно-правовых отношениях в системе пациент-врач. Мы, безусловно, движемся в сторону того, что пациент должен стать субъектом медицинского права в рамках страховой ответственности за своё здоровье.

Я думаю, что мы будем двигаться в этом направлении, потому что сегодня в федеральном законе № 323-ФЗ ни слова нет о том, что должен пациент. Всё должны организации, врачи, врачи, врачи. А где ответственность пациента, который ведёт нездоровый образ жизни, в результате чего приобретает заболевания и так далее. А потом ещё имеет претензии к медицинским работникам. И, с другой стороны, мы, видимо, придём к тому, что и врач станет субъектом права, а не медицинская организация. И в этом контексте, как раз усиление патологоанатомической службы должно быть нашим приоритетом.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо, Николай Васильевич.

Сейчас хочу предоставить слово Клевню Владимиру Александровичу, начальнику ГБУЗ Московской области Бюро судебно-медицинской экспертизы.

Клевню В. А. Уважаемые коллеги, я представляю Бюро судебно-медицинской экспертизы и являюсь главным экспертом Московской области. Мы ежегодно вскрываем более 50 тысяч трупов. В 2017 году мы вскрыли 55 тысяч трупов. Ну неужели мы для наших трёх ведущих вузов в городе Москве (плюс четвёртый РУДН) в каждом вузе для имеющихся кафедр анатомии, топографической анатомии не можем выдать пять-десять тысяч трупов. Да свободно. Не организована сама работа, процесс не организован. Я объясню почему. Нормативно всё зарегулировано таким образом, что в советское время достаточно было трупов в анатомках, все учились на них, а сейчас все изучают анатомию на планшете.

Начинали мы эту работу с Михаилом Романовичем Сапиным ещё в 2009 году. И тогда не было этого постановления № 750. Наконец, это постановление Правительство России приняло. Сейчас есть нормативная база. Казалось бы, давайте. И мы с ним в 2012 году после выхода постановления организовали процесс взаимодействия между кафедрой анатомии человека и Бюро СМЭ. И получили они несколько трупов всего, потому что Сапин сам завкафедры, как ему всё это организовывать? Как доставлять трупы? И так далее.

У нас не организовано промежуточное звено между Бюро СМЭ и учебными заведениями, которым нужны эти трупы. Может быть, подумать об организации, которая, как это было в советское время, занялась бы этой проблемой. Понимаете? Что же мы захораниваем трупы, которые могли бы ещё послужить науке и учебным целям?

Мы не должны покупать трупы за рубежом, в советское время они у нас всё покупали. А теперь мы, понимаете ли, оттуда завозим трупы. Да это безумие какое-то. Поэтому я предлагаю совершенно конкретное решение, но есть тут, конечно, моменты, которые надо ещё отрегулировать, поправить в законе, в постановлении Правительства России. Но самое главное, нужен механизм реализации. Ведь трансплантологи, Сергей Владимирович рядом сидит, придумали и, в общем-то, реализуют эту форму. Пока мы сидим без трупов, учебные заведения сидят без трупов и будут сидеть до тех пор, пока не появится медицинская организация, которая будет заниматься этим процессом, процессом заготовки и передачи трупов, органов и тканей для учебных и научных целей в наши учебные заведения.

А вообще я хотел бы выразить большую благодарность Комитету по охране здоровья за то, что пригласили, за то, что собрали такой форум. Это наша общая проблема и патанатомия, и судебная медицинская экспертиза, у нас только один объект исследования – кадавр, но цели исследования совершенно разные. Поэтому мы бы хотели, чтобы эти понятия не смешивались и нас под одну гребёнку не стригли. Всё-таки у нас немножко разные цели и задачи, мы работаем в большей степени на правоохранительную систему, но у нас очень много ненасильственной смерти, и эти трупы могли бы спокойно передавать в учебные заведения. Нужно лишь организовать этот процесс, он не организован сегодня.

Благодарю за внимание.

Председательствующий. Спасибо, Владимир Александрович.

Сейчас хотел предоставить слово Кильдюшову Евгению Михайловичу, заведующему кафедрой судебной медицины ГБУ имени Н. И. Пирогова Минздрава России.

Кильдюшов Е. М. Уважаемые коллеги, в дополнение к ранее сказанному хотелось бы обратить внимание, что по большому счёту на сегодняшний день все нормативные акты (федеральный закон, постановление Правительства России) регламентируют передачу тел, возможность передачи тел только из Бюро судебно-медицинской экспертизы. Вот если буквально читать настоящее постановление Правительства России, то, по сути, передачи тел из патологоанатомических отделений не существует.

Значит, в этой ситуации, как я уже показывал в своём докладе, существует колоссальная пропасть между теми телами, которые сейчас являются не востребованными, то есть захораниваются за государственный счёт, и переданными телами. То есть это единичные случаи передачи тел, не потому, что не хотят медицинские вузы получить их, а потому что, к сожалению, отсутствует правовая регламентация.

И в первую очередь хотел бы ещё обратить внимание, что очень надо чётко определить понятие «невостребованное тело», постольку-поскольку именно, наверное, на этом основании в ряде случаев мы встречаемся с отказами правоохранительных органов давать разрешение на передачу тел, когда обращаемся к ним.

Поэтому в этой связи хотелось бы обратить внимание, что во времена Советского Союза было возможно использовать не востребованные и неизвестные тела, и никакой опасности заражения потенциальными там инфекционными заболеваниями не было, потому что причина смерти у них была установлена. Поэтому здесь я не вижу никаких проблем в использовании неизвестных тел, причина смерти которых установлена.

И в этой ситуации можно перенять и зарубежный опыт, потому что там, с одной стороны, менталитет общества уже настроен по-другому, а с другой, существует нормативная законодательная база. Спасибо за внимание.

Председательствующий. Спасибо, Евгений Михайлович.

Сейчас я хочу предоставить слово представителю договорного правового департамента Министерства внутренних дел Российской Федерации.

Арутюнян Д. А. Да, добрый день. Спасибо. Арутюнян Давид Абрамович.

Сегодня уже справедливо было отмечено, что проблемы, связанные с обсуждаемой темой, носят комплексный характер. И, безусловно, пути решения должны лежать в системной плоскости.

Очень много сегодня озвученных вопросов, наверное, соприкасаются с правоохранной сферой. Хотелось бы, с вашего позволения, несколько моментов обозначить.

Безусловно, если говорить о патологоанатомических вскрытиях, мы никакого отношения к этому не имеем, поскольку инициатива их проведения находится в сфере здравоохранения. Правоохранительные органы не являются инициаторами.

К сожалению, последние годы идёт некий перекокс как раз этой сферы в сторону правоохранительной деятельности. Что я имею в виду? Сегодня уже было обозначено, что во многих дальних уголках нашей необъятной родины зачастую люди остаются один на один с телом умершего родственника и не знают, что с ним делать. И в этой ситуации первое, куда они обращаются, это полиция. И все сложности по определению дальнейшей судьбы этого трупа ложатся на плечи наших коллег, которые тоже, безусловно, не обладают никакими организационными ресурсами для того чтобы обеспечить проведение вскрытий и завершение оформления всех результатов вскрытия. Хотелось бы отметить, что факт обнаружения трупа сам по себе не должен рассматриваться как основание для начала производства по уголовному делу или назначения судебно-медицинской экспертизы.

При отсутствии оснований для начала проверки сообщения о преступлении, в том числе, признаков преступления, получение данных о причине смерти человека должно проходить в рамках патологоанатомического вскрытия. И для направления трупа на патологоанатомическое вскрытие не требуется участие правоохранительных органов. В этой связи здесь нужно, как нам кажется, всё-таки проанализировать существующую практику в этой сфере и провести некое разграничение по компетенциям правоохранительных органов и медицинских организаций.

Серьёзная проблема, с которой сталкиваются органы внутренних дел, это, как я уже отметил, транспортировка трупов с места их обнаружения в целях производства патологоанатомических вскрытий. Поэтому необходимо рассмотреть вопрос по поводу наделения соответствующей компетенцией, и может быть, организационного обеспечения их деятельности некоторых других организаций. Наверное, это могут быть медицинские либо иные специализированные организации.

Требуется урегулировать порядок реагирования государственных органов на сообщения об обнаружении трупов. Зачастую первыми, кто реагирует на сообщение о трупах и прибывает на место обнаружения трупа, являются сотрудники органов внутренних дел.

Да, безусловно, ситуации разные есть. И там, где очевидно, что имеются признаки криминальных причин наступления смерти, мы должны быть первыми. Там, где есть сомнения о причинах смерти, мы тоже должны быть первыми. Но там, где наступает естественная смерть человека, наверное, всё-таки инициатива должна исходить от медицинских организаций. Поэтому, собственно, констатацией смерти и какими-то возможными дальнейшими шагами должны заниматься специалисты, а именно медики. И, как только у них возникают сомнения в характере смерти, безусловно, нужно привлекать уже правоохранительные органы. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо, Давид Абрамович.

Сейчас хочу предоставить слово Спиридонову Валерию Александровичу, руководителю отдела судебно-медицинских исследований Главного управления криминалистики Следственного комитета Российской Федерации.

Спиридонов В. А. Добрый день, уважаемые коллеги. Хочется действительно обратить внимание на работу на земле. Биопсия – это очень важно, эта работа патанатома связана именно с исследованием тела. Практика показывает, что, в общем-то, не всегда выполняются те процедуры, которые ждут и родственники, и врачи, то есть не исследуются все полости, не забирается необходимый биопсийный материал. И, на мой взгляд, это требует более жёсткого регламентирования. Так как это не позволяет в дальнейшем установить истину.

Ну, вопросы независимости здесь тоже поднимались, это действительно болевая проблема. И, общаясь со знакомыми патанатомами, понимаешь, что они достаточно бесправны, и поэтому... Это, наверное, Ляля Адыгамовна доведёт до министра. Потому что возникает абсурд. Сейчас ноль процентов будет расхождение диагнозов. То есть ради чего вообще делать эту работу и тратить огромные деньги? Это, наверное, тогда будет просто бессмысленно, либо эту ситуацию надо как-то переломить.

У меня всё.

Председательствующий. Спасибо, Валерий Александрович.

Сейчас слово имеет Храмов Владислав Витальевич, руководитель Управления криминалистики Главного следственного управления по городу Москве.

Храмов В. В. Добрый день!

Ну, Валерий Александрович, наш старший товарищ, уже всё в принципе сказал, но для меня... Я не имею медицинского образования, я сегодня больше сидел и слушал, но для меня открытие просто то, что мы, оказывается, трупы закупаем за границей, для того чтобы наших студентов чему-то научить, показать. Ну, это же просто какой-то абсурд, вы меня простите.

Вот Евгений Михайлович сказал, что у нас 1857 трупов было (да?), и только 29 в 2015 году дошло до студентов. Ну а в чём проблема? Из 1857-ми... Как, допустим, в Австрии? На 350 студентов – 600 трупов.

Ну, давайте эту проблему как-то решать. Давайте создадим какую-то межведомственную группу, я не знаю, изменения внесём в закон... Это, действительно, абсурд, если мы трупы закупаем за границей.

Я много слышал сегодня, что коллеги ездили в Китай, в Нидерланды, в Германию, в Австрию, в Швейцарию, и везде всё хорошо. А вот у нас... Давайте в корне ситуацию переломим. Ведь есть у нас, я уверен, и силы, и средства. Есть.

Ну а то, что касается патанатомии, с Валерием Александровичем соглашусь, что, наверное, независимость патанатомов надо как-то повышать, развивать.

Но опять же касаясь патанатомии и проведения судебно-медицинских экспертиз и исследований. Ведь патанатом имеет право, если я не ошибаюсь, вскрывать только трупы, которые поступили из больницы с историей болезни. И часто коллеги из МВД говорят: надо разграничение какое-то...

Коллеги, я могу из своей практики очень много примеров привести, когда недобросовестные, скажем так, граждане, совершая убийство человека, завуалировав это всё под несчастный случай или там естественную смерть, направляли тело в патанатомию, его кремировали, и потом невозможно было установить настоящие причины смерти. Благо, на третьем, на четвёртом эпизоде их хватало за руку и всё-таки проводили судебно-медицинскую экспертизу.

Как разграничить? Как разграничить криминальное отравление (то, что у нас сейчас в Москве происходит) лепанексом, азалептином в сочетании с алкоголем? Вот лежит человек на лавочке, ни телесных повреждений у него нет, никаких признаков криминальной смерти нет, а его отравили. Ему дали бутылку пива выпить, подмешав туда сильнодействующее вещество, клозапин в частности, и наступает...

Или дедушка умирает 85-летний. А выясняется, что ему недобросовестные родственники смертельную дозу метадона ввели. У 85-летнего старика передозировка метадона. Конечно, это убийство. А мы говорим о патанатомии...

Спасибо. Прошу прощения...

Председательствующий. Спасибо, Владислав Витальевич.

Теперь я хочу предоставить слово... Серегина Ирина Фёдоровна, заместитель руководителя Росздравнадзора.

Прошу вас.

Серегина И. Ф. Добрый день!

Мне, конечно, как представителю надзорного органа, безусловно, очень важно мнение специалистов, очень важно. И нас, вообще, как надзорный орган, конечно, в большей степени интересует эта своевременная диагностика, безусловно, в рамках прав граждан на постановку своевременного диагноза.

Я здесь услышала о том, что такое расхождение клинического и патологоанатомического диагноза. Хотя мы работаем с фондами территориальными, мы тоже анализируем вот эту статистику. Так как с этого года Росздравнадзор уменьшает количество проверок в рамках риск-ориентированной модели, все надзорные органы перешли на риск-ориентированную модель, теперь частота проверок будет зависеть от того, много ли у организации возможностей не соблюдать обязательные требования. И соответственно есть несколько градаций. Некоторые учреждения будут проверяться чаще, некоторые не будут проверяться совсем.

Я это говорю к тому, что у нас будет больше времени анализировать. И этот «круглый стол» сподвигает нас на то, чтобы ещё тщательнее проанализировать эту статистику, ведь именно статистика нас и волнует.

И, кстати, когда в газете «Известия» была пресс-конференция по Мисюриной, один из адвокатов сказал такую фразу: когда я учился, мне говорили учителя, что есть ложь, есть откровенная ложь и есть наша статистика, которую мы никак не можем привести к чёткости. Поэтому я думаю, что это как раз тема. Наверное, после этого «круглого стола» мы позанимаемся как раз расхождением этих диагнозов – клинического и патологоанатомического. Думаю, будем в большей степени

уже обращаться к специалистам с тем, чтобы нам всё-таки попытаться вот эту тему отрегулировать. Благодарю.

Председательствующий. Спасибо, Ирина Фёдоровна.

Сейчас хочу предоставить слово Дёминой Юлии Викторовне, заместителю начальника управления эпидемиологического надзора Роспатентнадзора.

Дёмина Ю. В. Спасибо большое за возможность выступить на столь значимом мероприятии.

Мы как Роспотребнадзор в рамках своей компетенции заинтересованы, во-первых, в показателях исследования как патологоанатомических, так и судебно-медицинских экспертиз, потому что мы занимаемся установлением причинно-следственной связи формирования очагов инфекционных и паразитарных болезней. И здесь бы нам, конечно, хотелось чтобы были разработаны стандарты соответствующей деятельности для того чтобы своевременно диагностировать инфекционные заболевания. Потому что сегодня не все современные методы исследуются, скажем так. И, с другой стороны, мы бы хотели, конечно, здесь иметь и сроки, и методы исключения возможности передачи инфекционных и опасных в эпидемическом отношении тел для учебных целей. Мы заинтересованы в результатах, то есть повышении качества и уровня работы.

С другой стороны, это организация контроля за санэпидблагополучием и то, о чём говорилось, учебный процесс. И второй блок – это профилактика профзаболеваний работников и патологоанатомических отделений, и судебно-медицинской экспертизы. Поэтому в данном случае мы представили свои предложения и готовы поучаствовать в разработке соответствующих нормативных актов.

Председательствующий. Спасибо, Юлия Викторовна.

Сейчас я хочу предоставить слово Юрию Ивановичу Пиголкину, заведующему кафедрой судебной медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова, члену-корреспонденту РАН, профессору, доктору медицинских наук. Прошу вас.

Пиголкин Ю. И. Глубокоуважаемый председатель, участники обсуждения. Хочу поблагодарить за приглашение к участию в столь высоком собрании как человек, который обладает огромным опытом, практической экспертной деятельности и преподавания в вузе. Тем более сейчас заведу кафедрой. Все проблемы, которые здесь обсуждаются, чрезвычайно актуальны. Сначала о патанатомии. Конечно, мы видим, что положение, в котором находится патологическая анатомия, не соответствует сегодняшнему дню. Поэтому патологоанатомы говорят: давайте централизацию, координацию и так далее. Достаточно было бы, может быть, дать денег и никакой бы этой централизации не нужно было бы. Но для того чтобы говорить о централизации, должна быть идея. Я, пожалуй, вам могу предложить такой пример.

Очень давно я был в командировке в Токио, там есть судебная медицинская служба и так называемая парасудебная медицинская служба. В чём разница? Патологоанатомическое вскрытие это одна цена, это копейки. В судебно-медицинском вскрытии участвуют не только бригада тех, которые вскрывают, бригада, но ещё и бригада химиков, бригада криминалистов, бригада генетиков и я могу сказать, что это совершенно разные вскрытия. А у нас без всяких на то решений Государственной Думы все трупы плавно перетекли от патологоанатома в судебную медицину. Я Следственному комитету хочу сказать, что из сотен тысяч вскрытий у нас выявляется только 10 процентов случаев действительно убийств. 30–40 процентов – это несчастные случаи и самоубийства. Так вот, в европейских странах всем этим занимаются следственные работники, очень подробно выясняют.

И следующий вопрос, который касается патологоанатома. 50 процентов вскрытых трупов, вскрывается судебной медициной. Видите, они вскрывают, когда происходит внезапная сердечная смерть. 12 процентов по статистике вскрывается от онкологий и так далее.

Поэтому в этой связи действительно у меня есть тоже предложение помочь патологоанатомам передвинуть эту вот, я начал говорить о Токио, значит, в Москве вскрывается сколько сейчас? Тогда было 30 тысяч вскрытий в год, когда я ездил, а сегодня, вы знаете, альтернатива в Токио, сколько судебно-медицинских вскрытий? Вот здесь кто-нибудь скажет количество?

Из зала. В городе Москве в месяц выписывается 7,5 тысячи патологоанатомических справок и 2,5 тысячи судебно-медицинских.

Пиголкин Ю. И. Да ну, вы что говорите.

Из зала. Я говорю ответственно, что вы мне рассказываете как главному специалисту города Москвы!

Пиголкин Ю. И. Мы говорим о судебно-медицинском вскрытии. Сколько трупов?

Из зала. Я говорю, 2,5 тысячи судебно-медицинских свидетельств зарегистрировано в загсе.

Пиголкин Ю. И. Сколько, Евгений Михайлович, у вас в год сколько было трупов? 25 тысяч трупов?

Кильдюшов Е. М. Порядка 25, да.

Пиголкин Ю. И. Сколько?

Кильдюшов Е. М. Порядка 25 тысяч.

Пиголкин Ю. И. 27. Ну что вы говорите непрофессиональные вещи...

Кильдюшов Е. М. А у нас в три раза больше.

Пиголкин Ю. И. А теперь смотрите, у нас 25 тысяч вскрытий, в Токио – 200. Всё дело в организации, всё дело в желании.

И в заключение я хочу высказать маленькую реплику. Мы говорим: биоэтика, трупы. Мы к живым должны относиться также с уважением. И когда люди сталкиваются с несправедливым заключением судебно-медицинской экспертизы или ещё каким-либо врачебным действием, которому они не доверяют, куда им можно обратиться? В какую независимую экспертизу. Но есть «Независимая патологоанатомическая экспертиза», а независимой судебно-медицинской экспертизы нет.

Поэтому мне кажется, что следующим этапом надо поднять вопрос о судебной медицине, подержав патологическую анатомию. Спасибо.

(Аплодисменты.)

Председательствующий. Спасибо, Юрий Иванович.

Сейчас я хочу предоставить слово Елене Леонидовне Тумановой, заведующей кафедрой патологической анатомии педиатрического факультета РНИМУ имени Пирогова.

Туманова Е. Л. Я благодарю вас, что вы мне дали выступить.

Я представитель патологоанатомической службы, но детской, и у нас, естественно, есть свои проблемы, в том числе, смертность в первые дни жизни, смертность в перинатальном периоде. И по федеральному закону возможен отказ, а приказ № 354 обязывает проводить вскрытия детей, умерших до 28 дней включительно. Вот эти два взаимоисключающие положения приводят к тому, что мы даже в Москве не можем преодолеть 70–80 процентов вскрытий в перинатальном периоде, то есть часть детей остаётся фактически без подтверждённых диагнозов. Не говоря уже о таких регионах, как Чечня, Ингушетия, где вскрытия перинатальные вообще практически не проводятся.

В мире альтернативой этому предложены не инвазивные или малоинвазивные вскрытия. Что это такое? Это посмертное использование рентген-диагностики, УЗИ-диагностики, компьютерной томографии и МРТ. И рентгенография позволяет определить пороки развития, родовые травмы. Ультразвуковая диагностика может показать неправильную катетеризацию пупочной вены. Но при компьютерной томографии мы можем увидеть воздух в брюшной полости, и так далее. И МРТ – это как бы вообще уже заключающая диагностика, которая очень помогает.

Ну, и плюс ещё малоинвазивные методы, когда под контролем той же УЗИ мы можем брать биопсии прицельно органов без повреждения кожного покрова. Эта методика может быть использована отдельно, она может быть использована параллельно с классическими вскрытиями, она в среднем где-то в 1,5 раза дешевле обычного рутинного вскрытия. И мы сталкиваемся сейчас с тем, что у нас нет никаких законодательных норм для проведения таких вскрытий, возможного проведения. У нас уже проводятся в стране экспериментальные исследования, в частности, в нашей клинике. Мы потихонечку двигаемся. Разработаны уже эпидемиологические нормы. Поэтому, если это возможно, хотелось бы по возможности обсудить законодательно эти вопросы. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо, Елена Анатольевна.

Я сейчас хочу предоставить слово директору Смоленского областного института патологий, профессору Доросевичу Александру Евдокимовичу.

Доросевич А. Е. Глубокоуважаемый Анатолий Ильич! Президиум! Дорогие коллеги!

Правильно было сказано, что многое начинается с организации. В своё время ещё Ипполит Васильевич Давыдовский в 30-х годах сказал, что институты патологий – это сочетание патологоанатомического отделения с конкретной кафедрой. В 30-е годы они именовались патологоанатомическими институтами, а сегодня даже за рубежом это не юридические лица. Но Институт патологий, который возник на территории Смоленской области, а потом и в Брянской, это юридическое лицо, выполняющее все конкретные мероприятия, которые проводит патологоанатомическая служба. У нас имеется на территории всей области семь межрайонных отделений, начиная от города Гагарина и кончая Рославлем, и семь отделений в городе Смоленске, в их числе одна научно-исследовательская лаборатория.

Что касается материального обеспечения, то здание находится в оперативном управлении Института патологий. И соответствующие группы лиц, которые работают у нас в отделении, допустим, патологии детского возраста, клинической патологии, инфекционной патологии, они курируют отделения не только в городе Смоленске, но и межрайонные отделения. В трёх межрайонных отделениях имеется транспорт для выезда в другие города и районные центры, и поэтому привозится биопсионный материал. И конкретный материал при нелёгких ситуациях, допустим, опухолевых процессах, сразу же поступает в экспертно-диагностическое отделение Института патологии в город Смоленск, а дальше поступают уже непосредственно данные препараты гистологические в онкодиспансер, и поэтому через 7–8 дней больные находятся уже в онкодиспансере. И это большое дело.

Мы провели в своё время, в 1994 году, анкетирование студентов, выясняя где бы они предпочли работать врачами-патологами: непосредственно в патологоанатомическом бюро, патологоанатомическом отделении или же в Институте патологии? И 84 процента ответили: в Институте патологии работать более привлекательно, чем, допустим, в патологоанатомическом бюро. Но мы пошли не по тому стандарту, который планировался в 1989 году, когда организовалось патологоанатомическое бюро. Мы не отделяли патологоанатомические отделения, которые были в больницах, они остались и переданы были в наше управление, и теперь всякая работа проводится напрямую с конкретными клиническими отделениями. В течение 10–15 минут можно доставить материал на биопсионные исследования, некропсия проводится регулярно.

Что необходимо в будущем? Конечно, надо провести хотя бы элементарную модернизацию, которую проводили другие службы терапевтического, хирургического профиля и поднять уровень материального обеспечения на ту высоту, которая необходима в наши дни.

Второе. В районных центрах необходимо провести соответствующее обновление патологоанатомических корпусов, потому что некоторые весьма в плачевном состоянии. И мы сейчас проводим работу по направлению государственно-частных товариществ, когда частное лицо может строить патологоанатомический корпус, а департамент здравоохранения насыщает его соответствующими врачебными кадрами, оборудованием и так далее. Это также одно из новшеств, которое может претвориться в жизнь в будущем. И поэтому я обращаюсь к рабочей группе, чтобы всё-таки подумали о том, что Институт патологии – это одна из форм организации патологоанатомической службы, имеющая патологоанатомическое отделение, о том, что некоторые врачи хотят заниматься научной работой и это делается.

Что касается подготовки, то мы 156 человек подготовили для других регионов за 20 лет. От Сахалина и до Санкт-Петербурга практически в каждой области работают специалисты, которые обучались на наших базах. И самое главное, что клиника патологоанатомической конференции и у нас, к счастью, такова: от 12 до 16 процентов расхождений. А те отделения, которые обеспечиваются скорой медицинской помощью – до 24. И поэтому когда возникают вопросы и административное давление на патологоанатомов, то главные врачи никакого уже влияния не имеют. Жизнь показала, что централизация должна быть разнообразной, учитывать территориальные, конфессиональные и другие ситуации, и тогда это будет грамотно.

Председательствующий. Спасибо большое.

Сейчас хочу предоставить слово Савелову Никите Алексеевичу, заведующему патологоанатомией городской больницы номер 62, город Москва.

Савелов Н. А. Уважаемые коллеги, спасибо за предоставленное слово. На самом деле в основном на этой сессии звучали аргументы за централизацию. И сложилось такое впечатление, что у децентрализованной модели никаких позитивных моментов нет.

Это, конечно, совершенно неправильно, если мы говорим об определённых областях диагностики. Я представляю Московскую городскую онкологическую больницу, где патологоанатомическое отделение имеет дело исключительно с онкологическим материалом, в основном, при прижизненных биопсиях онкологических больных. И в этой ситуации для нас крайне важно быть в составе медицинского учреждения. Я себе не представляю в принципе, каким образом мы будем функционировать, если наше подразделение будет вырвано из больницы, помещено в бюро, где, так сказать, территориальный главный патологоанатом будет определять протоколы, по которым мы работаем, алгоритмы, материальное снабжение и так далее.

С 2008 года я никогда слова «нет» от главного врача больницы в принципе не слышал. Так или иначе, все наши потребности, в том числе для проведения онкологической диагностики, были удовлетворены.

Второй момент заключается в том, что при онкологической диагностике участие патологов в мультидисциплинарных командах, в мультидисциплинарных консилиумах и так далее вообще является одной из основ работы. Без мультидисциплинарного консилиума в принципе диагностика невозможна, в том числе и наша. У нас нет объективных методов онкологической диагностики, практически их очень мало, когда мы можем полностью оторваться от клинической картины, от данных КТ, УЗИ, ультразвуковой МРТ-диагностики. В нашем отделении 17 врачей. Я всех заставляю, просто вынуждаю изучать рентген и семиотику заболеваний. Если ко мне приходит специалист с биопсией лёгкого и не рассказывает о результатах МРТ или КТ, он идёт обратно её изучать. Конечно, для того чтобы люди у нас это понимали, мы регулярно организуем семинары специалистов лучевой диагностики в нашем отделении. Но просто невозможно вырваться из клиники в специализированных онкологических учреждениях.

Другой вопрос, что, конечно, централизация быть должна. В каких ситуациях? Централизация в онкологии должна быть тогда, когда происходит централизация лечения. Например, как делаются саркомные центры во Франции, когда всего около семи учреждений имеют право заниматься диагно-

стикой и лечением злокачественных опухолей мягких тканей. И когда у пациента в каком-то периферическом госпитале подозревается саркома мягких тканей, его направляют в один из семи центров и там мультидисциплинарная команда патологов и клиницистов занимаются этой диагностикой. Но если мы сделаем централизацию только патологоанатомической службы, без централизации лечебной службы, то целый ряд высокотехнологичных областей диагностики у нас просто провалится.

И я, конечно, прекрасно понимаю, что централизацией в бюро мы подтянем те региональные патологоанатомии в плане снабжения, независимости и так далее. Это, несомненно, так. Но этой же централизацией, я боюсь, мы уничтожим патологоанатомические лаборатории экспертного уровня, у которых с главврачами полное взаимопонимание и всё абсолютно в порядке. Это далеко не только наши лаборатории, это институт Петрова, вообще почти весь Песочный и так далее. В общем, тут можно много примеров приводить.

И ещё одна ситуация, когда децентрализация необходима в онкологии. Это тогда, когда реально ты можешь проводить исследование биомаркеров практически без клинической картины, исследования определённых мутаций и так далее. В общем, исследования, которые, казалось бы, не зависимы от клиники, по крайней мере, на настоящий момент. Хотя появляются данные, что не всё так просто, особенно с жидкой биопсией, когда у больного могут в крови быть опухолевые ДНК, содержащие мутации. И когда ты не знаешь полный спектр опухолей, которые находятся в его организме, не знаешь каких-то орфанных заболеваний, ты можешь детектировать мутацию, которая из другой опухоли приплыла, а не из той, к которой ты её относишь.

Поэтому централизация диагностики в области онкологии возможна только с централизацией лечения. Другого пути, к сожалению, нет. И мой призыв, ради чего, собственно, я попросил слово, таково: всё-таки в законодательных инициативах должна быть гибкость. Чтобы там, где реально нужно службу подтянуть, была централизация. А там, где децентрализация имеет свои объективные преимущества, оставить децентрализованные отделения.

Спасибо за внимание. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое, Никита Александрович.

Я хочу предоставить слово последнему записавшемуся на дискуссию участнику обсуждения – Праздникову Эрику Наримановичу, исполнителю вице-президенту, генеральному секретарю общества «Врачи России», доктору медицинских наук, профессору.

Праздников Э. Н. Спасибо большое.

Глубокоуважаемый председатель, глубокоуважаемые коллеги, я хотел бы сегодня не как вице-президент и генеральный секретарь общества «Врачи России», а как заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии сказать пару слов, пользуясь присутствием здесь представителей правоохранительных органов, Следственного комитета и Министерства внутренних дел Российской Федерации.

Уважаемые коллеги, хотел бы напомнить, что два нормативных акта, это федеральный закон № 323-ФЗ и постановление Правительства России № 750, определяют четыре условия передачи невостребованного тела, органов и тканей.

Хотел бы напомнить коллегам из правоохранительных органов, что пункт 2 – это разрешение на передачу, оформленное в письменном виде, выданное лицом или органом, назначившим судебно-медицинскую экспертизу. Хотелось бы обратить ваше внимание, что именно этот пункт является препятствием на передачу тел.

К сожалению, проблема заключается в том, что указанными нормативно-законодательными актами не предусмотрены сроки принятия такого разрешения, регламент формирования такого разрешения, не сформулированы условия отказа в передаче. В результате чего большая часть трупов и разрешения, которые поступают в правоохранительные органы, на этом отсеивается. Происходит отсеивание и из того количества потенциальных трупов, которые могли быть переданы образовательным организациям для проведения обучения, исследования. Они как раз отсеиваются на этом уровне.

Я хотел бы сказать, что я выступаю от имени моих коллег, которые присутствуют здесь, это профессор Чёрных, это профессор Фомин, это два заведующих кафедрами, один из Санкт-Петербурга, из военно-медицинской академии, другой из воронежской медицинской академии имени Бурденко.

Мы бы хотели назвать несколько пунктов, которыми, считаем, целесообразно дополнить законодательство.

Первое. Принять нормативный акт, который бы не только определял правила, но и поэтапно регламентировал алгоритм и сроки передачи использования трупного материала.

Второе. Подготовить и разослать в системе МВД России информационные письма для определения порядка, уточнения порядка и сроков выдачи разрешений.

Третье. Это регламентирует порядок и сроки оформления разрешения.

Четвёртое. Разработать систему мотивационных мероприятий для передающих организаций.

И пятое. Определить максимальный срок консервации биологического материала, в течение которого тело может быть по запросу передано родственникам и не может использоваться в учебных и научных целях. Ну, например, в течение одного года.

Уважаемые коллеги, уважаемый председатель и члены Комитета, я хотел бы, чтобы по возможности в те рабочие или экспертные группы, которые были созданы, включили представителей нашего сообщества, кафедры оперативной хирургии топографической анатомии. И уже от имени Общества «Врачей России» хотел бы сказать слова благодарности за то, что Комитет поднимает жизненно важные вопросы, в основе которых лежит качество подготовки врачей.

Принятые сегодня решения, на мой взгляд, будут способствовать повышению качества и подготовки наших специалистов. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Желающие выступить, задать вопросы есть?

Из зала. Анатолий Ильич, можно?

Председательствующий. Прошу вас.

Из зала. Я хочу прокомментировать. Дело в том, что здесь вот прозвучало, что медицинские организации, образовательные организации используют трупный материал, который закупают за рубежом. Это фактически не так. Дело в том, что речь шла о самих препаратах, которые представляют собой силиконовые трупы. Нет, это не трупы как таковые. Я просто не хочу, чтобы возникали какие-то юридические проблемы, связанные с этим, что мы тела граждан других государств используем.

Извините, это совершенно неправильно. Привозят трупы, головы и проводят на них мастер-классы. Голова стоит 150 тысяч рублей, доставка её из Америки – 50 тысяч. Мы в России покупаем американские трупы. Забавно.

Габбасова Л. А. Тогда можно, я тоже прокомментирую этот вопрос. Дело в том, что это не просто нативные трупы, условно говоря, это уже переработанный материал. Да, он трупный, используется бальзамирование и, соответственно, он как бы аналог изделию медицинского назначения. Есть фирмы, которые этим занимаются, и они уже сюда привозят их под названием кадаверного материала. Соответственно этот вопрос тоже требует изучения. Мы с ним столкнулись буквально в прошлом году в рамках Таможенного союза и ЕАЭС. Потому что как раз стоит вопрос перемещения вот этих биологических объектов.

Сегодня были хорошие предложения. Может быть, у нас должна быть создана такая организация либо на этот счёт должно быть государственное задание каким-то уже имеющимся структурным подразделениям ведомств, в частности, Министерства здравоохранения Российской Федерации. Это может быть именно бюро на уровне области, края, республики. То есть, эту инфраструктуру нужно просто продумать. И, соответственно, этот труп всё равно должен быть обработан. Он должен быть забальзамирован, чтобы были исключены все инфекционные заболевания. Сегодня и я вам об этом говорила: если речь идёт о донорстве, то все инфекции мы должны исключить и то, что опасно и в плане эпидемиологическом тоже.

Кроме того, есть ещё одно предложение. Если будет хорошо подготовленная концепция того, какой вы видите эту службу, можно будет для реализации ваших предложений использовать такой инструмент как приоритетный национальный проект, который не требует централизации. Он должен быть основан именно на чётком понимании вот этой инфраструктуры и взаимодействии структурных подразделений на федеральном уровне и в субъектах Российской Федерации. В рамках приоритетного проекта предусматриваются и вопросы субсидирования. Вот мы некоторые этапы уже по донорству и трансплантации прошли. Это действительно очень трудная была система, потому что туда входили даже муниципальные учреждения, которых остались единицы. И нужно было очень правильно распределить финансовые средства для того, чтобы мотивировать донорство, а оно осуществляется именно на базе субъектов Российской Федерации. И соответственно, критерии были подобраны, учитывался объём их работы и распределялись субсидии. Эти субсидии федеральные, они в дальнейшем ещё подкрепляются на уровне субъекта Российской Федерации тоже субсидиями. И это мотивация.

Председательствующий. Спасибо, Ляля Адыгамовна, но извините, я здесь должен вам возразить в плане подготовки трупов. Я думаю, что этим и мы можем заниматься вполне успешно, тем более, что у здравоохранения проблем, на решение которых можно потратить деньги, более чем достаточно. Спасибо.

У кого ещё есть вопросы? Вопросов больше нет.

Тема сегодняшнего «круглого стола» как бы уже исчерпана, все доклады заявленные мы прослушали, все желающие выступить...

Представьтесь, пожалуйста.

Резникова Г. Л. Резникова Галина Леонидовна, главный врач областного патологоанатомического бюро Ростовской области и главный патологоанатом.

Уважаемые коллеги, я действительно скажу только два слова. Централизация – это хорошо, замечательно и она нужна, но в любой форме – и децентрализованной, и централизованной, основной момент – это адекватное финансирование.

Патологоанатомическая служба является клинической дисциплиной и основополагающей морфологической основой здравоохранения, но она не попала ни в одну из национальных программ и, в частности, в программу модернизации, и в этом наша проблема. Поэтому у службы плохие здания, поэтому только энтузиазм и хорошие кадры держат службу на плаву. У нас патологоанатомическое бюро типа Института патологии, у нас иммуногистохимия, цитология, гистология и охватываем мы половину области.

Конечно, централизацию мы можем сделать, в больших регионах возможно иметь только бюро с филиалами, а не создавать множество бюро. Одно бюро и масса филиалов, у нас их сейчас семь, можно сделать 20, и для Ростовской области это будет оптимум. Но я не настаиваю на централизации всеобщей, повторяю, основное – это адекватное финансирование.

Благодарю за внимание. За то, что вопрос был поднят. Большое спасибо. И надежда.

Председательствующий. Спасибо за выступление.

Председательствующий. Но только очень коротко, потому что время нашего заседания подходит к концу.

Мишнёв О. Д. Олег Дмитриевич, я был главным патологоанатомом, сейчас главный патологоанатом по Центральному федеральному округу.

Я что хотел сказать, просто одно слово. Дополнительно к деньгам нужна ещё совесть. Вы понимаете, то, что показал нам Олег Вадимович, вот это уменьшение процента расхождения, это бесовестная ситуация в стране, и кто-то этим должен заниматься, выяснять каким это образом так получилось. Может быть и рабочая группа придумает какие-то варианты контактов с тем, чтобы выяснить, почему такой процент расхождений. И, в конце концов, когда же восстановится нормальный клиничко-патологоанатомический анализ, то, что было у нас раньше. Для нас это было очень важным, мы разбирали конкретный случай и там видели не только клинические, но и административные ошибки, причины и прочее. Это была настоящая школа, и теперь она полностью ликвидирована. Она так в виде театра у нас в Москве существует, а в остальном-то, понимаете, всё чисто формально, для «галочки».

И я очень боюсь, что если не будет совести, то и наше заседание будет для «галочки». Спасибо.

Председательствующий. Спасибо. Спасибо большое за выступление.

Ещё раз хочу подвести черту под сегодняшним «круглым столом», тематика исчерпана, дискуссии достаточно острые прозвучали сегодня и прозвучали, чувствую, с болью, потому что, действительно, очень много вопросов за это время накопилось, и они требуют своих корректив, которые мы должны будем внести.

Естественно, на этом заседании «круглого стола» мы всех вопросов не решим. Этим будет заниматься по вашим предложениям междисциплинарная рабочая группа. Группа рабочая, она, подчёркиваю, будет заниматься теми проблемами, которые вы сегодня обозначили, которые есть сегодня и розданы в рекомендациях. Если какие-то ещё будут вопросы, она будет открыта для их принятия, обсуждения и дальнейшего, так сказать, продвижения.

Есть поручение и Министерства здравоохранения Российской Федерации, и Правительства России в части изменений 750-го постановления, закона № 323-ФЗ, который должен меняться в пользу опять же практического здравоохранения, потому что патологоанатомическую службу, все вы прекрасно понимаете, трудно переоценить в части диагностики, экспертиз и улучшения качества лечения, как я говорил в своём докладе. Это нам предстоит сделать.

Естественно, это дистанция большого пути, и нам её вместе, сообща предстоит преодолеть. И преодолеть так, чтобы все вопросы, которые сегодня прозвучали, были сняты. Это всё не сразу произойдёт, потому что под этим есть и деньги, и те вопросы этического плана, которые не так легко порой преодолевать и по времени, и по другим соображениям.

Поэтому ещё раз: наберитесь терпения, целеустремлённости, желания изменить эту ситуацию к лучшему. Спасибо.

Если нет вопросов, благодарю за работу.

СТЕНОГРАММА
«круглого стола» на тему «Цифровизация медицины. Анализ
правоприменительной практики в Российской Федерации.
Задачи и дальнейшие перспективы законотворческой деятельности».
9 апреля 2018 года.

Председательствует
член Комитета Государственной Думы по охране здоровья
Л. А. Огуль

Председательствующий. Уважаемые коллеги, мы начнём работу нашего «круглого стола».

Наш председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья Дмитрий Анатольевич Морозов сейчас находится на Совете, и буквально через 15–20 минут он начнёт работать вместе с нами, но тем не менее мы приступаем к нашей работе.

Я рад приветствовать вас на заседании нашего «круглого стола» на тему «Цифровизация медицины. Анализ правоприменительной практики в Российской Федерации. Задачи и дальнейшие перспективы законотворческой деятельности в этой области».

Необходимость обсуждения этого важнейшего вопроса поставлена Президентом Российской Федерации Владимиром Путиным в его Послании Федеральному Собранию ещё 1 декабря 2016 года.

Напомню, что тогда Владимир Владимирович поручил наращивать уровень информатизации здравоохранения, главным образом, чтобы сделать удобной, простой запись на приём к врачу, ведение документации. Он прямо сказал, что необходимо освободить врачей от рутины, заполнения вороха отчётов, справок, дать больше времени врачам для непосредственной работы с пациентами.

Также с помощью информационных технологий должна быть существенно повышена эффективность контроля за рынком жизненно важных лекарственных препаратов. Это позволит нам избавиться не только от контрафакта, но главным образом пресечь завышение цен при закупках препаратов для больниц и поликлиник.

Кроме того, Президент России поручил в течение ближайших двух лет подключить к скоростному интернету все больницы и поликлиники нашей страны, что позволит врачам и даже в отдалённом городе, посёлке, селе использовать возможности телемедицины, быстро получать консультации коллег из региональных и федеральных клиник.

Надо сказать, что это в полной мере согласуется с поручением Президента России от 1 марта 2018 года о развитии сельской медицины, вы знаете, что по его поручению в настоящее время подготовлен проект поручений, и одно из очень важнейших поручений связано как раз с оказанием медицинской помощи в малонаселённых пунктах, где проживает менее двух тысяч населения. Это чрезвычайно ответственная задача. И мы считаем, что в рамках цифровизации медицины она будет выполнена более успешно.

В целях выполнения основных положений Послания Государственной Думой был принят Федеральный закон от 29 июля 2017 года № 242-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья», который уже вступил в силу с 1 января 2018 года. Это чрезвычайно важный этап в развитии цифрового здравоохранения. Данным законом, напомню, коллеги, предусматривается возможность оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий путём проведения консультаций и консилиумов, обеспечивающих дистанционное взаимодействие врачей между собой, врача и пациента, его законного представителя, а также дистанционный мониторинг состояния здоровья пациента.

Создаётся информационная система здравоохранения – ЕГИСЗ, создан в настоящее время федеральный сегмент многоуровневой системы телемедицинских консультаций, обеспечивающий взаимодействие не менее 20 национальных медицинских и исследовательских центров с региональными медицинскими организациями. Чрезвычайно важное направление для повышения доступности и качества медицинской помощи нашим гражданам.

До конца 2018 года продолжятся работы по обеспечению организаций государственной и муниципальной системы здравоохранения высокоскоростным интернетом, как я уже сказал.

Эти меры, принимаемые в настоящее время Министерством здравоохранения Российской Федерации и Министерством связи и массовых коммуникаций Российской Федерации, позволят решить

важные задачи обеспечения качественной телемедицинской помощи в любой географической точке нашего государства, нашей страны.

На сегодняшний день цифровизацию в здравоохранении в Российской Федерации регулируют несколько федеральных законов, в том числе Федеральный закон от 28 декабря 2017 года № 425-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств», Федеральный закон от 1 мая 2017 года № 86-ФЗ «О внесении изменений в статью 13 Федерального закона «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьи 59 и 78 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Также Государственной Думой принят в первом чтении законопроект «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части розничной торговли лекарственными препаратами дистанционным способом».

Вместе с тем многие эксперты отмечают, что, несмотря на принятые Государственной Думой федеральные законы, профильными ведомствами не приняты соответствующие подзаконные акты, что препятствует внедрению телемедицины.

Сегодня мы проводим с вами «круглый стол» в стенах Государственной Думы, чтобы иметь представление о том, как идёт преобразование сферы охраны здоровья и активное внедрение в неё цифровых технологий, благодаря которым каждый гражданин независимо от своего места проживания может получить высококвалифицированную консультацию, приобрести выписанный лекарственный препарат без посещения поликлиники.

Уважаемые коллеги, в своём выступлении я коснулся лишь небольшой части накопившихся вопросов. Я очень надеюсь на вашу активную работу на сегодняшнем заседании, чтобы мы с вами сумели не только обсудить сложную и ответственную работу по цифровизации здравоохранения, но и принять необходимые меры и принять решения для её совершенствования. Поэтому мы начнём нашу работу.

Я предлагаю установить регламент – до семи минут. Я очень прошу соблюдать регламент, потому что у нас предстоит напряжённая работа.

У вас в раздаточных материалах имеется проект рекомендаций «круглого стола», по итогам заседания с учётом состоявшегося обсуждения мы сможем уточнить некоторые позиции и внести правки. Более того, мы все материалы разместим на сайте.

Итак, мы приступаем. Уважаемые коллеги, разрешите мне предоставить первое слово для выступления генеральному директору «Факультета медицинского права» Полине Георгиевне Габай.

Подошла Полина Георгиевна? Пожалуйста, вам слово.

Габай П. Г. Здравствуйте! Можно, пожалуйста, мои слайды на экран, чтобы я могла начать говорить.

Сегодня содержание моего выступления связано с правовыми вопросами, связанными со вступлением федерального закона и соответствующего приказа Минздрава России о телемедицине.

(Демонстрируется слайд.)

Я, безусловно, выступаю за все процессы, связанные с внедрением инноваций в отечественную медицину, и в частности за телемедицину. *(Демонстрируется слайд.)*

Но я не могу не отметить, что, несмотря на долгожданный федеральный закон и приказ, который вступил в силу в январе 2018-го, мы имеем некоторые пробелы в этой области и соответствующие проблемы. *(Демонстрируется слайд.)*

Проблема номер один, с которой я хотела бы начать, – это сложная, на мой взгляд, система идентификации и аутентификации. *(Демонстрируется слайд.)*

Как известно, применение телемедицинских технологий согласно двум нормативным актам, оно связано с использованием Единой системы идентификации и аутентификации (далее – ЕСИА).

(Демонстрируется слайд.)

Однако я хочу отметить, что далеко не каждый человек, который даже использует интернет, на сегодняшний момент прошёл регистрацию в ЕСИА, и есть люди, намеренно не делающие этого, в том числе, по религиозным мотивам. *(Демонстрируется слайд.)*

Поэтому я считаю, что от телемедицинских технологий отсекается значительная прослойка пациентов, которые не прошли регистрацию в ЕСИА. *(Демонстрируется слайд.)*

Я полагаю, что законодательно должен быть введён альтернативный способ для доступа к данной системе, например, предоставление сканированного изображения документа, удостоверяющего личность. *(Демонстрируется слайд.)*

Безусловно, если мы предлагаем другой вариант идентификации, то существует минимальная вероятность, что человек может направить фальсифицированный документ, удостоверяющий личность, и злоумышленник, скажем так, может выдать себя за другого человека. *(Демонстрируется слайд.)*

Но всё-таки надо сказать, что в рамках очного приёма пациента обычно не предусмотрено введение ЕСИА на самом деле означает именно это. *(Демонстрируется слайд.)*

Также хочу обратить внимание, что согласно нормам Правительства России, получить доступ к ЕСИА могут далеко не все, а только должностные лица медицинской организации. Как известно, врач не относится к должностным лицам, и должностные лица начинаются, в лучшем случае, с заведующего отделением. *(Демонстрируется слайд.)*

Поэтому я полагаю, что следует внести некоторые альтернативные методы идентификации участников при использовании данной системы. *(Демонстрируется слайд.)*

Следующая проблема, которая тоже, я считаю, имеет место, – это то, что далеко не все медицинские организации, желающие приобщиться к телемедицине, смогут это сделать. *(Демонстрируется слайд.)*

Как минимум потому, что имеется сложная система включения в федеральные реестры медорганизаций и медработников. *(Демонстрируется слайд.)*

Но несмотря даже на несложную систему включения в этот федеральный реестр, полагаю, что есть более значительная проблема – то, что ЕГИСЗ по факту работает, но де-юре до сих пор Правительством России не утверждено единое положение о единой системе и о порядке её функционирования. *(Демонстрируется слайд.)*

Поэтому полагаю, что решение о привязке телемедицины именно к ЕГИСЗ несколько опередило время с учётом даже того, что приказ вступил с 20 января, и никакого переходного периода не было.

Я считаю, что внедрение телемедицины должно сопровождаться массовым использованием электронной медицинской документации. *(Демонстрируется слайд.)*

С одной стороны, это, конечно, хорошо и здорово, но федеральный закон предусматривает именно использование усиленной квалифицированной электронной подписи. *(Демонстрируется слайд.)*

Я полагаю, что многих медработников отпугнёт использование сложной усиленной квалифицированной электронной подписи. Во-первых, это очень непросто. *(Демонстрируется слайд.)*

И, например, если мы даже говорим о дистанционном консилиуме, то это говорит, что каждый врач, который участвует в рамках этого консилиума, должен иметь усиленную квалифицированную подпись. Поэтому мы считаем, что более целесообразно ввести норму о простой ЭЦП, исключение может быть только для должностных лиц. *(Демонстрируется слайд.)*

Кроме этого, с усиленной квалифицированной электронной подписью имеются некоторые другие правовые проблемы, связанные, например, со сроком её действия и с недействительностью далее документов, оформленных с её использованием. *(Демонстрируется слайд.)*

Следующая проблема – то, что действующее законодательство ассоциирует телемедицину исключительно с электронной меддокументацией и не регламентирует использование обыкновенной бумажной медицинской документации. *(Демонстрируется слайд.)*

Таким образом, от телемедицины на сегодняшний день отсекается достаточно большая часть медорганизаций, которые продолжают использовать простую бумажную карту.

Кроме того, законодательно практически не урегулированы условия и сроки хранения электронной документации, и современная нормативно-правовая база об архивном деле рассчитана в первую очередь на бумажные документы. *(Демонстрируется слайд.)*

Непонятно, где и на каких носителях будут храниться архивные медматериалы. Что случится, если будущее программное обеспечение не будет совместимо со старой электронной документацией и не сможет её открыть? *(Демонстрируется слайд.)*

Наиболее настораживает одна норма, которая включена в приказ Минздрава России, о том, что возможно хранение медицинской документации в Облаке. Безусловно, это вызывает опасения угрозы сохранности данной информации. *(Демонстрируется слайд.)*

Как итог: дополнительные рекомендации. Полагаем, что следует обратить внимание в федеральном законе на повышенную степень защиты от высокотехнологических угроз, потому что миру известна серьёзная проблема, связанная с этим.

Дополнительно хочу отметить: мы полагаем, что требуется упрощённый порядок лицензирования медорганизаций, оказывающих медицинскую помощь с использованием телемедицинских технологий только в рамках ограниченных консультаций без личного приёма пациентов, что, в частности, возможно простое офисное размещение врачей и специалистов без обеспечения всего стандарта необходимых медизделий и необходимого соответствия санитарным нормам. *(Демонстрируется слайд.)*

Вероятно, следует рассмотреть возможность выделения некоторых врачей-специалистов, которые имеют право всё-таки устанавливать диагноз и назначать лечение без очного осмотра, но, в том числе, на основании результатов определённых исследований.

И последний слайд. *(Демонстрируется слайд.)* Заканчивая своё выступление, хочу отметить, что, несмотря на законодательные проблемы и коллизии, я уверена, что телемедицину в будущем в России ждёт колоссальное развитие.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое, Полина Георгиевна.

Во-первых, вам спасибо за такой вот доклад, где вы очень чётко обозначаете проблемы, которых действительно очень много, потому что тот прорыв, который должно осуществить наше государство в области здравоохранения, информатизации, на самом деле, важен.

А, с другой стороны, я думаю, что на часть вопросов, которые вы поднимаете, вы услышите ответы в ходе обсуждения: у нас будет обстоятельный доклад Елены Львовны Бойко, директора Департамента информационных технологий и, я думаю, значительная часть вопросов у вас отпадёт.

Позвольте мне предоставить слово Георгию Станиславовичу Лебедеву, заведующему кафедрой информационных интернет-технологий Сеченовского университета. Пожалуйста.

Лебедев Г. С. Слайды, пожалуйста, включите.

Пожалуйста, следующий слайд. Уважаемые коллеги, моё сообщение посвящено проблеме обучения врачей основам цифрового здравоохранения.

Я на первом слайде показал определение, что такое цифровое здравоохранение, что это организация медицинской помощи, при которой ключевыми факторами являются данные в цифровом виде, обработка больших объёмов и использование результатов анализов, что по сравнению с традиционными технологиями позволяет существенно повысить её эффективность.

И, на наш взгляд, три основных направления развития цифрового здравоохранения в России – это внедрение электронного документооборота между врачом, пациентом и медицинской организацией, применение телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи и применение математических методов, включая методы искусственного интеллекта, обработки больших данных при обработке медицинских данных. *(Демонстрируется слайд.)*

И, соответственно, мы ставим своей задачей необходимость обучить всех врачей, которые у нас на сегодняшний день оказывают медицинскую помощь, тем направлениям, про которые я уже сказал. И на этом слайде показано более детально, что должен понимать и уметь каждый врач.

(Демонстрируется слайд.)

Основная часть направлений, про которые я сказал, уже с 1 января этого года начали действовать, у нас начинают легализовываться электронные документообороты, законодательно это дело уже поддержано. Создана единая государственная информационная система, она стала правовой единицей, и в законе появилась возможность оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. То есть вот сразу видно, что у нас одно из направлений развития в здравоохранении цифровой медицины – это применение математических методов, методов искусственного интеллекта, тоже нуждаются в какой-то правовой поддержке.

И поскольку мы всегда говорим о том, что цифровые методы осуществляют революцию в обработке данных, соответственно, мы должны понимать, что это будет связано и с лечением пациента, с постановкой диагноза и это тоже требует каких-то нормативных и правовых основ. *(Демонстрируется слайд.)*

Основные проблемы внедрения цифрового здравоохранения заключаются в том, что мы должны защитить врача от того, что он будет использовать информационные системы, использовать методы телемедицины и ещё больше проблем может появиться у врача, если будет что-то делаться некорректно. И мы должны защитить пациента, то есть внести... *(Не разборчиво.)*

И вот как раз за счёт законодательного нормативного обеспечения и за счёт того, что мы начинаем готовить современного врача, он должен быть защищён сам, а те методы, которые он использует, должны защитить пациента, помочь правильно его лечить и поставить диагноз. *(Демонстрируется слайд.)*

А здесь, на этом слайде показано, что должен врач знать для того, чтобы понимать цифровые методы, понимать основы цифрового здравоохранения. *(Демонстрируется слайд.)*

Это те умения, которые врач должен получить, когда выпускается из вуза, из нашего медицинского учреждения образования. *(Демонстрируется слайд.)*

Понимая современную тенденцию развития здравоохранения, мы в Первом медицинском университете создали институт цифровой медицины, в который на сегодняшний день входят две кафедры: кафедра информационных интернет-технологий, кафедра медицинской информатики и статистики и лаборатория электронного здравоохранения.

Мы надеемся, что этот институт цифровой медицины будет развиваться, он ведёт и будет вести серьёзную научную работу, плюс участвует в организации лечебного процесса непосредственного клинического центра Сеченовского университета.

И мы со следующего года вводим дополнительную специализацию врачей, то есть каждый врач, выпускающийся из нашего университета, будет получать дополнительную специализацию, он будет получать диплом врача и удостоверение о получении квалификации «ИТ-медик» или «сетевой врач», две специальности. И со следующего семестра, с сентября этого года запускаем подготовку не врачей, а инженеров в бакалавриате «информационные системы и технологии» и в магистратуре «информационные системы и технологии в медицине». *(Демонстрируется слайд.)*

В области электронного здравоохранения для врачей, медиков у нас есть понятие «основные понятия электронного здравоохранения», это мы обучаем единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, телемедицины и медицинских информационных систем, это всё то, что нужно врачу, чтобы он прекрасно в этом ориентировался и знал это, когда приходит в практическое здравоохранение. *(Демонстрируется слайд.)*

«Сетевой медик». Мы предполагаем, что здесь больший будет упор на методы, которые применяются в цифровом здравоохранении – это применение математических методов в медицине для обработки данных, для получения нового качества анализа и постановки диагноза. Дальше, применение методов искусственного интеллекта, включая распознавание образов, включая обработку больших данных, технологии text mining, data mining. И каждый врач, который у нас будет выпускаться и который пройдёт через наше обучение, он будет уметь эти методы применять и понимать, вообще, что такое искусственный интеллект и как с ним бороться.

И дальше – курс интернет-технологии в повседневной деятельности врача. Это позволяет каждому врачу ориентироваться в сети «Интернет», знать какие есть основные ресурсы, позволяющие ему правильно и качественно принимать решения, взаимодействовать с другими врачами в Российской Федерации и в мире. *(Демонстрируется слайд.)*

Кроме того, мы сейчас подготовили программу повышения квалификации врачей по специальности «общественное здоровье и здравоохранение» по телемедицине, 36-часовой курс в течение недели, можем обучить врачей, объяснив им что такое «телемедицина», это у нас две лекции и три дня практических занятий, то есть за пять дней мы укладываемся, плюс шестой день зачёт. Естественно, у нас практическое занятие – организация медицинского консилиума, медицинской консультации с применением телемедицинских технологий, практическое задание – организация, наблюдение за состоянием здоровья пациента, практическое занятие – организация телемедицинского кабинета в медицинской организации. И практическое занятие – организация удалённого телемедицинского кабинета. *(Демонстрируется слайд.)*

Вот я здесь несколько фотографий представил, показал, как выглядит учебная база кафедры. У нас есть уже «дистанционное наблюдение за состоянием здоровья», ввели такое понятие как телемедицинский стационар на дому и делаем как бы укладку в сеть «Интернет» мобильных медицинских устройств, что позволяет для каждой группы заболеваний пациентов делать свою укладочку, позволяющую врачу дистанционно мониторить, наблюдать за состоянием здоровья пациента.

Кроме того, у нас на кафедре представлены медицинские мобильные устройства основных производителей фирм, которые на сегодняшний день присутствуют на рынке, и мы на кафедре принимаем эти современные все методы и решения и помогаем врачам обучаться и применять их на практике.

Есть уже две книжки, которые подготовлены сотрудниками нашей кафедры, это книжка по телемедицине и книжка «Стандартизация в электронном здравоохранении», которая позволяет нам обучать людей тем современным технологиям, представленным на сегодняшний день.

(Демонстрируется слайд.)

Уважаемые коллеги, мы считаем, что опыт Сеченовского университета должен быть востребован и другими вузами страны и готовы выступить в качестве застрельщиков всех этих направлений, связанных с обучением врачей цифровым технологиям. И приглашаем всех желающих посетить нашу кафедру, посмотреть организацию наших стендов, организацию учебного процесса. Спасибо большое.

**Председательствует председатель
Комитета Государственной Думы по охране здоровья
Д. А. Морозов**

Председательствующий. Спасибо большое, Георгий Станиславович.

Уважаемые коллеги, простите, у нас был Совет Государственной Думы, я рад, что он так быстро завершился и мы вместе.

Насколько я понимаю, сегодня в парадигме нашего собрания лежат проблемы, которые ставят практики во исполнение нашего закона. Поэтому, с вашего позволения, мы продолжим придерживаться этой же логики.

Позвольте предоставить слово Ахмерову Тимуру Маратовичу, генеральному директору АО «БАРС Групп». Пожалуйста.

Ахмеров Т. М. Добрый день, коллеги! Я с вашего позволения передам слово эксперту и директору по развитию «БАРС Групп» Ашенбреннер Инне Викторовне. Включите, пожалуйста, презентацию.

Ашенбреннер И. В. Коллеги, мы хотели поговорить об ответственности программного обеспечения, которое, в принципе, применяется в медицине. И коротко остановиться на нашем опыте и регистрации как раз-таки программного продукта, как медицинского изделия. *(Демонстрируется слайд.)*

Наш программный продукт сейчас эксплуатируется в девяти регионах и во многих лечебных учреждениях (там у нас более 1000 таких учреждений и 70 тысяч сотрудников). Сейчас это полное лицензированное и зарегистрированное изделие.

Хотела поделиться коротко о том, что мы прошли, какие трудности, какие нюансы возникали. Мы говорим о цифровизации, это значит, все программные продукты должны быть зарегистрированы и они несут ответственность за то, какое решение врач принимает с использованием этих систем.

Мы коротко обрисовали, как мы прошли этот путь. Он был непростой, основное это то, что два этапа Росздравнадзора превратились для нас в четыре больших шага. *(Демонстрируется слайд.)*

Шаг первый. Мы коротко остановились на вехах, которые как раз-таки и говорят, что нам нужно поменять и что бы мы хотели предложить как вариант для упрощения дальнейшей жизни. То есть мы планировали первый шаг сделать, это как раз-таки подготовка документов, анализ их, согласование программы методик испытания, это очень серьёзный, тяжёлый путь и он у нас превратился вместо 50 планируемых дней в 194 дня. *(Демонстрируется слайд.)*

Нам пришлось сделать огромное количество операций, в итоге получить комплект документов благодаря уже институту более коммерческому и более мотивированному на то, чтобы быстро получить результат и придать документам совершенно правильный формат. Мы потратили на это очень много дней – 163. *(Демонстрируется слайд.)*

Мы говорим о том, что все, что касалось самого Росздравнадзора, у нас практически проходило отлично, то есть когда у нас тематика допусков, разрешений и так далее, у нас вы видите, зелёные здесь стоят фактически... Дальше можно, в принципе, здесь коротко.

Шаг второй. Как раз-таки мы говорили про регистрацию медицинского изделия этапа номер один. То есть у нас этот этап превратился в несколько шагов, которые мы прошли, но потратили больше времени. *(Демонстрируется слайд.)*

Я скажу, что бы нам хотелось изменить именно в нормативной базе. Допуски все вы видите. То есть мы, вообще, практически шли хорошо. *(Демонстрируется слайд.)*

Хотелось бы, конечно, также улучшить процесс получения корректировок, устранения замечаний и так далее. *(Демонстрируется слайд.)*

Опять же повторюсь, к Росздравнадзору как к организации, разрешающей допуски, претензий не было... *(Демонстрируется слайд.)*

И вот теперь остановимся на этом слайде. *(Демонстрируется слайд.)*

Что бы хотелось подчеркнуть. В связи с тем, что мы первые, что за нами должно прийти большое количество разработчиков и у нас должен быть программный продукт везде, у нас есть четыре основных предложения.

Первое. У нас отсутствует оперативное взаимодействие с экспертами, на этом мы теряем очень много времени. Это, мы понимаем, антикоррупционный как раз-таки элемент, но надо сделать такой модный, хороший чат на портале Росздравнадзора, где мы могли бы получать из первых уст замечания и быстро устранять их для того, чтобы итерационность была повышена.

Нам бы хотелось, чтобы сам портал немножко изменили в плане глубины, степени провалов информации, которая там есть. Потому что на верхнем уровне все хорошо, но что внутри каждого этапа происходит, мы не видим. И другим менее подкованным компаниям или компаниям поменьше, им тяжелее будет как раз-таки эти вещи проходить.

Ещё здесь есть многочисленные ГОСТы и ИСО. Почему мы теряли большое количество времени? Потому что нам даже пришлось воспользоваться консалтингом. Не все ГОСТы и ИСО, которые сейчас есть, были заявлены в НПА. То есть мы очень просим достаточно оперативно актуализовывать НПА, которые существуют, и указывать все стандарты, чтобы не было разночтений у двух институтов, которые допущены на эту как раз-таки экспертизу.

Естественно, ещё хотелось бы к этим институтам обратиться в связи с тем, что они готовят нас как раз к тому, что мы должны правильно и с определённой периодичностью проходить регистрацию. Я имею в виду семинары. Семинары на текущий момент достаточно поверхностные. Затем перейти, конечно, к пошаговому обучению. Знаете, портал госуслуг в этом плане чем хорош? Вот эти административные услуги, где написано – шаг 1, шаг 2, шаг 3, указано время, срок и так далее.

Мы вот здесь одну вещь отметили: два института допущено, они между собой конкурируют и не совсем получается слаженная работа. То есть один институт не принимает документы от второго и так далее. И для того, чтобы такого избежать и сделать доверенную среду, мы очень просим детализацию НПА сделать так, чтобы было одинаковое прочтение. *(Демонстрируется слайд.)*

На основании чего вообще всё это делается? Почему всё больше и больше медицинских и информационных систем, внутри которых лабораторные системы и другие элементы? Они все, соглас-

но федеральному закону № 323-ФЗ, подлежат обязательной регистрации. Это очень важно. (*Демонстрируется слайд.*)

На самом деле мы поддерживаем этот элемент регуляции рынка. Мы очень хотим сделать его прозрачным и очень, очень тактически отработанным. Это очень важно. Рынок большой. Сейчас все должны будут пройти этот путь. Это очень тяжёлый путь.

Спасибо. Всё, что хотела сказать.

Председательствующий. Спасибо большое. Я думаю, Дмитрий Юрьевич, вы тогда в своём выступлении остановитесь на поставленных вопросах, хорошо? Спасибо большое.

Пожалуйста, Яковлев Алексей Викторович, директор проектов, Ростелеком. Да, пожалуйста, Алексей Викторович.

Яковлев А. В. Добрый день! Я постараюсь коротко.

Оба вопроса, которые хотелось нам поднять, сегодня уже прозвучали. Мы точно так же при создании медицинских сервисов столкнулись с необходимостью идентификации участников телемедицинской консультации. Так же столкнулись с проблемой придания юридической силы результатам этой самой телемедицинской консультации. Мы видим решение этой проблемы в изменении существующего статуса квалифицированной электронной подписи, внесение изменений в федеральный закон № 63-ФЗ. Однако есть альтернативный путь, по нему пошла Федеральная налоговая служба, когда организовывали обмен фискальными документами, приём фискальных документов, они фактически выпустили свой собственный набор правил по работе с электронной подписью. И электронная подпись, которая формируется на сайте налог.ру, она несколько отличается от того, что выдают на сегодняшний момент удостоверяющие центры.

Тем не менее оба пути имеют право на существование. Если Минздрав России признает, выпустит правила, которые определяют, какой электронной подписи он доверяет, то процесс можно запустить намного быстрее, чем вносить в очень сложный, очень многих затрагивающий федеральный закон № 63-ФЗ, информацию о, скажем так, новых правилах работы с электронными подписями. Однако если каждое ведомство, каждое направление начнёт выпускать свои собственные, скажем так, электронные подписи, то это точно так же будет неудобно для потребителей, для конечного клиента, для пациента. И внесение изменений в федеральный закон № 63-ФЗ всё равно будет нужно.

Более того, мы хотели бы обратить внимание на использование биометрических данных при формировании электронных подписей. Это довольно интересная технология, которая на сегодняшний момент позволит упростить работу с удостоверяющими центрами, поможет формировать ключи электронных подписей удалённо. Мы видим и понимаем, как это можно сделать, мы знакомы с этими технологиями. Готовы работать в этом направлении. Пожалуй, всё.

Председательствующий. Спасибо большое. Ваша позиция понятна.

Елена Анатольевна Жидкова, начальник центральной дирекции здравоохранения – филиала ОАО «РЖД». Пожалуйста.

Жидкова Е. А. Добрый день, Дмитрий Анатольевич, уважаемые коллеги, я всё-таки представитель не только административного аппарата, так сказать, медицинских организаций, которые занимаются цифровизацией в области здравоохранения, но и представляю практическое здравоохранение, которое сталкивается со всеми трудностями, существующими в телемедицине.

Я сейчас просто кратко скажу о тех направлениях, основных, так скажем, для нас, которые актуальны, а потом остановимся на наших слайдах, это то, что касается непосредственно нашей компании, и я думаю, что не только нашей, а, вообще, крупных холдингов, которые занимаются производственной медициной, в том числе.

В первую очередь, действительно, тема очень важная, и она важна не потому, что наши политические задачи – это часть цифровой экономики, но самое главное то, что мы сможем изменить качество и доступность медицинской помощи. Притом, что мы сейчас говорим не об учреждениях, которые находятся в центральных регионах, а о тех, которые находятся в малонаселённых, труднодоступных регионах нашей страны.

Что могу сказать? Первая тема основная, с которой мы столкнулись, так скажем, это майнинг, все это знают. И действительно, у нас на сегодняшний день практически нет той базы данных, на которой хранится вся информация, на основании которой мы можем делать статистику, анализ данных по нашим сотрудникам и так далее. И мы с этим сталкиваемся.

Безусловно, если сейчас говорить про мировой опыт, то больше 30 процентов информации в системе здравоохранения хранится всё-таки на цифровых носителях. У нас пока в том формате, в котором мы хотели бы видеть, этого нет. Но как собирать эти обезличенные данные, как их хранить, в какой правовой форме оставлять – пока этот вопрос, я думаю, за Минздравом России и за нашим руководством.

Второе направление – это, безусловно, как раз тот путь от телемедицины к телемедицинской цифровой экосистеме, где не только врач-пациент участвуют в процессе, а участвуют абсолютно все –

и страховые компании, и медицинские организации, и наше руководство, и наша администрация. Сам весь этот процесс более или менее формализован в какие-то законопроекты. Потому что на сегодняшний день появляются вопросы, если честно. То есть мы работаем в практическом здравоохранении. У нас врачей очень много. И у них большой скептицизм, могу честно сказать, по отношению к телемедицине как к таковой. Им намного проще работать в тех рамках, в которых они работали раньше, и перейти на формат работы в телемедицине им не очень хочется, потому что они, безусловно, контролируют медицинскую помощь, которую они оказывали предварительно. Им проще её контролировать по различным гаджетам, WhatsApp и так далее в нерабочее время. А кто же тогда оказывает эту медицинскую помощь с той стороны экрана, если мы её получаем в рамках телемедицины, неизвестно. И я считаю, что здесь должен быть некий квалификационный отбор, некое образование, которое обговорили мы сейчас с университетом. Уже созданы курсы. Но здесь должен быть формат больше правовой, наверное, со стороны Минздрава России, потому что это все должно быть урегулировано. И те врачи, которые находятся, скажем так, по ту сторону, должны быть известны, должны быть сертифицированы, понятны, подконтрольны. Потому что риски, которые сегодня делают провайдер и врач, нам непонятны, то есть кто на какой стороне. Но это тоже сейчас проблема, с которой мы сталкиваемся. Надеемся, что если будет формат нормативных документов, мы все в него встроимся – и провайдеры, и страховые компании, и практическое здравоохранение, абсолютно все, и будем работать более слаженно.

Наша основная проблема в любом случае состоит в дистанционном контроле, который мы осуществляем. У нас очень большая компания, у нас очень большое количество партнёров, крупных партнёров, которые работают в рамках производственной медицины. И, наверное, здесь не так много наших, так скажем, союзников в этом направлении. Но я всё равно выскажусь по этой проблеме, потому что она очень важная на сегодня.

Кроме нас в труднодоступных местах работают и другие организации, в малых населённых пунктах, куда добраться на автомобильном транспорте просто невозможно, – исключительно железной дорогой. И там находится крупный промышленный холдинг, работники которого должны проходить предрейсовые, предсменные, послесменные и так далее медицинские осмотры. Соответственно, для нас это проблема, потому что люди затрачивают огромное количество времени, чтобы получить эту медицинскую услугу перед работой – едут пять часов в одну сторону, пять часов в другую. Для этого мы безусловно придумали вариант, который уже с 2016 года мы апробируем. Это дистанционный контроль здоровья сотрудников и он показал очень хороший результат. *(Демонстрируется слайд.)*

Это предложения, которые мы подавали и в Министерство здравоохранения Российской Федерации, и в Министерство транспорта Российской Федерации по внесению изменений в ту законодательную базу, которая уже существует. К сожалению, пока, на сегодняшний день, никаких подвижек нет. Я по крайней мере надеюсь, что это будет первый шаг к тому, чтобы повысить качество и доступность медицинской помощи тем людям, которые находятся далеко – на Дальнем Востоке, на северах, которые вообще не могут получить никакой медицинской помощи. У нашей организации 10 учреждений, которые находятся в очень тяжелодоступных регионах, где в 500-х километрах нет вообще никакой медицинской помощи и добраться туда невозможно. Соответственно, есть вариант расположения здесь различных дистанционных комплексов, которые не только консультацию могут оказывать, как сегодня прописано в нашем законодательстве, но и осуществлять какие-то минимальные исследования – это артериальное давление, пульсоксиметрия, алкотестирование. И это сегодня уже работает в рамках автоматизированных системных комплексов и показывает хорошие результаты.

Я считаю, что всё-таки нужно идти навстречу практикующей, так скажем, стороне, поддерживать и вносить изменения в законодательство, потому что в течение длительного времени, к сожалению, у нас никаких подвижек нет. Нам объясняют, что существует санавиация для наших любимых граждан Российской Федерации, которые находятся на Дальнем Востоке или на северах. Но санавиация, к сожалению, существует не в том объёме, в котором он необходим. Спасибо большое.

Председательствующий. Спасибо большое, спасибо.

Вопросы транспортной медицины (вы помните, мы начали это движение) не с той скоростью и не с той эффективностью, которую мы хотели бы, решается. Зная, что в конце этой недели будет собрание рабочей группы нашего Комитета под руководством депутата Огуля по вопросам нашего участия в работе авиационного транспорта, мы очень надеемся, что будем услышаны, в том числе и по так называемым дистанционным медицинским осмотрам, предрейсовым, послерейсовым. Это, наверное, должно являться самым актуальным в вопросах внедрения телемедицинских технологий, по крайней мере, имея в виду сегодняшнее бытие.

Дмитрий Юрьевич Павлюков, заместитель руководителя Росздравнадзора, пожалуйста, вам слово. Прошу вас.

Павлюков Д. Ю. Спасибо большое.

Уважаемый Дмитрий Анатольевич, уважаемые коллеги!

Действительно, с развитием цифровой медицины сегодня растёт количество медицинских изделий, которые являются программным обеспечением либо содержат в своём составе программное обеспечение. В Российской Федерации сегодня программным обеспечением, являющимся медицинским изделием, становятся те продукты, которые предназначены для управления работой оборудования, для получения от оборудования диагностических данных, мониторинга функций организма, расчёты параметров подбора дозы, 3D-моделирование и многих других функций, о которых предыдущая выступающая сообщила.

Порядок регистрации медицинских изделий установлен сегодня постановлением Правительства России № 1416, и действительно содержит два этапа. Срок прохождения этих этапов сегодня у нас в России один из самых коротких в мире – 50 рабочих дней.

Действительно, процесс регистрации содержит несколько стоп-таймов. Поясню, для чего они сделаны и откуда берутся те сроки, о которых коллеги сейчас говорили.

Стоп-таймы предназначены, во-первых, для того, чтобы производитель, подав документы, содержащие в себе противоречие либо нарушение, либо какие-то данные, не доказывающие безопасность, эффективность или качество медицинского изделия, в этот стоп-тайм имел возможность предоставить дополнительные материалы, данные исследования, провести испытания, чтобы подтвердить безопасность своего изделия.

Ещё одна приостановка времени регистрации приходится на период клинических испытаний, которые, к сожалению, от нашей службы не зависят, а зависят, в первую очередь, от той клинической базы, на которой проводятся испытания. Это то, что касается сроков проведения процедуры регистрации. Трудности возникают у производителей. В первую очередь, они связаны с тем, что производители плохо знакомы с документами, регламентирующими обеспечение качества и эффективности, безопасности медицинских изделий.

В целях решения таких проблем сегодня нашими подведомственными ФГБУ введены процедуры консультирования. Любой производитель, начиная от этапа проектирования медицинского изделия, может обратиться в наш ФГБУ и получить консультацию по имеющимся вопросам.

Вместе с тем наши ФГБУ готовы сопровождать изделия на этапе разработки, вплоть до этапа регистрации.

То, что касается, коллеги озвучили, о проблеме взаимодействия с экспертами. Действительно, нормативная база сформулирована именно так, чтобы исключить конфликт интересов у экспертов. Взаимодействие осуществляется через специалистов Росздравнадзора, и здесь на самом деле я не вижу больших проблем.

В отношении «личных кабинетов», о которых была речь. Сегодня сформированы на базе наших электронных ресурсов «личный кабинет» на сайте Росздравнадзора, и «личный кабинет» на сайте ФГБУ для организаций, проводящих там испытания.

В «личном кабинете» можно увидеть ход рассмотрения дел, фамилию, имя, отчество должностного лица, ответственного за работу с данным медицинским изделием, и его контакты. Можно в «личном кабинете» задать вопрос и отследить те замечания, которые сделаны в отношении медицинского изделия в режиме реального времени. Как только возникают замечания, они сразу отображаются в «личном кабинете» заявителя.

Сегодня с ростом количества медицинских изделий всё активнее становится их регистрация. На сегодняшний день у нас зарегистрировано более 130 медицинских изделий для дистанционного мониторинга и консультирования. Все в мире, в том числе и мы, руководствуются всеми этими принципами, сейчас они ужесточаются и создаются новые требования по безопасности медицинских изделий.

Для того чтобы нашим производителям облегчить задачу, сейчас Росздравнадзором совместно с подведомственными ФГБУ на основе международных тенденций и рекомендаций Международного форума регуляторов медицинских изделий, разрабатываются методические рекомендации, в которых будут описаны детально все процедуры, связанные с регистрацией медицинского изделия. Я полагаю, что до конца этого месяца данные рекомендации мы подготовим.

Единственное, если возникают проблемы в регистрации, хотелось бы слышать конкретику, потому что так и нам легче отлаживать этот процесс, и вы сможете быстрее зарегистрировать изделие. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, позвольте предоставить слово Алексею Владимировичу Погонину, заместителю руководителя Департамента здравоохранения города Москвы. Пожалуйста, Алексей Владимирович.

Погонин А. В. Спасибо большое.

Я коротко расскажу о том, чем мы сейчас занимаемся, для чего нам необходима ваша тоже помощь. В том числе для реализации подзаконных актов в части информатизации здравоохранения.

Это такие вещи, которые, может быть, сейчас не у всех на слуху, но, тем не менее, они являются для нас важными и мы этим занимаемся, у нас уже есть конкретные примеры того, как с этим можно сейчас работать. *(Демонстрируется слайд.)*

Например, в управлении движения медицинских карт. Каждый из нас наверняка слышал историю о том, что карту либо не принесли врачу перед приёмом пациента, либо она потерялась, потому что и большое количество проверочных мероприятий страховыми компаниями проводится, и карта зачастую может в кабинете врача не находиться. Несмотря на то, что у нас уже порядка 7 миллионов электронных карт, тем не менее данный вопрос тоже требует своего решения.

Мы подготовили уже пилотный проект: в одной из поликлиник у нас полностью внедрена информационная система, уже прописан прототип её. И проводится маркировка медицинских карт. И мы точно знаем, где находится медицинская карта. И каждый сотрудник поликлиники представляет, где заканчивается сфера его полномочий по контролю медицинской карты, где она должна быть, и где она может находиться в данную конкретную секунду. *(Демонстрируется слайд.)*

В части телемедицины, я думаю, коллеги уже достаточно много всего рассказали. У нас тоже проходит сейчас пилотный проект в этой сфере. Уже начинаем полноценный мониторинг целого ряда показателей здоровья, будем это испытывать. Вы уже знаете, что у нас для хронических больных выделены отдельные врачи, которые ведут только хронических больных. И, соответственно, планируем, что к этим врачам мы будем также подключать телемедицинскую аппаратуру для того, чтобы они могли контролировать показатели здоровья и иметь необходимую информацию о пациенте ещё до его прихода в поликлинику. *(Демонстрируется слайд.)*

Например, сервис управления медицинской помощи на дому.

Мы, как вы знаете, внедрили выездные бригады для обеспечения медицинской помощи на дому пациентов. Это плановые вызовы, так скажем. И сейчас мы уже в двух поликлиниках полностью внедрили для этих врачей, которые обеспечивают оказание помощи на дому, планшет, который имеет доступ к единой медицинской информационно-аналитической системе. Эти врачи уже могут смотреть электронную медицинскую карту пациента, когда они приходят к нему на дом, могут выписывать онлайн-направления на различные исследования, на консультации врачей. И что немаловажно, мы можем с помощью этого планшета также отслеживать, где находится врач, сколько он ехал до пациента. И, соответственно, это позволяет нам на порядок поднять и качество медицинской помощи, и её своевременность и доступность. *(Демонстрируется слайд.)*

Такой сервис как просмотр электронной медицинской карты в «личном кабинете», тоже требует выпуска соответствующих подзаконных актов и приказов, потому что пациенты зачастую не владеют полноценной информацией о состоянии своего здоровья, о том, какие методы лечения применяются в отношении них. *(Демонстрируется слайд.)*

Соответственно, здесь мы подготовили концепцию, которую направили в департамент массовых технологий для того, чтобы проводилась разработка.

Спасибо за внимание. У меня всё. Вот такие основные аспекты того, чем мы занимаемся сейчас.

Председательствующий. Спасибо. Коллеги, у нас подошли уважаемые гости из Yandex, Александровская Кристина Анатольевна. Прошу вас, Кристина Анатольевна.

Александровская К. А. Очень много уже было сказано про телемедицину. И я, наверное, расскажу, с чем мы столкнулись, с какими проблемами на данный момент, потому что, конечно, принятие закона № 242-ФЗ внесло очень большой вклад в телемедицину. Но осталось очень много открытых вопросов, с которыми, по крайней мере, компания Yandex сталкивается каждый день, и на них пока что ответов нет.

Как уже было сказано ранее, это опять-таки расширение возможностей аутентификации – идентификации пользователей. Почему? Был упомянут религиозный момент. Но есть и такой момент, как, допустим, оказание медицинской помощи не резидентам, информации о которых в ЕГИСЗ нет.

Сейчас рынок развивается по отношению к этим требованиям, ищет способы приноровиться к ним. Это, например, прохождение этой авторизации с помощью ЕГИСЗ, но как всем известно то, что на данный момент это пока невозможно сделать по отношению ко всем организациям, потому что нет нормативно-правового акта, который это позволяет провести.

И есть такой способ, который существует до сих пор, это оказание помощи анонимно. И до сих пор задаются вопросы о трактовке закона, о том, насколько это легально, насколько это мы осуществляем в соответствии с законодательством.

Это делается почему? Не из-за того, что мы хотим нарушать требования закона, а потому что нам не дали до сих пор правовых оснований для того, чтобы мы подключились к ЕГИСЗ. Не все пользователи хотят проходить идентификацию, аутентификацию именно данным способом.

Поэтому, на мой взгляд, действительно есть необходимость в расширении способов прохождения идентификации и аутентификации, причём это не только пожелания бизнеса, но это пожелания тех же пользователей этих услуг.

Также хотелось бы отметить ещё тот момент, что настоящие нормативно-правовые акты, которые существуют на данный момент, они не учитывают, что организация может оказывать вообще только телемедицинскую помощь, то есть медицинскую помощь с применением современной технологии. Есть требования по оборудованию помещений необходимой медицинской техникой, которые, на мой взгляд, избыточны, если врач оказывает помощь пациенту дистанционно. Зачем оборудовать помещение полностью и соблюдать нормы СанПиНа по квадратам, по размеру помещений, когда нет фактического приёма граждан.

Также излишни требования по прохождению врачами медицинского контроля, когда у них нет непосредственного контакта с пациентами. Для того чтобы все больше входила в нашу жизнь телемедицина, надо адаптировать эти требования, убрать избыточные, добавить те, которые необходимы в части защиты данных и так далее, словом, подойти к этому моменту разумно.

Также хотелось бы отметить, что конкуренты – израильские клиники и так далее, тоже не спят и оказывают нашим гражданам эту помощь очень успешно. У них нет таких жёстких требований по оказанию телемедицинской помощи, потому что у них нет представительств, филиалов, они этого не боятся. Поэтому они оказывают эту помощь на более, если так можно сказать, облегчённых условиях по отношению к российским игрокам рынка. Этот момент также хотелось бы учесть, чтобы были конкурентные преимущества у российских компаний по отношению к зарубежным в оказании помощи российским гражданам.

Также хотелось бы предусмотреть возможность выписки больничных листов в электронном виде, электронных рецептов, постановка именно предварительного диагноза. Я не говорю, что именно для постановки уже окончательного диагноза, в большинстве случаев необходим очный приём. Но мы в практике своей столкнулись с тем, что к нам обращаются те же пользователи и говорят: мы обратились, заплатили деньги, а какого-то эффекта нет.

Поэтому, наверное, следует выбрать те специальности, те виды консультаций, те виды услуг, которые могут быть оказаны дистанционно с применением новых технологий и не нанести какой-то серьёзный вред пациенту, пользователю и так далее.

Что ещё хотелось бы отметить? Надо найти баланс между избыточным и необходимым регулированием для того, чтобы соблюсти права граждан, помочь им поддержать здоровье и так далее. Чтобы мы не просто приняли рамочный закон, как это планировалось, а довели его до ума, чтобы он действительно работал, помогал людям и воплощал в жизнь телемедицину, приносил пользу людям. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Людмила Васильевна Стебенкова, депутат Московской городской Думы, пожалуйста.

Стебенкова Л. В. Коллеги, я прошу прощения. При всем уважении к IT-сообществу, мне кажется, что вы предлагаете нам бежать впереди паровоза, по большому счёту. Потому что мы сегодня не можем... В законе чётко написано, что телемедицинская технология сегодня применяется по отношению к тем пациентам, которые предварительно были осмотрены врачом.

Почему? Потому что не можем мы только на основании одних анализов поставить диагноз, ну не можем мы, понимаете. Это будет большое лукавство. То, что делают израильские коллеги, это всегда второе мнение, как правило, это консультация по каким-то таким моментам.

Если у человека диарея, извините, ему говорят что нужно выпить «Смекту» и тем не менее всё-таки обратиться к врачу, потому что диарея может быть при десяти заболеваниях, в том числе при аппендиците. И если мы пациента с аппендицитом будем лечить «Смектой» от диареи, у него через сутки будет перитонит. Понимаете?

Поэтому мне кажется, что необходимо действовать поступательно и решать вопросы в тех рамках, которые мы для себя наметили.

Вот мой коллега из Департамента образования Москвы рассказал, что взяли для пилотного проекта именно хронических больных, потому что они постоянно находятся под наблюдением врача, он их уже знает как облупленных, они ему звонят по телефону, и он с ними общается при помощи телемедицинских технологий. Вот в чём дело.

Мы можем говорить, что, например, недавно корейцы презентовали дистанционные датчики. Там лабораторные комплексы, биохимия, клиника, даже ВИЧ-инфекцию, гепатиты дистанционно определяются. Там есть дистанционные УЗИ-датчики, всевозможные мониторы, кардио и прочее. И, имея это, врач скорой помощи, к примеру, может передать эту информацию доктору, и тот доктор может принять решение, куда везти этого больного и что ему нужно делать. Понимаете?

Поэтому я считаю, что нам сейчас нужно действовать вне зоны риска. Вот сейчас пока мы можем работать по ситуации, связанной с финансированием подушевым, как в поликлиниках, или в службе скорой помощи, где мы разово оплачиваем вызов, где нет специальных тарифов. Если появятся специальные тарифы... Это вопрос, кстати, к Фонду ОМС для того, чтобы разработать те тарифы. Но пока мы только в начале этого пути. Я предлагаю всё-таки не рисковать.

Но, что касается острых случаев первичных, мои коллеги меня в этом все поддержат, мы категорически против дистанционного диагностирования. Особенно когда пациенты дети.

А вот момент, связанный с тем, чтобы мы ввели больных в регистр. У нас сегодня все в системе ЕМИАС, все 12,5 миллиона больных введены туда. Вот сейчас будет 12 миллионов карт, это существенно упростит ситуацию. Мы уже будем понимать, что у этого больного, после того как посмотрим его карту. И то мы не сможем взять на себя такую ответственность и поставить диагноз дистанционно.

Поэтому я предлагаю действовать очень осторожно в этом направлении и действовать в рамках того, на что мы сейчас с вами можем рассчитывать. Иначе мы можем очень сильно навредить пациенту.

Одно дело – педиатр с ребёнком, которого с первого года жизни консультирует и вносит всё в карту. Это понятно, он его наблюдает, раз в месяц мама с ним к врачу ходит. И то, когда возникают сложные ситуации, сразу вызываем врача, потому что мы не знаем, что с ребёнком.

Наш уважаемый Герман Клименко как раз советник по этим делам, он вообще считает, что всё нужно оцифровать и ставить диагноз дистанционно. Это категорически неправильно, категорически. Поэтому давайте действовать вот потихоньку в этом направлении.

Спасибо.

Из зала. Смотрите, я как бы и не говорила о том, что мы прыгаем прямо в вагон и везде сразу начинаем внедрять. Логично, конечно, и не могу не согласиться с вами, что это должно быть постепенно. Но в то же время хотелось бы учитывать тот спрос, который есть на рынке и который сейчас, если так можно выразиться, находится в теневой истории. И здесь как раз права непосредственно потребителей, наших пациентов, менее защищены, нежели если это было бы выведено на правовое поле, и имелись бы нормативно-правовые базы, которые бы это регулировали, и было бы закреплено кто за это несёт ответственность и так далее.

Понятное дело, то, что нельзя там ставить диагноз в определённых случаях, но вот история, которая у нас случилась на сервисе. Позвонил человек, у него был острый приступ боли в животе и хорошо, что врач настоял на вызове скорой: оказалась острая форма аппендицита и человеку спасли жизнь.

Стебенкова Л. В. А я об этом и говорю. Он же не поставил диагноз, он сказал: вызывайте скорую помощь. Всё, с этим никто не спорит вообще.

Из зала. Но тем не менее он предположил.

Председательствующий. Мы ещё вернёмся к дискуссии, уверяю вас. Я благодарен вам обоим за повышение градуса дискуссии, потому что стало складываться впечатление, будто у нас всё хорошо.

Юрий Иванович Дорош. Правильно я поставил ударение? Коллеги, это ведущий эксперт компании «Телемедтех».

Дорош Ю. И. Я представляю компанию «Телемедицинские технологии», то есть мы простые рабочие парни, занимаемся разработкой и производством телемедицинского оборудования.

И цель доклада – и я начну, а мой коллега продолжит – изложить видение процессов внедрения телемедицинских технологий с позиции разработчика и производителя оборудования.

В процессе доклада я непосредственно коснусь тех проблем, которые возникли у нас при внедрении телемедицинского оборудования в регионах Российской Федерации. Многие из этих проблем непосредственно вытекают из правовой сферы.

Подчеркну, что у нас достаточный опыт, мы произвели внедрение телемедицинского оборудования примерно в 25 регионах Российской Федерации.

И вот чтобы было понятно, какие же мы хотим задать вопросы уважаемому сообществу для того, чтобы будущие предприятия, которые будут осуществлять внедрение своего оборудования в единую систему телемедицины, осуществляли это внедрение с позиции понятности различных методик и нормативно-правовых актов, представлю несколько результатов. Они показались нам интересными при проведении проектов внедрения нашего телемедицинского оборудования в шести больницах города Севастополя в 2017 году.

Эти результаты, мы надеемся, по крайней мере, помогут привлечь дополнительное внимание Комитета к нашему опыту в частности и к вопросам телемедицины вообще.

Условное название проекта в Севастополе «Единая система информационного сопровождения пациента с заболеваниями сердечно-сосудистой системы на этапах оказания медицинской помощи».

Данный проект проходил при содействии Минздрава города Севастополя. В эксперименте участвовал, к сожалению, лишь один прибор – это вот для получения данных электрокардиограммы.

Три важных момента. Момент первый, который хотелось бы подчеркнуть. Мы по результатам этого проекта сравнили показатель смертности от острого инфаркта миокарда за 2017 год по территории Севастополя. И тот же показатель, за тот же 2017 год в тех лечебно-профилактических учреждениях, где было применено наше оборудование. В среднем по нашим больницам (я так условно называю больницы там, где проходил эксперимент) этот показатель был меньше общетерриториального на пять процентов, то есть, грубо говоря, 31 процент против 36.

Но что следует отметить, в городской больнице номер шесть показатель смертности от инфаркта оказался равен шести процентам, то есть это в шесть раз меньше, чем средний показатель по городу Севастополю.

Почему? Какой сделали мы вывод? Персоналу данной больницы удалось наладить эффективное взаимодействие между участниками медицинского процесса, а также освоить работу с оборудованием на высшем уровне. Но этот пример бы ни о чём особо не говорил, если бы не был получен другой показатель. В другой городской больнице, если кому-то интересно, я назову её номер, данный показатель смертности составил 42 процента, что превысило общетерриториальный. Напомню, что он был 36 процентов. Оказалось, что в данной городской больнице не удалось обеспечить должного согласования и взаимодействия между участниками медицинского процесса. И эти два случая показывают, что в том лечебном учреждении, где были получены очень позитивные результаты, оказалась организация труда на должном уровне и было оказано должное внимание со стороны руководящих структур.

Что хотелось бы ещё подчеркнуть, как интересный результат. Мы анализировали количество дефектов оказания медицинской помощи за 2017 год и сравнивали его с 2016 годом, когда телемедицинские технологии в данных лечебных учреждениях не применялись. В среднем количество дефектов уменьшилось в два раза. А вот в городской больнице номер шесть, о которой я уже упоминал, это количество дефектов уменьшилось практически в 13 раз.

Из этого мы сделали вывод, что при грамотной организации работы персонала на местах и должном внимании со стороны руководящих структур вполне возможно уменьшить показатель смертности от инфаркта в разы и также уменьшить количество врачебных ошибок в разы.

При внедрении оборудования телемедицины (я подчеркну, что это происходило в 25 регионах) мы столкнулись с определёнными трудностями и некоторые из них, как я уже указывал, напрямую возникают... ну, я не хочу сказать – из-за несовершенства нормативно-правовой базы, но, по большому счёту – вследствие отсутствия понимания и ясности по некоторым моментам.

Что мы, исходя из нашего опыта, можем связать с недостатками в правовой сфере? Мы столкнулись с недостатком методических материалов, а в некоторых местах с прямым их отсутствием, несмотря на то, что законодательство Российской Федерации достаточно подробно предоставляло концепции развития телемедицины и другие нормативно-правовые акты.

Что хотелось бы далее отметить. Ту позицию, которую уже отмечали предыдущие выступающие – необходимость унификации диагностического оборудования.

К сожалению, в каждом регионе разработчики предлагают, скажем так, свои технические подходы, свой протокол.

Яркая проблема, которую мы выявили, это проблема с хранением и организацией сертифицированного доступа к диагностическим данным. А именно, камнем преткновения подчас служило то, что данные диагностического исследования по закону должны храниться в учреждениях Министерства здравоохранения Российской Федерации, то есть альтернативы нет.

В том случае, когда местные интеграторы диагностических данных то ли не способны, то ещё не готовы оперировать диагностическими данными, не существует альтернативы.

Я упомянул, что все мы разработчики – производители диагностического оборудования – заинтересованы в преодолении и технических проблем, и проблем, вытекающих из правовой сферы. И для нас это насущные задачи.

И хотел бы обратиться к Комитету, скажем так, с просьбой, предложением. В настоящий момент наше предприятие согласовало с Министерством здравоохранения Республики Крым проведение пилотного проекта по интеграции диагностического оборудования в единую медицинскую информационную систему Республики Крым.

Проект будет внедряться на базе двух крымских больниц. Линейка оборудования будет достаточно широка, включать порядка шести комплексов – электрокардиограмма, холтер, энцефалограф, пирогрф, реограф и анализатор крови. И мы рассчитываем на территории Республики Крым всё-таки достичь достаточно оптимистических результатов и дополнить статистику такими же успехами, я имею в виду, сравнительными данными, которые мы получили в 25 регионах.

И в связи с этим просим Комитет, во-первых, обратить внимание на результаты, которые мы получили в городе Севастополе. И в отношении текущего проекта в Республике Крым, может быть, назначить куратора от Комитета в виде наблюдательного органа с целью получения объективной информации о работоспособности и пользовательских характеристиках приборов и методик для телемедицины.

Председательствующий. Благодарю вас.

Коллеги, у нас из записавшихся на выступление осталась Елена Львовна Бойко. Но мне бы хотелось перед тем, как дать ей слово, может быть, предоставить такой открытый микрофон. Если вы позволите, я скажу несколько слов перед этим.

Честно говоря, и мы об этом уже упоминали, вот лично для меня и для Комитета (уверен, что и для многих из тех, кто сегодня здесь присутствует) принятие закона о телемедицине было не просто

знаковым, но прямо частью жизни. И во многом потому, что многие параметры этого закона достаточно серьёзного, большого и объёмного закона, они определяли, по сути, новую страницу в жизни.

Мы как доктора прекрасно отдавали себе отчёт высочайшей степени ответственности в том, что происходит. Почему? Возьмём прямо пункт за пунктом.

Первое. Электронный рецепт на препарат. Сколько мы обсуждали как это начнёт работать? Готовы ли к этому аптеки? Как это будет перемежаться с бумажными рецептами? Много вопросов.

В какой степени готовы подзаконные акты, как готовы аптеки, как реагируют граждане, насколько это им помогло? Через год, даже уже меньше, через несколько месяцев у нас начнут действовать электронные рецепты на наркотики, это то, о чём мы говорили, когда обсуждали паллиативную помощь, вспоминая семьи, которым тяжело обеспечивать сегодня это в реальной жизни. И мы все были исполнены желанием помочь этим гражданам. И открыть для них совершенно новый вариант жизни.

Мы всегда ориентируемся, ну, наверное, в первую очередь, пусть другие не обижаются, на московский опыт, поскольку здесь есть такой очень инновационный менеджмент, есть средства на реализацию всех этих программ. Поэтому мне бы, конечно, хотелось услышать по этому вопросу, в том числе и в первую очередь, об опыте Москвы. Дистанционные консультации, консилиумы, работа и внедрение единой государственной информационной системы, и те моменты, о которых коллеги из Яндекса говорили, относительно взаимодействия государственных и частных медицинских организаций. Я вспоминаю эту нашу фразу, над которой мы работали – насчёт иных информационных систем и иных участников процесса. И мы были рады, что нет никаких противоречий, нет никаких препонов для развития частных структур в этом отношении.

Но, коллеги, я всё-таки хотел бы обратить внимание, это новая жизнь. И сегодня, когда мы говорим о взаимодействии между врачами и обществом, и прозвучал такой термин как «сообщество», я подумал, что сообщество – это как раз сообщество врачей и общества. Мы не можем выплеснуть вместе с водой ребёнка.

Я с глубоким уважением отношусь и к «техническим людям», и к людям, которые представляют ИТ. Но, поверьте, коллеги, особенно в XXI веке, когда информация поступает с высочайшей скоростью, функции анализа и синтеза у молодых людей меняются до неузнаваемости, складывается ложное впечатление о простоте происходящего. Я поддерживаю Людмилу Васильевну, уверен, что ещё многие говорили об этом. Это очень, очень непросто. Повышение температуры банально, но это тысячи проблем. Сегодня это повышенная температура, а ночью больного не стало, просто не стало. Вы зайдёте в любую клинику, где работают профессиональные люди, которые утром, глядя друг другу в глаза, спрашивают: а как Иванов? И слышат в ответ: нет Иванова. Его смотрели все очно, его смотрел заведующий отделением, его смотрели профессора, но случилось нечто непонятное целому коллективу профессионалов.

Кто, как и когда занимается телемедицинскими технологиями? Это могут себе позволить только высокообразованные люди, доктора высочайшего уровня. И это тоже требует определённых законов. Мне совершенно понятно вот это: «ИТ-медик». Мне это очень по душе, потому что мы должны переходить на совершенно другую сетку и можно сказать так – на другую профессиональную оценку человека. Если мы каждому позволим отвечать на запрос, мы получим такой вал проблем, который невозможно даже переварить. Без сомнения, может быть, это пойдёт рука об руку и параллельно с изменением мировоззрения. Ну, подумаешь, «Смекту» назначил, ну, не помогла. Может быть, это перевести в ранг не «медицина», а «субмедицина», того, что наши учителя называли при всём уважении «фельдшеризмом» неким. То есть это недомедицина. Может быть. И тогда у нас требования к ней изменятся.

Речь не идёт об излечивании или улучшении чего-то, это я, естественно, всё в кавычках говорю, а идёт, допустим, речь просто о телефонном звонке и помощи по телефону. Так сегодня медицинские учреждения предоставляют такой консалтинг в полном масштабе, и здесь нет никаких проблем.

Так или иначе, почему я ещё раз прошу вас всех высказаться, почему я пытаюсь даже как-то накрутить эту ситуацию? Каждый раз слыша, и сегодня Елена Анатольевна уже говорила об этом, эту фразеологию новую, цифровизация, экономика бытия, умные холодильники, машины без водителей – я лично чувствую, что сердце моё сжимается. Потому что понятия такие как смерть, они останутся не в виртуальном, а в реальном пространстве, как бы не развивалось человечество. Мы как имели высочайшую ответственность перед пациентом, так и должны её иметь ещё больше.

Другой вопрос. Такие технологии как дистанционный медицинский осмотр, мониторинг здоровья тех людей, которые уже находятся в системе здравоохранения, которые известны. Возьмём машиниста тепловоза или того же лётчика, ну кого угодно, многотысячную армию водителей автобусов, мы не можем при каждом автопредприятии иметь медицинскую часть, просто не можем. И здесь, конечно же, медицина, я имею в виду ортодоксальную медицину в здравоохранении, не должна тормозить развитие дистанционных процессов. Хотя мы с коллегами обсуждали дистанционный осмотр водителей и понимали, что даже если вы определяете уровень алкоголя, выдыхаемого в воздухе, вы

не видите, например, при дистанционном осмотре его психотип, вы не видите его реакции, вегетативной реакции, и так далее, и так далее. Но здесь-то можно согласиться с уважаемым Германом Клименко: техника развивается, или нас так хорошо мотивирует Сбербанк. Говорят, что вообще всё можно оцифровать и спокойно дальше жить. Любовь не оцифруешь.

Есть тонкие материи. Малыш. То, что видит педиатр. Ты заходишь с группой врачей в палату, вас 20. Ты видишь, что он болен, а 19 – не видят, хотя они все являются носителями дипломов. Как такое может быть? Ну такая жизнь.

Как я всё время шутил, говоря своим подчинённым: успех операции зависит напрямую от того, погладил ты накануне брюки или нет. Почему, я не знаю, но то, что зависит, проверено тысячно наблюдений. Разгильдяй всегда допустит ошибку во время операции. А не поглаженные брюки – это разгильдяйство.

И когда мы внедряем те или иные процедуры, механизмы, приборы, мы должны понимать, что стоит только (это хорошо знают учёные и те, кто занимается медициной) очень внимательно к чему-то относиться и результаты сразу улучшаются. Занялся ты наукой по щитовидной железе, глядишь, и стало всё получаться лучше. Ничего не внедрил, только стал внимательным и полюбил эту зону ответственности. Поэтому это такое взаимодействие, которое требует развития и понимания.

Но подчеркну, сегодняшняя наша задача в рамках «круглого стола» заключается в том, чтобы понять, как идёт правоприменительная практика, насколько своевременно у нас появляются подзаконные акты, где мы недоработали и где нам нужно сконцентрироваться, чтобы что-то решить в подзаконных актах, понимая, что это на самом деле тормоз.

После этого я хочу попросить коллег, кто ещё не выступал в рамках реплик – прошу вас, прошу вас к микрофону.

Гарифуллин Л. Р. Добрый день!

Я на самом деле из списка записавшихся.

Председательствующий. Но опоздавших?

Гарифуллин Л. Р. Нет. Вовремя приехал, за полчаса.

Председательствующий. Простите, ради Бога.

Гарифуллин Л. Р. Добрый день, уважаемый Дмитрий Анатольевич, уважаемые коллеги!

Тема моего выступления «Цифровая поликлиника по полису ОМС: качественно, просто, быстро, эффективно».

В России, надо признать, мы очень неплохо продвинулись в МП. Но в первичном звене достаточно много проблем и они практически не решаются. И старыми методами, наверное, их и не получится решить, потому что это требует очень больших финансовых затрат и организационных моментов. Потому что как только не пытались решить проблемы первичного звена, это не складывалось.

Как мы видим поликлинику будущего, когда пациенту не надо входить в здание самого учреждения? Медицинские устройства дистанционно отслеживают состояние здоровья, через искусственный интеллект, через Big Data данного пациента идёт отслеживание изменения нормативов. И после этого подключается система консультации, назначения и так далее. Это будущее. Это то, к чему мы идём, и, наверное, придём. Только вопрос – когда? Вопрос – как мы будем двигаться в этом направлении, так оно и будет меняться. *(Демонстрируется слайд.)*

Какие задачи мы перед собой ставим в плане правоприменительной практики по телемедицине, изменения технологий, которые нам помогут изменить то, что на сегодняшний день существует. Это, прежде всего, решение проблемы доступности врачей.

Как известно, чем дальше от центра, тем сложнее проблема с узким специалистом. В Москве, в Казани и в других больших городах особо проблем нет с качеством узкого специалиста. Чуть дальше, за 100 километров уехал, всё, узкого специалиста нет, есть проблема, что дальше с этим делать, а люди одинаковые и болезни примерно одинаковые.

Следующая проблема – это как организована работа непосредственно в поликлинике, как пациент ведёт себя непосредственно в учреждении.

Когда не получаешь информацию куда тебе пойти, как записаться к врачу, то приходишь в поликлинику и сам себе алгоритм действий назначаешь. То есть, некий хаос происходит, и с этим процессом тоже надо работать. Потому что, когда человек точно не знает, к какому узкому специалисту ему пойти и сам себе назначает, тогда и начинается непонимание, срыв графика работы узкого специалиста и так далее. И если мы решаем эти первые две задачи, то у нас уже третья задача как бы сама собой устраняется в плане эффективности.

Мы считаем, что поликлиника начинается с контакт-центра, но не в таком виде, к которому мы привыкли, когда в регистратуре медицинский работник отвечает на звонок как справочная служба, что такое телемедицина первого уровня? Согласно закону – это сбор анамнеза, определение маршрутизации – к какому врачу пойти, какую диагностику пройти. Тем самым, подгружая к этому телемедицинскому центру первого уровня все базы, которые на сегодняшний день доступны в цифровом

виде, такие как ЕГИСЗ, данные, которые формируются через другие личные кабинеты телемедицинских сервисов, можно уже примерно предположить, что оператор или медицинский работник понимает, куда ему обязательно нужно направить пациента в первую очередь.

То есть мы не торопимся сразу его записать к терапевту. Уже понятно, что терапевт ему скажет. Ему нужно к узкому специалисту, а как вы правильно сказали, Дмитрий Анатольевич, только опытный сотрудник, с практикой, через понимание, что с пациентом происходит, может определить куда ему идти. То есть прорабатывает оптимальный маршрут в первичном звене, чтобы не забивать трафик, ещё раз повторюсь, а правильно идти по маршруту.

Как это в клиентском опыте должно произойти? Пациент звонит в контакт-центр, контакт-центр проводит идентификацию данного пациента, через базы. Выясняется, кто он, что с ним было вчера, позавчера, год назад, и по этим данным выстраивают маршрут движения пациента. И вот – внимание, здесь самый интересный момент: когда мы понимаем, что нет узкого специалиста по данной нозологии или специальности, или он есть, но запись к нему произведена уже на две недели вперёд, то здесь можно уже организовывать телемедицину с узким специалистом по технологии «врач – врач – пациент». То есть терапевт свободен, а узкого специалиста нет, соответственно, пациент с помощью терапевта выходит на связь с узким специалистом и получает уже непосредственно консультацию. Так мы решаем проблему доступности, которая на сегодняшний день есть. И чем дальше ты живёшь от центра, тем этот вопрос становится более актуальным.

Мы для себя определили две категории: если врач осуществляет сбор анамнеза, принятие решения о рабочем приёме и план диагностики, тогда это телемедицина первого уровня. Второго уровня – это когда уже непосредственно консультация идёт по технологии. Мы этим вопросом занимаемся уже полгода серьёзно: сначала очный приём, потом необходимо чтобы этот врач, который произвёл очный приём, «сделал телемедицину», то есть перешёл из офлайн-структуры в онлайн-структуру. Врачи не все способны разговаривать по монитору, не все. Нужно проводить обучение, нужно психосоматику самого врача понимать – может ли он, умеет ли он это делать. То есть только через практические кейсы мы сможем понять, можно его допускать к этому или нельзя.

Когда мы все суммируем, то поймём, что в принципе очень хорошо можно уже продвинуться в проблемных зонах. Мы планируем внедрять телемедицину в городе Альметьевске – это центр нефтяного края в Татарстане, не самый бедный, 206 тысяч жителей с проблемой, которая в принципе у всех: неукomплектованность штата, неполная укомплектованность врачами, а таких специалистов, как гематолог, сурдолог, совсем нет. И появится возможность через единую информационную платформу, через единый контакт-центр (тоже телемедицина первого уровня) собрать все данные, то есть увеличить возможность жителя данного района, который находится, например, от города Альметьевска за 200 километров, иметь такой же доступ к лечебной базе, как он если бы жил в Альметьевске или в Казани. А если в Альметьевске этого врача нет, то казанский врач тоже подключается через систему телемедицины.

И выстраивая правильную маршрутизацию, выявляя проблемы отсутствия того или иного специалиста, мы подключаем пациента к телемедицинскому сервису, и уже через технологию «врач – врач – пациент» закрываем проблему.

И что мы здесь увидели? Очень большие бонусы мы получаем через то, что когда врач невысокой квалификации имеет практический кейс через врача из Казани высокой квалификации, то у него идёт практическое обучение. Сразу же как бы лампочка загорается: что с пациентом делать. И так, если на круг взять, то получается, что у нас достаточно хорошая картинка будет выстраиваться.

А вот ещё одно большое направление – ФАП. Да, построили – здорово, есть помещение, куда можно прийти к фельдшеру, но фельдшеры ведь всякие бывают, и квалификация у них разная, бывает что невысокая. У человека давление за 200, а что с ним делать, если молодой фельдшер не знает?

Если мы в Альметьевске, это я повторяюсь, нефтяной край, найдём деньги для оборудования этих фельдшерских пунктов всеми гаджетами, которые имеют возможность дать объективные данные для пациента и через удалённые доступы выйти на врача высшей квалификации в Казани, то мы сможем сразу очень быстро повысить качество лечения жителей района. Мы хотим уже к августу получить здесь изменения, понимание того, как мы изменили систему здравоохранения, увеличилась ли удовлетворённость в медицинском обслуживании.

Если у нас сейчас в Альметьевске, Альметьевском районе до трёх недель очередь к узкому специалисту, то мы хотим сократить её до семи дней, а может, до трёх дней. Если у нас телеконсультация только по высоким технологиям, то мы должны их число увеличить. Мы должны увеличить число вызовов на дом и так далее. То есть мы должны через эти практические кейсы, когда мы с администрацией города этот проект запустим, увидеть какие законодательные проблемы существуют, и мы к вам обратимся для их решения. А потом принять решение о масштабировании данных подходов во всей республике и может и по всей стране.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Вот знаете, очень хорошие задумки. Вы обязательно работаете рука об руку с докторами. Вот представьте себе: высокого уровня доктор в Казани. Вот сколько раз в течение дня этому высокому уровню доктору в Казани придётся включаться в монитор и консультировать больных из Альметьевского района? Вот представьте себе, проживёт он так неделю, вторую, ему некогда посмотреть больных в отделении, потому что он целый день смотрит в монитор и пытается войти в реальность Альметьевска. Это непросто.

Я где-то лет, наверное, 12 работаю в онлайн, мало того, что веду пациентов, ещё и вёл операции, это тяжелейший труд, когда ты находишься, например, в Москве, а операция в Чебоксарах, становишься мокрым, хоть выжимай. Потому что ты Чебоксарскому хирургу показываешь на американской хорошей машинке: вот здесь нужно входить, а он идёт на полмиллиметра рядом. Ты ему: ну вот здесь же нужно! А он идёт на миллиметр ниже... Это такая тонкая материя, которую обязательно нужно учитывать в движении вперёд.

И ещё я забыл сказать в отношении коллег, когда апеллировал к нашим гражданам, к пользователям. Мы ни в коем случае не должны упустить информационную повестку. Это путь очень серьёзный, мы как взрослые люди должны держать его под контролем. Шаг за шагом, обязательно с аналитикой, как это делают всегда учёные: сделали пилотный проект, посчитали его, проверили статистическую достоверность, убедили медиков – и вперёд. Вот как мне кажется.

Прошу вас.

Глушков И. А. Спасибо, Дмитрий Анатольевич.

Добрый день, коллеги! Иван Глушков, «Калужский фармацевтический кластер». Короткое сообщение с колокольни фармацевтики по обсуждаемой теме.

Прежде чем начать, должен сказать, что фармацевты имеют наглость считать, что они тоже часть системы здравоохранения. По нашему опыту, не все администраторы здравоохранения имеют такую же точку зрения, но я попробую сейчас показать, что вместе можно сделать намного больше, чем по отдельности. *(Демонстрируется слайд.)*

Как вы все наверняка знаете, 91-я статья федерального закона № 323-ФЗ, в том числе, содержит достаточное количество отсылок к информационным сетям фармацевтических организаций.

Я специально убрал часть текста, касающегося медицинских организаций, его все знают, выделил только то, что касается фармы. Причём фармацевтические организации в понимании закона – это, на самом деле, и производители, и дистрибьютеры, на аптеки он пока не распространяется. Нас это, честно скажу, воодушевило, когда мы этот закон увидели. *(Демонстрируется слайд.)*

Кроме этого, у нас вами, в дополнение к закону уже появилась ещё и госпрограмма «Цифровая экономика», о которой сегодня пока ещё сказано не было, там большой сегмент пока на вырост, подраздел «Цифровое здравоохранение», в нём есть замечательные слова про экосистему.

Мы подумали: но мы же часть экосистемы, лекарства – они же для пациентов, в конце концов, информация для врачей. Информация о применении лекарственных препаратов врачами и пациентами – это, собственно, для нас, для того, чтобы понимать, насколько наш препарат безопасный и так далее. То есть это же про нас. *(Демонстрируется слайд.)*

А после этого появляется проект постановления Правительства России, утверждающий положение о ЕГИСЗ – Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения. Мы внимательно его читаем, видим, что там есть 13 разделов, а слова «фарма» там почти нет, к сожалению. Всё про медицину, всё замечательно, а фармацевтика, к сожалению, выглядит в положении ЕГИСЗ как что-то сбоку, что снаряды подносит. *(Демонстрируется слайд.)*

Есть приложение к этому положению, которое говорит о том, какая информация размещается в системе здравоохранения и какую информацию система здравоохранения предоставляет?

Я взял цитату из положения, и мы с вами видим, что только в части специализированных регистров пациентов (а мы с вами помним, что регистров пациентов пока совсем немного, как нам с вами бы хотелось, и меньшая часть пациентов в стране в такие регистры включены) предусмотрен обмен данными по выписанным препаратам, условно.

Это значит, что всё остальное, в том числе гигантская задача по маркировке лекарственных препаратов, что сейчас делается совместно с Росздравнадзором, живёт само по себе, судя по всему, исключительно в интересах налоговой службы.

Мы любим налоговую службу, но из этой информации можно получить массу данных, крайне полезных для индустрии в целом. *(Демонстрируется слайд.)*

Первое. Федеральная государственная информационная система «Мониторинг движения лекарственных препаратов».

Простая связка данных о лекарственных препаратах по индивидуальному коду, который у нас стартует уже в следующем году, с рецептом при разумном закреплении обезличивания этих данных, обработки этих данных так, чтобы были соблюдены все требования закона «О персональных данных», немало даёт и для фармацевтов. Это и управление цепочками поставок, чтобы препараты всегда были и не было лишних, и ничего не портилось на складах. В этом заинтересованы все в цепочке.

Это даёт самим производителям глубокое планирование потребности, что позволит обеспечивать наличие, в том числе, сырья. Да, для системы здравоохранения это не так важно, но для нас это крайне важно – это даёт абсолютно прозрачный фармаконадзор?

Это даёт, в том числе информацию для наших пострегистрационных исследований – и легальную информацию, и полную информацию. Почему этого нет в положении? Мы, честно, надеемся, что до коррупции не дошли, что это может быть следующий этап развития, но хотелось бы быть в этом уверенным.

Кроме ФГИС есть ещё отдельная история с аптеками, с провизорами, которые работают в этих аптеках. Да, мы понимаем, что в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения есть федеральный реестр медицинских работников и медицинских организаций, но куда делись провизора и реестры аптек?

Мы заинтересованы в том, чтобы провизора были квалифицированными, чтобы они помогали пациентам в аптеках или мы смотрим на них как на продавцов в продуктовых супермаркетах? Мы заинтересованы в том, чтобы у них была такая же система повышения квалификации, подтверждение соответствия как у врачей. Если да, то мы должны понимать, в какой аптеке какой человек стоит за первым столом и кто помогает пациенту сориентироваться в лекарственных препаратах?

Не забывая при этом, что рецепт-то выписывается по МНН и в нормальной ситуации пациент придёт с рецептом, где написано: МНН. А какой препарат ему по МНН дать, решит человек за первым столом. *(Демонстрируется слайд.)*

Он, в большей степени, философский, но я предложил бы посмотреть на то, что мы с вами обсуждаем чуть-чуть под другим углом. Большая часть документов, которая сейчас разрабатывается во исполнение федерального закона № 242-ФЗ, они, к сожалению, пока не пациентоцентричны, они делаются в интересах государства и в интересах ЛПУ внутри этого государства, которые оказывают услуги, медицинскую помощь пациентам. При этом мы с вами прекрасно понимаем, что развилка-то очень простая: или нам надо будет опускать «железный занавес» и отключать наших граждан от всех сервисов из всех стран мира, или в отсутствие нормальной пациентоцентричности и клиентоориентированности пациент пойдёт за дистанционным сервисом, куда угодно, Израиль сегодня уже назывался. Ладно, Израиль, вон Казахстан рядом, страны Евразийского Союза, куда угодно, там, где лечение будет проведено в большей степени с учётом интересов пациента.

Сейчас мы говорим о том, что мы заботимся о пациенте, что мы минимизируем риски, что мы определяем, кто за что отвечает, мы защищаем врача, это крайне важно. Но если мы минимизируем риски настолько, что этим станет неудобно пользоваться, мы потом будем решать проблемы, связанные с дистанционной консультацией из сопредельных государств. Хотелось бы, чтобы этого не было.

Спасибо за внимание.

Председательствующий. Спасибо большое.

Ну, раз вы об Израиле сказали, я тоже скажу. Знаете, я очень много пациентов лечил после Израиля, Германии и Франции. И знаете, с чем они сталкиваются? Не только с плохими результатами, за которые в условиях вашего дистанционного выхода в Израиль несёте ответственность только вы, но и с полным юридическим вакуумом. Вот вы попробуйте после этого достать израильского коллегу, который написал вам про «Смекту», вы просто попробуйте его достать без государственного контроля. Это мы оставим просто как хобби для тех, кто любит лечиться в Казахстане дистанционно. Я думаю, что это вряд ли можно обсуждать.

Другой вопрос в отношении пациентоориентированности и «железного занавеса». Без сомнения, сегодня мы живём в мире сообщающихся сосудов: если можно держать разные уровни жидкости, то только недолго, она обязательно придёт к одному и тому же уровню. Но мне кажется, что на нас это накладывает даже особую ответственность для того, чтобы мы регулировали правила и давали возможность развиваться тому, о чём вы говорите.

Коллеги, пожалуйста. Прошу вас. Идём динамично.

Зарубина Т. В. Зарубина Татьяна Васильевна.

Председательствующий. Очень приятно.

Зарубина Т. В. У меня ипостасей много, в том числе – президент Национальной ассоциации медицинской информатики.

Пойдём по порядку. У меня десять пунктов, но я тезисно.

Закон о телемедицине – не закон о телемедицине. Вот мне очень хочется, чтобы это все помнили. На самом деле он гораздо шире и глубже. ЕГИСЗ, электронный документооборот, электронные сервисы и телемедицина – это всё очень важно, и это не только одна телемедицина.

Положение ЕГИСЗ лежит в открытом доступе, обсуждается, очень широко обсуждается, слава богу. Сразу, как только оно будет утверждено, обязательно нужен целый ряд подзаконных актов. Они готовятся, они тоже делаются, и в первую очередь, так как мы занимаемся информатизацией и здравоохранением Российской Федерации, это требования к системам, требования к МИС МО и требования к региональным системам.

Езжу по стране не так много, как хотелось бы, но езжу с уважаемыми коллегами, которые этим занимаются по должности. Видно, что вот этот самый принятый закон очень сильно ситуацию сдвинул, но его мало. Его мало, потому что люди должны идти системно – шаг за шагом и никак иначе, потому что у нас под региональной системой до сих пор, хотя она уже прописана в методических рекомендациях, понимают каждый своё. И, слава богу, это сдвигаться начало, но до полного успеха нам ещё очень-очень далеко. Вот нужно понимать, что мы движемся системно, но не так, как хотелось бы.

Электронный документооборот, включая электронный рецепт. По электронному документообороту, слава богу, я видела своими глазами, работа идёт, но её ещё очень много. Я сейчас скажу только про электронный рецепт.

Есть регионы, где электронный рецепт реально внедрён, мы это знаем прекрасно. Но до общероссийского электронного рецепта опять же дистанция очень приличная. Вот только-только сейчас выпущены первые релизы, первые версии справочников, которые должны стать основой электронного рецепта страны.

Про сервисы говорить не буду. Телемедицина аккуратна. Не просто аккуратна, дорогие, коллеги, а чрезвычайно аккуратна, очень, очень аккуратна по одной простой причине.

К моему огромному удивлению вышедший закон сдвинул коллег в регионах, я-то думала, что они будут сидеть и ждать, когда скажут из центра. Ничего подобного. То есть они бегут многие, я не буду регионы называть, впереди паровоза и на самом деле создают уже некие опасные ситуации, уже прописывает врач – пациент и так далее. Это надо останавливать и идти шаг за шагом, идти очень аккуратно во всех смыслах. И домашняя телемедицина, и телемедицина врач – пациент, пока только после установленного диагноза, как это прописано в законе, никак иначе. Но этого мало.

Инна Викторовна выступила. Медицинское изделие «Барс». Дорогие коллеги, мы все понимаем, про медицинские изделия нужен отдельный большой разговор, очень тяжёлый разговор. Потому что, с одной стороны, нельзя допустить, чтобы немедицинское изделие применялось к пациенту, а с другой стороны, чтобы все объявлялось медицинскими изделиями. Грань эту нужно прописать ещё более глубоко, чем она прописана.

Медицинские стандарты. Значит, обязательно должны использоваться международные стандарты при разработке и использовании структурированных электронных медицинских документов. Уже речь шла про Израиль, я Израиль оставляю в стороне, также было сказано Казахстан. На последней ИТМ конференции-выставке я лично, пройдя всю конференцию, глубоко оценила одну разработку. При ближайшем рассмотрении это оказалась разработка Казахстана. Я бы сказала, что эта разработка в себя включила все лучшее, что было в разработках ... нашей страны за много лет.

То есть нам, конечно, нужно с коллегами обмениваться и так далее, но и свои интересы, безусловно, блюсти. Безусловно, ни в коем случае не терять приоритета в тех самых стандартах. У нас есть и соответствующие организации, и так далее, которые нам позволят всё-таки задавать тон, по крайней мере, на территории СНГ. Мы к этому обязаны стремиться, иначе просто нельзя.

И последние два вопроса – образование и наука. Я, конечно, очень рада за Первый мед, который будет выпускать людей в последипломном режиме. Второй мед их выпускает всего 40 лет. Но я к тому, что на самом деле ещё одна модель выпуска людей, имеющих отношение к IT, это хорошо. Мы выпускаем врачей-кибернетиков, это профильная специальность, это образование серьёзное. Мы уже много лет учим медицинской информатике, на уровне всей страны, эта дисциплина на врачебных факультетах. И я очень благодарна Департаменту образования, что они эту инициативу претворили в жизнь.

О том, что рассказал сегодня Георгий Станиславович. Это повышение квалификации врачей в течение года и второй вариант – это подготовка специалистов технических на стыке, все это имеет право на жизнь. Почему нет? Ещё одна модель. Но нужно посмотреть, как это все заработает. То есть вот здесь нужно двигаться аккуратно.

Ну и последнее. Это наука. Уважаемые коллеги, этот вопрос большой и я не могу его не осветить хотя бы в трёх словах.

Значит, на последних конференциях всё время упоминается Big Data, уже блокчейн говорится. Чтобы были Big Data нужно, чтобы был реальный электронный документооборот, причём мы не можем брать отдельные выборочные вещи по пациенту. Нам нужны случаи, иначе мы по диагностике и лечению поддержим врачей, уверяю вас. Значит, это нужно делать очень аккуратно. Реально у нас есть квазибигдейт. То есть одна и та же фирма, которая развивает (*Не разборчиво.*) в течение многих лет, как бы внедряет одни и те же словари. Объединяем данные пяти стационаров и вот квазибигдейты имеем. То есть десятки тысяч случаев, которые можно реально объединить, которые верифицированы и на которых можно что-то реально получить. А иначе пока никак. Но ещё страшней искусственный интеллект. Будучи заместителем главного редактора журнала, я это предсказала год назад. Так оно и случилось. К сожалению, я была бы счастлива ошибиться. Значит, идёт масса работ нейросетей, нейросетей, нейросетей. Это надо уметь делать. То есть если взять медицинские данные и взять стандартный пакет с нейросетями, и одно с другим сложить, это не будет, извините, нейросеть. То есть формально её получить можно. Но её же надо проверять. Она должна быть грамотно

построена, она может быть извините, переучена, недоучена и много там чего ещё. А уж если говорить об экспертных системах, то вообще люди этим занимаются всю жизнь. Я просто к тому, что не всё то золото, что блестит. Нужно очень аккуратно относиться к тому, что нам сейчас представляют как системную поддержку принятия врачебных решений. То есть это нужно очень грамотно строить, очень тщательно проверять и вообще подвергать профессиональной экспертизе.

Я закончила, уважаемые коллеги. Благодарю вас за внимание. И хочу сказать, что проблем у нас гораздо больше, чем достижений. Но всё-таки мы идём системно, и это очень здорово. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, я всё-таки хочу предложить вам послушать Елену Львовну, и если дальше будет желание продолжить, мы продолжим. Потому что, на мой взгляд, мы уже в процессе дискуссии обозначили основные вопросы. И надо сказать, что именно на плечи департамента и Елены Львовны лично лёг вот огромный груз в этот год, переворачивания страницы книги. В отношении бигдейта только позвольте, я вот тоже хочу сказать, особенно не медикам. Выдающийся врач Боткин когда-то сказал фразу, на мой взгляд, ну, самую потрясающую просто. И я всё время говорю, кто её понимает, тот врач настоящий. В диагностике заболевания симптомы не перечисляют, а взвешивают. И когда мы думаем, что, накопив некую цифровую базу, тот же самый бигдейт, мы обеспечим правильность решения, вот это взвешивание симптома определяет и выбор тактики, и лечение, и диагноз. И это чрезвычайно сложно, это действительно может решаться высокого уровня нейросетями, это десятилетний опыт работы экспертного сообщества, которое знает, чем оно занимается.

Поэтому здесь опять же не нужно вводить в заблуждение всех пользователей, полагая, что если мы на тысячах или десятках тысяч инфарктов посчитаем, что, как было, это будет полезно для одного единственного больного.

Пожалуйста, Бойко Елена Львовна, директор Департамента информационных технологий.

Пугачев П. С. А можно, Дмитрий Анатольевич? Я вот прошу прощения...

Председательствующий. Ну, Павел Сергеевич, вы всё время Елену Львовну перебиваете.

Пугачев П. С. А я наоборот, хочу её поддержать. Елена Львовна, никто не может сказать лучше, чем вы. Я хотел бы поблагодарить за эту профессиональную дискуссию, и последнюю докладчицу, которая сейчас достаточно чётко все проблемы изложила. Это прекрасно, сразу чувствуется, что это главный внештатный специалист Минздрава России. Поскольку действительно те проблемы, которые на сегодняшний день есть, они превалируют над теми достижениями, которые мы, к сожалению, имеем. Но тем не менее есть крепкий фундамент, который заложен, и мы поступательно по нему идём.

Два слова буквально хотел добавить к тому, что услышал и для себя пометил. Первое. По поводу регистрации медицинских изделий. Это, конечно, огромная проблема. Потому что нам надо разделить вопросы медицинских информационных систем и медицинского оборудования, которое предназначено для дистанционной диагностики. Потому что те цифры, которые коллеги из Росздравнадзора приводят, это вообще капля в море. И заметьте, ни одна организация сегодня не говорила, что она проводит эти исследования с использованием медицинских изделий. Вот коллеги, из Сеченовского института рассказывали, как там они учат студентов, я обратил внимание на оборудование, которое там заявлено. В списках, которые дал Росздравнадзор, я это оборудование не увидел. И это важнейший вопрос о том, чтобы дистанционная диагностика проводилась именно с использованием медицинских изделий. Но тот разрыв, который мы на сегодняшний день имеем, 50 дней заявленных и фактически почти 200 дней – это, конечно, пропасть. И нужно срочно решать, как эту пропасть сокращать, при этом не теряя качества. Это первый вопрос.

Второй вопрос по поводу предрейсовых осмотров. Действительно, на этапе подготовки закона дискуссия по этому поводу была очень горячей. Понятно, что тема актуальна и, видимо, действительно имеет смысл к ней возвращаться на уровне законодательства для того чтобы это отрегулировать.

Вопросы деятельности иностранных клиник. Мы их тоже на самом деле обсуждали на этапе подготовки закона. Не знаю, как к этому относиться, но действительно проблема существует, и здесь мы должны думать о том, как защитить наших граждан, потому что действительно концов мы не найдём, а достучаться до зарубежных врачей, случись какая-то беда, вряд ли получится.

По поводу лицензирования клиник, которые работают только дистанционно. Мы когда проводили с коллегами экспертное совещание, говорили, что, может быть, имеет смысл просто подумать о том, что стены стали не только реальными, но и виртуальными. Что требования к медицинской организации сейчас это не только и не столько требования к помещению, а требования к информационной системе, в которой работают врачи. И, может быть, имеет смысл здесь посмотреть на историю, связанную с лицензированием? Это коллегам из Росздравнадзора, наверное, имеет смысл проработать, как минимум.

Вопрос требований к региональным медицинским информационным системам архиважный, потому что мы сейчас имеем подключение больниц к сети «Интернет», а при этом видим, что трафик больницы не выбирают. Мы их подключаем на высокой скорости, а сервисов нет. И это говорит о том, что подключение к сети «Интернет» должно исходить из того, какие сервисы мы будем оказывать,

и какие скорости нам необходимы. Сейчас вот эти требования нужно максимально быстро и грамотно описать и довести до всех медицинских учреждений и разработчиков программного обеспечения, для того чтобы все работало в едином информационном пространстве с соблюдением единых правил. То же самое касается, безусловно, справочников.

И вопрос, который сегодня не поднимал никто, что удивительно для меня. Это вопрос тарифообразования. Вопросы ФОМСа и вопросы оплаты за медицинские услуги с применением дистанционных технологий, потому что эти вопросы не только связаны с тем, что врач тратит своё время, отвлекаясь на такие дистанционные консультации, но и как его труд этот будет оплачен.

Если у нас с этим всё хорошо, я буду только рад. Но я не уверен. В тарифе ОМС есть такое понятие, как взаимное оказание медицинских услуг. И есть выделенный узкий специалист. Стоит 353 рубля по нашему ТП. Всё.

Председательствующий. Уважаемые коллеги, спасибо. Павел Сергеевич, спасибо.

Елена Львовна, пожалуйста. Вам времени столько, сколько хотите.

Бойко Е. Л. Уважаемые участники «круглого стола», уважаемый Дмитрий Анатольевич, спасибо, что все досидели до последнего заявленного доклада. Я рассчитывала на 15 минут, но поскольку выступаю в конце, прошу ещё пять минут. Хорошо? Я как математик всегда любила доказательство теорем от противного, и с учётом того, что мы сегодня два часа слушали доклады, слушали о действительно существующих проблемах, мне бы хотелось в ходе своего повествования по заявленной теме, которую меня просили осветить, всё-таки тоже комментировать.

Как вы помните, и уже это сегодня упоминалось, Президент Российской Федерации в Послании Федеральному Собранию говорил о создании цифрового контура в здравоохранении. Тот проект, которым мы с вами вместе занимаемся уже несколько лет, это создание Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, проходил некие стадии преобразования. Недавно я слышала некое разочарование: дескать, мы думали, что ЕГИСЗ – это всё, а теперь вот выясняется, что ЕГИСЗ – это некая федеральная только часть. А что же тогда мы такое.

Вот наша цель – это, в первую очередь, не основываться на каких-то системах, не концентрировать своё внимание на каких-то крайностях или точках. Надо помнить, для чего мы всё это делаем, вот давайте называть это, если хотите, единым цифровым контуром, как сегодня это называют.

Но наша задача – это повышение с помощью информационных технологий качества доступности медицинской помощи и создание дистанционных сервисов для наших граждан в здравоохранении, в социальной сфере. Нужно вовлечь людей в сохранение своего здоровья с помощью тех сервисов, которые сегодня мы уже можем им предоставить.

Это, наконец, изменение процессов в управлении здравоохранением. И сегодня также мы уже можем эти процессы изменять и делать управление более эффективным, тратить меньше ресурсов, более эффективно их расходовать.

И вот, основываясь на этих целях, предлагаем всё рассматривать через эту призму – стало это более эффективным или нет, достигаем мы своей цели, или хотя бы движемся мы к этому или нет.

Да, сегодня уже говорилось, что нормативное регулирование...

Я бы сейчас хотела очень кратко рассказать про основные тренды. Безусловно, это не всё, и вот коллеги сегодня жаловались, что никто не говорит про параллельные проекты Минздрава России, межведомственные проекты, маркировку и так далее. Мы в рамках одного «круглого стола» не можем охватить всё, мы хотим сегодня, насколько я понимаю, услышать друг друга, сверить часы, и понять, кто чем занимается: чем занимается рынок, чем занимаются органы управления здравоохранения, чем занимается Минздрав России как регулятор, чем занимаются наши коллеги из других ведомств, и задать вопросы, которые действительно необходимо решать. А может быть получить на них ответы сегодня, а может быть отложить и как-то решить их в более таком узком режиме при встрече.

Итак, первое направление – мы как регулятор. Безусловно, у нас главное – это нормативное правовое регулирование.

Летом был принят закон, 1 января он вступил в силу, это федеральный закон № 242-ФЗ, который определил архитектуру информационного обеспечения в сфере здравоохранения. То есть как раз это тот вопрос: всё же ЕГИСЗ – это всё или не всё. Там чётко определено, что есть информационные системы в сфере здравоохранения, и кто является оператором этих систем, какие это системы – системы медицинских организаций, системы органов управления здравоохранением, терфондов, федерального фонда, наконец ЕГИСЗ как федеральная система информационного обеспечения. Введены понятия «телемедицинские технологии», нормы их применения. Введены некоторые нормы, которые регулируются в последующем при принятии подзаконных актов электронные медицинские документы.

Для реализации норм федерального закона Правительством России был утверждён план-график разработки и принятия подзаконных актов. Закон принят, но мы действительно не можем двигаться дальше, мы не можем реализовывать его нормы, пока нормативные акты не скажут, как это применять.

Соответственно, вот по этому плану-графику мы подготовили два базовых постановления Правительства Российской Федерации.

Первое постановление – это постановление, утверждающее положение о ЕГИСЗ. Данное положение определяет теперь структуру информационных подсистем, из чего состоит ЕГИСЗ, которые обеспечиваются как единый контур. Обеспечивающая система обеспечивает единый цифровой контур здравоохранения, она очень подробно определяет поставщиков, пользователей информации, к какой системе какой из пользователей информации имеет доступ.

Проект постановления находится в публичном доступе, и вы могли с ним ознакомиться, он, правда, претерпевает всё-таки кое-какие корректировки и доработки.

Именно этот проект постановления даст дальнейшие правовые основания Минздраву России, издать приказы, которые определяют регламенты по каждой этой подсистеме.

Я напомним, что подсистемы, вот эти базовые подсистемы ЕГИСЗ, определяют, как обеспечивающая система, всё дальнейшее функционирование цифрового контура.

По сути, они обеспечивают единую среду, среду доверия в здравоохранении. Именно с помощью этих подсистем, подключившись к ЕГИСЗ, могут участвовать в системе и частные компании, и медицинские организации частные, и компании, которые не являются медицинскими организациями и так далее.

Я напомним очень коротко. Федеральный реестр медицинских работников, Федеральный реестр медицинских организаций, Федеральный реестр нормативно-справочной информации, наши единые коды, которые должны поддерживаться всеми системами. Также их подсистемы, обеспечивающие межведомственное взаимодействие, Федеральная электронная регистратура, реестр электронных медицинских документов. Это наше нововведение, ещё одна подсистема, которая возникла в связи с законом, и которая обеспечивает преемственность оказания медицинской помощи, нозологические регистры и также другие системы. Например, информационно-аналитическая система мониторинга лекарственных препаратов для государственных муниципальных нужд, геоинформационная система Минздрава России, которой сегодня пользуются все субъекты при планировании и для выявления, так скажем, «белых пятен» на карте, где у нас не соблюдается доступность медицинской помощи в соответствии с критериями.

Подсистема обезличивания. Ещё одно нововведение, которое возникло в связи с законом, защищённая сеть передачи данных и так далее. То есть, вот эти базовые компоненты, они уже названы, постановление их определяет, регламенты определяют, как с этим взаимодействовать.

Второе постановление Правительства России – это документ, который утверждает правила информационного взаимодействия иных информационных систем с информационными системами в сфере здравоохранения.

Документ устанавливает технические требования к иным системам.

Для чего необходим данный документ? Я напомним, что данное понятие также возникло в момент доработки проекта федерального закона на площадке Государственной Думы, и напомним, что мы получали информационные системы коммерческих компаний, которые предоставляют услуги для граждан и медицинских организаций, и сами не являются медицинскими организациями. То есть, они обеспечивают для граждан организацию записи на приём к врачу, организацию телемедицинских консультаций, оказание медицинской помощи с применением телемедицинских консультаций, информирование граждан об оказанной им медицинской помощи и её стоимости, о состоянии здоровья и рекомендации по ведению здорового образа жизни.

Таким образом, всё это является признаком того, что компания, которая предоставляет эти сервисы для граждан, является иной. И действительно, может быть, кому-то кажется, что мы чрезмерно ужесточили требования к этим иным системам, но, коллеги, это ведь что касается персональных данных, медицинской документации граждан. Я думаю, что очень страшно становится, когда ты задумываешься – а если эта медицинская документация твоей, например, семьи. А что если ты, например, публичный человек? А что если эти данные завтра окажутся, я не знаю, где-нибудь за рубежом и так далее? То есть, это банальные, конечно, примеры, но, так или иначе, как говорит Дмитрий Анатольевич, мы можем совсем заиграться и уйти полностью в виртуальный мир. Но очень быстро возвращает тебя на землю, когда ты сталкиваешься уже с теми фактами, которые нельзя никак поправить.

То же самое и здесь. Давайте не фантазировать, а давайте выполнять то, что сегодня есть, это регулирование. Вот коллеги говорили про то, что у нас избыточное регулирование. Избыточное оно или нет мы поймём сразу после того, как мы начнём выполнять это регулирование и поймём, где оно избыточно, а где оно, например, недостаточно.

Данное постановление позволит заниматься, во-первых, коммерческим компаниям указанной деятельностью, получая необходимые данные о пациентах, которые им необходимы для того, чтобы предоставлять сервисы из информационных систем в сфере здравоохранения. А ещё документ защищает всех участников системы здравоохранения от недобросовестных поставщиков таких услуг.

Вот эти два базовых постановления, над чем мы работали в последние полгода, очень нелегко проходили межведомственные согласования. Профильное управление Администрации Президента России очень сильно нам в этом помогало. И мне бы очень хотелось, чтобы наш «круглый стол»

провели на неделю позже, потому что я надеялась, что эти два документа выйдут, и мы отчитаемся успешно о проделанной работе. Но жизнь вносит свои коррективы, не всегда происходит все так, как нам хочется. Поэтому я могу только сказать, что они действительно в высокой степени готовности и действительно уже проходят последние юридико-технические правки на площадке Правительства России. И в ближайшее время мы надеемся, что они будут изданы.

Какие приказы и документы уже изданы? Издано распоряжение правительства от 15 ноября 2521 «О перечне услуг в сфере здравоохранения», которые могут предоставляться гражданам в виде дистанционных сервисов на портале госуслуг в личном кабинете пациента «Моё здоровье». Там обозначены девять ключевых сервисов, и часть услуг из них уже оказывается.

Второе. Принято постановление в предусматривающее проведение эксперимента также на портале госуслуг по оценке удовлетворённости граждан работой медицинских организаций. Я об этом скажу чуть-чуть подробнее и немножечко позднее.

Третье. Издан приказ Минздрава России, с которым коллеги ознакомились, от 30 ноября, 965-Н, утверждающий порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Кстати, по поводу телемедицины. Коллеги сегодня, я не помню, кто уже говорил, что всё плохо, недостаточно регулирования. На самом деле мы не видим никаких препятствий для того, чтобы осуществлять телемедицину. Я даже напому, что телемедицинские технологии – это то, что мы оформили в некие рамки, когда издали закон. А дистанционные консилиумы – они уже проводятся годами, и даже вы приводили пример, что мы очень успешно по WhatsApp проводим дистанционные консультации. Поэтому единственное, что нового мы внесли, это требования к техническому документированию, к идентификации и так далее. Поэтому как только выйдет это постановление по требованиям к иным системам, где будет прописан порядок подключения к системам, мы не видим никаких препятствий для того, чтобы сразу начать это реализовывать. Возможно, препятствия возникнут, но когда мы сделаем хотя бы пару шагов.

И последний из документов, которые приняты, вот буквально на прошлой неделе, 4 апреля, зарегистрирован Минюстом России приказ Минздрава России, который определяет порядок ведения медицинской документации в форме электронных документов. Ознакомьтесь с ним тоже, пожалуйста. И действительно, там есть отсылка, что Минздрав ещё должен будет определить порядок организации электронного медицинского документооборота в Российской Федерации. Он у нас тоже уже в проекте.

Также будут приняты и другие проекты нормативных актов, приказов. Ну, например, о чём так хотелось сегодня услышать некоторым участникам, приказ по оформлению электронных рецептов. Он проходит сейчас межведомственное согласование. Здесь нам очень сильно помогают департаменты профильные и информационных технологий города Москвы.

И после его выхода субъекты, которые технологически готовы, смогут запустить систему обращения электронных рецептов на территории субъекта от момента выписывания препарата врачом до момента отпуска лекарства в аптеке без необходимости параллельного дублирования на бумаге.

Правильно Татьяна Васильевна вам говорит, что сегодня многие субъекты эту схему реализовали, только параллельно электронному информационному взаимодействию пока дублируют бумагой.

Второй приказ, очень важный тоже, о порядке дачи информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства в форме электронного документа. Для чего нужен этот документ? Он позволяет запустить дистанционные консультации для пациентов.

Я напому, что консультации пациента также являются медицинским вмешательством, и даже если вы обеспечиваете вот дистанционную онлайн-консультацию, вы тоже должны организовать предоставление пациентом согласия на медицинское вмешательство.

В проекте данного документа мы предусмотрели, что пациент уже сегодня может это делать с помощью усиленной квалифицированной электронной подписи, то есть и без нормативного регулирования, но мы как бы адекватные люди, и понимаем, что в Российской Федерации не так много физических лиц, у кого есть своя усиленная квалифицированная подпись. Ещё мы предусмотрели вариант подписи, простой электронной подписи, по сути это регистрация в Единой системе идентификации и аутентификации.

Вот сегодня первый докладчик очень критиковала выбранный нами подход по идентификации через систему электронного правительства. Также я внимательно послушала предложения Ростелекома, но только напому, что Ростелеком является единственным исполнителем. Коллеги скромно умолчали, что у них очень хорошие результаты, они придумали, как пользоваться биометрией. То есть, по сути, сегодня нужно забыть только свой password и логин, а завтра я могу просто прийти, что-нибудь наговорить голосом своим, и меня через голос будет идентифицировать система.

И по нашему мнению, сегодня это максимально доступный для всех граждан Российской Федерации и наиболее дешёвый способ, но мы не исключаем, что и завтра появятся другие способы.

Ещё один крайне важный документ, такой же важный как и все остальные – порядок выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений в форме электронных документов.

Документ нужен для того, чтобы гражданин смог получить необходимую справку – электронный документ – без обращения в медицинскую организацию.

Наконец, документы, так скажем, тяжеловесы, которые решают не какие-то узкие, точечные задачи, а которые регулируют всё это. Как вы, наверное, уже догадались это требования к медицинским информационным системам и информационным системам органов управления здравоохранением субъектов.

Это требование к функционалу, они описывают, что система должна уметь, для того чтобы называться медицинской информационной системой.

Базовые требования и требования, которые будут различаться в зависимости от профиля медицинской организации. Ну и естественно, требования к информационной безопасности, к взаимодействию с ЕГИСЗ и так далее.

Напомню, что данные документы были выпущены Минздравом России ещё в 2015 году, в виде, правда, методических рекомендаций, потому что у нас не было оснований утверждать эти требования. Но поскольку они сейчас появились, мы просто их адаптируем уже под сегодняшний день, под 2018 год, и выпустим в виде единых требований.

Я не исключаю, и мне кажется, что это единственно правильный вариант. Кстати, коллегам из Росздравнадзора стоит задуматься: а как мы потом будем проверять соответствие используемых информационных систем указанным требованиям.

Я сейчас, извините, коллеги из коммерческого сектора, про государственную систему здравоохранения. Но из-за того, что мы все такие разные и далеко друг от друга находимся, все по-разному это понимают и не все внедряют то, что нужно. Поэтому нужно как-то друг другу помочь. Но вместе с тем, коллеги, здесь тоже это как антитезис, вот если бы мы хотели навязать единую систему для медицинских организаций всей страны, мы бы это уже сделали. И я вас уверяю, так же, как сейчас, мы очень сложно, но результативно подключаем медицинские организации к сети «Интернет», мы точно так же внедрились, установили бы в короткие сроки. Как у нас бывает – к понедельнику написать документы, а через неделю внедрить систему. Но мы с вами не пошли по этому пути, потому что понимаем, что мы все с вами очень разные. Я сейчас не про людей, а про медицинские организации, и разные там процессы. И есть процессы, которые нужно унифицировать, которые требуются унифицировать. Но есть и действительно разный уклад, как географический, так и какой-то ещё.

Поэтому мы пошли с вами по такому пути: мы внедряем разные информационные системы, мы поддерживаем конкуренцию, мы поддерживаем рынок, надеюсь на то, что это повлияет на качество предоставляемого на рынке продукта. И поэтому без вашей заинтересованности, я сейчас опять же обращаюсь к коллегам из государственной системы здравоохранения, без включения интеллектуальных способностей и желания разобраться ничего не будет, никакого соответствия никаким даже уже установленным и проверяемым требованиям.

Наконец, пятый документ, который... Мне кажется, что... Мои коллеги подсказывают, что это самый основной документ, это порядок организации электронного медицинского документооборота между медицинскими учреждениями. И он установит единые требования к форматам обработки и хранения медицинской документации в каждой медицинской организации. То есть, в каком виде она должна храниться, чтобы можно было её получить, а тем самым обеспечить, как я уже говорила, преемственность оказания медицинской помощи, чтобы человек мог получить доступ к своим электронным документам и предоставить его, как говорит молодёжь, «расшарить» эти документы лечащему врачу. Здесь звучали ремарки про то, что не пациентоцентрированная у нас пока система и вообще медицина и так далее.

Коллеги, я, например, не знаю более пациентоцентрированной системы, чем ту, которую мы сейчас делаем. Наша цель обеспечить гражданину доступ ко всем его документам. Если у него есть доступ к своим документам, то он может их послать хоть в Израиль, хоть в Казахстан, хоть своему лечащему участковому врачу. Это его собственность, он может, он обладает информацией о себе. Поэтому я считаю, что у нас система очень пациентоцентрированная, если вы считаете, что это не так, аргументируйте.

Безусловно, коллеги, перечисленные принятые и разрабатываемые нормативные акты – это не весь перечень документов, который предполагает трансформацию цифрового здравоохранения. Я ещё не перечисляла нормативные акты, которые мы разрабатываем совместно с другими ведомствами. Электронные больничные, я точно знаю и сама очень хотела послушать, что сегодня рассказывают про электронный родовой сертификат. Но я точно знаю и уверена, и нам потребуется помощь наших коллег из Государственной Думы, из ведомств и всех участников, заинтересованных в этой новой трансформации, которая потребует нового законодательного регулирования.

Второй тренд – это приоритетный проект «Электронное здравоохранение», который мы вместе с коллегами из субъектов уже реализуем полтора года. Его цель – это достижение базовой основы

внедрения информационных систем в здравоохранении субъектов Федерации в медицинских организациях. Причём фокус не в наличии самих информационных систем, а в перестройке процессов как медицинских организаций (и здесь очень сильно проект перекликается с другим приоритетным проектом «Бережливая поликлиника»), так и региональных процессов системы здравоохранения.

На уровне медицинских организаций должно обеспечиваться информационное сопровождение процессов оказания медицинской помощи посредством электронной медицинской карты и управления ресурсами. На уровне субъектов Федерации формируются централизованные региональные системы, это введение единого расписания врачей, телемедицинские центры. К этим централизованным сервисам, естественно, подключаются все медицинские организации, исходя из того регламента, который предусматривается в конкретном субъекте.

Далее. Диспетчеризация скорой помощи, управление льготным лекарственным обеспечением, централизованные и автоматизированные лабораторные системы, о которых нам сегодня рассказывали, электронные рецепты, электронные больничные, автоматизация выполнения индивидуальных программ реабилитации и абилитации пациентов и так далее. То есть это именно автоматизация процессов уже существующей системы здравоохранения и межведомственного взаимодействия. Цель только одна – подготовить инфраструктуру, софт для того, чтобы можно было потом уже внедрять эти тяжеловесы, которыми сегодня нас пугают, систему поддержки принятия врачебных решений.

Также субъекты... А, ну да. Для реализации проекта необходима инфраструктура: это оборудование и связь. Как я уже сказала, мы подключаем больницы, поликлиники к сети «Интернет». В том году подключили более трёх тысяч объектов, в этом году планируется подключить семь тысяч объектов. Также субъекты Федерации реализуют индивидуальные планы по внедрению информационных технологий. В прошлом году более пяти тысяч структурных подразделений внедрили с нуля медицинские информационные системы.

Сегодня на коллегии Минсвязи России коллеги наши, которые отвечают за ИТ в субъектах, подходят и говорят: вот мы хотим быть лучшими, на чём нам сконцентрироваться? Говорю: ребята, сконцентрируйтесь на том, чтобы сделать то, что вы делаете в последние годы хорошо. Вам осталось только внедрить систему всех медицинских организаций, обеспечить качественные системы, обеспечить централизованные компоненты, обеспечить их интеграцию с системами территориальных фондов для того, чтобы оптимизировать процессы в медицинских организациях и обеспечить интеграцию с ЕГИСЗ.

И, пожалуйста, выгружайте каждые две недели расписание врачей. Давайте сделаем хоть одну услугу идеально в ближайшее время для наших граждан, я имею в виду запись на приём к врачу. Потому что в ближайшее время на федеральном уровне мы как администраторы, приоритетного проекта «Электронное здравоохранение», я имею в виду Минздрав России, не можем проверить качество использования информационных систем во всех медицинских организациях, их у нас очень много в Российской Федерации. Но мы можем точно знать, какая медицинская организация на портале госуслуг не предоставляет этот сервис. И соответственно, сделать вывод: либо она не обеспечивает это информационно, и всё, что нам пишут коллеги в отчётах – это профанация, либо нарушены какие-то организационные процессы. То есть могут, но не хотят, или хотят, но не могут.

Соответственно, мы в рамках личного кабинета пациента обеспечиваем пока четыре сервиса: запись к врачу, для некоторых субъектов Федерации, которые приняли решение, вызов врача на дом, проверка полиса обязательного медицинского страхования и своего прикрепления к медицинской организации и вот сейчас, во втором квартале, будет ещё ряд сервисов выведен. Это предоставление информации об оказанных медицинских услугах и её стоимости, её обеспечивают территориальные фонды путём интеграции с ЕГИСЗ, это подача заявления на оформление полиса обязательного медицинского страхования, запись на прохождение медосмотров и диспансеризаций и доступ к электронным медицинским документам, самый, наверное, тяжёлый сервис. Как я уже сказала, оценка удовлетворённости граждан работой медицинских организаций.

Посмотрим, что из этого получится. Но пока предполагается, что агрегированные оценки граждан будут доводиться до каждой медицинской организации, где, например, излишне много негатива, а, может быть, и хороших оценок, и, естественно, до руководителей органа здравоохранения субъекта.

И последнее, что мне хотелось сказать. Вы все уже слышали, что в настоящее время реализуется программа «Цифровая экономика», и предварительно одобрено новое направление «Цифровое здравоохранение».

Запуск данной подпрограммы... Ну, естественно, она ещё будет прорабатываться, проект ещё не иницирован, но запуск программы предполагает разработку новых цифровых платформ.

Но также вырисовывается уже ближайшая перспектива. Новые цифровые платформы, которые обеспечат системы поддержки и принятия врачебных решений по основным профилям заболеваний с применением искусственного интеллекта: контроль состояния пациента с применением оборудования медицинских организаций и на основе технологии интернет-вещей; дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов групп риска и систем реагирования на основе дистанционных медицинских приборов.

Коллеги, вот я сегодня была на интересном совещании перед «круглым столом» в Минпромторге России. О чём там рассказывали, это прямо космос-космос, но мне стало, вообще, обидно, что мы теряем время и не внедряем такие интересные технологии. Но об этом я вам расскажу в следующий раз.

А сейчас я бы хотела сказать, что новый этап цифровизации здравоохранения нам будет доступен сразу после того, как мы закончим внедрение базовой информатизации. Давайте начинать это реализовывать и тогда нам откроются новые перспективы. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое, Елена Львовна.

Я думаю, совершенно правильным решением было послушать вас в завершение. Вы пропитались проблемами, которые поставили люди.

Коллеги, Алексей Петрович Поликашин, заместитель Председателя Фонда социального страхования Российской Федерации.

Поликашин А. П. Да, спасибо большое, Дмитрий Анатольевич.

В первую очередь хотел бы поблагодарить депутатов за принятие очень важных для нас законов. 1 мая 2017 года был принят федеральный закон № 86-ФЗ, который позволил наряду с бумажными выдавать медицинским организациям и так называемый электронный больничный лист (ЭЛН). Причём эти обе формы имеют равную юридическую силу и обеспечивают получение страхового обеспечения на их основании. Поэтому при желании пациент может получить любую форму этого листа, но если организация, в которой работает пациент, и медицинская организация подключены к системе. *(Демонстрируется слайд.)*

Небольшая статистика. Чтобы было понятно, мы показали те данные, которые у нас есть. На конец 2017 года общее количество выданных больничных листов было 240 тысяч. За март мы выдали те же 240 тысяч, то есть, вы видите, здесь нарастающим итогом показан результат. Я думаю, что на сегодняшний день это уже за 870 тысяч электронных больничных листов.

Может показаться небольшой эта цифра, но тем не менее, если посмотреть в какой прогрессии это идёт, я думаю, что к концу года мы покажем более достойные результаты. *(Демонстрируется слайд.)*

Здесь показано количество медицинских организаций, которые вошли в этот проект. На сегодняшний день это практически 50 процентов организаций, вот вы видите статистику. *(Демонстрируется слайд.)*

Здесь на карте видно, что уже в 46 субъектах Федерации больше половины работающих медицинских организаций выдают ЭЛН, а в регионах-лидерах это приближается к 100 процентам. На самом деле отстают два субъекта – Москва и Ямало-Ненецкий автономный округ. Ну так случилось. Без комментариев. Тем не менее, мы, значит, активно работаем над этим, и я думаю, что в будущем ситуация изменится. *(Демонстрируется слайд.)*

Здесь тоже небольшая статистика, это вот по стотысячникам мы специально выбрали. Можно следующий слайд? *(Демонстрируется слайд.)*

Мы столкнулись с ситуацией, когда шестисоттысячный ЭЛН был выдан нашим же региональным отделением Краснодара, да, наше краснодарское региональное отделение получило шестисоттысячный электронный листок нетрудоспособности. Мы сначала не поверили, стали смотреть статистику, оказалось, что у нас есть возможность отслеживать, вот представляете, не только по часам, по годам, часам, минутам, но и секундам. То есть мы видим каждую секунду, где и когда какой листок нетрудоспособности выдаётся.

Огромное спасибо хочется сказать Минздраву России, потому что без их участия мы бы, наверное, не смогли реализовать этот проект. *(Демонстрируется слайд.)* В частности, вот те вопросы, о которых сегодня сказала Елена Львовна, на которые мы могли бы перейти.

В данном случае это вот направление на ВМП, соответственно, справка 070, это справка о постановке на учёт в ранний срок беременности, я всё к родовому сертификату издаю. Да, вот справка 088. *(Демонстрируется слайд.)* Это электронный талон РЖД, да? Благодарим, конечно, РЖД, потому что это наш совместный проект.

Значит, теперь, зайдя на сайт РЖД, вы спокойно можете оформить по льготе ФСС, и уже не нужно никому в офис приходить, получать у нас талон, для того чтобы с этим талоном потом идти соответственно в кассу РЖД, получать этот билет. Если же кому-то ещё всё-таки хочется эти бумажные талоны получать, мы не можем отказывать, вот, но тем не менее на сегодняшний день человек может спокойно через любой сайт получить бесплатный билет.

Плюс ещё большой вот в чём. Зная, когда человека отправляют, допустим, на санаторно-курортное лечение, зная сроки отправки и сроки возврата человека назад, можно изначально планировать все по дате покупки билета.

Когда это высокоточная медицинская помощь (ВМП), то мы знаем, когда человек едет в медучреждение, но не знаем, когда он оттуда вернётся, по той простой причине, что мы не можем знать результаты операций, и какими будут сроки его возвращения.

Поэтому раньше человек, находящийся в медицинском учреждении, должен был заранее позаботиться о том, что ему нужно пойти в ближайший офис ФСС, получить отрывной талон, пойти

на вокзал, купить билет, ну и так далее. Сейчас этот вопрос решён, проблемы в этом направлении мы не видим. *(Демонстрируется слайд.)*

Ну здесь статистика по выдачам, я думаю, что она не сильно интересна, но она также идёт. *(Демонстрируется слайд.)*

И вот, собственно говоря, то, о чём хотел сказать ещё раз. На сегодняшний день мы, учитывая успешный опыт продвижения ЭЛН, всё-таки решили перейти ещё к одному проекту. Это так называемый родовой сертификат. Благодаря тому, что нам ФОМС передаёт примерно 16 миллиардов рублей в год, мы оплачиваем эти родовые сертификаты. *(Демонстрируется слайд.)*

Ну так вот выглядит этот родовой сертификат, он состоит из трёх частей. Это первая часть – оплата труда врачей-специалистов, среднего медперсонала, когда женщина приходит первый раз в женскую консультацию и встаёт на учёт.

Второй этап – оплата труда врачей-специалистов, когда женщина приходит уже непосредственно на родовспоможение.

И третье – два талона, это первый и второй приём уже врача детской поликлиники, где врач осматривает новорождённого. То есть сейчас сертификат – это «портянка» формата А3, достаточно большая, неудобная и постоянно теряется. И мы достаточно легко можем реализовать этот проект и заменить бумажный родовой сертификат электронным.

Мы для себя выбрали шесть пилотных регионов. Это Белгород, Астрахань, Саратов, Саранск, Мордовия, сейчас я по регионам говорю, и Липецк, мы там их запустим до конца года. *(Демонстрируется слайд.)*

Здесь показаны плюсы этого сертификата. Но я думаю, что и так мы все прекрасно понимаем, что у него большие плюсы. Как, собственно говоря, и у талона РЖД, и у листа нетрудоспособности. Я думаю, что они обеспечат нам в будущем продолжение и развитие наших цифровых сервисов. Спасибо за внимание, коллеги.

Председательствующий. Спасибо, Алексей Петрович.

Уважаемые коллеги, у нас осталось шесть минут. У кого есть ещё желание выступить? Или будем завершать?

Мне хочется, во-первых, поблагодарить вас и сказать: хорошо, что мы все вместе. Мне кажется, формат «круглого стола» удался, потому что каждый имел возможность сказать о наболевшем. Соглашусь с Еленой Львовной, такая многоплоскостная получилась конструкция, кто-то говорил о частном, кто-то об общем, кто-то о стратегическом. Но на самом деле у меня сложилось серьёзное убеждение, что нам нужно и дальше использовать эту практику и собираться. Я думаю, что мы осенью соберёмся, тогда, когда это надо будет, когда будут готовы какие-то определённые подзаконные акты. Просто план «круглых столов» и парламентских слушаний верстается задолго, на полугодие, но мне кажется, что всё равно у нас всё получилось.

Работа ведётся огромная. Без сомнения, задач меньше не станет. И я глубоко убеждён, что мы должны последовательно, шаг за шагом, опираясь на полученные достижения, на информационные ресурсы, двигаться вперёд. Тогда мы обеспечим не только доступность, но и сохраним качество. Мне очень приятно, что эти два слова всегда используются вместе, доступность и качество здравоохранения. Мы должны обеспечить, в том числе, хорошее образование и сохранение традиционной медицины, по крайней мере, на протяжении XXI века. Сегодня звучали такие вопросы: что должен уметь врач, что должен знать врач? В первую очередь, он должен знать медицину, потом приступить к реализации своих знаний теми или иными способами. Когда-то, наверное, произойдёт его замена искусственным интеллектом, и возможность получения количественной и качественной информации о человеке будет развиваться. Уже прогнозируют, что такие профессии как хирург буквально через 30 лет исчезнут. Я думаю, что коллеги ошибаются, наверное, всё-таки они не очень разбираются в хирургии. Кстати, практики в клиниках очень полезны. Примерно двух недель в экстренно-хирургическом отделении будет достаточно, чтобы переосмыслить многие позиции.

Но то, что мы с вами ответственны за реализацию этой серьёзнейшей задачи, в этом нет никаких сомнений. И я убеждён, что в итоге, опираясь, в том числе, на каждого гражданина, реализуя, например, концепт личного кабинета не только как возможность владения информацией, но ещё и как сопереживание своему здоровью, отслеживание его состояния, мы сможем добиться многого. Я убеждён, что будущее за личными кабинетами, потому что мамочки смогут отслеживать состояние здоровья своих детей, отслеживать анализы. Самое главное, красиво их подавать, эти графики, возможность общения через медицинские изделия и многое-многое другое. Это новый мир.

Но повторюсь ещё раз, я убеждён, что только все вместе, слыша друг друга, экспертов, представителей врачебного сообщества и наших коллег из IT, мы будем двигаться вперёд, сохраняя доступность и качество здравоохранения.

Спасибо вам большое. Будем двигаться дальше.

СТЕНОГРАММА
«круглого стола» на тему «Детская хирургия и хирургия плода
в Российской Федерации: законодательное регулирование практики,
науки и подготовки кадров».
20 апреля 2018 года.

Председательствует председатель
Комитета Государственной Думы по охране здоровья
Д. А. Морозов

Председательствующий. Доброе утро, уважаемые коллеги!

Вчера прошёл симпозиум, посвящённый болезни Гиршпрунга и нейроинтестинальной дисплазии. И уверен, вы согласитесь со мной: даже во время научной программы симпозиума мы постоянно обращались к регулированию, к нормативному регулированию нашей специальности и как бы анонсировали сегодняшнюю встречу.

Сегодняшняя встреча – это «круглый стол» Комитета Государственной Думы по охране здоровья, который мы посвятили теме детской хирургии и хирургии плода в Российской Федерации, имея в виду именно законодательное регулирование практики, науки и подготовки кадров. Всё это рождалось последние десятилетия, постоянно обсуждалось профессиональным сообществом, и я глубоко убеждён, что настало время принять определённые решения для того, чтобы успешно продолжать двигаться вперёд.

Хочу сказать, что в сегодняшней встрече участвуют депутаты Государственной Думы, члены Совета Федерации, депутаты Московской городской Думы, руководители департаментов Министерства здравоохранения Российской Федерации, представители Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, представители Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Российской Академии наук, Высшей аттестационной комиссии. То есть, уважаемые коллеги, детские хирурги, коих большинство, заведующие кафедрами, главные специалисты субъектов Российской Федерации, на мой взгляд, у вас есть редкая возможность донести свои чаяния, проблемы и предложить самому высокому экспертному сообществу свои решения проблем.

Уважаемые коллеги, я не буду делать полностью доклад, пробежусь по слайдам для того, чтобы обозначить те позиции, которые считаю важным обсудить сегодня.

Итак, детская хирургия и хирургия плода в Российской Федерации. Несколько слов о том моменте, в котором мы сейчас находимся – беспрецедентное внимание руководителя государства и всех органов власти к детскому здравоохранению. Уверен, вы знаете и об указе «Десятилетие детства», и о последних поручениях Президента России в части совершенствования детских поликлиник и поликлинических отделений больниц. Позавчера Президент России дал поручение Правительству Российской Федерации разработать план-схему строительства новых детских больниц-стационаров, и это дорогого стоит. Именно поэтому, я считаю, сегодня тот момент, когда мы должны серьёзно всё осмыслить, подставить плечо руководству страны и экспертным сообществам для того, чтобы всё было сделано так, как надо!

Первая позиция, которую мы предлагаем обсудить – это специальность «детская хирургия» в России как таковая, профессиональный стандарт и круг компетенций детского хирурга. Кто это сегодня – детский хирург, имея в виду недавно утверждённый профессиональный стандарт детского хирурга? Это детский хирург первого уровня? Кто имеет право оперировать, ну, скажем, врождённый гипертрофический пилоростеноз? Кем нужно быть, чтобы тебя допустили для аноректопластики? В сегодняшних нормативных документах это отражено не полностью.

Поэтому предлагаю вам сегодня, коллеги, обсудить то, что входит в круг компетенций детского хирурга. Как формировать сегодня дежурную бригаду, имею в виду то множество сертификатов, которыми должен обладать детский хирург? Можно ли оперировать общим хирургам, не имеющим сертификата детского хирурга? Кстати, вопрос это не такой уж однозначный и простой. Мы можем это разрешить при осуществлении методического руководства, можем этого и не делать.

И, наконец, клинические рекомендации и протоколы лечения. Только вчера мы говорили об этом с Вероникой Игоревной Скворцовой, и сегодня законопроект выходит на финишную прямую и скоро это будут правила жизни. Готовы ли мы – детские хирурги к реализации этого закона?

Следующая позиция. Современная организация детской хирургии. Так или иначе, и я уверен, что об этом сегодня много будут говорить, сформировался некий кадровый дефицит, тем более на рубеже смены поколений. Нам необходимо обсудить и поликлиническую, и стационарную, высокотехнологичную помощь.

Знаю, что коллеги будут выступать с концепцией межрегиональных центров. Мы не раз поднимали этот вопрос в части хирургии новорождённых, высокотехнологичных операций, ну, в той же самой колопроктологии. Операции на выезде, проведение мастер-классов. Всё это требует определённой регламентации. Мы неоднократно говорили, что время, когда оперировать было нужно «так, как учитель советовал или как написано в журналах, или в методичках», ушло. Слава богу, в нашей специальности есть прекрасное Национальное руководство, которое является тем документом, следуя которому можно оперировать. Не секрет, что у нас регламентация всей деятельности осуществляется по порядкам и стандартам медицинской помощи. Однако стандарты по детской хирургии у нас весьма неполные. Мы эту ситуацию обсуждаем несколько лет, она требует принятия окончательных решений. Федеральные клинические рекомендации по детской хирургии, то, от чего отталкиваются, как минимум, молодые доктора. Сегодня у нас с вами их всего двенадцать.

Я уже приводил пример создания Консенсуса по хирургии аноректальных мальформаций, и следует признать, что по итогам трёх лет этот консенсус работает и учитывается далеко не везде!

Осуществление новых операций, внедрение операций. Уважаемые коллеги, в рамках законодательства необходимо проводить это через экспертные советы, этические комитеты и получать отдельное согласие пациента. Нам необходимо это все обсудить, имея в виду, в том числе, проект нового федерального закона. Все выезды, мастер-классы, их нормативное регулирование только через трудовые договоры тоже должны войти в практику.

Специализированная высокотехнологичная помощь. Мы практически завершили реализацию программы строительства перинатальных центров и, разумеется, дали серьёзный толчок развитию хирургии плода. Что нам нужно обсудить? Взаимодействие этих специалистов с детскими хирургами. Так получилось, что это специалисты, которые в большинстве случаев выросли не из детских хирургов, и нам необходимо найти точки соприкосновения.

Хирургия новорождённых в перинатальных центрах и больницах. Сегодня две модели, которые работают весьма эффективно. И, наконец, межрегиональные центры.

Я не буду останавливаться на рождении ребёнка, обращаю только ваше внимание, что у нас вообще нет нормативно-правовой базы относительно плода, его права на жизнь и защиты, принятия решений как в рамках антенатального консультирования, так и в рамках, скажем, фетальной хирургии малой или большой. Кто этот субъект, мать с плодом, плод отдельно? Это, конечно, задача не одного дня, но нам необходимо будет её решать.

Хочу доложить, что нами в рамках партийного проекта и Комитета по охране здоровья создана рабочая группа по совершенствованию детской хирургии, которую поручили возглавить профессору В. М. Розинову. В прошлом году мы вошли в экспертный совет Министерства здравоохранения Российской Федерации по вопросам охраны материнства и детства. Открыто несколько детских больниц, это и Тамбов, и Назрань, ставится вопрос о реорганизации областных и городских служб. Мы используем любую возможность, как вот, например, выставка в Государственной Думе, чтобы привлечь внимание к детской хирургии.

Преподавание. Студента мы готовим для оказания первичной медико-санитарной помощи на амбулаторном этапе или в условиях дневного стационара. Я считаю, нам нужно обсудить объём педагогики и при этом понять, как мы формируем единую программу. Кто имеет право учить студента? Также нам необходимо сегодня об этом сказать. Это представитель образовательной организации или медицинской, но только в условиях заключения типового договора, который я знаю, у ряда коллег есть.

Единая программа. Как регламентируется освоение практических навыков сегодня, когда у нас есть определённые ограничения? Как проводить аккредитацию по детской хирургии? Я думаю, что нужно обсудить формирование национального банка тестовых заданий, а не писать это каждому университету и кафедре в отдельности, обсудить статус университетской клиники.

Подготовка ординатора также требует, на наш взгляд, единой образовательной программы, поскольку, если мы возьмём ту же самую хирургию новорождённых, не каждая кафедра и клиника может обеспечить в полном объёме педагогический ресурс, в том числе, из-за малого количества больных. Поэтому наша программа должна быть одна, и мы должны взаимодействовать на уровне клиник, может быть в рамках телемедицины.

Два года назад я докладывал вам проблематику по научным исследованиям. Нам необходимо обязательно сделать шаг в сторону Scopus-журналов. Не имея своих Scopus-журналов, мы вынуждены печататься в других изданиях, и это приводит к «перекоосу». Нам необходимы государственное регулирование и грантовая поддержка детской хирургии. Думаю, что мы одни из немногих, кто работает по научным исследованиям, не имея устойчивого финансирования, с этим необходимо обязательно что-то делать.

Ну, и по работе наших профессиональных ассоциаций. Я вчера уже говорил, что считаю единственным наш путь на укрепление деятельности Российской ассоциации детских хирургов, в том числе, её юридической службы. Это позволит решать все вопросы подготовки кадров, науки, качества лечения, развития отдельных направлений специальности, тех же заявок на грантовую поддержку и, конечно же, защиты самих детских хирургов.

Подведу некий итог. Необходимо воссоздание научного совета и проблемных комиссий Ассоциации. Уверен, нам необходимо усилить роль главных внештатных специалистов регионов, формировать кадровый резерв, может быть, из ассистентов и доцентов кафедр, унифицировать подготовку детских хирургов. Полностью отработать всеми коллективами клинические рекомендации и протоколы, поскольку это неподвластно одному-двум коллективам. Необходимо составить реестры пациентов.

Благодарю вас, коллеги, за внимание. *(Аплодисменты.)*

Позвольте предоставить слово профессору Ольге Геннадьевне Мокрушиной. Пожалуйста.

Мокрушина О. Г. Уважаемые коллеги, я хочу вам сказать, что утверждён профессиональный стандарт: «врач – детский хирург», он утверждён Минтрудом России и зарегистрирован в Минюсте России.

В этой связи, во-первых, я бы хотела выразить огромную благодарность Татьяне Владимировне Семёновой и Леониду Михайловичу Рошалю, которые помогали, собственно говоря, нам весь этот год писать этот профессиональный стандарт. Конечно, мы не профессионалы в плане создания нормативно-правовых документов, но тем не менее я хочу сказать, что многое удалось, и вы помните этапы работы.

2016 год – была сформирована рабочая группа, которая включала, в том числе, главных специалистов субъектов Федерации. Разработка макета стандарта – октябрь – декабрь 2016 года. Затем этот профессиональный стандарт был вынесен на онлайн-обсуждение, и мы принимали поправки туда из тех субъектов Федерации, из которых они приходили. Затем публичное обсуждение на рабочем совещании главных специалистов в апреле 2017 года в Ростове-на-Дону. Мы опять утвердили новые поправки, вынесли на обсуждение проект стандартов. Затем ещё раз обсудили на октябрьском съезде в 2017 году и передали на утверждение в Минтруд России.

Цель разработки нашего профессионального стандарта – это индивидуальный план профессионального развития и карьерного роста работников, то есть нас с вами. Это проведение оценки деятельности персонала в целях оптимизации и использования потенциала работника и для организации профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации.

Надо сказать, что настоящий стандарт соответствует начальному уровню профессионального образования по специальности «детская хирургия» и определяет перечень знаний, умений и навыков, которыми должен обладать специалист – детский хирург, приступая к самостоятельной работе.

На этапах формирования стандарта мы столкнулись с проблемой – исключение интернатуры, как варианта получения специальности детской хирургии в очень многих наших субъектах Федерации восприняли как катастрофу. И тогда, Минздрав России и Минтруд России пошли нам навстречу, и решили этот стандарт разбить на две трудовые функции. Это обобщённая трудовая функция (ОТФ) «А» и обобщённая трудовая функция «Б».

Что же такое ОТФ «А»? Это, собственно говоря, интернатура. Это та часть трудовой функции, которая будет замещать интернатуру, и здесь заложены компетенции, которыми должен обладать специалист, приступая к амбулаторно-поликлинической службе. Во-первых, мы считаем, что эта ситуация даст возможность работать нашим ординаторам, тем, которые будут переходить на второй год обучения. Во-вторых, может так сложиться, что кто-то не захочет продолжать обучение дальше, мы не будем заставлять его постигать ОТФ «В», и тогда он будет заниматься амбулаторно-поликлинической службой.

Если он захочет дальше совершенствовать своё мастерство, то, естественно, он проходит второй год обучения, и тогда уже он будет сдавать экзамены и те компетенции, которые соответствуют ОТФ «В». Этот специалист, окончивший ординатуру, сможет пойти работать в стационар и заниматься непосредственно детской хирургией.

И вот здесь, конечно, у нас стали возникать самые большие вопросы. Я думаю, что Александр Юрьевич Разумовский потом об этом скажет, но я хочу подчеркнуть, что в разнообразии медицинских условий, урбанистических, географических, транспортных и каких угодно, очень сложно было как-то все стандартизировать. Поэтому по предложению субъектов Федерации мы выбрали из перечня медицинских услуг, которые закреплены юридически, тот список операций и манипуляций, который врач после окончания ординатуры везде может сделать.

Итак, приняло участие 40 медицинских учреждений и организаций из 36 субъектов Федерации, которые включали областные, краевые и даже городские больницы, а также кафедры и курсы детской хирургии медицинских вузов. Более 400 специалистов – детских хирургов приняли непосредственное участие в обсуждении стандарта. В базовый макет было внесено 74 замечания и предложения, из кото-

рых после публичного обсуждения было принято 22. Основные поправки, как я уже сказала, касались компетенций детского хирурга, а также компетенций, которыми должен владеть врач – детский хирург.

И вот здесь мне бы хотелось сказать, что иногда пассивность субъектов Федерации ставила нас в тупик, многие коллеги не приняли участие в обсуждении профессиональных стандартов. С этой трибуны я вас хочу призвать к тому, что, если мы хотим что-то поправить, мы должны в этом участвовать, иначе мы будем довольствоваться тем, что примет центр! Спасибо за внимание.

Председательствующий. Спасибо большое, Ольга Геннадьевна. (*Аплодисменты*) Ольга Геннадьевна, всё-таки скажите, пожалуйста, вы довольны этим документом? Он позволяет нам работать? Возьмём конечный стандарт, я, например, не обнаружил там операцию – орхиопексию. То есть человек, который окончил ординатуру, выходит работать, не имея права её делать? Что ему нужно после ординатуры сделать, чтобы быть допущенным к такой операции? Первое.

Второе. Всё-таки мы возвращаемся к тому, что может делать детский хирург? Я видел в стандарте некие операции, иногда даже близкие к манипуляциям, из урологии или травматологии. К примеру, я дежурю. Могу репонировать «нижнюю треть предплечья» или нет?

Мокрушина О. Г. Можно я начну со второго?

Председательствующий. Вот по поводу «вправления головки луча» я там увидел. А «нижнюю треть предплечья»? Не могу репонировать?

Мокрушина О. Г. Всеобщее мнение хирургического сообщества – считают, что манипуляции, которые формально отнесены к детской урологии и к детской ортопедии и травматологии, должен выполнять детский хирург. В условиях кадрового дефицита, и особенно в регионах. Это не московские рекомендации. По поводу орхиопексии. Не могу ответить на этот вопрос конкретно. То, что есть, это не догма – это руководство к действию. И, возможно, через три года мы скажем, что нам нужно его пересмотреть, мы имеем на это право. Хотя там указано, что профстандарт будет рассматриваться раз в пять лет, Ассоциация имеет право пересмотреть стандарт ранее. Пока мы не начнём работать, Дмитрий Анатольевич, мы не поймём, нужен такой стандарт или он чем-то не хорош.

Председательствующий. Хорошо.

Я просто сразу же хотел бы поддержать Ольгу Геннадьевну и обратить внимание, что к такой работе всем коллегам нужно относиться чрезвычайно серьёзно и ответственно, потому что это не отписка – это закон, по которому будем жить мы и самое главное – наши дети, и это очень важно!

Коллеги, у кого есть мнение или вопросы к Ольге Геннадьевне?

Мокрушина О. Г. Да я думаю, что мы уже столько их обсудили.

Председательствующий. Татьяна Владимировна говорит, что у неё есть ответ на мой вопрос.

Семёнова Т. В. Уважаемые коллеги, добрый день! Я отвечаю на вопрос Дмитрия Анатольевича.

Если вы знаете, профессиональные стандарты впервые попытались хоть что-то обобщить с точки зрения работника. Потому что 541-й приказ ЕКС, который был у нас в отрасли, вообще фактически ничего ни о чём не говорил.

Значит, этот профессиональный стандарт, а мы их приняли 38, не является финальной версией документа. Потому что когда делаешь что-то впервые, главное, как было сказано, – завести сообщество, чтобы оно всё-таки увидело, что кто-то пытается систематизировать деятельность детских хирургов.

На самом деле, Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации каждые полгода запрашивает авторов профессиональных стандартов о каких-то корректировках в них, и они легко вносятся сквозным приказом. Поэтому через полгода любые мелкие или крупные изменения, вплоть до отдельной трудовой функции, можно внести в профессиональный стандарт. И так разрешено делать каждые полгода. А тотальный пересмотр стандарта – раз в пять лет.

Но что бы мне хотелось сказать? Эта «история» в России определена Трудовым кодексом Российской Федерации. Есть целое 584-е постановление Правительства России о внедрении профессиональных стандартов. Профессиональный стандарт считается обязательным для исполнения в части ОТФ. ОТФ (обобщённая трудовая функция) перечисляет наименование должностей, куда может трудоустроиться работник, а также требования к образованию и особые условия допуска к профессиональной деятельности. Всё.

Дальше – трудовые функции. Они являются рекомендательными для работодателя, для того чтобы оценить потенциал и возможности (в нашем случае – медицинской организации) работника и условия оказания медицинской помощи в соответствии с порядками и уровнями, и на основе этого документа создать конкретный трудовой договор с работником. То есть обязательно всё, что там перечислено, должно быть включено, и обязательно туда должно быть включено то, что нашло отражение в профессиональном стандарте. Это даёт возможность работодателю сравнить – необходимо ли это для его конкретного работника, и, если это необходимо, составить план профессиональной переподготовки, для того чтобы эту компетенцию своему работнику дать.

Отвечаю на последний вопрос, почему не все виды, типы оперативных вмешательств, пособий включены в профессиональный стандарт. Такие документы разрабатывались нами впервые. Этот до-

кумент является публичным, который в свободном режиме могут посмотреть граждане Российской Федерации, работодатели, профессиональное сообщество и все, все, все. Многие воспринимают документы по-разному, и поэтому, чем детальнее он прописан, тем больше может возникнуть вопросов к нам – что медики обязаны делать? А это риски. Риски, в том числе в том правовом поле, где мы имеем некую незащищённость медицинских работников.

Поэтому мы просили профессиональные ассоциации не конкретизировать и не детализировать настолько тонко, потому что народ воспринимает: раз там написано, – значит, должен делать. И тогда уже никому не объяснишь, что если неких условий нет в маленькой медицинской организации, то и делать он не должен. Конечно, он должен стремиться к созданию этих условий!

У нас с вами есть задача создать новые программы подготовки в ординатуре. Я, завершая, про это скажу, и вот там-то надо создавать карту, матрицу компетенций, расписывать по годам сколько лет нам нужно. Три нужно, пять нужно, десять нужно. Только точно знать, сколько таких специалистов, на какие навыки нам необходимо.

Председательствующий. Спасибо большое. Логика ваша понятна, мы в Ассоциации будем её поддерживать.

Пожалуйста. Слово предоставляется академику РАН и главному трансплантологу Минздрава России Сергею Владимировичу Готье.

Готье С. В. Дорогие коллеги, очень рад, что имею возможность здесь выступать, поскольку есть определённые моменты, которые хотелось бы уточнить в области оказания помощи маленьким детям. Я имею в виду трансплантационную помощь в том объёме, в котором сейчас имеем возможность это сделать в нашей стране. Не оказывать такую помощь мы не имеем права, постольку, поскольку мы имеем контингент страдающих детей, нуждающихся в этой помощи несмотря на трудность её организации и «дорогостой», который необходим для того чтобы квалифицированно не только прооперировать ребёнка, но и потом его лечить в течение жизни с трансплантатом. Это является очень высокотехнологичным и дорогим занятием. Вот из почти двух тысяч операций по трансплантации органов, выполненных в 2017 году детскому контингенту, было сделано всего 215 трансплантаций. Имеется в виду в основном почка и печень. Этому тоже есть причины, потому что до настоящего времени помощь детскому контингенту оказывается лишь фактически в трёх учреждениях, расположенных на территории города Москвы. Это наши учреждения – центр имени Шумакова, РДКБ и центр Петровского. Есть ещё ряд учреждений по стране, которые выполняют отдельные операции по трансплантации, в основном почки, в составе взрослого контингента и не определяют политики в этой области.

Обратите внимание, что доля детских трансплантаций среди общего числа трансплантаций в Соединённых Штатах несколько ниже, чем у нас, что объясняется отсутствием возможности использования детских посмертных органов, о чём я скажу чуть позже. В основном детский контингент, нуждающийся в трансплантации почки, это дети с 11 до 17 лет и самый младший контингент это дети до одного года и фактически они не составляют какую-то существенную часть контингента. И сразу хочу сказать, что очень хорошая опция для детей именно в ранних группах это трансплантация от живого родственного донора, что даёт максимальные результаты. Самое большое выживание трансплантата и минимальные дозы иммуносупрессий. В то же время эти операции могут быть сделаны в «додиализной фазе».

Вот то, с чем мы справились в нашей стране, и сейчас в общем-то не испытываем каких-то фрустраций – это, конечно, трансплантация печени у детей в возрасте до одного года и старше. Трансплантация печени выполняется в любом объёме, полностью удовлетворена потребность страны, и сейчас нет вопросов по организации донорского органа, по получению донорского органа, поскольку основная масса выполняется за счёт прижизненного родственного донорства, возможности которого у нас не ограничены.

Но могу сразу обратиться к сообществу детских хирургов: дети с врождёнными аномалиями развития жёлчных путей подлежат вначале оценке с точки зрения возможности трансплантации, а не возможности выполнения каких-то желчевыводящих операций или их попыток, поскольку это резко утяжеляет дальнейшее течение болезни и ребёнок к трансплантации приходит иногда в очень плачевном состоянии.

Более 60 процентов наших пациентов уже ранее были оперированы, причём очень часто выполняются диагностические лапаротомии, когда уже в начале XXI века вполне можно поставить диагноз «цирроз печени», не открывая живот. И дальнейшая судьба этого ребёнка такова: очень часто, открывая живот и выполняя операцию типа Касаи... Почему говорю «типа»? Потому что не все умеют её делать хорошо и правильно, тут же ставится диагноз, ставятся показания к трансплантации печени, что совершенно нелепо. Зачем лезть в живот и утяжелять состояние ребёнка?

И, соответственно, всё, что «происходит в животе», особенно если операция Касаи имела послеоперационный период, связанный с осложнениями, является дополнительной нагрузкой на этот ма-

ленький организм. Но, повторяю, трансплантация печени у детей вопрос решённый, и вполне находится на международном уровне.

Что касается трансплантации сердца и лёгких. Сейчас нам удаётся пока что выполнять трансплантацию у подростков, поскольку, несмотря на имеющуюся полную законодательную базу – это 47 статья нашего закона № 323-ФЗ, с констатацией согласия родителей и вступивших в действие инструкций по констатации смерти мозга с 1 января 2016 года, то есть абсолютно все для этого. Тем не менее, ни одного случая постановки диагноза смерти мозга ребёнка с целью предложить его в качестве возможного источника донорских органов до сих пор не было, в чём я усматриваю недоработку работы детских реаниматологов.

И я могу сказать, что трансплантация в Российской Федерации полностью обеспечена правоустанавливающими документами, а особенно в области педиатрии, потому что здесь опора на испрошенное согласие родителей. Единственное, дело за организацией детского донорства, тогда мы не будем вынуждены посылать наших детей в Индию, чтобы там получать неизвестно какую помощь.

И здесь вот перечислены те пути, о которых можно долго говорить, но, на мой взгляд, основным является сейчас внесение в порядок оказания помощи по нефрологии, по детской хирургии, по гепатологии положений о необходимости общения с трансплантологами для определения дальнейшей тактики. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое, Сергей Владимирович. *(Аплодисменты.)*

Уважаемые коллеги, слово предоставляется Ирине Валерьевне Казанской, профессору, главному детскому урологу Минздрава России.

Пожалуйста, какие урологические заболевания может оперировать общий детский хирург?

Казанская И. В. Я начну с того, что вы мне предложили, речь идёт об опыте создания нашей специальности. Я хочу сказать, что предшествовало созданию нашей специальности. Может быть, многих, кто помогал нам в строительстве, уже нет, пришло другое поколение. Началось все с большого числа осложнений; началось с того, что операции на почках, мочевых путях, мочевом пузыре делались взрослыми урологами, взрослыми хирургами. И, конечно, результаты этих операций были очень плачевными. Было очень много жалоб, которые поступали в Министерство здравоохранения Российской Федерации. Было очень много повторных операций. И такое положение дел, конечно, не устраивало организаторов здравоохранения.

Кроме того, большую распространённость получили заболевания органов репродуктивной системы, которые выявлялись у 58 процентов мальчиков и требовали хирургической коррекции у 21 процента детей. И тогда Министерство здравоохранения Российской Федерации заявило о создании специализированной урологической помощи детям путём создания отделений детской урологии и выделения урологических коек на базе клиник детской хирургии. Также была озвучена необходимость подготовки кадров через цикл усовершенствования врачей. И к 2003 году уже было 2368 коек, подготовлено 500 специалистов. Был сделан очень важный шаг по выделению внештатных региональных детских специалистов, что сейчас, в общем, не везде происходит. И главное – утверждение должности внештатного специалиста Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Таким образом, система урологической помощи детям на том этапе была сформирована. Параллельно шёл большой спектр научных исследований. Что необходимо было доказать? Необходимо было доказать, что в детском возрасте совершенно другие процессы происходят при обструктивных уropатиях, которые носят не органический характер, а функциональный характер, и что органоуносящие операции должны быть исключены. И речь идёт в основном о сберегающих технологиях лечения.

Таким образом, к 2003 году был подготовлен и издан приказ «о специальности детский уролог-андролог». После этого было разработано предложение министерства, также – концепция развития специальности детской урологии-андрологии. Цель её: расширение приоритетов в сложившейся системе знаний в области детской урологии и создание новой модели, параллельного решения лечебных и диагностических проблем заболеваний мочевыводящих и половых систем.

Далее. Была создана межрегиональная общественная организация детских урологов-андрологов. Мы провели более пяти профессиональных съездов. Ежегодно проводятся школы по детской урологии, симпозиумы и мероприятия в рамках Российского общества урологов, Профессиональной ассоциации андрологов и Объединения детских и подростковых гинекологов.

Подготовка кадров. Вот два приказа. Приказ 415 от 2009 года и приказ 707 от 2015-го. Если говорить об этих приказах, то первый приказ, он, в общем, нас как бы устраивал, потому что там подготовка кадров шла через детскую хирургию, что мы считаем абсолютно правильным. А вот подготовка сразу после окончания института в ординатуре по детской урологии-андрологии, она, конечно требует разъяснения и, наверное, какого-то дополнения, потому что, прежде всего, детский уролог-андролог должен быть педиатром и детским хирургом. Хотя тут предусматривается и подготовка специалиста из уролога общей сети.

То есть, какие задачи сейчас стоят перед нами? Это продолжить разработку новых малоинвазивных операций, особенно у новорожденных и детей грудного возраста.

Я, конечно, могу согласиться с прозвучавшим здесь утверждением, что детский хирург должен уметь делать всё и, в том числе, и оперировать детей грудного возраста с урологическими заболеваниями, но я хочу предостеречь специалистов от такого уж очень свободного подхода. Уже сейчас дети, которые поступают в отделение новорожденных и оперируются по поводу обструктивных заболеваний, очень рано и порой необоснованно поступают потом с осложнениями в урологические отделения многих стационаров Российской Федерации.

Поэтому оперативное лечение вообще и хирургическое лечение маленьких детей требуют отдельного научного исследования.

Важный сейчас стоит вопрос у детских урологов – вопрос преемственности передачи больных с патологией органов мочеполовой системы.

Дело в том, что после наших всех операций от детского уролога больной пойдёт только к взрослому урологу. Сейчас не разработаны научные основы. Наблюдаться дальше он будет очень ещё много лет, потому что мы можем улучшить нарушение уродинамики, но полностью восстановить её пока не в состоянии.

Конечно, речь идёт о профилактике, о прогнозе и о реабилитации детей после хирургического лечения.

Я хочу вам сказать, что вот такая выстроенная система урологической помощи детям завершилась успешным выполнением программы разработки патофизиологических основ эндоскопической малоинвазивной хирургии в урологии детского возраста.

Я обращаю ваше внимание на то, что помимо участников с 25 территорий Российской Федерации и научных сотрудников отдела урологии НИИ педиатрии и детской хирургии с нами работало производственное объединение МИТ – малоинвазивных технологий России. И, в общем, это был очень эффективный механизм отбора и передачи результатов исследований. Результатом этого явилось то, что у нас во всех территориях Российской Федерации сейчас проводятся малоинвазивные эндоскопические вмешательства, используются отечественные расходные материалы, которые производит это объединение.

Благодарю за внимание. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Ирина Валерьевна, вот всё-таки, если можно, несколько секунд. Конечно, я хотел бы вначале поблагодарить вас за ваш труд и труд ваших коллег.

Вот все мы, кто постарше, выросли в единой специальности. Я, наверное, практически весь «спектр детской хирургии» оперировал: и хейлопластики оперировал, и урологические операции выполнял, проктологические и многие другие. И о чём сейчас идёт речь: ущемлённая грыжа – её может оперировать детский хирург или он должен иметь сертификат уролога? Или я сегодня поднимал вопрос по поводу орхиопексии. При перекруте яичка ряд клиник завершает операцию орхиопексией. Может её делать общий хирург без сертификата уролога-андролога? Или мы лишаем хирурга такой компетенции?

Казанская И. В. Сразу ответу на ваш вопрос. Все экстренные заболевания, ущемлённая грыжа и вообще грыжесечение как таковое, да, и заболевание как бы влагалищного отростка, они по приказам не входят в компетенцию детских урологов. Любые экстренные операции должны выполняться, конечно, и хирургами детскими, и урологами. Поэтому я думаю, что это должно быть учтено в профессиональных стандартах. Сейчас мы обсудили и сделали профессиональные стандарты, они уже находятся в Правовом управлении Минздрава России. И, естественно, и детские хирурги, и мы должны оперировать детей с экстренной патологией.

Председательствующий. Благодарю вас.

Уважаемые коллеги, позвольте предоставить слово Сергею Валентиновичу Виссарионову, заместителю директора Института имени Турнера из Санкт-Петербурга.

Виссарионов С. В. Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемый президиум! Уважаемые коллеги!

Прежде всего, хотел бы поблагодарить организаторов данного мероприятия за приглашение на столь значимый «круглый стол».

Я бы хотел осветить некоторые вопросы, касающиеся взаимодействия детских хирургов, травматологов-ортопедов и детских травматологов-ортопедов, а также рассказать о тех достижениях, которые сегодня есть и которыми сегодня владеет детская ортопедия.

Думаю, не ошибусь, большинство специалистов, работающих сейчас в сфере детской травматологии-ортопедии вышли из детских хирургов, и благодаря накопленным знаниям, умениям и навыкам стало возможным современное развитие высоких технологий в этой сфере.

На сегодняшний день программа обучения по разделу «Травматология-ортопедия детского возраста» осуществляется отдельным циклом на кафедре детской хирургии. Тем не менее, необходимо отметить, что существует отдельная клиническая и научная специальность травматология-ортопедия

без деления на детскую и взрослую. И вы прекрасно знаете, что существуют и диссертационные советы по защите по шифру «травматология-ортопедия».

Мы знаем, в некоторых высших учебных заведениях на базах кафедр травматологии-ортопедии планируется организация обучения по детской травматологии-ортопедии. При том, что в регионах Российской Федерации присутствует лучшая укомплектованность штатами детских хирургов по сравнению с травматологами-ортопедами и детскими травматологами-ортопедами.

Одновременно с этим необходимо подчеркнуть, что отсутствует взаимодействие между детскими хирургами и травматологами-ортопедами, а также отсутствует чёткое разделение профессиональных компетенций ответственности между детскими хирургами и детскими травматологами-ортопедами.

Касаясь вопросов показателей заболеваемости костно-мышечной системы в расчёте на тысячу детского населения, хотел бы просто подчеркнуть, что отмечается резкий скачок этой заболеваемости у подростков 15–17-летнего возраста. Связано это не с тем, что они вдруг внезапно заболели, а с тем, что долгие годы детский возраст был до 15 лет, и была достаточно чётко отлажена система раннего выявления, диспансерного наблюдения и своевременного консервативного и хирургического лечения. Подростки 15–17-летнего возраста, вы прекрасно знаете, перешли к нам сейчас из взрослой сети, где эта система отсутствовала.

В последние годы увеличилось количество тяжёлых форм аномалий развития конечностей, которые требуют ранней диагностики. И, действительно, осуществляется перинатальная диагностика, требуется ранее консервативное либо хирургическое лечение. Пациент с врождённым вывихом костей голени – начатое раннее своевременное хирургическое лечение обеспечивает результат – в возрасте трёх лет пациент не только социально адаптирован, но и не ограничен в своей двигательной активности.

На некоторых вопросах экстренной травматологии хотелось бы акцентировать своё внимание. Тяжёлые осложнённые нестабильные повреждения позвоночника требуют раннего хирургического лечения – в первые часы и сутки от момента повреждений точно так же, как и повреждения дистальных отделов верхних конечностей, которые нередко требуют аутотрансплантации пальцев стоп и кисти с целью восстановления функций.

Мы прекрасно понимаем и представляем, что детским хирургам достаточно сложно на сегодняшний день внедрять эти технологии. Мы, как детский ортопедический институт, понимая свою задачу, распространяем эту высокотехнологичную медицинскую помощь в регионы Российской Федерации, в частности, в Чебоксары, в Казань, в Краснодарский край, в Смоленскую область.

И мы прекрасно понимаем, что вопросом времени является широкое внедрение данных стандартов видов помощи. Институт, занимаясь ещё и ортопедической патологией, также должен внедрять все высокие технологии в субъекты Российской Федерации. Это и раннее хирургическое лечение врождённых деформаций позвоночника, направленных на раннюю радикальную коррекцию, что создаёт нормальные условия для роста и развития позвоночника в целом и не ограничивает в движениях ребёнка. Это и коррекция крайне тяжёлых деформаций позвоночника. Если раньше считалось, что коррекция 50 процентов деформации – это хороший, прекрасный результат, то сегодня мы достигаем практически полной коррекции с восстановлением физиологических профилей позвоночного столба.

Это и раннее лечение орфанных заболеваний, что на сегодняшний день также актуально. В институте Турнера создан центр по лечению артрогриппоза, ранней хирургической коррекции врождённой деформации у этих пациентов. Это и врождённая патология кисти, которая также требует раннего хирургического лечения с применением микрохирургических технологий. Это и патология стопы, внедрение метода Понсети, который является «золотым стандартом» на сегодняшний день, позволяя получить коррекцию в 90 % наблюдений с отсутствием рецидивов. Это и методика управляемого роста с внедрением технологий. Это лечение детского церебрального паралича, остеосинтез с наложением аппарата Илизарова, современного аппарата «Ортосуф» на базе компьютерной навигации.

Наши предложения:

1. Это, прежде всего, обучение главных детских хирургов и травматологов-ортопедов регионов Российской Федерации современным подходам к лечению детей с травмами ортопедической патологии хотя бы для того, чтобы они были ориентированы и знали куда направить.

2. Объединение усилий в создании клинических рекомендаций по детской травматологии. На сегодняшний день их нет ни одной! В то время как по детской ортопедии эти клинические рекомендации есть и уже изданы.

3. Регламентирование полномочий между детскими хирургами и травматологами-ортопедами в вопросах детской травматологии и диспансерным наблюдением за пациентами с патологией опорно-двигательного аппарата. Успех нашей работы мы, безусловно, видим в совместном сотрудничестве между детскими хирургами и травматологами-ортопедами. Спасибо за внимание.

Председательствующий. Спасибо, Сергей Валентинович.

Скажите, пожалуйста, а как вы видите себе организацию обучения на профильных кафедрах травматологии-ортопедии, в то время как лечение больных детей осуществляется в клиниках детской хи-

рургии? Ведь по большому счёту кафедры травматологии-ортопедии детьми в Российской Федерации не занимаются. Не является ли это искусственным?

И второй вопрос, в продолжение. Мы, детские хирурги, выросли в единой специальности, включая ту же самую детскую травматологию-ортопедию. Совершенно отдельные от общей травматологии страдания, отдельные компетенции врача, специфичные операции и манипуляции. Я, конечно, не имею в виду ортопедов, это вообще отдельная специальность, речь идёт о травматологии. Не кажется ли вам, что предложение относительно обучения на кафедрах травматологии-ортопедии искусственное? И, кстати, по специальности, мы прекрасно защищаем свои диссертации в рамках своего шифра и у нас в Паспорте научной специальности «14.00.19 – Детская хирургия» прописаны все травматические повреждения.

Виссарионов С. В. Уважаемый Дмитрий Анатольевич, спасибо большое. Это действительно очень важный и актуальный вопрос, который на сегодняшний день обсуждается. И я думаю, что он будет обсуждаться и потребует окончательного решения. Понимаете, всё, что было сейчас продемонстрировано – сегодня это стандарты. Но я прекрасно понимаю, что «возложить на плечи» детского хирурга такой объём и уровень оказания помощи достаточно сложно.

На мой взгляд, здесь нужно идти путём объединения усилий детских хирургов и детских травматологов-ортопедов, искать выход из данной ситуации. Потому что не только мы готовы обучать, но и кафедры травматологии-ортопедии, у них есть разделы изучения особенностей детского организма.

Председательствующий. Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, уверен, поддержат меня. Было время, оно, собственно, продолжается, когда мы были вынуждены всех, кто работал в отделениях детской травматологии-ортопедии, обучить травматологии-ортопедии и выдать дополнительно к детским хирургическим сертификаты травматологов. Днём он «травматолог-ортопед», а после обеда идёт дежурить как «детский хирург». Люди потеряли категории! Люди потеряли зарплаты!

А все сертификаты, которые после этого нас заставили получить: торакального хирурга, уролога-андролога, травматолога-ортопеда? Мы их получали только для того, чтобы лицензировать свои медицинские организации по «высоким технологиям». Это что, правильно?! Мы сами себе придумали такой сыр-бор, из которого сегодня нам нужно найти выход.

Уважаемые коллеги, прошу выступить профессора и руководителя Аналитического центра Российской детской клинической больницы Николая Николаевича Ваганова. Николай Николаевич, я прошу всех выступающих концентрироваться на проблемах и предложениях.

Ваганов Н. Н. Среди хирургов оказаться педиатру ответственно и опасно. Но, тем не менее, хочу продемонстрировать несколько показателей.

Численность врачей детских, слава богу, не падает. Укомплектованная занятость не улучшается, число операций растёт. Число детей от 0 до 17 лет, которым оказана медицинская помощь хирургами, чуть-чуть растёт, почти 11 процентов. Число обращений к детским хирургам, урологам-андрологам в поликлинике растёт, это миллионы. Улучшаются показатели, уменьшается послеоперационная летальность у детей от 0 до 17 и у детей первого года жизни, послеоперационные осложнения уменьшаются. То есть, всё вроде бы неплохо.

Почему я решил заявить вот это выступление такой авангардной темой: «Детская хирургия – как локомотив развития детских больниц»? Российская детская клиническая больница с 1985–1986 годов развивалась за счёт детской хирургии – ортопедия и травматология, торакальная хирургия, микрохирургия и так далее, и так далее. Только после этого стала наращиваться педиатрическая составляющая. Отделение реанимации и интенсивной терапии тоже между прочим стало одним из первых только при развитии хирургической помощи.

Я могу вспомнить Бориса Васильевича Петровского, министра здравоохранения, хирурга, великого хирурга. При нём был норматив: отделение реанимации и интенсивной терапии формируется только в тех детских больницах, где имеется не менее 50 хирургических коек. Вот такая была история! Вот имена из истории: Сергей Дмитриевич Терновский, Юрий Фёдорович Исаков, Эдуард Александрович Степанов, Александр Юрьевич Разумовский – «Филатовка». Долецкий Станислав Яковлевич – «Русаковка», Михаил Рафаилович Рокицкий – Татарстан. Гирей Алиевич Баиров – детская больница Ленинграда, Игорь Николаевич Григович – Республиканская больница Карелии. Перечисление имён можно продолжать.

Без детской хирургии не было бы развития детской анестезиологии и реаниматологии, интенсивной терапии, в том числе, для новорождённых, эндоскопической диагностики, диализных технологий, трансплантологии, мембранной оксигенации и так далее, можно ещё перечислять.

В настоящее время, к счастью, с большим удовлетворением заявляю: готовятся материалы по созданию, думаю, государственной программы развития детских больниц. По тем материалам, которые имеются у меня, многие главные врачи делают пристройки в детских хирургических отделениях, корпусов, идёт развитие этого направления. Поэтому я надеюсь, что вот эта мысль о том, что «детская

хирургия будет и дальше локомотивом развития многопрофильных детских больниц», будет продолжаться.

И в отношении кадров. Сегодня уже много говорилось об этом. Ведь у нас в нашей специальности – детский хирург, детский онколог, детский уролог-андролог. А травматологи-ортопеды, нейрохирурги, торакальные хирурги, колопроктологи, офтальмологи и так далее? Для них пока нет серьёзной базы обучения. Как быть при подготовке всевозможных нормативных документов? Я убеждён в том, что рано или поздно мы придём к тому, что расширение специальностей в педиатрии по детским хирургическим направлениям было реализовано в нашей стране. Благодарю вас за возможность выступить в хирургической аудитории от имени педиатров.

Председательствующий. Спасибо большое. (*Аплодисменты.*)

Академик Игорь Владимирович Решетов, председатель Экспертного совета по хирургическим наукам ВАК России, пожалуйста.

Решетов И. В. Уважаемое собрание! Уважаемые коллеги! Большое спасибо за приглашение принять участие в «круглом столе».

И я думаю, что этот многофакторный анализ ситуации в специальности позволит выработать очень правильные решения. И мы с большим удовольствием восприняли приглашение высказать свою точку зрения на развитие научной составляющей специальности «Детская хирургия». По поручению председателя ВАК РФ Владимира Михайловича Филиппова я хочу сообщить вам информацию по состоянию дел в хирургических науках и, в частности, в детской хирургии.

Обратите внимание на достаточно малый вклад нашего научного сообщества в мировой общий научный продукт, в сумму информации. Количество публикаций достаточно малое, в первую очередь по базам наукометрических показателей США, Европы. И становится понятным, что хирургическая наука, наше позиционирование отечественного вклада достаточно является пока скромным. Это является одним из мотивов к проведению необходимых реформ и интенсификации работы.

Вот положение стран «семёрки» и России по количеству публикаций в журналах, хотя бы в Web of Science. Конечно, наша активность начала потихонечку давать о себе знать, ряд журналов стали иметь статус платформы Web of Science.

Старт реформ был дан с разбора полётов во время заседания Совета по науке и технике в 2012 году, началась комплексная реформация, в том числе, и в системе аттестации высших научных кадров. Направлениями реформ явились: оптимизация сети диссертационных советов, объективизация независимой экспертизы, реформа научных изданий, специальностей. Обсуждаются возможные изменения в формате системы двухступенчатой градации научных степеней.

Создание нового сообщества или, скажем, реновация общества экспертизы привело к тому, что было заменено более 90 % руководителей советов и произведено обновление членов экспертных советов с переходом к ежегодной ротации и обновлению. Например, по хирургическим специальностям у нас ежегодно происходит смена порядка пяти-семи членов Экспертного совета. Что касается Совета по хирургическим наукам, сейчас у нас работают 44 эксперта.

Что касается оптимизации диссертационных советов, то начиная с 2014 года, согласно рекомендациям рабочих групп по федеральным округам были приняты предложения по оптимизации, это привело к сокращению количества советов до 40 %.

При этом, как вы видите, мы перешли к новой системе оценки эффективности как персонального членства экспертных диссертационных советов, так и совокупной работы советов.

При этом признана эффективной работа любого совета, при которой в год проходит не менее десяти защит диссертаций. К сожалению, информация по специальности 14.01.19 «Детская хирургия» тревожна. Собственно говоря, понимаю, что у нас живут и работают те люди, которые есть. И надо с ними уметь работать.

В 2019 году, по истечении пятилетнего срока начала реформы, будет дана новая оценка всей сложившейся ситуации. Для того чтобы помочь в развитии диссертационных советов, было принято очень важное административное решение, понимая, что мы сейчас находимся в периоде минимального прироста количества молодых соискателей и аспирантов, детишек 1989–1995 годов рождения, так называемой «демографической ямы».

Принято было решение о возможности создания объединённых диссоветов, когда совокупно несколько учреждений могли объединять усилия по территориальному и профессиональному признаку, по единству научных школ. И это как раз та самая «палочка-выручалочка», которая позволяет, не теряя статус учреждения, совокупно давать общие показатели. Всего по регламенту сейчас окончательно принята возможность объединения не более трёх организаций в одном объединённом совете.

Соответственно, основными принципами оптимизации сети стали требования к ведущим статусным учреждениям, имеющим постоянную воспроизводимость и приток научных кадров, гарантирующих персональный состав экспертов диссертационных советов, подтверждающий их активность, в том числе в публикациях уровня мирового статуса платформ Web of Science и Scopus, соответствующее

обеспечение приоритетных направлений. Вы знаете, что по новому положению в базовом учреждении должно быть не менее пяти докторов наук, соответствующих требованию, по основному месту работы.

То, что касается специальности «детская хирургия» – сеть диссертационных советов по детской хирургии представлена восемью учреждениями. Напомню, до 2014 года их было девять, в том числе один экстерриториальный, Таджикский медицинский университет. Вы знаете, это одна из немногих постсоветских республик, государств, которые остались в нашей единой системе аттестации кадров.

Экспертиза диссертаций. Обратите внимание на сравнительные характеристики 2013 и 2017 годов. Особенно сегодня вас волнует «детская хирургия». Вот посмотрите, сколько у нас было в 2013 году – 37 всего было защит, из них 11 докторских. И что произошло в 2017 году – резкое падение. Собственно говоря, это подходит к очень опасной черте, за которой либо сокращение сети советов, либо вообще прекращение существования как таковой научной специальности!

И поэтому, уважаемые лидеры специальностей, будьте добры, услышьте нас о том, что надо резко активизировать свою работу.

Я хочу сказать, что не только в детской хирургии происходят подобные неутешительные события. Действительно, сегодня прозвучала в вашей речи, Дмитрий Анатольевич, фраза о смене поколений. Подобная катастрофическая ситуация развивалась в том числе и в РНИМУ по диссовету «Хирургия и сердечно-сосудистая хирургия», который очень долгие годы возглавлял академик Савельев, главный хирург Минздрава России. Когда здоровье Виктора Сергеевича, к сожалению, пошатнулось, всё резко ушло вниз и было принято решение на тот момент очень трудное о закрытии этого совета. Кто здесь присутствует из сотрудников РНИМУ, могут это подтвердить. И специальность «детская хирургия» в этом учреждении восстановлена только в этом году.

Но ещё раз говорю, эффективным является совет, который защищает не менее десяти диссертаций. У вас восемь учреждений и 13 защит, услышьте, пожалуйста!

Мониторинг трехлетний теперь заменён на ежегодный. И поэтому я очень надеюсь, что за оставшуюся половину этого года будут предприняты серьёзные усилия по улучшению данной ситуации. И ещё раз вам большое спасибо, что пригласили нас выступить. Это завязано, конечно, на реформе научных изданий. Поэтому я перечислю основные этапы. Для формирования нового списка лицензируемых изданий ВАК необходим заявительный этап, многие кинулись говорить о том, что они соответствуют. Была проведена экспертиза формирования и сейчас в июне месяце ВАК проведёт анализ соответствия ваших претензий и реального состояния дел. Это было на последнем экспертном совете ВАКа объявлено.

Поэтому присутствующие здесь члены редколлегий, главные редакторы, не упустите время, вам до 1 июня надо повторно представить сведения уже на членов редколлегий. Требования к членам редколлегий практически приближаются к таковым в диссертационных советах по научной специальности. А у нас до сих пор есть так называемые «братские могилы», когда журнал публикует статьи обо всем, типа «Музилки». Так вот, применительно к каждой научной специальности вы должны в членах редколлегии иметь не менее трёх докторов наук соответствующего уровня.

Спасибо за внимание.

Председательствующий. Спасибо большое. (*Аплодисменты.*)

Решетов И. В. И ещё раз большое спасибо, что пригласили. Действительно, назрело. В Государственной Думе видно всё издали. Спасибо.

Председательствующий. Да, немножко есть преломление угла зрения, это вы правы.

Уважаемые коллеги, я вчера говорил уже об этом, я убеждён в необходимости воссоздания Научного совета, пусть не в Минздраве России, в рамках Российской ассоциации детских хирургов, воссоздания проблемных комиссий и управления научными исследованиями. Для детской хирургии принципиально важна организация многоцентровых научных исследований в нашей стране. Объединение многих коллективов под одну задачу будет давать потрясающие результаты. И это может быть поддержано грантами, я в этом глубоко убеждён!

Уважаемые коллеги, позвольте предоставить слово доктору медицинских наук и заведующему отделом хирургии детского возраста НИИ клинической хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова Владимиру Михайловичу Розинову. Я очень прошу вас не стесняться и ставить все проблемы ребром, поскольку мы ведём стенограмму. На основе ваших выступлений будет сформирована «дорожная карта» развития специальности.

Пожалуйста, Владимир Михайлович.

Розинов В. М. Добрый день, уважаемые коллеги! Определяя предмет выступления сегодня в столь высоком собрании, я понимал, что скучное название априори не позволяет мне рассчитывать на то, чтобы сорвать аплодисменты, но руководствовался тремя соображениями.

Первое. Мы с вами на законотворческой площадке.

Второе. Вы видите, какими острыми и многообразными вызовами наполнена наша жизнь, от санкций до резонансных дел врачей.

Ну, и, наконец, третье. Мы с вами понимаем, что выпали нам не только испытания, но и редкая удача, когда представители нашей специальности, и Дмитрий Анатольевич Морозов, и Владимир Игоревич Круглый, представляют органы власти. Я думаю, что если мы разумно не распорядимся этим обстоятельством, то история нам просто не простит.

Далее. Я попробовал систематизировать то, что относится к рискам, к угрозам для нашей специальности, наших пациентов, наконец, наших коллег. Я для себя определил пять групп рисков, которые носят общенациональный характер и характеризуют и вектор развития нашей специальности, и те тенденции, которые сформировались. Я не буду детально останавливаться, но некие контрольные цифры, индикаторы, позволю себе озвучить, понимая прекрасно, что формат «круглого стола» предоставит нам возможность и для дискуссий в рамках конкретного доклада.

Если мы с вами говорим о первом риске, то должен сказать следующее.

Я далёк от оптимистичных точек зрения. Должен сказать, что если мы будем принимать для себя как отправную позицию 2010 год – начало масштабных реформ, именуемых «оптимизацией», то должны констатировать, что конечный фонд в расчёте на детское население сократился примерно на 26,5 %. А то, что касается нашего врачебного сословия, число представителей нашей специальности, опять же в расчёте на детей соответствующего возраста, сократилось без малого на 4 %. Я хочу сказать, что мы на сегодняшний день являемся свидетелями того, как весь объём специализированной медицинской помощи фактически «сжался до больниц субъектов Федерации», то есть до республиканских, областных, краевых, окружных детских больниц, где выполняется от 30 до 70 % всего объёма специализированной и, прежде всего, высокотехнологичной медицинской помощи.

Есть проблема – «фельдшеризация». Это проблема, которую придётся принять, оставаясь на реалистичных позициях. Даже в условиях благополучной Москвы на сегодняшний день доля фельдшерских бригад составляет 49,6 %. И пропорционально нарастанию доли фельдшерских бригад сократились педиатрические и «спецбригады», я имею в виду, скажем, реанимационные.

Есть ещё одна очень острая и болезненная для нас с вами проблема – это всевозрастающая доля детей, которые получают помощь неотложную хирургическую в стационарах для взрослых. Упомянутый уже сегодня Игорь Николаевич посчитал по некогда благополучной Карелии – 60 % детей её получают. А с месяц назад мы, заслушивая доклад нашего главного внештатного специалиста по Московской области, ужаснулись: 80, а то и 90 % детей получают экстренную помощь во взрослых стационарах.

Я по ходу стараюсь предложить собственную систему взглядов на то, как каждую из этих проблем решать, но, тем не менее, это были, скорее, наши внутренние проблемы. Есть проблемы, связанные с межведомственной кооперацией. Вот грустно признаваться, но на сегодняшний день, когда мы обращаемся за статистикой, скажем, по детской смертности, то даже в стенах Российской академии наук используют цифры, любезно предоставленные Всемирным банком. Это то, что касается детской смертности в России. Понимаете, как?

Вот я понимаю прекрасно, что если бы не помощница Алексея Георгиевича Баиндурашвили – Карина Суреновна, то мы с вами не посчитали даже числа детей, которые пострадали в результате, скажем, взрывов, пожаров, термических поражений. Понимаете, и это даже сейчас, когда ещё, по сути, не осела горечь после известных вам событий в этой злополучной «Зимней вишне». Да? А у нас с вами за 2017 год 387 детей погибли только на месте происшествий в результате пожаров, взрывов, только на месте происшествий. Вы понимаете? Статистику надо сводить. Какие могут быть иначе управленческие решения? То же самое касается, может быть, в меньшей степени, взаимодействия с Министерством внутренних дел Российской Федерации.

Вот если попробовать интегрально представить себе законодательные проблемы, то я считаю, что начинать надо, конечно, с нашего федерального закона! Вы посмотрите, вольно или невольно... Я фактически представляю вот скриншот закона, да: «виды медицинской помощи». Вот хирургическая медицинская помощь детям в стационаре для взрослых – это какой «вид медицинской помощи»? Едва ли в зале сейчас найдётся кто-то, кто рискнёт сказать, что это специализированная помощь. Специализированную помощь, извините, оказывают специалисты с сертификатом специалиста. Значит, до определённого времени, я должен вам сказать, это трактовалось как «квалифицированная помощь».

Должен также доложить вам, что, скажем, Министерство обороны, военно-медицинские структуры у себя этот вид помощи сохранили – квалифицированную медицинскую помощь. А мы ведь с вами представляем специальность двойного назначения – на повседневный и на особый период. Ну, чего мы с вами, так сказать, добиваемся в этих попытках навязать какое-то своё видение?

Я думаю, что пока мы не решим эту проблему и не выступим с вами с инициативой по ревизии, по пересмотру, по изменениям в этом федеральном законе, едва ли мы что-то сможем для себя изменить. А если мы не изменим, то это будет бесконечная причина искажённой статистики, это будет причина конфликтов всех субъектов, которые организуют и оказывают медицинскую помощь, это будет, скажем, перспектива всякого рода судебных решений, потому что мы вольно или невольно оказываемся вне правового поля. И правоприменительная практика в данном случае, она просто в недоумении,

так сказать, и будет отстраняться от того, чем мы занимаемся. Ну, пора, может быть, нам назвать как бы своими именами то, что делается у нас в стране. Я хочу сказать, что это, с моей точки зрения, первоочередная задача в части изменения тех проблем, которые накопились.

А вот что следует делать. С моей точки зрения, перспективу имеет только одно направление. Мы должны для каждого региона (Россия – лоскутная страна) сделать свой План медико-санитарного обеспечения детского населения. Это, по сути, интегрированная база данных медицинской инфраструктуры с учётом всех географических, климатических, экономических, социальных, транспортных и прочих особенностей. Последняя цитата – это, друзья, из Послания Президента Российской Федерации.

Спасибо вам большое.

(Аплодисменты.)

Председательствующий. Спасибо большое, уважаемый Владимир Михайлович.

Розин В. М. Видите, и аплодисменты получил.

Председательствующий. Мы как раз хотели предоставить слово директору Департамента Министерства здравоохранения Российской Федерации Елене Николаевне Байбариной. Я, коллеги, вынужден уйти. Попрошу вести «круглый стол» депутата Государственной Думы Юрия Викторовича Кобзева, представляющего Ростов-на-Дону и Таганрог, в недавнем прошлом главного врача «скоромощной тысячекоечной больницы». Владимир Михайлович, а вас я попрошу моё место занять.

Розин В. М. Спасибо. Нагретое. Но я ведь не подсиживаю вас? Правда, Дмитрий Анатольевич?

Председательствующий. Даже если и так.

Розин В. М. Спасибо большое.

**Председательствует
член Комитета Государственной Думы по охране здоровья
Ю. В. Кобзев**

Председательствующий. Елена Николаевна, прошу.

Байбарина Е. Н. Спасибо большое, Владимир Михайлович.

Хотела чуть-чуть прокомментировать относительно помощи детям во взрослых стационарах. Конечно, мы все понимаем, что помощь там оказывается хуже, чем в детских стационарах, и здесь, я думаю, ни у кого сомнений нет.

Если мы будем всё-таки классифицировать эту помощь, то она... Вы сказали вначале: найдётся ли человек в зале... Он здесь. Потому что эта помощь относится к «специализированной» по всем этим классификациям. И в том порядке, который, Владимир Михайлович, ещё вы писали, отмечается, что в экстренных случаях при невозможности доставить в другой стационар помощь детям оказывается взрослым хирургом, прошедшим специальную подготовку, то есть он должен иметь специальную дополнительную подготовку по детской хирургии.

Розин В. М. Да.

Байбарина Е. Н. Делаем... Вряд ли мы полностью избавимся, учитывая просторы нашей страны, низкую плотность населения, от оказания помощи детям экстренной во взрослых стационарах, но мы её будем, разумеется, уменьшать, вы совершенно правы.

Первое – это развитие санитарной авиации, для того чтобы можно было доставить ребёнка туда, куда надо. Этот проект идёт, он финансируется федеральными деньгами. И должна сказать, что мы анализируем все вылеты вертолётов и других видов санитарной авиации. Хотя дети составляют, как мы знаем, 18 % населения, вывоз детей с помощью вот этих полётов составляет более 50 % от общего числа вывоза больных. В основном это дети, беременные женщины, ну и травмы, какие-то другие такие экстренные случаи, инсульты и что-то ещё.

Председательствующий. 10 миллиардов надо санитарной авиации.

Байбарина Е. Н. Да, надо 10 миллиардов. Пока, по-моему, если я не ошибаюсь, выделено 3,3 миллиарда. Да, Татьяна Владимировна?

Семёнова Т. В. Да.

Байбарина Е. Н. 3,3 – только федеральных денег. Но это и обязанность субъекта Федерации.

Плюс к тому (Дмитрий Анатольевич уже говорил о строительстве детских больниц) мы сейчас (и спасибо Николаю Николаевичу) анализируем всё это вместе.

И после того, как будет эта программа полностью обоснована и мы поймём, сколько нам выделяют средств, начнётся строительство детских больниц и корпусов, вы уже сказали, что из них значительная часть хирургических. Поэтому будем решать. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо. Уважаемые коллеги, слово предоставляется Наталье Владимировне Косовцовой, руководителю Уральского НИИ охраны материнства и младенчества.

Косовцова Н. В. Добрый день, уважаемые коллеги!

Мне сегодня предстоит задача – ознакомить вас с нашими возможностями по фетальной хирургии. И сегодня в наш центр стекаются пациенты, нуждающиеся в оказании помощи в области фетальной хирургии, из Приволжского, Уральского, Сибирского и Дальневосточного округов. То есть мы принимаем всех федеральных пациентов в рамках ОМС, и на сегодняшний день, вы видите те нозологические формы, которые мы можем оперировать внутриутробно. Мы пока не можем оперировать спинномозговую грыжу, но все остальные типы операций мы проводим с 2005 года у себя в научно-исследовательском институте. И вы видите, что ежегодно количество внутриутробных операций у нас растёт, пациенты читают информацию в сети «Интернет», они знают, что такая помощь должна оказываться, и поток этих пациентов неуклонно растёт.

Я хочу познакомить вас с нашими проектами, которые мы планируем в ближайшие годы развивать. Первый проект – это внедрение нефроамниального стента, который мы разработали на базе нашего института, он не прошёл пока регистрации, но в ходе эксперимента получил одобрение и запатентован. Эти виды операции мы на сегодняшний день делаем импортными стентами, которые нас не очень устраивают, потому что эти стенты не приспособлены для внутриутробного вмешательства – это неонатальные стенты и существует большой процент экспульсий. Но исходя из частоты встречаемости данной патологии, потребность в таких стентирующих операциях, на наш взгляд, в год в России где-то около трёх тысяч операций.

Следующий проект – это «отечественные порт-системы», которые можно применять для лечения плода внутриутробно, а также профилактировать ранний разрыв плодного пузыря, то есть эту порт-систему ставят в амниотическую полость, и промывание амниотической полости у плода профилактирует раннее родоразрешение, мы облегчаем задачу нашим неонатологам.

Затем третий проект, который мы будем развивать, это разработка баллонной системы для проведения баллонной инклюзии трахеи у плодов с летальной гипоплазией лёгких при врождённой диафрагмальной грыже. Цель – это улучшение перинатальных исходов. Те плоды, которые имеют летальную гипоплазию лёгких на фоне диафрагмальной грыжи – рождаются и погибают в наших стационарах, в хирургических стационарах или мы даже не успеваем их перегоспитализировать.

На сегодняшний день есть аналог этой баллонной системы, который применяется в нашей нейрохирургии – этот баллон не приспособлен опять же для внутриутробного применения. В Европейском союзе, приведу данные 2017 года, проведена 351 такая операция, причём с достаточно высокой эффективностью.

И следующий проект – это разработка внутриутробной коррекции спинномозговой грыжи. На сегодняшний день мы считаем, что это должны быть эндоскопические операции, фетаскопические операции. У нас прошли три этапа эксперимента по этому вопросу, и на сегодняшний день мы стоим перед внедрением её в клиническую практику. Я думаю, что это в ближайшее время состоится.

Проекты пятый и шестой – это коррекция гипоплазии левых отделов сердца и коррекция гидроцефалии. Также совместный проект у нас по коррекции гидроцефалии с нашими коллегами нейрохирургами из Тюмени. И повторю, что на сегодняшний день эти операции у нас в клиническую практику внедрены, но их количество минимально.

Ну, и на сегодняшний день основной проект, который также в нашем институте поддерживается, это обучение специалистов. У нас прошла школа нефроамниального шунтирования, где присутствовали на этих операциях врачи из Санкт-Петербурга, Томска, Челябинска, Казани. Впервые в России в 2018 году мы провели школу фетальной хирургии, где врачи из девяти городов России прошли курс обучения, цикл лекций и, самое главное, участие в операциях, отработку навыков на экспериментальных животных. Мы предполагаем, что в новом здании нашего института будет отделение фетальной хирургии. Проблемы, которые мы на сегодняшний день испытываем, это финансирование проекта фетальной хирургии, потому что на сегодняшний день нет отечественного инструментария, нет отечественных расходных материалов, нет тех материалов, которые действительно надо применять на плоде. То есть нам предстоит создать такой базовый комплект расходных инструментов для фетальной хирургии.

Ну, и отсутствие симуляционных центров. На сегодняшний день самый дешёвый симулятор для того, чтобы отработать, например, ту же технологию кордоцентеза, стоит два миллиона. То есть это должны быть реальные средства, которые выделяют центрам, которые занимаются этой проблемой. Вопросы организации. Необходимо ли рутинно во всех перинатальных центрах создавать отделение фетальной хирургии? Мы считаем, нет. Надо выделить несколько центров в России, это приведёт к концентрации таких пациентов, откуда мы будем получать качественную помощь в этой области. Приказ Минздрава России, регламентирующий внутриутробные операции и маршрутизацию, тоже пока отсутствует. Мы работаем, у нас есть собственный внутренний приказ, первая редакция институтского приказа 2010 года, каждый год мы его переиздаём.

И вопрос по мониторингу внутриутробных операций и мониторингу их исходов. Это очень важный вопрос, который требует такого централизованного решения. Вопрос по прерыванию беременно-

сти на позднем сроке до сих пор стоит очень остро, и медицинское сообщество к этому неоднократно возвращается, законодательные вопросы стоят на сегодняшний день на первом месте.

Спасибо за внимание. (*Аплодисменты.*)

Байбарина Е. Н. Спасибо. Можно небольшой комментарий?

Хотела бы сказать относительно маршрутизации. Вообще маршрутизация прописана в 572-Н приказе. Если вы считаете, что она должна быть каким-то образом детализирована, мы, хочу сказать всем, именно сейчас занимаемся пересмотром, внесением изменений в приказ 572-Н по организации акушерско-гинекологической службы. И мы ждём ваших предложений на адрес министерства, потому что в ближайшее время внесём актуальные изменения в этот приказ. Эти изменения будут вывешены на сайте regulation для того, чтобы общественность могла с ними ознакомиться.

Председательствующий. Уважаемые коллеги, раз Елена Николаевна собирается на совещание, то тогда желательно, если есть вопросы именно к ней, их сейчас задать.

Розин В. М. Наталья Владимировна, спасибо большое за великолепное сообщение, открывающее перспективы нашей специальности. Как вы видите фетальную хирургию в инфраструктуре большой специальности «детская хирургия»? Вы, человек с уникальным опытом?

Косовцова Н. В. Ну, естественно, в содружестве с детскими хирургами я вижу решение этой проблемы. Потому что нам действительно очень повезло, нас поддерживают наши детские хирурги, у нас отличная областная клиническая больница. И вот эту поддержку мы испытываем ежедневно, потому что у нас детский хирург и детский генетик входят в состав перинатального консилиума, который действует на базе нашего НИИ. И все пациенты, которых мы оперируем, родоразрешаем их в НИИ охраны материнства и младенчества, и затем переводим в нашу областную детскую клиническую больницу в отделение хирургии новорождённых.

Поэтому когда мы с вами будем идейно, так сказать, совпадать и понимать, что эта преемственность должна соблюдаться, тогда у нас будут отличные результаты.

Розин В. М. Но консенсус у вас в рамках консилиума пренатального?

Косовцова Н. В. Да.

Председательствующий. Пожалуйста, вопросы.

Мокрушина О. Г. Скажите, пожалуйста, а кто вам сказал, что в год требуется пять тысяч шунтирований? Ну, кто вам предоставил эту цифру?

Косовцова Н. В. Ну, мы взяли статистику...

Мокрушина О. Г. Какую? Чью?

Косовцова Н. В. Свою областную статистику. Я не хочу сказать, что это 100-процентная ситуация, я говорю, предположительно. Я сейчас объясню – мы считаем, что таких шунтирований требуется где-то около трёх тысяч. То есть на сегодняшний день, если мы берём шунтирование в нашем понимании, это не только обструкция, митральный клапан. Мы применяем шунтирование при двусторонних гидронефрозах. То есть, это обсуждаемые вопросы. Мы не настаиваем на этих цифрах. Понимаете, мы говорим о том, что эта проблема существует, и это нужно делать.

Председательствующий. Уважаемые коллеги, я попросил бы задать вопросы сейчас, если есть, Елене Николаевне Байбариной. Нет вопросов? Есть, пожалуйста.

Павлов А. А. Добрый день! Павлов Андрей Юрьевич, председатель Межрегиональной ассоциации детских урологов и андрологов.

Вы знаете, это даже не столько вопрос, сколько пожелание в рамках того, что уже и Дмитрий Анатольевич говорил по поводу того, кто, что имеет право.

Вот на сегодняшний день, по-моему, единственный порядок, который обновлён по детской онкологии, где чётко написано, что врач – детский онколог лечит заболевания Ц001 и так далее. Вот нельзя ли в ближайшее время для того, чтобы было меньше вопросов к детским хирургам и другим специалистам, в порядках прописать хотя бы перечень заболеваний. О чём я говорю? Вот актуальная проблема лечения недоношенных детей с открытым артериальным протоком. Так уж вышло, во многих регионах сердечно-сосудистые взрослые хирурги не умеют и не могут в силу определённых обстоятельств ликвидировать этот поток тогда, когда нужно, особенно, даже не изолированный. И мы вынуждены сами его ликвидировать на месте, чтобы дать возможность лечить другие заболевания.

И вот, например, в Чувашской Республике такая проблема, что Росздравнадзор предъявляет очень большие претензии к детской больнице, которой я руковожу, что вот «вы не имели права, вам нужна лицензия». Ну а получить лицензию на маленькую больницу в регионе очень сложно. Что делать?

Байбарина Е. Н. Всё понятно. Спасибо большое за вопрос. Очень на самом деле актуальный.

Первое. Делать закрытый список того, что может делать детский хирург, я считаю, довольно опасно. Потому что всё равно вы что-то забудете в этот список включить, и какая-то будет операция, которую хирург по логике должен сделать, а в законодательстве этого нет. Но, если у вас есть предложения, мы готовы их рассмотреть. Я думаю, вы сначала должны обсудить со своими коллегами, а потом нам от имени Ассоциации такие предложения дать. Это будет разумно и правильно.

Относительно клипирования Боталлова протока. Насколько я понимаю, есть две рубрики в МКБ, касающиеся этой патологии. Одна относится к классу пороков развития. И другая относится к классу «П». Значит, по перинатологии, я так понимаю, что вам не нужна лицензия по кардиохирургии. Вам нужна лицензия по детской хирургии. Это относится, в общем, к торакальной хирургии, это не крупный сосуд и это не сердце. Но торакальной детской хирургии нет, поэтому нужна лицензия по «детской хирургии». Большинство перинатальных центров именно имеют эту лицензию, и проводят это клипирование.

Павлов А. А. Спасибо. Могу ли я вас цитировать в данном случае?

Байбарина Е. Н. Вы не меня цитируете, вы МКБ цитируете, где есть название рубрики.

Павлов А. А. И второй вопрос, который тоже чрезвычайно важен. В маленьких регионах одному врачу приходится иметь сразу несколько сертификатов для того, чтобы иметь возможность оказывать помощь. И получается так, что на сегодняшний день в системе только три можно?

Байбарина Е. Н. Это вам Татьяна Владимировна в своём сообщении скажет.

Дегтярев Д. Н. Елена Николаевна, можно я два слова скажу. Национальный медицинский центр акушерства и гинекологии, перинатологии имени Кулакова. Я представляю специалистов как раз по фетальной хирургии нашего центра и хотел немножко прокомментировать доклад. Цифры, конечно, тут весь зал возмутился.

Байбарина Е. Н. Уважаемые коллеги, это вопрос профессионального сообщества, решайте. Вы для того здесь и собрались, чиновник здесь регулировать не должен ничего.

Всем желаю успехов. Сейчас будет очень важное совещание в Правительстве России по мероприятиям Десятилетия детства, там наши интересы мы тоже должны отстаивать. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Уважаемые коллеги, я хотел чтобы дискуссия в отношении статистики, статистических данных у вас прошла всё-таки внутри сообщества. И анонсирую, что на осень этого года мы планируем проведение «круглого стола» в Государственной Думе именно по статистике в медицине, потому что вопросы возникают, довольно большие дискуссии в профессиональном сообществе ведутся, пожалуйста, готовьтесь и от своей Ассоциации выступать. А сейчас хотел бы предоставить слово Алексею Владимировичу Подкаменеву, главному внештатному детскому хирургу Минздрава России.

Подкаменев А. В. Уважаемые коллеги, мой доклад состоит из нескольких составляющих. Но разрешите начать с того проекта, который был озвучен и работа по которому ведётся в настоящий момент в рамках Ассоциации детских хирургов и функций главного детского хирурга.

Проект состоит из трёх частей, которые включают: организацию трёхэтапной системы оказания хирургической помощи детям, внедрение единых принципов маршрутизации и оптимизацию системы подготовки и обеспечение врачами, детскими хирургами. Ещё раз хочу сказать, что это проект, поэтому он сейчас выносится на официальное слушание. Предварительно утверждение или уточнение по проекту планируется в октябре на съезде. Поэтому я просто сразу хочу попросить о внесении поправок, рекомендаций и изменений.

Итак, первый пункт, это организация системы оказания хирургической помощи. Медицинские организации, оказывающие хирургическую помощь детям, разделяются на три группы. Предлагается в соответствии со следующими критериями, которые у вас представлены на экране. Это, конечно, наличие детских хирургических коек в структуре лечебного учреждения, это наличие детского отделения детской хирургии в лечебных учреждениях, отделение реанимации и так далее.

В соответствии с этим медицинские учреждения подразделяются на три группы или три уровня, про которые мы говорим.

Это первая группа или первого уровня – лечебные учреждения, имеющие детские хирургические койки, обеспеченные врачом – детским хирургом в структуре общих хирургических отделений.

Медицинские учреждения второй группы или уровня – это лечебные учреждения, в структуре которых имеется отделение детской хирургии, отделение анестезиологии, реанимации и наличие круглосуточного поста.

И, соответственно, отделение медицинского учреждения третьей группы. Это отделение детской хирургии и анестезиологии, реанимации и детей постарше, и новорождённых.

Внедрение единых принципов маршрутизации рекомендуется осуществлять на основе порядков или листов маршрутизации, которые вырабатываются в зависимости от структуры и уровня медицинской помощи. Таким образом, в лечебных учреждениях первой группы или первого уровня врачами – детскими хирургами оказывается первичная специализированная медико-санитарная, экстренная и неотложная помощь, амбулаторная помощь, а также осуществляется диспансерное наблюдение за пациентами с отдельными нозологическими формами.

В лечебных учреждениях второй группы или уровня оказывается специализированная медицинская помощь, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи. Объём оперативных вмешательств на втором уровне должен соответствовать, естественно, квалификационным требованиям, сертификату и уровню квалификации. Кроме того, в медицинских учреждениях второй группы

оказание медицинской помощи на базе наиболее крупных государственных учреждений здравоохранения предлагается организациям межрайонных хирургических центров. В связи с этим необходима разработка положения о межрайонном хирургическом центре, определение зон прикрепления территорий к хирургическому центру с учётом транспортной инфраструктуры и определение перечня видов оказания хирургической помощи по уровням медицинских учреждений. Основными направлениями в работе межрайонных хирургических центров является специализированная консультативная, диагностическая и лечебная помощь детям закреплённых территорий.

Лечебные учреждения третьей группы или уровня оказывают специализированную, в том числе высокотехнологичную хирургическую помощь, и на их базе целесообразна организация региональных специализированных центров или отделений с консультативным приёмом специалистов.

Несколько слов об оптимизации системы подготовки, обеспечения врачами – детскими хирургами. На сегодняшний день детское население Российской Федерации составляет 29,5 миллиона детей. Единственный документ, который регламентирует количество детских хирургов, это наш Порядок по детской хирургии № 562, который говорит о том, что в амбулаторном звене врач – детский хирург приходится на 10 тысяч детского населения. Но на сегодняшний день непонятно, сколько нам необходимо детских хирургов в Российской Федерации. Сколько всего? Число детских хирургов... Вы данные видите, они представлены и Владимиром Михайловичем, и Николаем Николаевичем. Как рассчитать? Ведь если мы будем знать необходимое количество детских хирургов и в отделениях, и в амбулаторном звене, мы можем из этого строить, соответственно, образовательную и другие политики. Если исходить из этих нормативов, учитывая количество детского населения в Российской Федерации (практически 30 миллионов детей), нам необходимо около трёх тысяч врачей амбулаторно-поликлинического звена. Но это так, если грубо посчитать. А у нас всего на данный момент 3272 детских хирурга. Сколько, как рассчитать? Я думаю, что любая политика в сфере образования, она строится на необходимом нам количестве детских врачей, но при этом есть определённые цифры.

В 2017 году Минздрав Российской Федерации запросил о врачах-специалистах медицинского направления с целью определения количества граждан для обучения по программе ординатуры за счёт федерального бюджета на 2019–2020 годы. Это информационное письмо было отправлено во все регионы Российской Федерации, но ответы пришли только из 47 регионов. Так вот, это пример, цифры есть по всем 47 регионам. Суммарно в 47 регионах потребность в ординаторах на 2019–2020 годы составляет 290 человек.

Что касается повышения образования. На мой взгляд, первое, что необходимо – это, конечно, повысить престиж и социальную значимость врачебной специальности, престиж звания «врач», «врач – детский хирург», «педиатр». К сожалению, мы все являемся свидетелями негативных ситуаций.

Простой пример. По телевизору идут около 5–7 сериалов про милицию, про спецназ, про ОМОН. Мне реально захотелось, знаете, стать крутым парнем, надеть бронжилет, забраться в горы и кого-то спасти там. Но нет ни одного сериала, ни одного фильма качественного, я не говорю про сериал юмористической направленности «Интерны», о том, насколько серьёзна и ответственна профессия врача. Где об этом говорится?

На мой взгляд, нужно поднять престиж. И когда будет поднят престиж, мы будем иметь большие конкурсы в медуниверситеты, и поток в ординатуру.

И, на мой взгляд, одним из аспектов улучшения кадровой политики является создание регламентирующих документов, которые способствуют взаимодействию министерства здравоохранения каждого конкретного региона с высшими учебными учреждениями данного региона и административными, и муниципальными образованиями. То есть нужно направленное обучение специалистов для каждого конкретного региона. Есть в Санкт-Петербурге педиатрический университет, есть кафедра детской хирургии, потребность Ленинградской области колоссальная в детских хирургах.

Хотелось бы акцентировать внимание на одном положении – 203-й приказ Минздрава России от 10 мая 2017 года, который регламентирует критерии качества – проведение профилактики инфекционных осложнений антибактериальными и лекарственными препаратами за 30 минут при неосложнённых грыжах передней брюшной стенки.

Очень много нареканий и комментариев по поводу этого приказа было высказано внештатными специалистами регионов. Я думаю, что при плановых паховых грыжах, когда ребёнок идёт на плановую операцию со всеми анализами, необходимость проведения антибактериальной терапии преувеличена и нецелесообразна. Более того, мы вчера слышали комментарий и выступление представителя ВОЗ, которая напоминала про повышение чувствительности в случае нерационального использования антибактериальных препаратов. Я думаю, что возможно внесение определённых изменений непосредственно в этот пункт.

К сожалению, у нас нет статистики по детской хирургии, очень сложно её получить. Те формы отчётности, в частности, 30-я и 14-я, они не позволяют получить полноценную информацию, в том числе,

о неотложной хирургии в Российской Федерации. Таким образом, предлагается внедрение или включение в отчётные формы таблицы.

Не могу не сказать, конечно, и об этом тоже говорили, об оказании хирургической помощи детям взрослыми хирургами. Да, разброс цифр большой – от 26 до 60 %. Что мы имеем? Взрослые хирурги экстренные операции делают по своим принципам, при выполнении оперативных вмешательств у детей, общие хирурги не всегда придерживались методик, принятых в детской хирургии. Я не открою, может быть, секрет, но я вам скажу, что есть регионы, в которых и плановые операции выполняются взрослыми хирургами, что категорически допускать нельзя!

Поэтому я прошу главных внештатных специалистов регионов, федеральных округов, по возможности получить эту информацию для последующего обсуждения и внесения определённых изменений. И последнее. Это приказ, который, на мой взгляд, обуславливает определённые правовые «ножницы». Несмотря на то, что он датирован 1999 годом, на сегодняшний день есть регионы, которые используют этот приказ в своей деятельности, а этот приказ предписывает: пункт 1.3: обеспечить оказание стационарной помощи детям в возрасте до 17 лет включительно, в стационары общей сети по направлению детских подростковых... и дальше по тексту. О чём мы тогда говорим?

А наш порядок по детской хирургии вообще, естественно, это не регламентирует. Наверное, надо изменить данный приказ или отменить его полностью.

Большое спасибо за внимание.

Председательствующий. Спасибо, Алексей Владимирович.

Но в рамках вашего выступления, больше как организатор здравоохранения, я хотел сказать, что те темы, которые вы подняли, как раз есть, наверное, вопрос взаимодействия вас, как главного специалиста, с профильной ассоциацией, с последующей вашей инициативой Министерству здравоохранения Российской Федерации. То, чего вы коснулись – приказа 1999 года, вы внутри обсуждайте и, пожалуйста, Минздрав России всегда открыт к этому сотрудничеству. Тем более, действительно, можно устранить и убрать те самые правовые «ножницы». Это вопрос взаимодействия Ассоциации, её плотной работы вместе с вами.

Подкаменев А. В. Да, конечно.

Председательствующий. Вопросы есть к докладчику? Пожалуйста.

Горелов С. П. Я профессор Горелов Сергей Петрович. У меня вопрос к вам. Вы постоянно поднимаете вопрос о том, что детей лечат взрослые специалисты. У нас ситуация усугубляется тем, что нет отдельной детской специальности, в частности, детской нейрохирургии.

Сейчас готовится приказ о порядке оказания нейрохирургической помощи детскому населению. Можно ли там прописать хотя бы, чтобы специализированная помощь детям оказывалась врачами-нейрохирургами, прошедшими специальное повышение квалификации по детской нейрохирургии? У нас есть кафедры детской нейрохирургии, мы готовы подготовить таких специалистов. Можно ли это?

Семёнова Т. В. Это, наверное, ко мне. Я отвечу в конце, у меня будет также пять минут, как у всех, я постараюсь уложиться и на все вопросы ответить, на этот в том числе.

Председательствующий. Спасибо. Уважаемые коллеги, слово предоставляется Ивану Алексеевичу Абушкину, профессору кафедры общей хирургии Челябинской государственной медицинской академии.

Прошу делать акценты именно на проблемы.

Абушкин И. А. Уважаемый президиум! Уважаемые коллеги!

Я хотел бы остановиться на вопросе центров краткосрочного пребывания для хирургической помощи детям. К сожалению, мы по некоторым причинам не можем организовать полноценную помощь детям в этих центрах. Организация лечения больных в дневных стационарах позволяет при сравнительно небольших экономических затратах высвободить значительную часть коек в высокочрезвычайных стационарах.

Вот у нас самый опытный и самый ранний, самый первый наш стационар – это в 13-й больнице имени Н. Ф. Филатова. Заведующий – Семён Львович Коварский, уже доказаны все преимущества работы таких стационаров.

Но на что я хотел сделать акцент? Что эта помощь для детей получается дорогостоящей. Потому что, чтобы отпустить ребёнка домой после краткосрочного пребывания, мы должны ему дать наркоз севофлановый, который в настоящее время самый дорогой, но менее опасный. Там должны работать очень опытные специалисты, которые могут определить, кого можно лечить краткосрочно, а кого нужно лечить только в стационаре.

В Челябинске мы ещё в 2007 году с главным хирургом Челябинской области, профессором Ростовцевым, попытались организовать стационар, но нам ФОМС дал такие тарифы, которые были во много раз меньше тарифов оказания помощи ребёнку с той же пупочной грыжей в стационаре. А в больнице этот ребёнок пролежит несколько дней, потому что ФОМС требует, чтобы койко-день был не один день, а два, а то и даже три!

Я посмотрел сеть «Интернет» – какие центры у нас есть по России? Вот, например 2013 год, город Тамбов. Посмотрите, практически все операции выполняются под местным обезболиванием. Я понимаю, что причина кроется именно в существенной разнице оплаты.

Вот в 2017 году открылся такой стационар в Морозовской больнице. И мне интересно было бы знать, как всё же оплачивается такая помощь в Москве, чтобы мы могли действовать так же? Договориться с нашим региональным ФОМСом, чтобы мы могли эту помощь оказывать в необходимом объёме, как положено, тем самым высвободив нашу стационарную койку. Мы можем создать лучшие условия для мамы ребёнка, расширить какие-то наши отделения. А то этим стали заниматься частные центры, например, в городе Уфе центр «Мать и дитя». Они оказывают такую помощь, там ребёнок лежит два-три часа, но родителям за это дело надо платить, то есть это частный центр. Нам не надо денег, которые тратятся в Германии, исчисляясь в тысячах евро, но все же наша амбулаторная помощь детям (хирургическая, под наркозом) должна стоить не меньше, чем стационарная.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо, Иван Алексеевич.

На один вопрос я могу, наверное, сразу дать ответ. Сколько стоит помощь в Москве, это можно посмотреть в территориальной программе и на сайте учреждения. По крайней мере, если это не будет там написано, то это уже будет нарушение со стороны исполнителей территориальной программы.

Уважаемые коллеги, мы переходим к разделу довольно значимому – это высокотехнологичная помощь в детской хирургии. И я хотел бы предоставить слово профессору Дегтярёву Дмитрию Николаевичу, он представляет Национальный центр имени академика В. И. Кулакова.

Дегтярёв Д. Н. Глубокоуважаемые члены президиума! Глубокоуважаемые законодатели! Глубокоуважаемые детские хирурги!

Должен был выступать наш руководитель хирургической службы, но в результате возникшей дискуссии по фетальной хирургии я понял, что должен выступить представитель администрации Центра.

Я не буду рассказывать о мощностях Национального центра имени академика В. И. Кулакова. Директор центра у нас – академик Геннадий Тихонович Сухих. У нас решение о вмешательстве на плоде принимается целой группой совершенно разных специалистов.

Я по специальности неонатолог, не детский хирург. И я хотел бы сказать, что работа, связанная с отбором пациентов для фетальных вмешательств или для неонатальной хирургической помощи, она начинается с самого начала беременности. Есть определённые порядки, которые требуется совершенствовать. И есть определённые способы отбора пороков развития на основании данных перинатальной диагностики, где достаточно хорошо прогнозируемый результат хирургического вмешательства.

Хочу сказать, что деятельность перинатального консилиума в нашем центре строго регламентирована. Мы выходим за рамки 572 приказа, потому что он, к сожалению, отстаёт от реальности. Беда заключается в том, что современные хирургические технологии вмешательства у плода во время беременности, они, по большому счёту, до конца не отработаны. Есть определённые позитивные тенденции, есть «броуновское организационное движение» вокруг этого вопроса. И реакция Александра Георгиевича нам хорошо понятна.

Вот обратите внимание, потребность: да, более 800 пациентов за прошлый год очно оказались на этом консилиуме, а через телемедицинское консультирование их было более тысячи. И, соответственно, большая часть пациентов, которая к нам прибывает и оперируется в наших стенах, – это люди не из московского региона. Посмотрите, у нас помимо пациентов с пороками развития внутренних органов есть кардиохирургические пациенты, есть нейрохирургические пациенты. И вот Сергей Кириллович Горельшев, который представляет центр имени Бурденко месяц назад делегировал нам своего специалиста, потому что вопросы о целесообразности вмешательства у плода или ребёнка должны решаться по совокупности данных.

Я хотел бы обратить внимание, что нам повезло – ещё 15 лет назад вот эти глубокоуважаемые учителя, будучи хирургами Филатовской больницы, и академик Кулаков Владимир Иванович, уже просчитали, что хирурги должны быть приближены к акушерству, к перинатальному центру. И по большому счёту, опыт, который мы здесь представляем, это опыт не сегодняшнего дня, он накоплен в течение последних десятилетий.

Я не буду напоминать высокому собранию основные принципы неонатальной хирургии. Хочу только сказать, что для того, чтобы принять решение о вмешательстве, даже не у плода, у новорождённого ребёнка, надо заранее хорошо просчитать все риски, спланировать акушерскую помощь и быть готовым оказывать помощь по ряду пороков развития с первых часов жизни. Потому что это редко плановая ситуация, это всегда экстренное и urgentное угрожающее жизни состояние.

Ещё один момент. В части случаев блестящие хирурги страдают от того, что ребёнка в детскую больницу доставляют уже в том состоянии, которое ухудшает возможность послеоперационного выхаживания. И, собственно, вот эта перинатальная транспортировка, она просто более физиологична.

Вот заимствованные данные, давайте определимся со списком пороков для фетальной хирургии, где мы должны вмешаться ещё до рождения ребёнка. Насколько это оправдано и насколько соотносятся результаты фетального вмешательства и раннего неонатального вмешательства? Что происходит в стране? Единичные случаи, я не хочу обидеть наших коллег из Екатеринбурга, мы сотрудничаем, и будем сотрудничать, они неудовлетворительные. Потому что наш опыт показывает, что сегодня неонатальная хирургия при той же самой системе отбора перинатальных плодов даёт гораздо лучшие результаты. Это не значит, что мы должны замораживать технологию вмешательства плода, но речь идёт о том, что все риски должны быть взвешены! Эксперименты на животных – это эксперименты. А вмешательство на плоде – это вмешательство у человека, у человека, уязвимого и не всегда защищённого законом!

Поэтому я не буду останавливаться на технологических особенностях, они проработаны и продолжают прорабатываться, я хочу показать, что на фоне перинатального отбора пациентов у нас резко возросла хирургическая активность наших неонатальных хирургов. Я хочу сказать, чтобы мы, ориентируясь на школу Александра Юрьевича Разумовского, ставку делаем тоже на эндохирургический метод вмешательства, в том числе и при диафрагмальной грыже. Результаты нас не всегда удовлетворяют, но по крайней мере они лучше, чем во многих других клиниках.

И есть ещё одна проблема – это кардиохирургическая помощь. К сожалению, у нас своих кардиохирургов нет. Когда ребёнок нетранспортабелен, к нам приезжают коллеги из Бакулевского центра. Через наши руки в год проходит более 200 детей с критическими пороками сердца, наша задача стабилизировать ребёнка и транспортировать в Бакулевский центр. С нейрохирургами начали работать, с другими специалистами. Что требуется с законодательной точки зрения? С законодательной точки зрения требуется то, что касается междисциплинарного взаимодействия. Мы подготовили от Российского общества акушеров-гинекологов, от Российского общества неонатологов, которое действует на базе Национального центра имени академика В. И. Кулакова, предложения по совершенствованию приказа 572-Н в разделе «Фетальная медицина» и «Фетальная хирургия как часть фетальной медицины». Александру Юрьевичу, как председателю президиума Российского общества детских хирургов предлагаю подготовить совместный документ и представить Минздраву России, а также законодателям. Плод надо защищать! Когда мы вмешиваемся в патологию у плода, мы рискуем сразу двумя жизнями. И это вмешательство должно быть абсолютно оправдано. Есть такие пороки, где надо вмешиваться, но в большинстве случаев к этому надо готовиться, это не может быть спонтанным решением.

И второе, самое главное. Если что-то не задастся, кроме детского хирурга, фетального хирурга, в родблоте должны быть неонатологи, должны быть хорошо обученные перинатальные анестезиологи-реаниматологи, потому что возможно потом придётся спасать и выхаживать две жизни. Вот на это стоит обратить внимание. Благодарю за внимание. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Уважаемые коллеги, есть вопросы к докладчику?

Немилова Т. К. Дмитрий Николаевич, вы весьма уважаемый человек в медицинском сообществе. Скажите мне, пожалуйста, откуда у вас такие сведения, что правильная эвакуация новорождённого значительно ухудшает его послеоперационный прогноз?

Дегтярёв Д. Н. Откуда такие сведения? Так же, как и Российское общество детских хирургов, мы собираем статистику по регионам Российской Федерации и взвешиваем не только послеоперационную летальность, а всю младенческую смертность, связанную с врождёнными пороками развития, в том числе прооперированными. И если вы суммируете не данные, которые представляют по хирургии, а данные за год у этой категории детей, получается, что так. Это реально статистика нашей страны, можем продискутировать.

Немилова Т. К. Но мы сейчас говорим о врождённых пороках развития.

Дегтярёв Д. Н. Мы берём среднестатистический показатель по любому региону, мы не сравниваем Филатовскую больницу.

Немилова Т. К. Я не про Филатовскую сейчас. Вот здесь все регионы, поднимите руку у кого есть такие прецеденты, когда эвакуация новорождённого в хирургический стационар значительно ухудшила его постоперационный прогноз? Вот здесь все представители регионов, это главные специалисты, детские хирурги.

Дегтярёв Д. Н. Значит, мы, коллеги. Естественно, эвакуация ухудшает. Здесь ответ, но это наши коллеги из Екатеринбурга.

Председательствующий. Уважаемые коллеги, давайте дадим возможность ответить докладчику.

Дегтярёв Д. Н. Можно я отвечу на этот вопрос?

Вот здесь большая часть участников «круглого стола» – детские хирурги. Но есть и перинатальные диагносты, мы специально их с собой взяли. Значит, берём диафрагмальную грыжу. Я смею утверждать, что до детских больниц добирается не каждый пациент с диафрагмальной грыжей. Вот мы сейчас стали концентрировать на себе весь этот контингент. Там есть дети с критической гипоплазией лёгких, когда даже предоперационное ЭКО, извините, предоперационные экстракорпоральные методы

оксигенации не позволяют стабилизировать ситуацию. Значит, поверьте, те новорождённые с диафрагмальной грыжей, которых детские хирурги оперируют – это примерно минус треть пациентов, которая остаётся в родильных домах, их просто не успевают стабилизировать. Если у вас есть сомнения, давайте обменяемся статистикой.

Немилова Т. К. Давайте обменяемся, я согласна.

Председательствующий. В отношении статистики я уже дал вам совет – лучше, чтобы вы свою статистику подбирали, когда уже готовитесь выходить на дискуссию. Потому что практически на каждой площадке мы сталкиваемся с тем, что между специальностями есть недопонимания. У нас, у организаторов, одни цифры, внутри специальностей другие, но цель-то у нас одна, поэтому надо приходиться к тождеству понятий. Поэтому давайте статистику сегодня не трогать.

Косовцова Н. В. Спасибо. Комментарий у меня просто к выступлению.

Спасибо за хороший доклад, я действительно предлагаю ограничить помощь теми центрами, которые занимаются фетальной хирургией. Абсолютно согласна, что транспортировка плода к месту родоразрешения и хирургической коррекции важна, потому что состояние плода действительно ухудшается при транспортировке. И согласна, что Уральский научно-исследовательский институт должен сотрудничать с Национальным центром имени академика В. И. Кулакова в рамках фетальной хирургии и дальнейшего выхаживания этих пациентов.

Дегтярёв Д. Н. Если вы позволите, я всё-таки сформулирую. У нас есть направления в специальности детской хирургии, у нас есть акушерство, у нас есть неонатология. Но у нас нет специальности и направления «фетальная хирургия»! Это то, что мы должны создать и для этого должна быть создана нормативная база, учитывающая все риски, плюсы и минусы. И мы будем все сотрудничать, мы обречены.

Спасибо.

Манжос П. И. Можно два слова?

Дмитрий Николаевич, спасибо большое, что вы выступили. Я с удовольствием сегодня сюда пришёл, не знал, что моего доклада нет, но я хочу спросить. Кто стоял у истоков фетальной хирургии в России?

Дегтярёв Д. Н. Акушеры-гинекологи.

Манжос П. И. Конечно. Первые внутриутробные переливания были на кафедре у Савельевой Галины Михайловны, первые фетоскопии были на кафедре у Савельевой. И первую внутриутробную хирургию плода, две первые операции в России сделали на кафедре Курцера Марка Аркадьевича – две «spina bifida».

Так скажите, почему мы об этом не говорим? Те люди, которые стояли у истоков и понимают как надо, и ваш доклад, я вам хочу сказать – забудьте про баллонную трансплантацию трахеи, весь мир от неё отказался. Ну, вы спрашивайте у людей, которые оперируют каждый день. Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Я хотел бы предоставить слово сенатору, члену Совета Федерации Владимиру Игоревичу Круглому, который очень много уделяет внимания именно развитию педиатрической службы.

Круглый В. И. Спасибо большое. Уважаемый президиум! Уважаемые друзья!

Мы уже довольно долго работаем и все уже устали, поэтому я позволю себе максимально сократить своё выступление, тем более что предыдущие докладчики существенно облегчили мою задачу. В частности, доклад из межрегионального центра фетальной хирургии, собственно говоря, иллюстрирует очень хорошо ту идею, которой я хочу с вами поделиться.

Я сегодня хочу представить промежуточный результат деятельности рабочей группы Общественного совета федерального партийного проекта «Здоровое будущее» (координатор – профессор Д. А. Морозов) по разработке концепции межрегиональных центров медицинской помощи детям.

В состав этой рабочей группы под предводительством Владимира Михайловича Розина входят представители Государственной Думы, Совета Федерации, руководители медицинских и общественных организаций, многие здесь присутствуют.

Основным посылом создания такой группы явилось то, что важнейшей государственной задачей является обеспечение доступности и качества специализированной, в том числе, и высокотехнологичной медицинской помощи детям независимо от места проживания, социального положения, материального достатка его семьи. Географические, климатические, транспортные, экономические особенности отдельных регионов России, прежде всего, Сибири и Дальнего Востока сформировали объективные препятствия для повсеместной реализации декларируемых доступности и качества медицинской помощи детям.

Кроме того, ситуация в здравоохранении страны позволяет констатировать, что реальная угроза ограничения доступности и качества медицинской помощи детям возникает в результате бюджетных ограничений, отсутствия в ряде регионов системного подхода к управленческим решениям. Так можно мягко сформулировать. Наибольшая острота ограничения доступности и качества связана с такими специальностями как нейрохирургия, о чём сегодня уже было сказано. Действительно огромная про-

блема – это неонатальная хирургия, фетальная хирургия, ортопедия, о чём сегодня было сказано также, детишки с сочетанными травмами, комбустиология, онкология, трансплантация органов и тканей, трансплантация костного мозга. Этот список можно продолжать.

При этом снижение рисков может быть обеспечено созданием межрегиональных центров на базе функционирующих медицинских организаций субъектов Российской Федерации. В соответствии с историческими реалиями, подавляющий объём высокотехнологичной медицинской помощи по хирургическим профилям детскому населению нашей страны, действительно, оказывается в Москве и Санкт-Петербурге, что, по сути, исключает возможность оказания неотложной помощи. Это сопряжено с неоправданными организационными сложностями, дополнительными финансовыми затратами, ограничением необходимых юридических пособий, в связи с несвоевременностью их оказания либо с возникшими осложнениями.

Идея регионализации дорогостоящих специальных видов медицинской помощи в России разрабатывалась ещё в конце 80-х годов и частично была реализована в 1992–1993 годах путём создания десяти межрегиональных детских онкогематологических центров. Возникновение этих центров произошло в результате взаимодействия Министерства здравоохранения Российской Федерации и территориальных органов учреждения управления здравоохранением. Одна из самых дорогостоящих программ получила возможность ускоренного развития. Внедрены современные протоколы, возросла эффективность лечения. Центры носили статус «межрегиональных», были обеспечены лекарствами, расходными материалами, подготовленным медицинским персоналом. Однако они не получали целевого финансирования на федеральном и территориальном уровне, и вскоре, по сути, прекратили своё существование.

Реальное воплощение идеи межрегиональных центров стало возможным в период 2004–2005 годов благодаря реализации национального проекта «Здоровье» и строительству федеральных центров, все мы об этом знаем, по травматологии, кардиососудистой хирургии, нейрохирургии. Но всё-таки, в основном, эти центры рассчитаны на взрослых пациентов, разве что кроме сердечно-сосудистой хирургии, где действительно осуществлён прорыв и увеличилось количество операций, показатели существенно улучшились.

Однако проблема полного обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи детям в настоящий момент далека от своего решения. Поэтому родилась такая концепция, в основе которой лежит простая мысль – организация, оказание медицинской помощи детям по некоторым узким профилям нецелесообразна в каждом регионе, так как, во-первых, это требует больших материальных затрат. Во-вторых, отсутствует достаточное для ритмичного функционирования количество больных. При этом лечение в федеральном центре по тем или иным причинам затруднительно. Мировой опыт свидетельствует, что наибольшие успехи в организации оказания специализированной медицинской помощи детям связаны именно с концентрацией пациентов в профильных центрах. Очень важно, чтобы такая регионализация учитывалась при планировании, выделении финансовых средств из федерального бюджета.

Традиционно на уровне субъектов Российской Федерации большинство видов высокотехнологичной помощи сосредоточено в областных, краевых, республиканских и окружных больницах, многие из которых являются базами местных медицинских вузов. И во многих существуют исторические связи с соседними субъектами Российской Федерации, в центры которых госпитализируются дети. То есть фактически в нашей стране уже существуют межрегиональные центры.

Пример, который мы сегодня слышали, это подтверждает. Современная законодательная база позволяет обеспечить медицинскую помощь детям на межрегиональном уровне, но в основном в системе обязательного медицинского страхования.

В системе же высокотехнологичной помощи, особенно не включённой в программу ОМС, помощь детям оказывается только в учреждениях федерального уровня. Мы считаем, что межрегиональные центры целесообразно организовывать именно на базе уже существующих научных многопрофильных детских клинических больниц, в которых имеется опыт оказания высокотехнологичной помощи детям или условий их обеспечения.

В настоящее время экспертной рабочей группой установлены приоритетные профили деятельности таких межрегиональных центров. Это нейрохирургия, хирургия, коррекция пороков развития в период новорождённости, мультиорганная патология органов таза, челюстно-лицевая хирургия, урология и андрология, онкогематология, трансплантация почки и костного мозга, орфанные заболевания (речь идёт больше о реабилитационных центрах), микрохирургия, ортопедия-травматология.

В настоящее время изучается потенциал детских больниц субъектов Российской Федерации как баз создания межрегиональных центров специализированной медицинской помощи, а также принимаются предложения по дислокации и зоне ответственности межрегиональных центров. В ближайшее время в регионы будут направлены анкеты для руководителей лечебных учреждений для сбора информации о возможности открытия таких межрегиональных центров в регионе.

Уже сейчас разработано «Положение о межрегиональных центрах». Это сделано в Иркутске Владимиром Александровичем Новожиловым. Разрабатывается порядок привлечения сил и средств Всероссийской службы медицины катастроф к лечебно-эвакуационному обеспечению деятельности таких центров. Выполняется научно-исследовательская работа в рамках государственного задания, где разрабатывается концепция, об основных положениях которой я доложил. Особенность в том, что организация межрегионального центра по одному или нескольким профилям не является обязательной. Это решение принимает главный врач учреждения совместно с главным специалистом региона и главным специалистом федерального округа.

Роль Минздрава России, главного специалиста Министерства здравоохранения Российской Федерации – в определении маршрутизации и, как уже говорилось, в рациональном планировании. Конечно, информация о создании такого центра должна быть размещена на сайте учреждения и на сайте Минздрава России. Кроме того, по нашему убеждению, федеральный Минздрав должен предусмотреть средства для закупки необходимого оборудования, чтобы стимулировать лечебные учреждения, открытие таких межрегиональных центров. Необходимо также определить роль федеральных центров, в том числе, возможность организации в качестве филиала.

В настоящее время готовится нормативно-правовая база для реализации «пилотного проекта». В чём мы видим риски? Для того чтобы организационная модель заработала, нужен консенсус между главными специалистами региона и федерального округа, заинтересованность главных врачей больниц и заведующих отделениями хирургии в результате. Конечной целью является постановление Правительства Российской Федерации или приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации о возможности создания межрегиональных центров медицинской помощи как самостоятельного структурного подразделения учреждения, что позволит существенно улучшить доступность оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи детям, и станет важнейшим организационным проектом в рамках объявленного Президентом России Десятилетия детства.

Спасибо за внимание. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Уважаемые коллеги, есть вопросы к докладчику?

Горельшев С. К. У меня пожелание. Включить каждого детского нейрохирурга в эту группу, потому что не далее как через два дня в Санкт-Петербурге мы проводим совещание главных специалистов федеральных округов именно по этому вопросу, не зная о ваших разработках, именно по созданию межрегиональных центров.

Розин В. М. А вот мы сейчас Сергея Кирилловича за язык и поймаем, потому что он будет включён в рабочую группу.

Круглый В. И. На самом деле, это решение кажется оптимальным для многих-многих проблем, которые сегодня здесь звучали.

Горельшев С. К. Поскольку нейрохирургия редкая, но очень высокотехнологичная специальность, и концентрация таких больных в межрегиональных центрах давно уже назревшая.

Председательствующий. Услышали.

Уважаемые коллеги, слово предоставляется профессору, заведующему кафедрой детской хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета Поддубному Игорю Витальевичу, «Научные исследования».

Поддубный И. В. Уважаемый председатель! Уважаемые коллеги!

Моя задача упростилась значительно в связи с выступлением председателя Экспертного совета по хирургическим наукам Игоря Владимировича Решетова, поэтому, собственно, задачей моей было примерно сообщить то же самое, что коротко сделал он. Я, наверное, расскажу чуть поподробнее.

Вот те самые восемь диссертационных советов, которые существуют в настоящее время и имеют право принимать к защите диссертации по специальности «детская хирургия». Это – к радости нашей всеобщей, возобновивший свою работу в 2018 году, Совет при РНИМУ имени Н. И. Пирогова, Совет при Научном центре здоровья детей при Российской медицинской академии последипломного образования, в Санкт-Петербурге совет при Педиатрическом университете, Омский государственный медицинский университет, Башкирский государственный медицинский университет, Ростовский государственный медицинский университет. Таджикский государственный медицинский университет, о котором говорил Игорь Владимирович, входит в систему, хотя трудно себе представить, что мы по-едем защищать диссертацию туда.

Если говорить о количестве диссертаций, здесь срез за пять лет и начавшийся шестой, общее количество защищённых за этот период работ было 124. Но и динамику вы видите, 39 защищённых работ в 2013 году, затем такое прогрессивное снижение до 2017-го. И есть, наверное, предпосылки к тому, что в 2018-м будет некоторое увеличение количества защищённых работ в связи с тем, что не прошло пол-года, восемь работ уже было защищено.

Можно говорить о характере этих исследований, но вот совершенно очевидно, что докторские диссертации стали большой редкостью в детской хирургии, по крайней мере, в 2016 году, в 2017 году. Вы

видите, мы с двенадцати работ в 2013-м сократили активность по докторским диссертациям до одной-единственной диссертации, защищённой в 2017 году. Тенденция эта абсолютно чёткая. Хорошо это или плохо? Мне сказать сложно. Но это, конечно, было связано со сложностями и с изменениями в требованиях, предъявляемых к докторским и кандидатским диссертациям и временным прекращением или приостановкой там работы диссертационных советов. Но, наверное, эта ситуация будет выправляться, и опять с теми оговорками, о которых я, может быть, коротко скажу позже.

Здесь представлена работа диссертационных советов, количество защищённых диссертаций по годам. Но мы можем сказать о том, что до момента прекращения своей работы, несомненное лидерство было у Совета Второго мединститута, РГМУ, РНИМУ, где защищалось большинство диссертаций кандидатских и докторских, если говорить даже в абсолютных цифрах. При этом остальные советы диссертационные, в общем-то, работают более или менее стабильно, если говорить о средних показателях в год. Но вы слышали выступление председателя экспертного совета, что, если исходить из десяти защищённых диссертаций в год, то за 5,5 лет этим требованиям о десяти диссертациях в год у нас отвечал только Совет РГМУ до момента его закрытия.

Тематика работ. У нас вообще очень хороший паспорт специальностей. Мы благодарны должны быть за то, что он так прописан, что действительно мы можем относительно широко работать в своей области. И я так же, как, наверное, многие другие, являюсь сторонником того, что нам ни в коем случае нельзя дробить детскую хирургию ни как научную специальность, ни как практическую специальность!

И сейчас, если говорить о науке, то, что мы можем защищать работы под грифом «детской хирургии» по урологии-андрологии, прекрасно. Вы видите, эти работы преобладают. И каждый год защищаются диссертации по гипоспадии, по варикоцеле, по инновациям в лечении грыж передней брюшной стенки, паховых грыж, пупочных грыж у детей. Мы должны сами решить правильно это или неправильно? Хотелось бы обратить внимание на то, что у нас очень мало работ по двум специальностям. Всего девять работ за пять с половиной лет.

Мне бы хотелось сказать в завершение, что общие тенденции в оценке работ вы знаете – требования значительно повысились как к работе диссертационных советов, так и к работам, предъявляемым уже к защите. В связи с этим хотелось бы сказать о нескольких вещах: мы должны всячески беречь, на мой взгляд, специальность научной детской хирургии, не давать её расплыться. Но при этом, если проводятся серьёзные работы, особенно докторские, в которых велика роль смежных специальностей, мы должны не стесняться и всячески привлекать смежных специалистов в качестве вторых научных консультантов. Это, несомненно, повысит качество выполняемой работы, и обеспечит её лучшую оценку в дальнейшем диссертационным советом.

Второе. Все мы здесь являемся как научными руководителями, так и членами всех тех подразделений, которые принимают и утверждают темы диссертаций, принимают диссертации к защите, проводят диссертационные советы. Все требования сейчас призывают нас к тому, чтобы мы относились к этим диссертациям более ответственно и более требовательно на всех этапах. Составление дизайна работы, соблюдение всех формальных требований, предъявляемых к диссертациям, какими бы бессмысленными они нам иногда не казались, особенно для докторских диссертационных работ, может стать критическим моментом. Как и несоблюдение каких-то минимальных законодательных требований по «этическому комитету», по «утверждённым лекарственным средствам», по «применяемым в педиатрической практике аппаратам и препаратам». Это все имеет огромное значение для дальнейшего беспрепятственного прохождения диссертационных работ через все инстанции. Пока нам чаще всего удаётся эти требования соблюдать, но расслабляться нельзя. Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Теперь одна из основных тем, которую мы ждали – преподавание детской хирургии. И я хотел бы предоставить слово профессору и заведующему кафедрой детской хирургии «Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования» Юрию Юрьевичу Соколову.

Соколов Ю. Ю. Уважаемый президиум! Уважаемые коллеги!

Я представляю группу авторов Российской медицинской академии последипломного образования. Менее года назад произошло слияние четырёх вузов России: Казани и Пензы, Новокузнецка и Иркутска, и мы стали федеральным учреждением. И это вызвало некоторые определённые проблемы, о которых я скажу.

В следующем году наша Академия проходит аккредитацию по подготовке ординаторов. Поэтому когда ректор, академик Мошетова Лариса Константиновна, узнала об этом заседании «круглого стола», она попросила меня кратко озвучить те проблемы, которые мы видим.

Слияние вышеназванных вузов привело к тому, что когда мы стали готовить программу подготовки в ординатуре, образовательную программу, мы поняли, что отсутствует унификация. Это огромный труд – сегодня все академии заняты этими программами по всем 120 специальностям. Коллеги, когда мы слышим выступления на наших конгрессах и конференциях, иногда волосы дыбом встают, потому

что представления о том, как надо оказывать помощь детям по тем или другим нозологиям, очень разнятся внутри России! На наш взгляд, выход из этой ситуации достаточно простой – это «клинические рекомендации», которые мы готовим, которые мы обсуждаем и должны использовать в своей практической деятельности. Конечно, если образовательные программы будут резко отличаться от этих клинических рекомендаций, это будет неправильно, но на наш взгляд. Тем более, что мы их готовим для Минздрава России и должны каждые три года пересматривать. Это первый момент.

Второй момент. «Междисциплинарность образования», образовательных программ. Мы на съездах и конференциях неоднократно обсуждаем вопросы, предположим, неотложной гинекологии в детской хирургии. И поэтому, когда мы обучаем ординаторов, необходимо включать эти вопросы. Также это касается, на мой взгляд, взрослой хирургии. Во всём мире детский хирург – это high-top хирург. Он сначала проходит пять лет обучения общей хирургии, торакальной хирургии, любой другой хирургии, и только потом, если он хочет заниматься детской хирургией, он становится детским хирургом. У нас вообще выключен, как-то исключён из-под программы подготовки детского хирурга вопрос взрослой хирургии!

Третий момент – «дистанционность образования». О чём я говорю? Дело в том, что кроме унификации необходима ещё и вариативность, как говорят, подходов к образованию. Мы знаем лучших ведущих специалистов в тех или других областях детской хирургии в России – в Москве и в Санкт-Петербурге. На мой взгляд, возможна организация лекционного курса или «вебинаров» для ординаторов, которые могли бы проводить эти специалисты именно по ведущим специальностям, которые они представляют, по «субспециальностям», если хотите. И я думаю, что Российская ассоциация детских хирургов могла бы взять на себя эту функцию по организации подобных ежемесячных вебинаров или семинаров для ординаторов.

И, наконец, последний момент. Мы знаем, что XXI век сделал детскую хирургию эндохирургией, более 80 % операций, которые мы выполняем, эндохирургические. Поэтому сегодня необходимо обязательно включать в программу образования детских хирургов в ординатуре какие-то симуляционные циклы, возможность обучаться эндохирургии на тренажёрах. Вот смотрите то, что мы сделали на кафедре. Первый и простой уровень, такая коробка, которую мы сами создали и которая позволяет собирать спички, «строить домики». Второй уровень – у нас есть ЛабСим, это виртуальный симулятор, он дорогой, 80 тысяч евро, десять лет назад нам купила его Академия.

И, наконец, третий уровень. Созданная нашими коллегами видеостойка, на которой занимаются ординаторы. Они, так сказать, обучаются интракорпоральному шву. Когда мы посещаем мировые конгрессы, мы общаемся. Вот я, например, общался очень близко с Ямамото, это ведущий эндоскопический хирург Японии. И Ямамото рассказал такую историю: они (японцы) – островитяне, у них отношение к ребёнку такое же, как к императору. А в начале нулевых годов началось бурное внедрение детскими хирургами эндоскопической хирургии и начали возникать осложнения и летальные исходы. СМИ Японии подняли такой шум, что они вынуждены были приостановить эту тему. Сейчас в Японии существует трёхуровневая программа подготовки эндоскопического детского хирурга, и на сегодняшний день только лишь 72 хирурга допущены к выполнению эндоскопической хирургии на территории, где 120 миллионов населения.

Ну, и последнее, что я хочу сказать. А судьи кто? Я думаю, что необходимо постоянно повышать требования не только к обучающимся в ординатуре, но и к тем, кто обучает, то есть к самим себе! Этого требует сегодняшний день.

И последний момент – это тот момент, на который мы хотели бы обратить внимание Государственной Думы! Вы понимаете, ординатор, получая семь тысяч рублей в месяц, не может бесконечно дежурить, не может иметь достойный уровень жизни. В советское время врач-ординатор получал зарплату 120 рублей, то есть зарплату врача. Если бы повышение стипендии ординаторам могло быть каким-то образом обеспечено в России, я думаю, что и ординатуру можно было бы продлить до четырёх лет.

Спасибо за внимание. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Уважаемые коллеги, вопросы к докладчику есть? У нейрохирурга вопрос. Пожалуйста.

Горельшев С. К. В связи с вашим последним тезисом о «японском опыте». Скажите, а является ли цикл тематического усовершенствования кафедры РМАПО по эндоскопии допуском к выполнению таких процедур? Это я спрашиваю как профессор кафедры детской нейрохирургии.

Соколов Ю. Ю. Да, мы имеем всего лишь два эндохирургических цикла в год. Вы знаете, нет. Это просто первый уровень. Мы выдаём не сертификат, а свидетельство об прохождении этого цикла.

Горельшев С. К. Ну, прошёл он или не прошёл, он всё равно будет делать.

Соколов Ю. Ю. Да, конечно. Но, как и всё в России.

Председательствующий. Да, Наталья Александровна Цап, Екатеринбург.

Цап Н. А. А скажите, пожалуйста, вы предлагаете изменить Федеральный государственный образовательный стандарт 31.08.16 «Детская хирургия»? Мы ведь все программы составили и по этому стандарту?

Председательствующий. Уважаемые коллеги, наверное, один из ожидаемых докладов, который снимет большинство вопросов, доклад Татьяны Владимировны Семеновой – директора департамента медобразования Минздрава России.

Семёнова Т. В. Позвольте, я тоже чуть-чуть «поэмоционирую», потому что серьёзное получилось обсуждение. Я тут всё попереписала, устраивать презентацию, наверное, почти не буду, фоном пойдёт. И даже не знаю, с чего бы начать, но, наверное, начну с самого главного вопроса.

Абсолютно объективно утверждение о том, что «железки» сами не работают, скальпели сами не режут, всё зависит от того, в чьих руках находится техника! В моей практике был такой опыт, когда молодая аспирантка первого года осмотрела пациента на ультразвуке и зафиксировала фотографию. Пациент ушёл, она зовёт заведующего отделения и говорит: слушайте, вот не понимаю, вот здесь вот эта тень куда? Та говорит: слушай, надо вот так покрутить, вот так покрутить, вот... Чего-то ты «не вытасила», непонятно что это за тень. Она выходит в коридор и говорит: пациент, вернитесь, пожалуйста, сейчас я вас ещё раз хорошо посмотрю. А пациент идёт и говорит: ну, конечно, самое главное – это «прокладка между креслом и ультразвуковым аппаратом». Тогда в кресло садится заведующая отделением и по-другому «вытаскивает» соответствующую картинку и ставит соответствующий диагноз.

То есть очень важны люди! Кто оказывает помощь детям? Сегодня вы говорите о хирургической помощи детям. Кто её оказывает и где? Очень много споров. Сергей Кириллович поднимал вопрос про нейрохиргию, действительно, очень важный, очень серьёзный вопрос.

«Педиатрия» как специальность подготовки на «специалитете» есть исключительно в Российской Федерации. Да, мы были родоначальниками этого и некоторые страны являются приверженцами этого подхода. Хотя в Евросоюзе есть «медицина» и нет никакой «педиатрии» при базовой подготовке в медицинской школе университетской ступени. У нас есть.

Раньше, вы помните, после педиатрического факультета можно было пойти только в педиатрические узкие специальности, и проблема с детскими врачами вроде бы как была решена. А после лечебного факультета невозможно было попасть на детские специальности. Потом случилось так, что заговорили про «...ограничение свобод, прав...». И теперь и оттуда можно туда, и оттуда можно туда. В общем, около 15 лет назад всё поменялось и не очень понятно – правильно ли это было, неправильно.

Успели создать несколько детских специальностей? Успели. Нужны ли детские специальности по каждому профилю, виду и типу? Да не приведи господи! Надо сначала понять, что такое специальность. Следуя логике, специальность – это когда один доктор может заниматься тем, чем не может заниматься другой доктор, то есть «изъятие одного из другого». У нас в стране всё не очень так, потому что если «одно из другого изъять», то получится острый кадровый дефицит! Уже сегодня есть 94 специальности, а если мы введём «фетальную хирургию» и «детскую нейрохиргию», то есть продублируем все детские специальности, у нас их получится 180! А каждая специальность должна иметь свой стандарт подготовки! А стандарт подготовки в ординатуре – это, извините, тупиковая образовательная ветвь. Потому что если выпускник вуза начнёт сразу после специалитета по педиатрии готовиться стать «фетальным хирургом», то он больше никогда никем работать не сможет, ему нужно будет снова пойти в ординатуру. И поэтому, когда мы говорим о том, что нам нужно переходить на модульный принцип и организовывать это по-другому...

И отвечаю на последний вопрос. Сделали программы ординатуры, они не пропадут зря. Но стандарт никуда не годится. Его написали в 2012–2013 годах впервые, до этого вообще ни разу не было никаких стандартов в ординатуре. Написали его почти «на коленке». Потому что тогда было предложение – оставить всего один стандарт в ординатуре под названием «Врач». И еле-еле отбили, для того чтобы сохранить хоть какие-то специальности. Но не смогли их классифицировать, потому что очень сложный принцип классификации. По отношению к людям: есть контакт – нет контакта; по отношению к тканям: есть контакт – нет контакта; по отношению к инвазии: есть инвазия – нет инвазии. И все 94 специальности (тогда их было 96) невозможно было классифицировать даже на какие-то более-менее приемлемые крупные группы. Оставили всё.

Поэтому, коллега, ваш труд не пропадёт, ну, совершенно однозначно, особенно если он хороший, просто нужно поместить в отдельный дополнительный локус.

Итак, кто оказывает медицинскую помощь, где и когда? Нужны ли отдельные специальности? Надо понимать изначально, что такое специальность и куда её девать. Сколько надо врачей? Каких врачей? Когда и кто из врачей может это делать?

Алексей Владимирович показал выжимку из 1100-й таблицы 30-й формы и сделал, наверное, с точки зрения Федерации, абсолютно верный вывод: а как же посчитать, сколько нужно врачей чиновнику в кресле на федеральном уровне? Так нужно открыть 30-ю форму, посмотреть, сколько есть ставок, сколько из них занято, сколько на них работает физических лиц и что происходит.

Кстати, маленький комментарий. Данные по численности врачей, детских хирургов разнятся у Владимира Михайловича и других коллег. Почему? Владимир Михайлович, называя численность детских хирургов, говорил: «люди, которые оказывают хирургическую помощь детям». А на самом деле

там динамика. Да? Помните, в 2016? В 2016 году было больше, чем в 2017. На самом деле в 2017 году – плюс 14 человек детских хирургов появилось у нас в Российской Федерации.

А вот следующая специальность, которая сегодня тоже косвенно затрагивалась – «детская урология-андрология». В 21 субъекте Российской Федерации вообще не имеют таких специалистов. Оказывается ли помощь детям по вопросам детской урологии и андрологии или не оказывается? Мы что, ущемляем права детей? Как рассчитать количество? И здесь совершенно объективно (коллеги, я вам авторитетно заявляю) на федеральном уровне рассмотреть и понять что нужно внизу в субъекте Федерации, невозможно. Все цифры и расчёты усреднённые, они не учитывают того, что «летом разливается река и делит регион на две части, через которые можно только на корабле переплыть». Они не учитывают степень урбанизации, много других факторов. И именно поэтому совершенно однозначно будущее за тем...

И мы делаем то, о чём говорил Владимир Михайлович. Я имею в виду региональные логистические планы, назовём их так. Единая государственная информационная система здравоохранения сегодня позволяет начать создавать (но заполняют её регионы, да?) геоинформационную систему, в которой видно медицинские организации, на которые наслоится количество кадров с их персональными определёнными данными, которые прописаны сегодня в законе, чтобы понимать как и где оказывается эта медицинская помощь!

Вот спорили – ухудшает ли транспортировка состояние пациента. Да? Наверное, у каждого своё мнение. Я не детский хирург, не могу это обсуждать. Но помощь должна быть оказана каждому ребёнку или каждому взрослому персонально. Оценка вреда транспортировки и возможности оказания этой помощи тоже проводится персонально и зависит в первую очередь от уровня и возможностей медицинской организации и квалификации врача.

Может быть, безопаснее перевезти больного, несмотря на весь вред, чем оказывать или не оказывать помощь в данной медицинской организации. А если есть специалист, который здесь эту помощь может оказывать, наверное, не нужно наносить дополнительного вреда, куда-то транспортируя пациента. Но кто такой человек, который оказывает эту помощь? Сколько сертификатов нужно специалисту в системе непрерывного медицинского образования, которое Минздрав России пытается вводить? Если у меня пять сертификатов, они говорят: по 250 часов. Я что же, всю жизнь учиться должна? А как пять сертификатов-то получили? Откуда пять сертификатов? Зачем они, пять сертификатов? Для того, чтобы быть специалистом и оказывать определённую помощь, нужно владеть теми компетенциями, которые нужны для оказания этой помощи. Вы знаете, я имею сертификат специалиста, в котором написано «общая хирургия»!

Я, когда 21 год назад попала в ординатуру, с завистью смотрела на «чистых хирургов», куда мне по логистике не довелось попасть, меня определили в отделение гнойно-септической хирургии. И смотрела на своего учителя первого, царство ему небесное, Валентина Михайловича Буянова, смотрела на своего второго учителя, царство ему небесное, Николая Алексеевича Кузнецова, которые делали панкреатодуоденальные резекции, делали их очень и очень мало, но делали красиво и качественно. Я смотрела и думала: ПДР – это же королева хирургии! И потом, когда не стало моих учителей, эту операцию в 13-й городской клинической больнице Москвы практически никто не делал! Никто не делал. И если сейчас, не приведи господь, мне нужно будет попросить кого-то эту операцию сделать, я знаю только трёх человек в Москве, к кому с закрытыми глазами лягу под нож.

И каково моё удивление, когда я приезжаю в Ставрополь, встречаюсь с главным хирургом Ставрополя, мы с ним сидим, разговариваем, он мне начинает рассказывать, что он этих панкреатодуоденальных резекций с очень высокой результативностью делает каждый день по две. Но делает их только он один!

Мне довелось попасть в гнойно-септическую хирургию, я так и осталась гнойно-септическим хирургом, но такой специальности нет! Половина моих больных были комбустиологического профиля – и такой специальности тоже нет.

Коллеги, я практически семь лет возглавляю департамент медицинского образования, и что – появилась специальность «комбустиология»? Появилась специальность «гнойно-септическая хирургия»? Нет. Зачем? Зачем нужно «компетентным образом» конкретному человеку давать право заниматься той или иной деятельностью, если он ей уже занимается? И с другой стороны, зачем «бумажка», если я эту практическую деятельность не осуществляю? И тогда непрерывное профессиональное образование должно быть индивидуальным, поддерживая именно те компетенции, которые нужны.

Если мне, как акушеру-гинекологу нужен ультразвук малого таза, зачем мне 144 часа проходить повышение квалификации по ультразвуку сосудов, шеи, головы или доплерографии сосудов нижних конечностей? Да мы же все знаем, что никто туда на самом деле не ходит!

То же самое в отдельных вопросах. Если человека можно научить оперировать и у него есть эти пациенты, значит, нужно научить оперировать. Я не знаю, как у вас – акушеры-гинекологи делали первые операции по фетальной хирургии или их делают детские хирурги, или кто-то ещё? Я у себя знаю

этот спор. Эндоскописты или общие хирурги делают лапароскопические операции? Кто их делает? Где это написано? Нигде не написано, и никогда написано не было, потому что, с одной стороны, эндоскописты не могут делать инвазию, а, с другой стороны, лапароскопия – инвазивный метод обследования. Говорят: из лапароскопии родилась инновационная видеолапароскопия, а от инновационной видеолапароскопии родилась уже холецистостомия лапароскопическая.

В итоге: кто, когда и чем может заниматься решаем не мы, решает не Минздрав России, решаете вы! Кто пишет нормативно-правовые документы? Вы думаете, что по профессиональному стандарту детский хирург может оказывать помощь нейрохирургическую, или, не приведи господь, травматологическую? Писать, вносить предложения, оттачивать – нужно вам!

Но ужас заключается в том, что мы, как правило, считаем, что как мы привыкли – так и правильно. И если вы же придумали и утвердили какой-нибудь порядок оказания медицинской помощи, нельзя не знать, что он существует. Нормативно-правовое регулирование нужно знать, обязательно за ним следовать и только тогда можно это изменять!

И последнее. Отрыв образования от практической деятельности. Всё.

Про ординатуру. Стандарт ординатуры необходимо поменять. Для того, чтобы всё было качественно и хорошо, нам с вами надо внедрить то, что внедрено во многих государствах – карту практических навыков для того, чтобы понимать, чему нужно научить этого самого ординатора. И для этого надо работать. Кстати, Алексей Владимирович тоже сказал – «...я опросил страну, половина не ответила, а вторая половина сказала, что им нужно 290 детских хирургов...»

Вот вчера распределяла контрольные цифры, предложения готовила. По контрольным цифрам приёма на 2019 год. Открытый публичный конкурс. Мы выставили на конкурс на 2019 год больше 200 мест. Заявок суммарно по всей стране – 171. Зачем выставлять 290, если вы больше 170 даже не хотите готовить. Зачем? Баланс должен быть везде. А подготовка должна быть адресная на конкретное место работы, и тогда можно готовить по той программе образования два, три, пять, семь лет, которые компетенции нужны, исходя из этой карты и уровня стандарта подготовки специалистов. Таким образом, мы с вами придём к нормальной, правильной системе подготовки.

И практическая оторванность образовательных организаций влияет на качество подготовки. Мы попытались много вещей за прошедший пятилетний период сделать. Был принят федеральный закон № 389-ФЗ, который внёс поправки в закон «323-ФЗ «Об основах охраны в Российской Федерации», в закон № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». Мы прописали, что такое «практическая подготовка обучающихся» и кто может в ней принимать участие, где закреплена самая главная дефиниция, что профессорско-преподавательский состав в рамках практической подготовки обучающихся имеет все права и обязанности как медицинских работников. А дальше подзаконный акт, порядок организации труда и отдыха педагогических работников Минобрнауки России обязывает этих специалистов 30 процентов времени заниматься медицинской деятельностью в рамках практической подготовки обучающихся. Таким образом, кафедр практической направленности, которые сидят в полуподвальных помещениях и ничего не делают, быть не должно! Люди должны быть на рабочих местах, должны быть в больницах. Не имеет значения, какой ведомственной подчинённости эти больницы, потому что частью пятой 82 статьи федерального закона № 273-ФЗ об образовании нам удалось прописать типовую форму договора между образовательной организацией и медицинской организацией, и даже утвердить типовой договор отдельным нормативно-правовым актом Минздрава России, который был зарегистрирован в Минюсте России. Таким образом, все правовые вопросы решены!

Самое главное – корабль плывёт туда, куда его ведёт тот, кто им управляет!

Я вас призываю к тому, чтобы вы пришли к определённым договорённостям, если что-то нужно менять. На мой взгляд, специальностей в Российской Федерации не должно быть 94, их должно быть не больше 50. Но если мы говорим о федеральном центре, то, наверное, можно вводить хоть сотню различных специализаций в зависимости от того, чем занимается человек, если он узкопрофильно квалифицирован. А в целом, чем шире отдельные навыки и возможности базовой специальности, тем доступней и качественнее можно принять решение в отношении судьбы каждого отдельного человека и каждого отдельного ребёнка. В том числе оценки его транспортабельности и угроз при его эвакуации в то или иное место.

В целом, коллеги, вы очень активные, и это очень хорошо. Я думаю, что ваши полярные мнения не позволят вам разделиться и раздробиться, а позволят вам объединиться и принять абсолютно верные и правильные решения! На мой взгляд, и так специальностей более чем достаточно, и чем меньше их будет, тем понятнее будет подготовка, и тем длиннее уровень подготовки можно сделать для специалиста, вводя большее количество специализаций. Таким образом, всегда можно возвращаться только на полшага назад, если, не приведи господь, что-то случится по изменению профессиональной деятельности. Я готова ответить на все ваши вопросы. Спасибо огромное.

(Аплодисменты.)

Председательствующий. Есть вопросы?

Павлов А. Ю. Есть маленький. По вашему докладу хочу некоторую ремарку сделать. Те регионы, где как заявляется нет детских урологов, немножко дезинформируют присутствующих. В двух третях этих регионов детские урологи присутствуют, причём в Волгоградской области пять сертифицированных детских урологов и один профессор. И во всех остальных регионах хоть по одному специалисту, но есть. Поэтому эта информация немножко донесена неверно.

И хочу сказать, что опыт формирования этой специальности на сегодняшний день говорит, что «урология-андрология» – это абсолютно самостоятельная специальность, и никогда детский хирург не будет заниматься дистанционной литотрипсией у ребёнка. Технологии, привнесённые из взрослой урологии в детство... Никогда не будет заниматься перкутанной нефролитолапаксией, не будет заниматься контактной литотрипсией – это абсолютно разные ипостаси, владеть которыми надо именно в рамках узкой специальности. Но базовая специальность? Безусловно, их две, как прописано в федеральном законе – «детская хирургия» и «общая урология». Спасибо.

Семёнова Т. В. Подождите, у меня к вам вопрос. Давайте всё-таки решим, зачем говорить о базовой специальности, узкой специальности, нет такой терминологии ни у кого. Если это отдельный специалист, его надо готовить, его сколько лет надо готовить?

Павлов А. Ю. Отдельный специалист по этой специальности готовится два года либо детским хирургом...

Семёнова Т. В. Всё, вопросов нет.

«Детский хирург», а потом ещё специализация пять лет – и вы «детский андролог-уролог». Кого мы будем обманывать? Я ещё раз говорю, специальность – это изъятие. Изъятие! А мы говорим с вами, что это надстройка на базовые компетенции специальных компетенций. Почему не сказать, что это специальная компетенция, почему специальность? Это дефиниция в нормативно-правовом поле. Я думаю, что и Государственная Дума, и все остальные это будут обсуждать. Получается, сначала все дети идут в ординатуру по «детской хирургии» или по «урологии». Значит, нужны будут две программы? Сколько лет этот специалист готовится? Это всё в ваших руках. Вы понимаете, дело в том, что во всём мире, да простит меня господин Пушкарь, урология начинается с двух лет общей хирургии базовой. Это я вам абсолютно авторитетно заявляю!

Председательствующий. Только сейчас наш коллега озвучил то, что хирургия детская начинается с общей хирургии за рубежом. Давайте начнём с этого.

Семёнова Т. В. Коллеги, как скажете, так и будет. Мы не пишем за вас!

Павлов А. Ю. Татьяна Владимировна, поймите, я на педагогическом поприще занимаюсь очень давно, те дети, которые в ординатуру приходят со школьной скамьи, они ничего из себя не представляют, в какую бы они ординатуру ни пришли – ни в общую хирургию, ни в детскую хирургию!

Семёнова Т. В. Вы же всё говорите про специализацию, абсолютно верно говорите, нужно просто де-юре внести корректировки и всё будет.

Первый вопрос, про статистику. Коллеги, открываем форму 30, в каждом регионе Российской Федерации существует МИАЦ. МИАЦ собирает статистику с медицинских организаций, обобщает, объединяет. Я на федеральном уровне открываю форму 30, у меня есть данные из всех регионов Российской Федерации, открываю должность «врач – детский уролог» и вижу физических лиц – 0, ставки могут быть, а физических лиц – 0!

Всё. Что я напишу? Я напишу, что их нет. Если они есть, слава богу. Просто я долго могу вам рассказывать про то, что потребность в кардиологе, например, маленького населённого пункта исходя из численности его населения, должна удовлетворяться так – одна четвёртая часть от кардиолога. Ну не могу, не умею распиливать кардиологов на четыре части. Поэтому либо там ноль кардиологов, либо терапевт идёт на переподготовку, он не становится кардиологом, но получает маленькую функцию, по которой он хотя бы острый инфаркт сможет распознать и принять решение об эвакуации и, соответственно, о транспортабельности пациента или купировать острый приступ для того, чтобы подготовить его к этой эвакуации. Ну зачем? Чем больше специальностей, чем больше отдельных должностей, тем больше искусственный дефицит. И если мы сейчас заорганизуем всех профстандартами и обязанностью их выполнять, то возрастёт юридическая ответственность за неоказание помощи в том или ином сегменте. Ещё вопросы?

Председательствующий. Уважаемые коллеги, давайте так. Вопросы формулируйте конкретно, потому что мы уже перешли регламент и очень прилично.

Виссарионов С. В. Татьяна Владимировна, конкретный вопрос. На прошлой неделе на 11 съезде было заседание президиума Ассоциации травматологов-ортопедов, и там однозначно было принято решение об обучении в ординатуре длительностью четыре года. Либо это будет одноэтапное, либо это будет двухэтапное образование. Но я не поэтому вопрос задаю. Детская травматология, ортопедия конкретно включена в раздел «Травматология и ортопедия»!

Семёнова Т. В. Кто это сказал?

Виссарионов С. В. Это вот было на прошлой неделе.

Семенова Т. В. «Тётя» сказала? Федеральные государственные образовательные стандарты мы сейчас начинаем переделывать только по факту разработки и принятия профессионального стандарта. Если в профессиональном стандарте коллеги согласились, то есть базовая травматология, от неё может быть детская травматология. Но окажется, что сейчас есть детская хирургия, в ней должна быть детская травматология. Коллеги, я не знаю, вы договаривайтесь между собой, мне всё равно. Чем меньше специальностей, тем качественней подходы.

Председательствующий. А сейчас у нас осталась, собственно, основа – Стратегия развития детской хирургии. Я хотел бы предоставить слово Владимиру Александровичу Новожилову, депутату Законодательного Собрания Иркутской области, профессору.

Новожилов В. А. С учётом того, что все устали и эмоционально выплеснулись, я вынужден свой доклад сократить и остановиться только на тех элементах, которые, наверное, будут интересны всем.

Хочу сказать, что хирургии новорождённых на будущий год у нас исполняется 25 лет, четверть века отделению Центра хирургии и реанимации новорождённых, который был открыт Татьяной Васильевной Красовской, которая готовила приказ по организации в стране центров хирургии новорождённых. Мы за этот период выполнили почти 16 тысяч операций новорождённым разного профиля. Но хочу сказать, что он встроен в систему организации помощи по принципу «эвакуации детей на себя»! Потому что мы понимаем, что в районных больницах или участковых больницах оперировать новорождённых невозможно, и даже если ты искусно провёл операцию, выхаживать их там тоже невозможно. Поэтому мы транспортируем детей на себя. И хочу сказать, что за этот период времени ни разу у нас каких-то проблем с транспортировкой не было!

Естественно, что с учётом определённого дефицита специалистов нам приходилось выполнять операции совершенно разного профиля: и нейрохирургические вмешательства благодаря поддержке наших взрослых нейрохирургов, и кардиологические операции, кардиохирургические операции, клипирование Боталлова протока. Но хочу сказать, что в конечном итоге мы часть операций всё-таки передали нашим коллегам. Я вот не буду останавливаться на том, что многие делают, но хочу остановиться вот на каких вопросах.

Первый вопрос. Куда двигаться дальше? Хотим мы или не хотим (сейчас многие будут осуждать меня), но роботизированная хирургия – это не сказка. Это к нам придёт. Так же как сотовые телефоны пришли в наш быт. Через какой-то период времени, через пять или 10 лет, такое количество детских хирургов, которое сегодня в стране есть, будет не нужно. Я убеждён, что мы сможем оперировать дистанционно. К примеру, Александр Юрьевич, сидя в Москве, сможет сделать операцию пациенту, который находится в Иркутске!

Дальше. Касаясь развития технологий и наличия межрегиональных центров. Сибирь и Дальний Восток – это примерно пятая часть населения страны. И, естественно, если мы хотим, чтобы эти регионы развивались и осваивались, надо создать условия для молодых специалистов и стимулировать интерес к профессиональной деятельности.

Касаясь фетальной хирургии. В августе у нас состоится очередной конгресс, юбилейный, 10-й Конгресс детской хирургии на Байкале. К нам приедет Алан Флэйк, это родоначальник и создатель искусственной матки из детского госпиталя штата Пенсильвания! Есть тема для дискуссии.

Личный опыт операций после фетальных вмешательств отрицательный. Вот, к примеру, пункция почки. В конечном итоге там такой нефросклероз, паранефральная клетчатка вся склерозирована, вклеена, сложности в операции... Это проблема.

То, что говорил Владимир Игоревич и коллеги, – разное мнение по отношению к созданию межрегиональных центров. Я считаю, что это единственный путь – создание этапной детской хирургической помощи. И, может, не только детской, а вообще педиатрической помощи. Потому что на Сахалине, допустим, нет детских хирургов. Тяжёлая ситуация в Хабаровске, проблемы есть.

И ещё один вопрос, о котором бы я хотел сказать – вопрос защищённости врачей. Сегодня идёт просто какой-то вал в средствах массовой информации, наезд... Дня не проходит без негатива. Почему мы не ставим вопрос о страховании профессиональной деятельности врачей? Обязательно страхование профессиональной деятельности, для того чтобы врач, принимая решение, действовал в интересах больного и не думал, что рядом стоит Следственный комитет или прокуратура. Мы же об этом говорим, мы должны об этом знать!

И ещё. Касаясь вопросов практической деятельности... Не знаю, как в других регионах, но те, кто писал порядки оказания и стандарты оснащения детских больниц, забыли указать в стандартах оснащения детских больниц, что при наличии кабинета МРТ и КТ там должны стоять приборы – компьютерный томограф и магнитно-резонансный томограф!

Столкнулся с такой вещью, когда при наличии штрафных санкций со стороны страховых компаний мы деньги, которые поступают в этот фонд (ненормированный страховой запас, да?), не можем их использовать, для того чтобы отремонтировать эти приборы. Ну, я и в Минздрав России писал,

обращался, и звонил... В общем, юристы сказали: нет. Потому что кабинет есть, врачи есть и прибор фактически есть, но стоит он там незаконно. Я хотел бы, чтобы мы всё-таки решили этот вопрос здесь, на уровне ассоциации.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо.

Уважаемые коллеги, вопросов нет? Вячеслав Гаврилович Сварич, профессор, заведующий кафедрой, заведующий хирургическим отделением, город Сыктывкар.

Сварич В. Г. Глубокоуважаемые коллеги, благодарю за возможность выступить на данном форуме, изложить собственное видение и понимание вышеобозначенной проблемы.

В современном мире чётко прослеживается тенденция возрастания роли общественных организаций, в том числе и профессиональных медицинских ассоциаций. Это обусловлено повышением требований к качеству оказания медицинской помощи, повышением правосознания, юридической грамотности пациентов, усложнением финансово-экономического спектра медицинской деятельности, ответственности за медицинскую документацию и многими другими факторами.

Не секрет, что последние несколько лет правоохранительные органы уделяют повышенное внимание медицинской деятельности. Это обусловлено повышением требовательности пациента по отношению к медицинским работникам, ажиотажным освещением ошибок, допускаемых в нашей деятельности средствами массовой информации, практически полным отсутствием информации о позитивной деятельности медиков, в ряде случаев неумением, нежеланием самих медицинских работников правильно и деонтологично контактировать с пациентами. Начали встречаться попытки пациентов и их родственников улучшить своё материальное положение за счёт медицинских работников в сложных и неоднозначных медицинских ситуациях. Когда же дело доходит до рассмотрения в суде, лечебно-профилактическими учреждениями чаще всего дела проигрываются, чему в немалой степени способствуют судебно-медицинские экспертизы, проводимые так называемыми, я акцентирую на этом внимание, медицинскими центрами, основная цель которых получение прибыли.

В рамках «круглого стола», проводимого под эгидой Комитета Государственной Думы по охране здоровья, на наш взгляд, было бы целесообразно внесение от Российской ассоциации детских хирургов следующих предложений по изменению законодательства, касающегося медицинской деятельности.

Первое. Замена понятия «медицинская услуга». При всем уважении к другим профессиям, врач не оказывает услугу, врач лечит! Если мы соглашаемся с понятием «медицинская услуга» (*Аплодисменты.*), к нам автоматически применяется закон «О защите прав потребителей», что показывает последняя судебная практика. У всех на слуху дело врача-гематолога Мисюриной, если кто не помнит. Обычно возбуждается уголовное дело по статье 238 УК Российской Федерации, по которому, если не дай бог, одного пациента вы бы не смогли спасти, то можно получить до шести лет лишения свободы, если двух и более – от пяти до десяти, специально посмотрел Уголовный кодекс.

Далее. Декриминализация деятельности врачей первых пяти лет работы. Сейчас большая часть выпускников медицинских вузов идёт на работу в амбулаторно-поликлинические учреждения. Они обычно практически не имеют навыков, необходимых для работы с пациентами, раньше была интернатура, сейчас её нет. Думаю, что будет прослеживаться две тенденции. Часть врачей будет работать с пациентами по принципу «от себя», то есть стараться направить пациента, куда угодно, лишь бы не нести за него ответственность. Другая часть молодых врачей будет пытаться его вылечить, однозначно совершая ошибки, которые рано или поздно попадут в поле зрения наших правоохранительных органов с применением статьи 109 части второй Уголовного кодекса Российской Федерации. И я говорю это не на пустом месте. По моим подсчётам, сейчас в Российской Федерации по данным сети «Интернет», крутятся около 250 уголовных дел в отношении врачей.

Простой пример. У нас молодая врач, педиатр первого года работы, получила два года, правда, условно, за случай, когда она вовсе не собиралась убивать ребёнка, так вот случилось, что его не удалось спасти. И – два года, реальный срок.

Далее. Декриминализация деятельности наиболее опытных врачей при отступлении от стандартов и клинических рекомендаций в сложных, нестандартных, а зачастую и экстренных ситуациях с целью спасения жизни пациента. Давно назрела необходимость введения страхования медицинской деятельности при выполнении медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей. Нашу страну буквально накрыл «девятый вал» гражданских исков, предъявляемых к ЛПУ. А в связи с планируемым лицензированием каждого врача, иски будут предъявляться уже непосредственно к нему. Чтобы заработал этот механизм, необходимо в наше уголовное законодательство ввести понятие «врачебные ошибки», как ошибки врача при исполнении своих профессиональных обязанностей, что является добросовестным заблуждением и не содержит состава преступления или признаков проступка.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Уважаемые коллеги, предоставляю слово члену-корреспонденту Российской академии наук Разумовскому Александру Юрьевичу, председателю Российской Ассоциации детских хирургов.

Разумовский А. Ю. Да, и заведующему самой большой на свете кафедрой. У нас потрясающе прошли несколько часов, они дадут очень сильный толчок, и результат неизбежно будет. Но мы будем работать с вами опять же над вот этими стандартами. Мы сейчас работали над профстандартом детского хирурга. То, что получилось, будет опубликовано. Если вы будете пассивны, то у нас не будет хорошего результата.

Но я хочу сказать только об одном, это моя точка зрения. Нужно увеличить ординатуру по детской хирургии минимум до четырёх лет. Если обучающийся не хочет быть оперирующим хирургом, то учиться он будет года два. Это я примитивно так говорю, а четыре года – это минимальный срок. Думаю, что по возможности это должно быть больше. Во всём мире хирурга детского готовят минимум восемь лет. Понимаете? Ну не можем мы за два года подготовить детского хирурга.

Дальше. Фетальная хирургия должна развиваться только в государственных учреждениях и под контролем Ассоциации детских хирургов. Потому что это очень рискованный вид человеческой деятельности. Я очень интересуюсь этим на протяжении многих лет и хочу согласиться с коллегами: очень сдержанное отношение во всём мире к этому. И, порой, к нам, в Россию, извините, приезжают люди авантюрного склада, чтобы продвигать какие-то технологии. Нам нужно быть очень осторожными вот в этом виде человеческой деятельности.

Ну и (я убеждён в этом, мы с Владимиром Михайловичем об этом много лет говорим) у нас должна быть одна специальность – «детская хирургия»! У нас не должно быть: «уролог-андролог», «травматолог-ортопед», должна быть одна специальность. Я, как главный специалист в Москве, испытываю страшные сложности с тем, что у нас такое дробление специальностей.

Вот это ключевые вопросы: одна специальность, продолжительное обучение и контроль Ассоциации детских хирургов. И тогда, я думаю, будет немножко легче! Всё, успехов вам. Спасибо.

Председательствующий. Уважаемые коллеги, прежде чем сказать завершающее слово на сегодняшнем «круглом столе», я скажу, что в самом начале написал небольшой пост о том, что детские хирурги и педиатры – удивительные люди, потому что за сухими цифрами, которые приводятся здесь во время выступления, есть искренняя обеспокоенность о своих маленьких пациентах! Есть трепет за свою специальность. Здесь была оживлённая дискуссия: кто-то считал, что должно быть разделение специальностей, кто-то говорил, что должна быть одна специальность. Но нам как законодателям очень важно, чтобы вы, оказывая помощь этим крохам, нашим маленьким пациентам, всегда были защищены, чтобы вы никогда не попадали в ножницы разных мнений. И для этого Комитет по охране здоровья будет делать всё!

Мы будем заниматься, в том числе, статистикой, школьной медициной, и для этого много сделано. Здесь говорили про зарплату ординаторов. Дмитрий Анатольевич Морозов выступал в Государственной Думе, поднимая этот вопрос. Вы абсолютно правы.

В Стратегии, которую уважаемые члены президиума обозначили, я думаю, изложена та самая ведущая роль Ассоциации детских хирургов, ваших профессиональных сообществ!

Во всех докладах звучало: вы определяете это будущее! Ни Минздрав России, потому что стандарты пишутся на том, что предоставляет Ассоциация. Это ваша роль. И от того, как вы ей будете заниматься, зависит очень многое в будущем! А Комитет по охране здоровья сделает всё от нас зависящее, чтобы оказывалась помощь маленьким пациентам и чтобы вы были защищены.

Спасибо вам большое за ваше сердце! (*Аплодисменты.*)

СТЕНОГРАММА
«круглого стола» на тему «Законодательное регулирование
охраны психического здоровья населения Российской Федерации».
14 мая 2018 года.

Председательствует заместитель председателя
Комитета Государственной Думы по охране здоровья
Н. В. Говорин

Председательствующий. Уважаемые коллеги, мы начинаем нашу работу. Наше заседание посвящено очень сложной, но в то же время очень важной проблеме: законодательного регулирования оказания психиатрической помощи населению Российской Федерации.

В этом зале собрались ведущие эксперты, депутаты разного уровня, представители органов исполнительной власти. И открыть заседание я хотел бы попросить руководителя фракции Либерально-демократической партии в Государственной Думе Владимира Вольфовича Жириновского. Пожалуйста.

Жириновский В. В. Добрый день! Тема очень важная и в общественном мнении. Поскольку в советский период психиатрия использовалась в политических целях, подозрение, что такое, может быть, ещё частично сохраняется, есть у некоторых граждан.

За рубежом, особенно в Америке, это в порядке вещей, чтобы был свой адвокат у семьи, свой психоневролог, психиатр и так далее. Это проблема XXI века: психиатрические заболевания, оказание психиатрической помощи, поскольку это, может быть, связано с образом жизни.

Ведь очень часто люди сталкиваются с последствиями того, что, например, где-то прапрадедушка был на каторге или когда-то над бабушкой издевались, и это все не проходит бесследно, всё передаётся через генетический код, а потом у правнука или у правнучки возникают какие-то вспышки заболеваний.

И сама жизнь современного города – постоянно стрессовая ситуация, постоянно шум, грязный воздух, грязная вода.

Семейные отношения. Количество разводов растёт, а не уменьшается, всё чаще возникают конфликты между детьми и родителями, безработица, проблема с жильём – всё это воздействует на психическое состояние человека.

И, конечно, он нуждается в поддержке, в помощи, но иной раз получить поддержку не получается. Допустим, диагноз поставят, на учёт поставят, а снять с учёта некому. Вот к кому обращаться, чтобы сняли? Не везде есть эти соответствующие органы, экспертиза.

Видимо, нужна какая-то независимая экспертиза, чтобы человек мог освободиться вовремя от того диагноза, который уже, может быть, не соответствует его психическому состоянию. Или, чтобы это не было бы причиной давления на него.

У нас просто есть ещё такие проблемы, как определённая разобщённость людей, например, в Москве больше всего одиноких людей не просто потому что они не могут найти себе спутника жизни.

В деревне, там выбора нет, как говорится, приходится им образовывать семьи, поскольку другого варианта нет. А в большом городе они ждут, надеются, но это не получается. Это ведёт к срывам, это может иметь и серьёзные последствия вплоть до самоубийства.

Я до сих пор не могу забыть одну сотрудницу, с которой сидели в одной комнате. Женщина замуж не вышла и любовника не завела, настолько честная была. Училась в Университете дружбы народов, познакомилась с арабом, они какое-то время были вместе, а потом он уехал, а она осталась с сыном, Дима его звали.

Она его при мне воспитывала каждый день: ты сходи, ты сделай, всё на таком нервном срыве. И в коллективе ей было тяжело, потому что жизнь не устроена.

Пробили мы ей квартиру, ну и после этого не сложилось. В конце концов, парень выбросился из окна. Мне это запало в душу, потому что я его видел, она иногда приводила его на работу, я слышал несколько лет, как она его по телефону воспитывала: Дима, сделай то-то, в какую-то китайскую школу оформила. Ну, где парень? И она несчастная. То есть видите, к чему приводит это вот состояние психическое, неопределённости в её жизни. И парень такой тихий-тихий, он всё терпел, терпел, а потом с двадцатого этажа сиганул. Ну, каково это всё?

Вот на Речном вокзале недавно было. Мать поднимается на девятый этаж многоэтажного дома, разведённая, муж создал другую семью, в другом месте живёт. Мальчикам: старшему девять лет и младшему четыре. Выходит на балкон и обоих выбрасывает. Когда четырёхлетнего столкнула, он не понял, что она сделала, а девятилетний начал сопротивляться, говорить: мама, я не хочу. Но она всё равно его скрутила.

А недавно у нас ещё был случай, опять мальчик себя убил... Начинают расспрашивать: да, говорят, нормальная семья, всё хорошо, ну, в последнее время такой замкнутый был... То есть не хватает общения, понимаете, равнодушные учителей, воспитателей, мы, родители, все на работе. Только работа, работа, работа, а что вот на душе у человека. А ведь замкнутость и отрешённость – это первый признак того, что человеку нужно помочь.

У нас нет даже понятия «психологическая помощь». У нас люди не любят, когда к психологу ходят на какие-то консультации, считают, что это не очень хорошо. Надо переломить это всё.

Ну, конечно, и борьба с курением имеет значение, это тоже вред здоровью, в том числе психическому, и борьба с алкоголизмом.

Мы поддерживаем Минздрав России, здесь, наверное, есть его представители. Мы против того, чтобы восстанавливать курительные комнаты в аэропортах или продавать алкоголь на АЗС.

Вот возьмите Тбилиси, вышла молодёжь, протестует у парламента Грузии. Почему? Полиция устроила облавы, несколько человек погибли. Полиция искала новый наркотик, в клубах его употребляли. Надо защитить молодёжь в Тбилиси, но требуют в отставку министра внутренних дел. Якобы слишком жёстко вышвыривали всех из ночных клубов. Вот как! Надо дать больше прав полиции, врачам, иначе наркотики будут гулять по ночным клубам.

Всё это имеет отношение к психике, к поведению. Психическое здоровье ухудшается у всех, у всей планеты и не надо нелепые делать заявления: у него или у неё весеннее или осеннее обострение. Это мы с вами виноваты – общество.

Вот сейчас в Иране каково всем жителям? Они ждут удара, очень жёсткого, когда будут разрушены десятки заводов, испытывают страх ожидания. Вот какими вырастут дети в ожидании сирийского варианта развития событий на территории Ирана? Это огромная страна – 80 миллионов. Молодёжи до 30 лет 70 процентов, самая молодая в мире страна. В каком состоянии они растут? Поэтому всё имеет отношение к проблемам психического здоровья, и мы должны в законодательстве расширять правовую базу.

Вот простой пример: борьба с шумом. Мы приняли закон «О полиции», раньше участковый мог выписать штраф в соответствии с Кодексом об административных правонарушениях (КоАП РФ). Вот шумят где-то, соседи пожаловались. Сейчас по закону «О полиции» это перешло к федеральным органам. И как теперь бороться с шумом?

Участковый уже не может выписать штраф, а полиция говорит, что ей эти права никто не передавал. Значит, местные участковые от этого дела отстранены, а федеральные органы не получили эту функцию. И граждане жалуются, а полицейские ничего не могут сделать. А это же шум, это же воздействие на психику постоянно, постоянно шум, шум, шум за окном, за дверями, на улице и так далее, что имеет огромное значение. Если вода грязная, то можно найти чистую где-то, даже в аптеке продают минеральную воду, а вот от шума, который идёт со стороны города, гражданин не может оградить себя. И в этом мы виноваты частично, депутаты. Мы должны больше внимания уделять правовой базе, чтобы дать возможность и врачам, и полиции, и общественным организациям, и самим гражданам помочь в оздоровлении, чтобы у нас было как можно меньше психических заболеваний.

Председательствующий. Спасибо большое, Владимир Вольфович.

Вы совершенно правы, что именно социальное стрессовое расстройство является сегодня ведущим фактором риска развития многих психических заболеваний. Вот именно поэтому сегодня мы будем обсуждать законодательное регулирование в сфере охраны психического здоровья. Потому что законодательство нуждается в очень серьёзном реформировании, потому что состояние психического здоровья интенсивно меняется.

Позвольте мне сделать короткое сообщение... *(Микрофон отключён.)*

...продуктивность нашей сегодняшней работы во многом будет определяться не столько критической оценкой накопившихся проблем в сфере правового регулирования оказания психиатрической помощи населению, сколько конструктивностью конкретных предложений, которые могут стать законодательными инициативами и в последующем проектами федеральных законов.

Уже в ходе подготовки к сегодняшнему «круглому столу» очевидным стала необходимость создания рабочей группы при Комитете по охране здоровья на долгосрочной основе, члены которой будут собираться с определённой периодичностью для обсуждения отдельных конкретных проблем и вопросов, определяя законодательные инициативы с позиций их актуальности, а главным образом их неотложности.

Коллеги, в постперестроечный период отечественная психиатрия в целом прошла непростой и в то же время вполне эффективный путь своего становления, смогла сохранить свои национальные преимущества в виде преимущественности стационарной, внебольничной помощи, диспансерного наблюдения, совершенствования экспертной деятельности, прошла, надо сказать, успешную адаптацию в рамках закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании, показала умение работать по МКБ-10, международной классификации, обеспечила внедрение полипрофессиональ-

ного подхода к лечению и реабилитации лиц с психическими заболеваниями и многое другое. Это вот наша новейшая история.

Главное, что наша психиатрия стала более открытой для общества, о чём сказал, кстати, Владимир Вольфович. Оскорбительный и несправедливый термин «карательная психиатрия» исчез даже из лексикона журналистов.

В то же время в современном мире, в том числе и в нашей стране, появляется новое, и социальные, и медицинские проблемы, которые требуют совершенствования законодательства именно в сфере охраны психического здоровья населения. Это касается высокого уровня распространения социально-стрессовых расстройств, невротических нарушений, депрессий, когнитивных нарушений у лиц особенно пожилого возраста, а главное – высокая коморбидность психических и соматических расстройств.

Особую актуальность в нашем обществе, в нашей стране представляют психические расстройства у детей и подростков, включая поведенческие и аффективные расстройства, высокий уровень самоубийств и подростковую агрессию, зависимость от психоактивных веществ, от сети «Интернет», расстройство пищевого поведения – вот тот неполный перечень проблем, которые сегодня являются чрезвычайно важными и требуют своего не только клинического, лечебного решения, но и главным образом изменения законодательства.

В обстоятельствах непростой демографической ситуации указанные проблемы являются чрезвычайно актуальными. Психические расстройства становятся всё большим экономическим бременем для государства. Мы обращаем внимание на рост первичной инвалидности среди детей. И, к сожалению, уже на протяжении последних трёх лет в структуре причин такой инвалидности отчётливо первое место занимают именно психические расстройства.

Основополагающим актом в сфере охраны психического здоровья является закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании, который начал в стране практически работать с 1993 года. И тогда многие из вас, работая в рамках этого закона, обращали внимание, что он был как костюм на вырост. Но в то же время принятие этого закона, его применение в практической деятельности было на самом деле очень непростым, потребовало разработки целого пакета подзаконных актов. Да и в последующем, вплоть до настоящего времени, требовалось постоянное внесение изменений и дополнений в отдельные статьи этого закона.

При этом и в настоящее время далеко не все аспекты федерального законодательства в сфере оказания психиатрической помощи отрегулированы. Более того, существуют такие острые проблемы, которые просто нуждаются в решении незамедлительно. В частности, в серьёзной ревизии нуждается федеральное законодательство по применению принудительных мер медицинского характера. Порядок исполнения принудительных мер медицинского характера, как известно, определяется уголовно-исполнительным законодательством Российской Федерации согласно 97 статьи части третьей. Однако это требование до сих пор не выполнено.

Например, в УПК появилась статья 435, касающаяся помещения в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, лица при установлении факта психического заболевания до вынесения судом окончательного решения по делу. Однако многие вопросы остаются без дальнейшего законодательного регулирования, в том числе какие стационары – обычные или режимные имеются в виду, можно ли осуществлять перевод этого лица в другие учреждения по медицинским показаниям. Можно ли лечить без согласия в этом случае. Как отменять указанную статью. За всем этим стоят конкретные судьбы и люди.

Сотрудники Центра Сербского проделали огромную аналитическую работу по систематике правовых коллизий принудительных мер медицинского характера и по существу сформулировали основные предложения для законодателей.

Кроме того до сих пор нет эффективного законодательного регулирования охраны стационарных отделений судебно-психиатрической экспертизы, что вызывает очень серьёзные проблемы и нарекания. В Государственную Думу по этому поводу уже поступают обращения. Не устранены серьёзные противоречия, касающиеся легитимности амбулаторных судебно-психиатрических учреждений или отделений. Известно, что согласно федеральному законодательству о государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации (федеральный закон № 73-ФЗ), экспертной судебно-психиатрической, экспертной организацией является только та, которая оказывает психиатрическую помощь в стационарных условиях. А как же быть амбулаторным судебно-психиатрическим экспертизам?

Примером правовой коллизии являются и появившиеся изменения Федерального закона № 317-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности», посвящённого добровольности и принудительности при производстве судебной экспертизы, а также введены возрастные градации. 16 лет – для немедицинских судебных экспертиз и 15 лет – для медицинских, кроме больных с наркоманией, где фигурирует 16-летний возраст. То есть очень серьёзно существуют такие вот коллизии.

Таким образом, в сфере законодательного регулирования и оказания психиатрической помощи населению, особенно в производстве судебно-психиатрических экспертиз и вопросов принудительного

лечения существуют очень серьёзные правовые проблемы, которые являются чрезвычайно важными для их разрешения.

Уважаемые коллеги, одним из важных вопросов, который активно обсуждается в психиатрическом сообществе – это вопрос нормативно-правового регулирования диагностики и лечения тревожных и депрессивных расстройств врачами первичного звена. В настоящее время это противоречит федеральному закону о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании, где в пункте 2 статьи 20 регламентировано, что установление диагноза психического расстройства, заболевания и принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке является исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров. При этом заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья носит предварительный характер. Это записано в статье 20 пункта 3 этого закона.

С другой стороны, учитывая высокий уровень распространённости невротических, в том числе, соматоформных невротоподобных расстройств, частоты их коморбидности с соматическими заболеваниями, особенно у лиц пожилого возраста, существует реальная проблема снижения доступности психиатрической помощи населению, в первую очередь в амбулаторно-поликлиническом звене.

Стратегия развития отечественного здравоохранения предполагает активную подготовку врачей общей практики по новым ФГОСам. И к 2035 году, как известно, практически все наши выпускники будут изначально выпускаться как врачи общей практики. В настоящее время оказание первичной амбулаторно-поликлинической помощи является наиболее узким и проблемным местом нашего здравоохранения, особенно в отдалённых районах, в сельской местности и, конечно, в первую очередь, по причине дефицита врачебных кадров.

Всем хорошо известно, что эту проблему в здравоохранении вполне отчётливо обозначил Президент России Владимир Владимирович Путин как в Послании Федеральному Собранию, так и в майском указе о национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации до 2024 года.

В реализации поручения Президента России в части модернизации амбулаторно-поликлинического звена особое место должны занимать вопросы подготовки медицинских кадров и расширение их компетенций в области ранней диагностики, в том числе, как мы считаем, психических, наркологических расстройств, а также устранение факторов риска о предупреждении заболеваний.

Таким образом, обозначенная коллегами проблема оказания помощи больным с тревожными депрессивными расстройствами также весьма актуальна и требует глубокого всестороннего анализа, при этом очень взвешенных решений и, конечно, последовательных действий.

Именно с обсуждения этой проблемы мы начнём заседание нашего «круглого стола». Коллеги, я очень прошу всех соблюдать регламент.

Первые три выступления должны быть максимум до 10 минут, другие выступающие до пяти минут, после выступления мы сможем задать вопросы нашим основным докладчикам и, конечно, я очень надеюсь, что мы оставим время для дискуссий и дополнительных предложений. В 18 часов мы должны закончить нашу работу.

Разрешите мне предоставить первое слово профессору Георгию Петровичу Костюку с его сообщением. Пожалуйста. Георгий Петрович – главный внештатный специалист, психиатр Департамента здравоохранения города Москвы.

Костюк Г. П. У меня есть презентация... Так листать будет оператор, да?

Уважаемые коллеги, я сегодня хочу изложить итоги работы на площадке Общественной палаты Российской Федерации, итоги обсуждений на тему, о которой сейчас сказал Николай Васильевич, и которая возникла в связи с тем вниманием, которое в Москве и в московском здравоохранении было обращено к пограничным невротическим, психическим расстройствам в ходе реорганизации и модернизации нашей службы. *(Демонстрируется слайд.)*

Состоялось три мероприятия на площадке Общественной палаты и кроме того в рамках Российского общества психиатров 15 сентября была принята специальная резолюция правления общества по этой проблеме.

Вот по итогам общественных слушаний, которые прошли 3 октября, были направлены рекомендации в Государственную Думу, в Совет Федерации, Правительство России и Министерство здравоохранения Российской Федерации, которые были там рассмотрены. Вот сегодня мы, кстати говоря, тоже в продолжение этих рекомендаций частично проводим сегодняшний «круглый стол». *(Демонстрируется слайд.)*

Сегодня уже звучало, что невротические расстройства, пограничные расстройства получают широкое распространение, это признают эксперты ВОЗ, это признают наши специалисты, по данным эпидемиологических исследований на разных группах они иногда встречаются до 60 процентов.

В то же время по данным нашей официальной медицинской статистики, которую можно увидеть на данном слайде, в нашей стране в промежутке от 2005 до 2013 года, невротические, связанные со стрессом ... расстройства регистрировались на уровне заболеваемости шизофренией, а вот начиная

с 2010 года – на более низком уровне. Это не означает, что у нас уровень заболеваемости шизофренией высок, это означает, что невротические расстройства в таком малом количестве случаев регистрировались нашей службой.

Обратите внимание, что аффективные непсихотические расстройства вообще очень сильно отстают даже от этих двух нозологий. *(Демонстрируется слайд.)*

Если сравнивать данные о диагностике депрессии, то в мире она на уровне пяти процентов, в нашей стране менее одной сотой процента. *(Демонстрируется слайд.)*

Тревожное расстройство в 30–40 раз реже диагностируется по сравнению с данными эпидемиологических исследований и с данными мировой литературы. *(Демонстрируется слайд.)*

Вот какова причина такой низкой регистрации? Эти данные отражают деятельность психиатрической службы, это значит, что к психиатрам данные пациенты не попадают. А куда же они попадают, ведь они есть и мы их видим при многочисленных исследованиях? *(Демонстрируется слайд.)*

По данным мировой литературы, данным экспертов ВОЗ, эти пациенты оказываются в поликлиническом звене, такая их обращаемость связана, во-первых, с низкой доступностью психологической психиатрической помощи, низкой доступностью вследствие стигматизации, об этом сегодня Владимир Вольфович говорил, высокой коморбидностью тревожно-депрессивных расстройств и соматических заболеваний, соматическими проекциями, соматическими проявлениями тревоги и депрессии. Ну и также тем, что очень часто содержанием переживания у депрессивных больных становится состояние их здоровья, соматического здоровья, в первую очередь. *(Демонстрируется слайд.)*

Мы анализировали мировой опыт. В частности, в 2013 году (с перспективой до 2020 года) был принят европейский план действий в области охраны психического здоровья, где очень ясно, чётко прописывается в качестве основного приоритета оказание психиатрической помощи в первичном звене медико-санитарной помощи. Первичное звено – это врачи, оказывающие первичную врачебную медико-санитарную помощь. В нашем законодательстве это участковые врачи, участковые врачи-терапевты, педиатры, врачи общей практики и семейной медицины. *(Демонстрируется слайд.)*

В нашем в психиатрическом законе статья 16 гарантирует психиатрическую помощь как раз при оказании первичной медико-санитарной помощи. Кажется бы, здесь всё нормально, но нужно понимать, что первичная медико-санитарная помощь – это широкое понятие, оно включает и доврачебную помощь, и первичную врачебную, и в том числе специализированную. Так вот, исключительно в рамках специализированной помощи выполняется этот пункт. Я очень прошу вас, верните, пожалуйста, слайды обратно. Вы далеко зашли вперёд, ещё назад, пожалуйста. *(Демонстрируется слайд.)*

Так вот, с одной стороны, статья 16 предполагает оказание помощи в рамках первичной медико-санитарной, а 19-я статья очень чётко ограничивает эти возможности, прописывая, что право на врачебную деятельность по оказанию психиатрической помощи имеет только врач психиатр. *(Демонстрируется слайд.)*

На основании анализа этой ситуации были сформулированы рекомендации, которые, если коротко, можно изложить в следующей редакции.

Первое. Если мы принимаем мировую модель оказания помощи при этих расстройствах, признавая, что в настоящее время всё-таки наши пациенты не получают психиатрической помощи, как требуется, то нам необходимо внести некоторые изменения в законодательную базу и расширить возможности врачей общей практики, естественно, прописав те ограничения, которые должны при этом выполняться, как это и делается в других странах.

Есть ещё две очень существенные проблемы, это проблемы образовательных программ. На сегодняшний день наши врачи общей практики не обладают необходимыми знаниями, и этот вопрос, конечно же, нужно решать, нужно вносить и в стандарт образовательный, и в профессиональный стандарт... кстати говоря, оговорюсь сразу, что в профессиональном стандарте эти вопросы для врачей общей практики уже прописаны, они там есть – и по диагностике, и по фармакотерапии.

И третий вопрос, который тоже является очень важным, это вопрос финансирования психиатрической помощи. В настоящее время, как известно, она финансируется... это является расходными обязательствами бюджета субъекта Российской Федерации, она не финансируется в рамках ОМС, и здесь требуется решение.

Данные рекомендации, как я уже сказал, были направлены в разные инстанции, и получены отзывы, в частности из Министерства здравоохранения Российской Федерации тоже получен отзыв, где указывается на то, что не подготовлены на сегодняшний день врачи общей практики для такой работы. Да, это совершенно очевидно, это нужно планировать, и, конечно, это не может быть сделано в одночасье, скажем завтра после «круглого стола», требуется достаточно большой период, который бы позволил внести в образовательные программы изменения, осуществить их, и только после этого можно вести речь о правоприменении.

Второй очень важный аспект, о котором тоже говорилось, касается очень многих правовых последствий наших диагнозов, связанных с освидетельствованием, связанных с военной службой, целый перечень. И в этой связи я хочу сказать, что очень важно разделять медицинскую помощь и медицин-

скую деятельность. Кстати говоря, в законе № 323-ФЗ это очень чётко прописано, а в нашем законе это не получило должного отражения, что представляет некоторую путаницу. Так вот, естественно, любые решения, которые могут нести правовые последствия, могут оставаться только в компетенции врачей-психиатров либо комиссии.

Ну и наконец, вопрос с финансированием, он тоже решается на уровне Правительства России либо на уровне субъектов Федерации. *(Демонстрируется слайд.)*

Те изменения, которые могут быть применены в законодательстве для решения этих вопросов, во-первых, будут в презентации, во-вторых, они есть в тех материалах, которые были распространены среди участников «круглого стола».

Ещё один очень важный вопрос касался чрезмерного потребления психоактивных веществ, а именно транквилизаторов, в первую очередь. Но в настоящее время мы отмечаем такое чрезмерное потребление как раз в тех случаях, когда не очень образованные врачи всё-таки пытаются лечить наших пациентов. Наши пациенты идут к терапевтам, они им пытаются оказывать помощь, назначают «Феназепам» и другие препараты противотревожного спектра, которые, конечно же, создают этот фон для чрезмерного злоупотребления.

Спасибо большое за внимание. У меня время вышло.

Председательствующий. Спасибо, Георгий Петрович, спасибо.

Слово предоставляется президенту Российского общества психиатров профессору, доктору наук Николаю Григорьевичу Незнанову. Пожалуйста.

Незнанов Н. Г. Я в своём сообщении хотел бы привести ряд аргументов, о которых говорил предшествующий докладчик, для того, чтобы прокомментировать то, как ситуация с этой проблемой складывается за рубежом и в нашей стране.

Пожалуйста, первый слайд. *(Демонстрируется слайд.)*

Актуальность достаточно высока, вы видите, что на протяжении многих лет мы получаем цифры Министерства здравоохранения Российской Федерации, что порядка 20 процентов населения Российской Федерации нуждается в помощи специалистов, занимающихся проблемами психического здоровья, но обращаемость достаточно низка. *(Демонстрируется слайд.)*

Это показатель, который характеризует распространённость психических расстройств среди населения, вы видите, что он примерно один и тот же – и аффективные расстройства, и расстройство тревожно-депрессивного спектра занимают доминирующее положение. *(Демонстрируется слайд.)*

Этих больных достаточно много и в общемедицинской сети. Если мы посмотрим на данные, которые касаются стационарной и амбулаторной помощи населению в целом, то и среди больных стационаров, и среди больных, которые обращаются за амбулаторной помощью, этот показатель достаточно высок: где-то четверть обращающихся обнаруживает те или иные аффективные расстройства. *(Демонстрируется слайд.)*

Конечно, то, что касается категорий больных, этот показатель достаточно разнится, и вы видите, что больных среди страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, онкологическими и заболеваниями лёгких... процент достаточно высок и, по некоторым данным составляет порядка 80 процентов.

(Демонстрируется слайд.)

Наши данные, которые касаются работы офисов врачей общей практики (я имею в виду данные по Санкт-Петербургу), они показывают, что среди лиц общего населения, обращающегося к врачам общей практики, этот показатель превышает 100 процентов. То есть речь идёт о том, что у ряда больных наблюдается сочетание тревожно-депрессивных расстройств. *(Демонстрируется слайд.)*

Достаточно высока потребность в психотропных препаратах, сразу хочу сказать, что речь идёт преимущественно о назначении антидепрессантов, которые являются стандартом выбора при назначении больных с тревожными и депрессивными состояниями. *(Демонстрируется слайд.)*

Естественно, вне контекста тревогу и депрессию рассматривать невозможно, поскольку они представляют собой континуум. Об этом уже говорил Георгий Петрович. Я, если позволите, дальше обращусь к научному исследованию. *(Демонстрируется слайд.)*

Ну, по депрессии понятно. Я хотел бы обратить внимание и врачей-психиатров, и иных специалистов, которые присутствуют сегодня в зале. Вот этот слайд я привожу специально. Речь идёт о депрессиях, отличных от тех депрессий, которые встречаются в психиатрических стационарах. Я обращаю ваше внимание на то, что на авансцену выходят физические и ассоциированные расстройства. И естественно, с этими жалобами пациенты не идут к врачу-психиатру, они растворяются среди врачей других специальностей, чаще обращаясь к врачам-кардиологам, неврологам и иным специалистам.

(Демонстрируется слайд.)

Давно установлено, что подавляющее большинство существующих болезней, которое представляют наибольшую распространённость и являются причиной смертности в Российской Федерации, относятся к так называемым мультифакторным болезням, где есть определённая наследственная предрасположенность и тесное взаимодействие между агрессивной внешней средой и определённой биологической предрасположенности, но таких заболеваний более 90 процентов.

Речь идёт не только о психических заболеваниях, это, прежде всего, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, язвенная болезнь желудка, ну и ряд психических заболеваний. *(Демонстрируется слайд.)*

Сердечно-сосудистые заболевания и депрессия. Это одна из актуальнейших проблем, одна из основных проблем смертности в Российской Федерации.

Я бы хотел обратить ваше внимание, выделено красным цветом, что среди пациентов, которые страдали депрессией и у которых впоследствии, подчёркиваю, впоследствии развивалась сердечно-сосудистая патология, риск развития сердечных событий практически в два раза выше. Также исследование показывает, что риск смерти в первые два года после первоначальной оценки в два и более раза выше у депрессивных кардиологических больных, чем у больных, у которых нет депрессии.

Ну и также проблема связана с тем, что если спустя неделю после инфаркта замечается депрессия, риски смерти возрастают в 3–4 раза. *(Демонстрируется слайд.)*

Естественно, возникает вопрос: с чем, каким образом может быть связана депрессия? Я хотел бы обратить ваше внимание на условность деления всех форм патологий (соматической и психической) на отдельные нозологические формы. Есть универсальные механизмы, работающие в любом организме. Эти механизмы нацелены на то, что в случаях хронической тревоги или хронических депрессивных состояний срабатывает определённый механизм, и, прежде всего, это изменение гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, иммунной системы. И дальше, смотрите, каскад нарушений, которые возникают в центральной нервной системе – это нарушение нейротрансмиссии, изменение активности префронтальной коры, дисфункция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, приводящее к воспалению, симпатическому тону и последствия осложнения в виде кардиальных явлений: ишемия, тромбоз, аритмия, инфаркт миокарда и сердечная недостаточность.

Я подвожу вас к мысли о том, что тревога, депрессия, хронические состояния нередко являются причиной возникновения основных соматических, правильнее говорить – психосоматических заболеваний. *(Демонстрируется слайд.)*

Если позволите, это в порядке иллюстрации. Вот те каскады, которые запускаются в случае депрессии, опять-таки видите и прямое и косвенное влияние, финальная часть – возникновение сердечно-сосудистых заболеваний.

Возможные механизмы о неустановленной связи депрессии и сердечно-сосудистых заболеваний. То есть речь идёт о том, что депрессия, тревога являются неотъемлемой частью многих сердечно-сосудистых заболеваний.

Установлены связи о том, что хронически протекающая депрессия может привести к серьёзным нейродегенеративным расстройствам и Николай Васильевич сегодня уже говорил, что проблема когнитивных расстройств становится актуальной для нашей страны. *(Демонстрируется слайд.)*

То же самое хроническая депрессия, деменция, я хотел бы обратить ваше внимание, что финальные части могут быть различные, но каскады, которые запускает депрессия и тревога, одни и те же – это гиперкортизолемиа и медленное текущее хроническое воспаление. *(Демонстрируется слайд.)*

Депрессии и инсульт. Достаточно характерные показатели, здесь также в случае сердечно-сосудистых заболеваний риск гибели возрастает в разы. *(Демонстрируется слайд.)*

Сахарный диабет и депрессия. Я не буду подробно комментировать этот слайд, я привожу это только для того, чтобы проиллюстрировать опять-таки те универсальные механизмы, которые продемонстрировал на прежних слайдах. *(Демонстрируется слайд.)*

Ещё один механизм развития сахарного диабета второго типа.

Онкология и психический статус. Казалось бы, далеко стоящие друг от друга состояния, но мне, честно скажу, было удивительно слышать от ведущих онкологов, которые говорят, что психический статус – это важный фактор, который и приводит в тех неблагоприятных случаях к возникновению онкологии. Это важный фактор, который может играть и саногенную роль.

(Демонстрируется слайд.)

Ну и проблема отдалённого периода, на который мы начинаем обращать внимание, Николай Васильевич сегодня во вступительном слове это говорил, и Владимир Вольфович тоже, что ничто не проходит бесследно. Из поколения в поколение передаются психические расстройства, преимущественно большая депрессия выявлена у 80 процентов детей, матери которых страдают неполярной депрессией, у 70 процентов детей – матери, которые страдают деполлярным расстройством.

Веские аргументы, но я думаю, что мы сегодня будем их обсуждать. На мой взгляд, есть достаточно много аргументов, которые свидетельствуют о том, что мы должны тесно сотрудничать с врачами иных специальностей.

Я специально выбрал схему, которую предлагают не психиатры, а наши коллеги, которые сталкиваются с этой проблемой. Видите, речь идёт о взаимодействии врача общей практики, кардиолога, невролога с врачом-психиатром, психотерапевтом при их консультировании в случаях умеренно выраженной симптоматики, что позволяет оказывать помощь уже на первом этапе.

С чем мы сталкиваемся, почему столь остро возникает проблема? Слайд достаточно насыщенный, это эпидемиологический показатель деятельности психиатрических служб. Если в общем и целом говорить, что есть регионы, где не осталось ни одного врача-психотерапевта в Российской Федерации и резко снижается показатель в количественном выражении врачей-психотерапевтов по различным регионам, включая и центральные. *(Демонстрируется слайд.)*

Я в заключение хотел бы привести вам результаты опроса, который мы провели в Российском обществе психиатров в плане диагностики и терапии тревожных расстройств, это просто выжимки. Если кого-то заинтересует, я дам более подробный комментарий. *(Демонстрируется слайд.)*

Видите, доминирующие – это врачи-психиатры, врачи-психотерапевты, остальных специалистов было меньше. *(Демонстрируется слайд.)*

Место работы – психиатрические стационары, вот на это я акцентирую внимание: психиатрический стационар, психоневрологический диспансер и обратите внимание, что специалистов поликлиник, многопрофильных стационаров, специалистов психосоматических отделений было значительно меньше. *(Демонстрируется слайд.)*

Регионы, 75 регионов Российской Федерации, в основном, участники из Москвы и Санкт-Петербурга, Башкортостана, Краснодарского края.

Дальше, пожалуйста.

Председательствующий. Николай Григорьевич...

Незнанов Н. Г. Сейчас, уже заканчиваю.

(Демонстрируется слайд.)

Обратите внимание, что подавляющее большинство пациентов, внимание, обращаются за помощью в многопрофильный стационар, в психосоматические отделения, другие специалисты задействованы были значительно реже. *(Демонстрируется слайд.)*

То же самое касается отдельных расстройств. Вот середина, если обратите внимание, наиболее высокие показатели – это обращение в поликлиники, в психосоматические отделения. *(Демонстрируется слайд.)*

Сейчас, всё, уже заканчиваю. Вот то, что показано жёлтым, опять-таки основная доля пациентов идут в психосоматическое отделение, в многопрофильные стационары, в НИИ и практически не обращаются в психиатрические стационары за помощью. *(Демонстрируется слайд.)*

Ну и финальная часть. Вот посмотрите: подавляющее большинство обращающихся – это опять многопрофильные стационары, психосоматическое отделение. *(Демонстрируется слайд.)*

Завершая своё выступление, хочу сказать о том, что сегодня, собственно, у нас спор будет идти о пациентах, которые, к сожалению, никогда не окажутся в поле зрения психиатров, но это люди страдающие, это люди, у которых есть психические нарушения, это люди, которым надо оказывать помощь. Спасибо.

Председательствующий. Очень информативное сообщение. Николай Григорьевич, спасибо.

Разрешите мне предоставить слово главному психиатру Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессору Зурабу Ильичу Кекелидзе. Пожалуйста, Зураб Ильич.

Кекелидзе З. И. У меня вопрос. Во-первых, хотел бы спросить: психиатров я вижу, а терапевты есть? А сколько? То есть мы решаем вопрос таким образом, что мы, психиатры, считаем, что наши функции мы должны передать терапевтам, то есть тем, которых здесь нет. Я правильно понимаю?

А, вы за них ещё. Вот видите, два человека уже есть и... Это, конечно, уже хорошо, что хотя бы два человека из той группы, которой мы предлагаем вместо нас работать, здесь присутствует.

Вот первый слайд. *(Демонстрируется слайд.)*

Это известно давно: 52 процента составляют лица с психическими, пограничными расстройствами. 26 женщин, 12 мужчин, ну это по обращениям, реально они приближены друг к другу, ближе к 25, но речь идёт о том, что мужчины редко обращаются, не всегда правильно определяют своё состояние.

(Демонстрируется слайд.)

Вот то, что указано в тех бумагах, которые мы получили, в выявлении коррекции нарушения настроения, адаптивные колебания у пациентов в первичном звене и депрессии. *(Демонстрируется слайд.)*

Адаптивные колебания. *(Демонстрируется слайд.)*

Вот что на них влияет и это, наверное, не очень надо обсуждать – это и так понятно, что с адаптивными происходит: соблюдение режима работы и так далее. *(Демонстрируется слайд.)*

Ну почему женщины и коренные жители северных регионов – это понятно, потому что когда полярная ночь и тяжелые условия, часто дети рождаются слабые.

Следовательно, мы всегда стараемся, в первую очередь, приспособиться к своему часовому поясу и так далее. *(Демонстрируется слайд.)*

Что делает врач-психиатр и что должен делать врач-терапевт, я подчёркиваю: врач-терапевт, мы же ему это передаём, на первом осмотре? Для каждого психиатра – это азы: имеются ли расстройства, определяют ли расстройства поведение пациента, является ли пациент социально опасным для

себя и для окружающих? И ограничивают ли имеющиеся психические расстройства социальную активность пациента? Это те азы, которым мы обучаем психиатров в ординатуре.

(Демонстрируется слайд.)

Ну и вот эта часть, которую тоже должен врач изначально определить, а куда всё это отнести? Да, полный диагноз, возможно, он позднее может поставить, но тем не менее это обязательный момент, который должен знать врач.

Теперь следующее. Когда мы говорим о врачах-терапевтах, которым мы хотим это передать – это сравнение образования у нас, а это в США. Кстати, хочу подчеркнуть: в США в этом плане не лучшее образование. Я взял средний стандарт вот тут.

У нас 11 лет в школе, у них – 12, бакалавриат там есть, у нас нет, в бакалавриате, кстати, там учат то, что мы на первом, втором курсе института изучаем, ещё психологию.

Дальше. В мединституте выделяется 200 часов, у нас 90–120. Постдипломное образование: у нас в ординатуре врачей общего профиля психиатрия отсутствует. Подчёркиваю, отсутствует. А там три месяца работают психиатрами по супервизии психиатров.

Теперь следующее. Эта работа, в конце концов, была выполнена Центром Сербского, хотя изначально её должны были другие выполнить. Вот первый и второй – это врачи общего профиля и медсёстры общего профиля. Третий и четвёртый – это психиатры. Пожалуйста, комментарии. Это двойным слепым, как положено, сделано. И следующий слайд. Наверное, комментировать не надо?

(Демонстрируется слайд.)

Теперь, когда мы говорим, что передаём депрессии, я хочу спросить тех, кто с нами работает: все ли виды депрессии, которые здесь есть, мы все хорошо знаем, чтобы их дифференцировать один от другого и понять что это такое, уловить?

Дальше. Вот это я привожу отдельно, почему? Безволие. И как терапевты это лечат я видел сам. Первая фраза: возьми себя в руки. Можно себе представить, все психиатры знают, что в депрессии воли не существует. Поэтому вот эта фраза, которая нередко произносится врачами общего профиля, она там присутствует. Вот кому мы передаём наших пациентов. *(Демонстрируется слайд.)*

Теперь, когда мы говорим о депрессии, то очень хорошо должны знать, чем депрессия отличается от того, что здесь. Не всё снижение настроения является депрессивным синдромом. И реакция горя особенно отличается от депрессии, хотя во многих случаях, к сожалению, психиатры их лечат не дифференцируя. Все эти незнания, которые есть у терапевта, должны быть, иначе диагноз один, а лечим по-другому. И вот это и приводит к тому, что ведь обычно, когда мы больны, стараемся помочь, подбираем терапию, и это занимает определённое время. А сколько подбор будет занимать у терапевта? Наверное, немало.

Дальше. Какой обычно ответ? Вот надо взять опросник Цунга, по нему посмотреть, вот тебе и диагноз. Обращаю внимание, Цунг – всё-таки это психиатр... ещё, следующий покажите. Всем известны факторы стресса по Холмсу: то, что касается смерти одного из супругов – 100 баллов, ближайшие родственники, смерть одного из родственников – 63 балла, сюда и дети попадают.

Дети покидают дом в 16–17 лет. Вот почему здесь вот этот балл такой, а там меньше. Очень сомневаюсь, чтобы врачи-терапевты себе это представляли, понимали о чём идёт речь и как пользоваться опросниками, потому что они составлены психиатрами.

(Демонстрируется слайд.)

Вот общеизвестный диагноз – нервный срыв, который ставит любой непсихиатр. Но даже вот такое представление о себе, что это в МКБ-10 не присутствует, это тоже надо довести до их сведения.

(Демонстрируется слайд.)

Теперь количество суицидов на 100 тысяч населения и количество суицидов тех, кто состоит на учёте. Я комментировать это не буду, наверное, понятно, о чём идёт речь. *(Демонстрируется слайд.)*

А почему мы не говорим, сколько возможностей и времени у врачей, которые будут работать? Да, и у меня просьба, Евгений Вадимович, раздайте, пожалуйста. Раздали, да? Хорошо. Педиатр – 9, терапевт – 10, врач общего профиля – 12, врачи-психиатры – 15. Психотерапевт отсутствует вообще в этой новой схеме, которую мы хотим ввести.

А отсутствует потому что кому нужна психотерапия, психоанализ и так далее? Эта категория попадает терапевтам. Следовательно, мы их не только должны 25–32 часа обучать, а учить всему, чем пользуются в малой психиатрии и с достаточно большим эффектом.

Теперь дальше. Говорят, что не престижна психиатрия, мало людей идёт овладевать этой специальностью. Не хватает психиатров, действительно, 29,8 процента. *(Демонстрируется слайд.)*

Когда говорим, что малопрестижная профессия. Вот кто лечит наших больных. И при том все они говорят: к психиатру не ходи, поставит на учёт.

Пульмонолог, странным кажется, да, что табачную зависимость лечат пульмонологи? Анестезиологи лечат, как известно, больных алкоголизмом. Ну и остальное. Но самое частое, я давно этим занимаюсь, такая профессия тоже существует: вот кто на самом деле стигматизирует психиатрию – наши коллеги. И это они стараются делать. Не хотелось бы об этом говорить, но когда у больного кардиофо-

бия и терапевт знает, что он его вылечить не может, но одновременно знает, что от этого крайне редко случаются инфаркты, он этого пациента годами держит у себя, лишь бы не отпустить его к психиатру, понятно, по какой причине. *(Демонстрируется слайд.)*

Мы говорим, что у нас плохо с населёнными пунктами. Да, это так, действительно. Общее количество городов в России более двух тысяч, из них около двух тысяч, где население выше 12 тысяч. *(Демонстрируется слайд.)*

Сельских населённых пунктов 150 тысяч у нас. Только в пяти процентах, это семь-восемь тысяч населённых пунктов, сельское население превышает тысячу человек.

Ну и последнее, где от единицы до ста. Реальную картину мы всё равно не знаем. *(Демонстрируется слайд.)*

Это касается урбанизации, это происходит во всех странах. Мы от этого никуда не уйдём, происходит укрупнение, следовательно, создаётся условие для улучшения социального положения, в том числе и здравоохранения.

Далеко за примером ходить не надо. Подмосковье, вы знаете, объединяется, то есть происходит урбанизация. Разумеется, это облегчает планирование, в том числе и оказание помощи.

В первую очередь должно быть улучшение образования психиатров и психиатры должны учиться, по крайней мере, три года. И не только психиатры, но, разумеется, и наркологи, психотерапевты, если они нам понадобятся, судебные психиатры и так далее.

Второе. В ординатуру врачей общего профиля всё-таки надо вводить цикл психиатрии не для того, чтобы они лечили психические расстройства, а для того, чтобы хотя бы понимали, о чём идёт речь и понимали, что они должны передавать этих больных психиатрам.

И следующее – унификация программ обучения по психологии и психиатрии в медресах страны. Мы старались это делать. Но получается так, что лекции, которые читаются в медресах и особенно на курсах повышения квалификации, – это конспект докторской диссертации заведующего кафедрой.

И самое главное, мы почему-то старательно обходим очень важный вопрос: почему и по какой причине во многих городах и в Москве в первую очередь убрали всех врачей-психиатров и психотерапевтов и не предпринимается никакой попытки их вернуть туда. Если хирург и анестезиолог вместе работают, когда проводят операцию, почему психиатр и психотерапевт не могут находиться на территории поликлиники? А по простой причине, потому что там ОМС, а эти специальности не в ОМС. Другого объяснения я не нахожу. И почему эти люди отстранены, тоже совершенно непонятно. Хорошо, они отстранены, но можно ведь просить взять этих врачей и диспансер с этим согласится. Пока хотя бы сделать элементарный первый шаг.

Вот всё, о чём мы говорили, это наше пафосное желание. Как это вяжется с тем, что врачи-терапевты будут лечить половину тех больных, которые обращаются и должны обращаться к психиатрам и психотерапевтам?

Спасибо за внимание.

Председательствующий. Спасибо большое. *(Аплодисменты.)*

Уважаемые коллеги, я говорил о том, что мы создадим рабочую группу при Комитете по охране здоровья для того, чтобы мы работали по отдельным блокам постоянно, очень много таких проблем. Но вот сегодняшняя тема: готовы ли сегодня мы – психиатры, мы – врачи общей практики взвалить на себя груз тех проблем? Но, с другой стороны, в достаточной ли степени доступна вот эта медицинская помощь, психиатрическая помощь лицам с непсихотическими расстройствами? Тема очень сложная.

Поэтому я очень прошу не только обозначать проблему, но всё-таки конкретно намечать пути. И мы должны выйти на такие взвешенные, правильные решения, которые бы реально позволили помочь нашему контингенту и в том числе решить вопрос с подготовкой кадров.

Я хочу предоставить слово члену-корреспонденту Российской академии наук, уважаемому Юрию Анатольевичу Александровскому, руководителю отдела пограничной психиатрии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии имени Сербского. Пожалуйста, Юрий Анатольевич.

Александровский Ю. А. Предыдущие докладчики затронули очень много вопросов частных, достаточно общих вопросов. Позвольте остановиться на нескольких наиболее принципиальных, может быть.

Но первый и главный вопрос: кто должен лечить лиц с непсихотическими психическими расстройствами? Вот если чётко поставить этот вопрос, чёткого ответа пока на сегодняшний день нет, есть разные точки зрения.

С моей точки зрения, диагноз любого психического заболевания должен ставить врач-психиатр, это и в законодательстве определено, это и по жизни требует, мне кажется, совершенно чёткого соблюдения.

Существует вопрос вообще о непсихотических психических расстройствах. Дело в том, что в синдромальном плане это неспецифические нарушения, которые наблюдаются у примерно 30–40 процен-

тов пациентов, которые обращаются в поликлиническую сеть. 30–40 процентов – это по нашим данным. У вас здесь приводились большие цифры в зарубежных странах.

Речь идёт о том, что неспецифические – астенические, аффективные нарушения, неврастенические расстройства могут быть в структуре любого заболевания, в любой ситуации дезадаптации. Дифференцированно оценить это может, конечно, только врач-психиатр, потому что если неправильно оценить, то и терапия будет совсем иная предложена этому пациенту, и перспектива развития заболевания будет другой.

Вообще я вот сегодня сидел, слушал и думал: ведь существуют соматопсихические расстройства, и с этой точки зрения соматолог – врач общей практики является, по существу, ответственным за соматопсихическое расстройство. Но существует и другое определение других пациентов – психосоматическое расстройство, там, где на первом месте психические расстройства, и это ядро, по существу, паталогического состояния, а соматическое сопровождение есть. В этом случае главным является врач-психиатр. Может быть, об этом тоже стоит нам думать.

На протяжении достаточно длительного времени в Научно-методическом центре пограничной психиатрии (так он тогда назывался) в структуре Центра имени Сербского была разработана, по существу, система специализированной помощи больным с непсихотическими расстройствами.

(Демонстрируется слайд.)

Здесь, прежде всего, существуют такие три основные вещи. Во-первых, это профилактическая, психогигиеническая и психопрофилактическая служба, которая адресована не настоящим, условно говоря, не больным с выраженными психическими расстройствами. Консультативная психологическая служба, которая, по существу, охватывает очень большое число лиц, у которых имеются в поликлинической сети те или иные синдромальные психические расстройства.

Я думаю, что вот здесь Зураб Ильич высказал очень интересную мысль о том, что в нынешних условиях психиатр может быть в штате психиатрического диспансера или даже стационара, а рабочее место его будет в поликлинике. Такого рода опыт был в Рязани, тогда по инициативе академика Дмитриевой такая служба была организована и очень эффективно работала. В дальнейшем, по существу, организационные, может быть, пертурбации не позволили продолжить и расширить эту службу, хотя в некоторых регионах такого рода работа существует.

Итак, кабинет психиатрический в поликлинике – вот, мне кажется, основная точка, куда может обратиться человек с теми или иными психическими отдельными нарушениями, но не болезнью ещё.

Вот у нас в России в 90-е годы да и несколько позже было около двух тысяч кабинетов психиатрических в общесоматических поликлиниках. Сейчас осталось, может быть, сотня или две сотни. Такого рода кабинеты закрыты по разным причинам, финансовые различные потоки обеспечивают работу, здесь уже говорилось об этом. Но мне кажется, что уходить от этого не стоит.

Итак, мы предлагаем вот такого рода подсистему, которая ориентируется на врача-психиатра в поликлинике. Ну и дальше – это лечебно-реабилитационная система, которая требует стационарного лечения и потом определённого реабилитационного периода для пациентов.

Главное – ставить психиатрический диагноз может только врач-психиатр.

Второе. В общесоматических поликлиниках, на мой взгляд, необходимо возродить и расширять психиатрическую службу, кабинеты, может быть, отделения. Вместе с интернистами дифференциальная диагностика может проводиться и так далее.

Я думаю, что ещё много дискуссионных более частных вопросов сегодня будут озвучены. Но нам надо в нашем психиатрическом сообществе договориться о нашей общей стратегии в лечении такого рода больных.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Слово Валерию Николаевичу Краснову, директору московского НИИ психиатрии, доктору наук, профессору.

Пожалуйста, Валерий Николаевич.

Я прошу прощения, но пять минут, потому что у нас очень много выступающих.

Краснов В. Н. Уважаемые коллеги, спасибо, Николай Васильевич!

Масштаб проблемы для всех ясен, я думаю. С таким масштабом в нынешнем состоянии психиатрическая служба справиться не может сама по себе. И мы не должны пренебрегать опытом большинства стран мира, которые приняли систему взаимодействия врачей-психиатров, психиатрических служб и систему основательно подготовленных в области психиатрии врачей общей практики, имеющих за плечами до начала работы, по крайней мере, двух-, трёхлетнюю резидентуру.

У нас возможен такой путь подготовки врачей, которые знают другие дисциплины наряду с психиатрией в рамках подготовки именно врачей общей практики.

Прототипом такого врача общей практики являлись земские врачи в дореволюционный период. Они могли помогать на первых этапах всем. Но передавали все тяжёлые случаи специалистам, они не брали на себя обязанности ставить окончательный диагноз, не брались за лечение таких случаев.

Они знали, как и какому специалисту передать заболевшего для основательной, лечебной и реабилитационной работы.

Такие врачи общей практики, которые, я повторяю, почти во всех странах работают, и очень успешно, они не берутся за лечение затяжных депрессий, тяжёлых депрессий, затянувшихся невротических состояний. Они могут, имеют право по законодательству этих стран устанавливать первичный диагноз. Они имеют право назначать лечение при лёгких, начальных формах депрессивных, тревожных расстройств, соматоформных расстройств. Но при наличии очевидного тяжёлого заболевания, психотических состояний несомненно, непременно они вызывают бригаду психиатрическую и передают пациента врачам-специалистам.

Это стратегический путь, он не может быть осуществлён в нашей стране сразу. Может быть, в переходный период необходимо хотя бы возродить ту систему психиатрических и психотерапевтических кабинетов, кабинеты памяти, как бы они не назывались, куда придут больные в поликлинике. Эти врачи должны работать в поликлинике.

Все тяжёлые, повторяю, психотические состояния, затяжные состояния они обязаны будут передавать врачам-психиатрам или в стационары психиатрические, имея на это полномочия. Это стратегический путь и промежуточный, я сказал о нём.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо. Вопросы будут? Пожалуйста, вопросы.

И я предлагаю выступить профессору Шмуклеру Александру Борисовичу – заместителю директора Института психического здоровья, психиатрии. Пожалуйста, пока Александр Борисович идёт, вопрос.

Из зала. Земские врачи психиатрии что делают, когда...?

Краснов В. Н. Ну, земские врачи пользовались теми возможностями, которые тогда были. Но они имели дело с психически больными, они могли передать их специалистам. Но это первый фильтр, который должен пройти пациент. Прежде всего, это фигура общей практики, подготовленного врача общей практики, лишена стигмы.

Спасибо.

Шмуклер А. Б. Уважаемые коллеги, я буду в большей степени говорить о возможностях раннего выявления психических расстройств.

(Демонстрируется слайд.) На сегодняшний день, как вы все хорошо знаете, прошёл сдвиг акцента оказания психиатрической помощи психиатрическим больным из стационарных условий во внебольничные условия, дневные стационары, в амбулаторную службу.

И, пользуясь случаем, я хотел бы обратить внимание, что Министерство здравоохранения Российской Федерации, уделяя много внимания развитию дневных стационаров в регионах России, к сожалению, не даёт госзадание на развитие дневных стационаров в федеральных учреждениях. Это касается не только психиатрии, это касается вообще здравоохранения. К сожалению, на мой взгляд, это не может быть признано правильным, поскольку те научные методы, которые нарабатываются в федеральных учреждениях, они должны быть взяты на вооружение и в регионах. *(Демонстрируется слайд.)*

Ну вот на предыдущем слайде вы видели, что амбулаторная служба состоит из двух разделов – диспансерного и недиспансерного, на сегодняшний день недиспансерный раздел приобретает всю большую роль, без него невозможно решать проблемы суицидологии. Необходимо развивать межведомственное взаимодействие психиатрии и общесоматической медицины, решать консультативные вопросы и добиваться создания системы раннего выявления психических расстройств на начальных этапах и организации помощи данному контингенту. Мы на сегодняшний день очень часто при поздней диагностике получаем запущенные случаи, когда больные уже инвалидизируются. Это касается не только тяжёлых психотических форм, но и больных с аффективными расстройствами и даже с соматоформными расстройствами. *(Демонстрируется слайд.)*

Как уже сегодня говорилось, из большого числа больных, обращающихся в поликлинику, не менее 20–30 процентов нуждаются в психиатрической помощи, страдают психическими расстройствами. Это самые скромные цифры, в некоторых исследованиях число таких больных значительно возрастает – до 50 и даже выше процентов. *(Демонстрируется слайд.)*

Это очень разные пациенты, это больные, у которых некоторые психиатрические расстройства наблюдаются в структуре соматической патологии и помощь должны оказывать соответствующие специалисты и купирование этих расстройств входит в стандарт оказания медицинской помощи, это больные с инфарктами, это больные с язвенной болезнью и так дальше. Это соматические маски расстройств аффективного спектра, соматоформные расстройства, непсихотические расстройства. И, наконец, наиболее тяжёлый контингент – это неспецифический дебют расстройств психотического. Этот контингент тоже, к сожалению, в первую очередь обращается к врачам общей сети и зачастую неверно диагностируется из-за того, что у специалистов, к которым они обращаются, недостаточно знаний. *(Демонстрируется слайд.)*

Я здесь сошлюсь на работу «Психическое расстройство в терапевтической практике», выпущенную в Иркутске. Видите, большой список специалистов в экспертном совете, в том числе и Николай Васильевич Говорин участвует. Это работа 2011 года – «Психическое расстройство в терапевтической практике». Профессор Беляков эту работу выпустил. *(Демонстрируется слайд.)*

Известен такой феномен – толстые истории болезней, когда пациенты обращаются многократно к специалистам, пытаясь вылечиться от соматического недуга, хотя на самом деле речь идёт о психиатрических расстройствах. И чрезвычайно негативные последствия этого – это медицинский аспект, недостаточная эффективность оказываемой помощи, это гуманитарный аспект – люди страдают, у них ухудшается трудовое и семейное функционирование, снижается качество жизни. Конечно, нельзя игнорировать и экономический аспект – это прямые расходы, потребление непропорционально большого количества медицинских ресурсов, а не прямые расходы увеличены кратно. Это и социальные выплаты, это выплаты по больничным листам, это, в конечном итоге, уменьшение того продукта, который эти люди трудоспособного возраста могли бы произвести, если бы им своевременно оказывалась помощь. *(Демонстрируется слайд.)*

Какие препятствия, для того чтобы таким больным своевременно и качественно оказывалась помощь? Во-первых, это социально-психологические стигмы психического расстройства, о которых уже сегодня говорилось, это недостаточная подготовленность врачей общей практики для скрининга психических расстройств. И для того чтобы такого пациента направить к специалисту-психиатру или психотерапевту, у него нужно заподозрить это психическое расстройство. А для этого надо подготовить специалиста, который сможет это определить.

Имеют место и препятствия организационно-финансовые, об этом тоже сегодня говорилось. На мой взгляд, надо решать этот вопрос, когда в общей медицине финансирование идёт за счёт страхования, а в психиатрической помощи за счёт бюджета. И частные страховые компании иногда отказываются финансировать и оплачивать случаи, которые эффективно бы лечились комплексным специалистом, и врачами-соматологами, и врачами-психотерапевтами и психиатрами. Поэтому этот вопрос также требует своего решения.

Ну и, наконец, законодательные препятствия. Существуют ограничения для скрининга психических расстройств врачами общей медицинской практики. *(Демонстрируется слайд.)*

В законе о психиатрической помощи, который является очень качественным законом, несмотря на то, что он был создан 25 лет назад, это признают и отечественные, и зарубежные коллеги, в статье 16 говорится, что государством гарантируется психиатрическая помощь при оказании первичной медико-санитарной помощи. То есть прямо установлена норма, что в первичной медико-санитарной помощи гарантируется психиатрическая помощь. Действительно, право на оказание помощи и лечение больных ... на установление психиатрического диагноза с его ограничениями предоставляется врачам-психиатрам, но тем не менее присутствует возможность участия и других специалистов. В первую очередь, конечно, клинических психологов. Но здесь есть возможность и для включения других специалистов, врачей других специальностей для скрининга такой патологии. И это тоже указывает на то, что предварительный диагноз могут выставлять врачи других специальностей. Это есть в законе, этим надо пользоваться. *(Демонстрируется слайд.)*

Что же мы можем сделать? Первое (это последний мой слайд) – это программа «Широкомасштабные образовательные мероприятия антистигмационной направленности». Я не могу не поделиться сегодняшним утренним впечатлением, когда на утренней нашей пятиминутке было сообщено, что телекомпания «Игра» планирует выпустить на НТВ программу, название которой звучит примерно так: психиатрия – это лженаука. И по этому поводу предлагается дискуссия. На мой взгляд, эту программу выпускать под таким названием точно нельзя. Это катастрофа. Мы пытаемся как-то снять стигму и с психиатрии, и с психически больных, и с врача-психиатра, а тут такое противодействие на федеральном канале!

Возвращаясь к тексту моего доклада, необходимо формирование организационно-правовых, включая законодательные и финансовые, условий для помощи пациентам. И здесь в первую очередь речь идёт о возможности финансирования лечения ряда психических расстройств в системе обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования. Это создание государственной, я подчёркиваю, системы обучения специалистов первичной медицинской сети базовым компетенциям в области психиатрии: они должны понимать, с чем они имеют дело, уметь скринировать.

Ну, и, наконец, ещё один момент – это разработка алгоритмов скрининга и, что очень важно, дальнейшая маршрутизация пациентов с физическим расстройством, которые обращаются к специалистам первичной медицинской сети, принятие решения что с ними дальше делать. Сколько бы мы с вами тут ни обсуждали, такие пациенты есть, они будут обращаться к специалистам медицинской сети, некоторые из этих специалистов будут пытаться оказывать им помощь, и мы должны предоставить им такие компетенции. Я благодарю вас за внимание.

Председательствующий. Спасибо большое, Александр Борисович.

Слово предоставляется Борису Алексеевичу Казаковцеву, руководителю отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии Центра Сербского. Пожалуйста, Борис Алексеевич.

Казаковцев Б. А. Уважаемые коллеги, учитывая, что регламент у нас такой напряжённый, я предлагаю на обсуждение всего два вопроса.

Во-первых, если тут широко ставится вопрос об усовершенствовании законодательства в области охраны психического здоровья, то в первую очередь, мне кажется, что наиболее важной проблемой является психосоциальная реабилитация в психиатрии. С выходом федерального закона № 323-ФЗ в ноябре 2011 года выражение «медицинская реабилитация» очень легко перекочевало в первую статью закона «О психиатрической помощи».

Мне кажется, нужно заменить медицинскую реабилитацию в области психиатрии, хотя бы на медико-социальную реабилитацию, потому что иначе пропадают все наши достижения в плане того, что участвуют в оказании психиатрической помощи специалисты по социальной работе, психологи, социальные работники, врачи других специальностей и иные специалисты.

И второй вопрос, это уже относительно взаимодействия врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и врачей психиатров. Я думаю, с учётом тех проблем, о которых сегодня было сказано, что этот процесс затяжной, но он требует, на мой взгляд, такого законодательного, что ли, толчка. И я бы предложил, с учётом необходимости расширения объёма мероприятий по профилактике, диагностике и лечению психических расстройств, дополнить статью 33 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» частью восьмой, для которой, на мой взгляд, можно было бы предложить следующий текст.

Порядок взаимодействия врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и врачей, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь (я думаю, не только психиатры, но и неврологи, и гинекологи, и другие специалисты должны взаимодействовать с врачами общей практики), утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Председательствующий. Спасибо большое.

Слово предоставляется главному внештатному специалисту-психиатру комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга Александру Генриховичу Сафронову.

Пожалуйста, Александр Генрихович.

Сафронов А. Г. Уважаемые коллеги, прозвучало правильное предложение создать рабочую группу, которая займётся совершенствованием нормативной базы в области психиатрии. Кроме того, эта группа, поскольку она будет в большинстве своём состоять из специалистов, имеющих медицинское образование, может заняться и нормативной базой Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Соответственно, мы сегодня как-то центрируемся вокруг одной, отдельно взятой проблемы – современной психиатрии, которая обозначена так: могут или должны ли оказывать медицинскую помощь психически больным врачи другой специальности?

Я считаю, что в списке наших проблем эта тема занимает не первое место. То есть мы имеем очень много законодательных лакун. Мы имеем очень много, извините за простой язык, нестыковок в законодательстве. Мы имеем очень много злоупотреблений этими нестыковками, в том числе, и злоупотреблений правоохранительных органов и исполнительных органов государственной власти. Я не оговорился, потому что продолжается подчас манкирование нашей помощью. Ну и, соответственно, каждый из нас, кто руководит учреждениями, видит, каким шквалом нарастают жалобы, претензии, всевозможные обращения. Я, считаю, что просто время пришло заняться этим.

Что же касается обсуждаемой темы, то совершенно очевидно: существует система оказания психиатрической помощи и могут существовать многие подсистемы, которые, да, действительно, будут отчасти решать проблемы наших пациентов. Потому я считаю абсурдом бабушку, которой надо выпить снотворное или прописать ей грандаксин или, может быть, даже тразодон, направлять за тридевять земель к психиатру в диспансер. Это и так делает участковый врач, он по мере своих сил отслеживает её состояние, в том числе, и психическое. На мой взгляд, это нормально, когда терапевт-участковый контролирует психическое состояние, другое дело, как это уложить в современную нормативную базу.

Для этого, да, действительно, надо перетряхнуть и образовательные стандарты, надо, действительно, заняться и профстандартами врачей общей практики, и много ещё предстоит конкретно сделать. В позитиве, мы часть психиатрии выведем из серой зоны. В негативе, да, согласен, если палку перегибём и не будем контролировать, получим то, о чём нас так убедительно предупредил Кекелидзе Зураб Ильич.

Спасибо за внимание.

Председательствующий. Спасибо.

Разрешите мне предоставить слово Елене Олеговне Бойко, главному специалисту-психиатру в Южном федеральном округе. Пожалуйста, Елена Олеговна.

Бойко Е. О. Добрый день, уважаемые коллеги!

Я остановлюсь на основных двух вопросах, которые сегодня рассматривались.

По параллельным вопросам применения принудительных мер медицинского характера. Несмотря на то, что есть разъяснение пленума Верховного Суда № 6 от 2011 года, действительно, сегодня очень много проблем. Первая – это законодательно не урегулирован вопрос о помещении лица в медорганизацию, оказывающую психпомощь в стационарных условиях для применения мер медицинского характера. То есть – кто, какая организация сопровождает, кто доставляет. Также при переводе лица из одной медицинской организации в другую, при изменении судом типа медицинской организации возникают сложности.

Второе. Наличие судебного постановления о назначении принудительных мер медицинского характера при отсутствии нормативного документа, которым установлен орган исполнения, приводит к неисполнению ряда судебных актов.

Мы проанализировали Федеральный закон № 118-ФЗ «О судебных приставах», Федеральный закон «О полиции»: необходимо на законодательном уровне определить государственный орган, который обязан осуществлять доставку, сопровождение в психиатрический стационар лиц, в отношении которых вынесено судебное постановление.

Также сегодня отсутствует нормативная база в отношении обеспечения и сопровождения лиц, находящихся на принудительном лечении, при изменении судом типа больницы на спецтип либо интенсив.

Да, есть сегодня приказ Минздрава России № 77, в котором прописано всё в части больницы интенсивного типа. Но вопросы перевода из обычной психбольницы, где общий тип или со спецтипа на интенсив не прописано.

В приказе № 225, который на сегодня действует, «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи», есть приложение 18 «Перевод психически больных, находящихся на принудительном лечении». Но сложности возникают, когда осуществляется перевод из одного региона в другой. То есть этот приказ тоже полностью нуждается в обновлении, он не отвечает задачам настоящего времени.

Да, существует Федеральный закон «О полиции». Но определённые им полномочия касаются только выполнения мер в части недобровольной госпитализации, а также розыска и уклонения от лечения. На практике меры розыска, особенно в отношении лиц, употребляющих психоактивные вещества и страдающих психическим расстройством, результатов не приносят. И у нас есть претензии в этой части и к врачам-психиатрам.

Данная проблема может быть решена. Тут есть несколько вариантов.

Первое. Наделить сотрудников полиции полномочиями доставлять в медицинские организации лиц, которым назначены принудительные меры медицинского характера после вступления в законную силу решения суда.

Но можно пойти по другому пути. Пусть суды помогают, пишут «немедленное исполнение», мы не будем разыскивать таких лиц, из зала суда они сразу будут госпитализироваться в стационар.

То есть действительно законодательная база требует обновления и совершенствования.

И несколько вопросов по второй теме – это проблемные вопросы, связанные с диагностикой лечения: кто будет заниматься, кто должен диагностировать. Выскажу своё мнение.

Сегодня абсолютно справедливо сказал Юрий Анатольевич о том, что тревога является одним из самых распространённых и не специфических психических феноменов. И в той или иной мере это представлено при всех спектрах психических расстройств.

Но... Ещё раз говорю, я своё мнение высказываю.

Тревожное, тревожно-депрессивное состояние, даже субдепрессивная симптоматика нередко являются манифестом тяжёлого психического расстройства и зачастую сопровождаются и абстинентные состояния вследствие употребления психоактивных веществ. И вот трудности дифференциальной диагностики даже у врачей-психиатров, притом что у нас в психиатрии нет специфических, лабораторных, инструментальных методов исследования, позволяющих достоверно установить диагноз, требуют особого уровня специализации, знаний.

Вторая опасность. В случаях обращения к врачам иных специальностей, терапевтов, неврологов с ранее установленным диагнозом психического расстройства, пусть раньше были уже рекомендации по лечению, надо понимать, что во многих случаях диагноз психического расстройства не может быть установлен однократно и являться пожизненным. То есть диагноз, да, устанавливается врачом-психиатром либо комиссией, но добавляются либо другие стрессы, либо черепно-мозговые травмы, либо интоксикация, и нужна коррекция терапии.

Другой важной стороной является всё-таки то, что лечение тревожных расстройств нужно лечить с патогенетическим подходом, с позиции биопсихосоциальной модели. И мы всё время говорим это на совещаниях, на конференциях. А фармакологическое лечение с использованием узкого спектра препаратов, знакомых и доступных врачам не являющимся специалистами в области психиатрии, не может обеспечить полноценное излечение.

Когда мы посмотрим сегодняшние стандарты лечения тревожных депрессивных расстройств, там не только фармакотерапия, там есть и психологическая коррекция, адаптационные методики и методы реабилитации.

Вот я боюсь одного момента. Когда, допустим, случится передача полномочий, ведь установление лицу диагноза психического расстройства несёт в некоторых случаях для него значительные ограничения. Например, допуск к гостайне, исключён для лиц с любыми психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе и с тревожными в состоянии ремиссии. В связи с чем необходимо понимание, что будут неизбежные ошибки диагностики врачей, не имеющих глубокой, хорошей специализации в этом вопросе.

Не меньшую опасность представляет и отсутствие обращаемости за квалифицированной психиатрической помощью. Можно получить залеченные психопатологические симптомы, замаскированные приёмом препаратов, и можно получить психические расстройства с резистентными формами, тяжёлыми формами.

И, конечно, сегодня уже все отмечали, вопрос стигматизации.

Председательствующий. Спасибо большое, спасибо.

Слово предоставляется Березкину Александру Сергеевичу, главному врачу психиатрической больницы № 5. Пожалуйста.

Берёзкин А. С. Спасибо, Николай Васильевич.

Проблемы правоприменительной практики статьи 435 УПК РФ. *(Демонстрируется слайд.)*

Наша больница занимается принудительным лечением, является специализированной по части принудительного лечения и занимается этим уже 110 лет, поэтому мы знаем эту проблему на практике. *(Демонстрируется слайд.)*

Нашу деятельность регламентирует, в основном это Уголовный кодекс и Уголовно-процессуальный кодекс. Достаточно подробно все прописано касательно ППМХ в Уголовном кодексе, и основания, и цели, и виды, и процедуры продления, изменения, прекращения принудительных мер медхарактера. Но вот проблемной остаётся в УПК 435-я статья. *(Демонстрируется слайд.)*

Как она звучит? Называется она «Помещение в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях», и звучит она следующим образом: «При установлении факта психического заболевания у лица, к которому в качестве меры пресечения применено содержание под стражей, по ходатайству следователя с согласия руководителя следственного органа, а также дознавателя с согласия прокурора суд принимает решение о переводе данного лица в медорганизацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях».

Проблемой является то, что только лишь при установлении факта психического заболевания, без уточнения его тяжести, степени тяжести, ремиссия это или обострение, следователь может перевести в медорганизацию такого пациента. А дальше ничего не регламентировано, что с этим пациентом делать. *(Демонстрируется слайд.)*

Причём отмечено, что только перевести, а не назначить ему лечение, принудительное или какое-то другое лечение. Вероятно, статья была введена в гуманных целях, для того чтобы обеспечить возможность оказания адекватной медицинской помощи уже на этапе судебно-следственных мероприятий. Но по факту превратилась в такой механизм продления содержания обвиняемых под стражей на время следствия, потому что сроки у следователя ограничены, они составляют примерно до шести месяцев, только при тяжёлых до 18 могут продлить, так что это хороший такой манипулятивный способ, чтобы отправить его в психбольницу, и дальше, соответственно, все сроки соблюдаются. Хотя... Ну, я не буду. *(Демонстрируется слайд.)*

Место этой статьи в процессе судебно-следственных мероприятий следующее: вот возбуждается уголовное дело, выявляется обвиняемый, появляется необходимость проведения СПЭ, в процессе которой выявляется психическое расстройство, дальше принимается решение судом о применении принудительных мер или же назначении наказания, и назначаются, собственно, принудительные меры. *(Демонстрируется слайд.)*

На практике процесс между СПЭ и решением суда удлиняется. *(Демонстрируется слайд.)*

И вот здесь как раз появляется эта статья № 435, которая является таким хорошим инструментом, но только для следователей, никак не для медиков. *(Демонстрируется слайд.)*

На сегодняшний день, на наш взгляд, достаточно есть оснований для того, чтобы оказывать медицинскую помощь в полном объёме: есть добровольная госпитализация, есть недобровольная госпитализация, мы знаем все три пункта, которые позволяют это делать, и есть принудительное лечение, которое регламентировано УК РФ. Есть федеральный закон № 323-ФЗ, закон о психиатрической помощи и УК.

Статья № 435 фактически не соотносится ни с одним из этих законов, и дальше я покажу почему. *(Демонстрируется слайд.)*

Значит, в чём неполноценность этой статьи? Находится она в 51-й главе УПК РФ, которая регламентирует принудительное лечение. Поэтому иногда судьи даже так говорят: а что вы заморачиваетесь,

эта статья является разновидностью принудительного лечения. Но это не так, потому что критерии принудительного лечения здесь никак не соблюдаются. Нет определённых задач этой статьи, нет определённых временных ограничений при назначении статьи, нет критериев прекращения, нет механизмов взаимодействия с судом и следствием. *(Демонстрируется слайд.)*

И в этой ситуации мы вынуждены искать способы дополнительной легитимизации содержания и лечения таких пациентов. Один из способов – это вести пациента по правилам принудительного лечения. И в судебных решениях, в общем-то, такие формулировки присутствуют нередко, когда направляют на принудительное лечение в стационарных условиях спецтипа до его выздоровления и опять же применяют статью № 435. Если такая формулировка есть, пациент обжалует легко в суде это требование, и суд следующий отменяет принудление, оставляя при этом статью № 435. *(Демонстрируется слайд.)*

На обращение больницы об отмене принудления, если мы его лечим по принципам принудления, суд нам отказывает, говорит: это не принудительное лечение, с чего вы это взяли, вам сказали – поместить только в стационар, но не назначать принудительное лечение. Поэтому вот такая коллизия, и всё разваливается, соответственно. *(Демонстрируется слайд.)*

Попытка оформлять недобровольную госпитализацию приводит тоже к отказам судов со ссылкой на то, что это разные судопроизводства. Нельзя пересекать и уголовное судопроизводство, в рамках которого пациент находится, и административное или гражданское судопроизводство, ссылаясь на конкретные статьи ГПК и КАС. И даже если иногда суд всё-таки соглашается с нашими доводами, но когда отпадают основания для недобровольной госпитализации, то опять же нет никаких механизмов взаимодействия с судом и следствием. *(Демонстрируется слайд.)*

В любом случае необходимо добровольное информированное согласие на вмешательство, потому что суд распорядился поместить лицо в стационар, но не распорядился его лечить. И мы знаем, что всегда требуются по закону о психиатрии согласие на госпитализацию и согласие на вмешательство. Это явное противоречие само по себе. Если он принудительно помещён, о каком добровольном согласии в принципе может речь идти? Дальше не буду останавливаться. *(Демонстрируется слайд.)*

Можно, конечно, просто выписывать их домой, и формально мы такое право имеем, но в большинстве случаев имеющиеся у пациента негативные личностные характеристики вкупе с тяжестью совершённого им деликта (бывают тяжёлые преступления) и также понимания того, что всё равно в итоге по завершении всех мероприятий, он будет признан нуждающимся в принудительных мерах, не даёт врачебной комиссии принимать такое решение, да ещё и вопреки имеющемуся решению суда о помещении его в стационар, ведь для чего-то его поместили. *(Демонстрируется слайд.)*

Если 1-я часть этой статьи исчезнет из природы, что будет? В общем-то, на наш взгляд, ничего не произойдёт, никакой проблемы и катастрофы, потому что на сегодняшний день достаточно законодательству регулировать все случаи оказания психиатрической помощи. Есть механизмы НГ и ДГ (недобровольной и добровольной госпитализации) на всех этапах нахождения его под стражей, значит, и существует также 97-я статья УК РФ, часть 1, пункт «б», это основания для применения принудительных мер медхарактера, причём суды это и делают, просто иногда они делают по этой части, а иногда по статье № 435. На наш взгляд, это достаточное основание для того, чтобы, скажем, временные психические расстройства поступали на принудительные меры до выхода из состояния. *(Демонстрируется слайд.)*

Это вот пример наших взаимоотношений с пациентами, с некоторыми. Конечно, большая часть из них лежат да лежат, как говорится, но есть такие, которые пишут жалобы, возникают споры и так далее. *(Демонстрируется слайд.)*

Это вот жалобы по одному пациенту за четыре месяца его нахождения в стационаре, вот его требование незамедлительно освободить, жалобы Путину, Скворцовой, всем, в общем. И так далее. *(Демонстрируется слайд.)*

Поэтому наше предложение простое – признать утратившей силу часть 1 статьи 435 УПК РФ. *(Демонстрируется слайд.)*

Мы считаем, что достаточно будет её просто убрать, никто не пострадает. Но если в процессе дискуссии есть какое-то другое мнение, то есть альтернативный вариант – хотя бы ввести уточнения в формулировке и ввести такой термин, как «принудительное содержание с целью оказания психиатрической помощи».

Ну, на наш взгляд, всё-таки проще от неё отказаться и так будет легче всем.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое. Спасибо.

Вот к моим коллегам законодателям: как важна каждая запятая, каждая буква закона, какие не сёт последствия. И, по существу, статья № 435 – это одна из таких очень серьёзных коллизий. Я думаю, Александр Сергеевич, что при создании нашей рабочей группы это будет один из первых вопросов, которые мы должны обсудить, согласовать и, естественно, привлечь для обсуждения наших экспертов из Правового управления для того, чтобы эту коллизию устранить. Разрешите мне предо-

ставить слово Ольге Петровне Ступиной, главному внештатному психиатру Минздрава Сибирского федерального округа.

Ступина О. П. Уважаемые коллеги, я как и главный психиатр Южного федерального округа, тоже задану два вопроса.

Первый вопрос, который мы сегодня обсуждаем достаточно долго, по организации оказания психиатрической помощи лицам с пограничными психическими расстройствами невротического уровня.

По всей видимости, эта ситуация сложилась от того, что за многие десятилетия существует стигматизация к психиатрической службе. Несмотря на многие рациональные предложения и взгляды по вопросу имплементации в Российской Федерации рекомендаций Всемирной организации здравоохранения в области психического здоровья, стоит признать отсутствие возможности осуществить предполагаемые меры в нашей стране в кратковременные перспективные сроки. Почему? Потому что это серьёзные реформы, и при обсуждении этой проблемы, у нас к разработчикам этой концепции возникли некоторые вопросы.

Первое. Предполагается разрешить врачам первичного звена: участковым терапевтам, врачам общей семейной практики ставить психиатрический диагноз и назначать психотропные препараты. При этом организация работы первичного звена здравоохранения и обеспеченность его кадрами существенно отличается в разных регионах страны.

Может быть, сегодня Москва и готова к таким преобразованиям, но многие территории, безусловно, нет. Реалии таковы, что врачей общей практики в большинстве субъектов просто нет, их необходимо готовить через ординатуру, и это процесс весьма длительный. Кроме того, до сих пор участковый терапевт или участковый педиатр работает обычно на несколько участков.

Реформы медицинского образования последних лет не привели к усилению кадрового потенциала первичного звена. Первый год выпуска из медвузов, когда бывшие студенты сразу могли пойти работать в первичное звено, оказался неудачным. По стране пятая часть выпускников вообще не пришла в здравоохранение. Возникли реальные трудности в адаптации к работе выпускников без интернатуры. Подготовка их в вузе не учитывала возможность оказания ими самостоятельной психиатрической специализированной помощи.

Предполагается проработать вопрос о включении образовательных модулей по психиатрии в систему повышения квалификации участковых врачей. Это тоже процесс весьма длительный, потому что на сегодняшний день большая часть врачей проходит специализацию один раз в пять лет.

Думается, начинать, конечно, необходимо с пересмотра программы преподавания психиатрии студентам медицинских вузов с расширением часов преподавания пограничной психиатрии и включением этих вопросов в государственную аттестацию и аккредитацию выпускников.

Я полагаю, что одно-, двух- или трёхнедельная программа усовершенствования врачей первичного звена по психиатрии вряд ли будет достаточной.

Третий вопрос – это большой вопрос о границах. Какие психиатрические диагнозы разрешат ставить участковым терапевтам и сколь долго они будут лечить пациентов с психическими расстройствами? Указывается, что тревожные депрессивные расстройства являются исключительно невротическими, но это абсолютно не так: существует эндогенная депрессия, а также депрессия с психотическими расстройствами.

Компетентны ли сегодня наши участковые терапевты в лечении данных расстройств? Конечно, нет. Вызывают вопросы сроки лечения данных расстройств в поликлиниках, в том числе в контексте того, что они будут лечиться по программе ОМС.

Терапия антидепрессантами невротических депрессий также является весьма длительной. Не приведёт ли это к нарушению вообще прав пациента, когда психиатрическую помощь ему будут оказывать врачи не психиатры?

Четвёртый вопрос. Это предложение о восстановлении сети как психиатрических, так и психотерапевтических кабинетов, что на сегодняшний день весьма затруднительно.

В субъектах Федерации существует серьёзный дефицит врачей-психотерапевтов и психиатров. Это было представлено в слайдах и главными специалистами.

Почему? Дефицит врачей сформировался в связи с тем, что престиж специальности врача-психиатра резко сократился за последние годы.

Пятый вопрос. Не указано насколько быстро предполагается провести такие реформы, будет ли всё-таки переходный период? А пока первичное звено, на наш взгляд, просто не готово к тому, чтобы произошла серьёзная перестройка федерального законодательства.

Нужна серьёзная проработка этого вопроса и быстрое изменение законодательства в условиях сегодняшнего оказания психиатрической помощи в Российской Федерации является нецелесообразным, поскольку может привести к негативным последствиям. Особенно это касается структур, которые функционируют не в центральных регионах России.

Ещё один вопрос, на который бы я хотела обратить, пользуясь случаем, внимание специалистов в области психического здоровья – это та проблема, которая должна решаться также на законодатель-

ном уровне – оказание психиатрической помощи в недобровольном порядке судьям и другим лицам, которые имеют статус неприкосновенности.

В мае 2004 года читинскими психиатрами была направлена и госпитализирована в недобровольном порядке судья Арбитражного суда. По факту госпитализации ею было возбуждено уголовное дело на врачей-психиатров по статье 128 части первой Уголовного кодекса Российской Федерации. Судом врачи были признаны виновными и им назначено наказание в виде условного лишения свободы без права работать врачами три года.

Российским обществом психиатров в это же время было подготовлено и отправлено письмо в Верховный Суд для разъяснения данного вопроса. Проблема может быть решена, был такой ответ, только на уровне федерального законодательства. Но тем не менее на законодательном уровне мы данный вопрос до сих пор не решили, хотя актуальность его значительна.

Почему? Потому что сегодня психиатрическая помощь данной категории граждан, имеющих гарантии неприкосновенности, не оказывается своевременно. Это может привести к общественно опасным действиям граждан данных категорий как в отношении себя, так и в отношении окружающих.

В связи с чем мы рекомендуем обсудить вопрос о внесении изменений в пункт 1 статьи 24 и в пункт «а» статьи 29 закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан» и дополнить формулировкой «в том числе лиц, обладающих неприкосновенностью».

Благодарю за внимание. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо. Конечно, эта тема в субъектах Федерации периодически встаёт и, конечно, это тоже очень непростая проблема, которую мы должны с вами обозначать.

Я хочу предоставить слово Валентине Анатольевне Макашовой, главному детскому специалисту психиатру Сибирского федерального округа.

Макашова В. А. Спасибо, Николай Васильевич. Спасибо за предоставленную возможность выступить.

Я хотела бы сказать, что если одна служба не работает хорошо, то на все остальные падают совершенно непомерные задачи.

Сегодня, когда детская психиатрия, так скажем, достаточно слабо представлена, особенно в некоторых субъектах, регионах, причём, чем более неблагоприятна ситуация, чем хуже уровень жизни в регионе, тем чаще там отсутствуют детские психиатры.

И есть одно интересное исследование, в нем приняли участие десять европейских стран и семь азиатских, которое связывает количество детских психиатров в стране с уровнем жизни, индексом развития населения в этой стране, то есть с доступностью образования, продолжительностью жизни и так далее.

Так вот в этом исследовании обнаружена очень сильная корреляция. Россия занимает 49 место по уровню развития потенциала населения и практически предпоследнее место по обеспеченности детскими психиатрами.

Не знаю, в курсе ли вы, что сегодня регистрирует суицидальные попытки в России полиция, что отвечает за охрану психического здоровья в России полиция и органы образования. То есть люди совершенно непрофессиональные и некомпетентные. Если на территории нет психиатров, то проблемы детей не заметны, и они не обнаруживаются. Если начинает развиваться психиатрическая помощь, то доступность при даже хорошей обеспеченности психиатрами снижается, поскольку потребность в этой помощи огромная.

И я хочу сказать, что я не вижу проблем со стигматизацией. Я вижу проблемы самостигматизации психиатрии, поскольку сегодня, если люди получают эффективную помощь, то они идут за этой помощью. И, наверное, нигде, так как в детской психиатрии, не требуется очень серьёзный, обстоятельный и многокомпонентный синдромальный диагноз, на основании которого разрабатывается программа реабилитации данного ребёнка. Без точной диагностики, без точного обозначения всех проблем у данного ребёнка невозможно оказание эффективной помощи.

Это с одной стороны.

К тому же, кстати, хотела добавить, что сегодня родители не говорят о стигме, они говорят: дайте нам больше психиатров, дайте нам более качественную помощь. Они идут к психиатрам.

Проблема сегодня возникает с несовершенной нормативно-правовой базой, которая мешает, препятствует электронному документообороту. Вы знаете, что сегодня в России ключевая задача – это развитие электронного документооборота в медицине. Новосибирская область является здесь пилотной. И возникает очень много проблем вхождения в эту систему. То есть мы говорим, что медицинские документы должны быть открыты для нас, психиатров, но в то же время мы закрываем свои документы. И это создаёт большие проблемы.

С другой стороны, я хотела бы сказать, что в частных клиниках педиатры и неврологи ставят столь популярный сегодня диагноз аутизма или гиперкинетических расстройств поведения в связи с тем, что и назначают очень рано, с двух-трёх лет нейролептическую терапию, которая прямо противопоказана при этих состояниях или не всегда целесообразна.

Таким образом, до тех пор, пока служба не будет укреплена, пока не будет развит кадровый состав, пока она не будет обеспечена ресурсно, говорить о расширении и передаче каких-либо функций диагностики, я считаю, категорически нельзя.

Спасибо за внимание.

Председательствующий. Вам спасибо.

Слово предоставляется главному внештатному психиатру минздрава Ставропольского края Олегу Игоревичу Боеву.

Боев О. И. Добрый день, уважаемые коллеги!

Я благодарен всем организаторам данного «круглого стола», потому что на моей небольшой памяти, небольшом опыте это первый такой масштабный «круглый стол», на котором мы обсуждаем вопросы законодательства в области психиатрии или обсуждаем нормативные правовые акты, которые выходят за пределы законодательства.

Присоединюсь к проблеме, которую озвучил мой коллега, главный врач пятой больницы, относительно статьи 435. В нашем регионе до недавнего времени не так активно судьи направляли в больницу с принудительным лечением, однако последние полгода возникают очень большие проблемы. Чаще всего это пациенты, которые обеспечены адвокатами, правозащитниками, и они ведут себя так: то хочу лечиться, то не хочу лечиться, то подаю жалобу, то не подаю жалобу. И получается очень такая непростая ситуация.

Последний раз был у нас такой пациент, госпитализированный по статье № 435, на которого пришло ещё одно назначение на проведение стационарной судебной экспертизы. Специалисты её провели, возник вопрос: что дальше делать? По прошествии 30 дней мы выписываем его или же всё-таки мы продолжаем его держать в психиатрической больнице? Перевели в отделение, он продолжил нахождение. Но поступила жалоба в суд, в которой отмечалось, что врачи на 30-й день после проведения экспертизы должны были выписать.

И в итоге суд первой инстанции постановил, что врачи действительно нарушили, они должны были выписать пациента и не имели права оставлять его дальше в учреждении по истечении 30 дней. Ну, а вторая инстанция подтвердила, что да, статья № 435 – это основание для того чтобы человек продолжил нахождение в больнице. Поэтому проблема достаточно серьёзная, и мы готовы поддержать те инициативы, которые были озвучены.

Второй вопрос – о передаче возможности установки диагноза врачам общей практики. Вот я не так давно главный врач больницы, тысяча коек у нас, три диспансера в других городах, один из самых больших дневных стационаров в России по обеспеченности койками. В прошлом году мы сертифицировались по ГОСТу ISO, международному стандарту, двигаемся вперёд. Учителя всегда учили на клинических лекциях, разборах: в диагностике иди очень тонко.

Вот приходящий пациент с тревожным расстройством говорит: у меня проблемы, не могу заснуть. В итоге при 40-минутной беседе разворачивается параноидное расстройство. Или был у меня эпизод, когда военнослужащий, участвовавший в чеченской кампании и потом в спецоперациях, пришёл и говорит: можете мне витамины поколоть? Можно, конечно, а с чем же это связано, зачем витамины поколоть? Ну, хлипкое здоровье, астения, не могу с этим справиться. Через 50 минут беседы выясняется, что налицо «Кандинский» в полном масштабе, сразу это не получилось установить.

Я сомневаюсь, что врачи терапевты способны будут выявлять болезнь в таких сложных ситуациях. А пропустить даже один случай нельзя, всегда это чревато очень громкими проблемами в обществе. Поэтому нам не всегда стоит спешить, расширяя возможности ставить психиатрический диагноз врачам общей практики. Но есть некоторые вопросы, которые уже относятся непосредственно к законодательству.

Первый момент. Каковы будут источники финансирования этой помощи? ОМС всё-таки или бюджет? Если ОМС, то тогда это будет дополнительное финансирование врачей или же заберут из региональных бюджетов финансирование психиатрии и добавят врачам общей практики? Если так, тогда психиатрия потеряет финансирование, мы и так финансируемся по остаточному принципу.

Второй момент. Необходимо предусмотреть механизмы, которые обеспечат соблюдение прав граждан, страдающих психическими заболеваниями, на государственную социальную помощь, другими словами, федеральные и региональные льготы. Государство даёт эти возможные льготы, а будут ли они предусмотрены врачами общей практики?

Следующий момент, который стоит иметь в виду, – каким образом будет гарантировано соблюдение прав граждан при проведении расследований и судебного разбирательства, когда в установленных законодательством случаях производятся запросы о предоставлении информации о фактах обращения за психиатрической помощью. Например, при проведении расследования для решения вопроса о необходимости назначения судебно-психиатрической экспертизы следователь делает запрос в учреждение, и при этом в медицинские организации о предоставлении информации о факте обращения гражданина за психиатрической помощью. Отсутствие информации в специализированной службе будет ограничивать объективность принимаемых в ходе следствия решений.

Ещё важный момент – передача части психиатрической помощи общесоматической сети выведет из поля зрения специалистов-психиатров целый ряд граждан, страдающих психическими расстройствами, но претендующих на право управления транспортным средством, владение оружием и выполняющих отдельные виды профессиональной деятельности. Об этом уже сегодня говорили.

Ещё один очень важный момент. И в Законе «О психиатрической помощи» прописано, и об этом сегодня говорили, что это может выполнять только врач-специалист: психиатрическая помощь и обследование, психиатрическое освидетельствование, профилактика, диагностика, лечение и медицинская реабилитация. Что потом будет делать врач-терапевт, а что оставят на откуп врачу-психиатру?

Далее. Несоответствие получается с федеральным законом № 323-ФЗ, где сказано, что гражданину, страдающему социально значимым заболеванием, оказывается медицинская помощь, обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих медицинских организациях специализированных, к которым общесоматические пока не относятся. Ну и также идёт вразрез с порядком оказания медицинской помощи 566-м, где сказано, что помощь оказывается врачами-специалистами медицинских организаций, предоставляющих специализированную помощь. Другие организации пока к ним не относятся.

Одновременно в этом же порядке указан определённый перечень медорганизаций и их структурные подразделения, оказывающие медицинскую помощь. Так вот интересно, что к какой такой структуре относятся врачи-терапевты и неврологи, и так далее, общесоматические врачи общей практики в порядке не указаны. Это тоже требует или изменения, или как минимум учёта.

Но, однако, в порядке указано, что есть структурное подразделение – психотерапевтический кабинет (приложение номер 10), и он является структурным подразделением, обратите внимание, диспансера психоневрологического, диспансерного отделения, поликлиники и самостоятельно любой медицинской организации. То есть подразумевается, что психотерапевтический кабинет может быть организован в другой медицинской организации, но при этом он выполняет те же функции. Психотерапевтический кабинет имеет штат врачей-психиатров, выполняет консультативно-диагностическую работу, психотерапию, осуществляет различные консультации, и самое важное – он проводит экспертизу временной нетрудоспособности, ведёт учёт и отчётную документацию. Таким образом, пациенты не будут выведены из поля зрения психиатров, а наоборот, будет расширена эта возможность.

Таким образом, я думаю, что теперь стоит принципиально глобальный вопрос. Всё-таки мы отдаём часть своих функций врачам общей практики или же развиваем психиатрическую службу? Ведь от земских врачей, как здесь было правильно замечено, медицина развивалась и «узкоспециализировалась». Или мы и дальше её специализируем, развиваем, изменяем законы, финансирование увеличиваем, или же отдаём часть функций психиатрической службы разным специалистам. Мне кажется, есть смысл развивать и укреплять психиатрическую службу.

Короткий пример, Николай Васильевич, прошу прощения. Как мы повышаем выявляемость в Ставропольском крае? Очень просто: мы активно работаем со стигматизацией. В 1,5 раза увеличилась выявляемость и в несколько раз увеличилась обращаемость в дневные стационары.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Слово предоставляется Юлии Борисовне Барыльник, заведующей кафедрой психиатрии Саратовского медицинского университета. Пожалуйста.

И подготовиться профессору Борису Дмитриевичу Цыганкову.

Барыльник Ю. Б. Уважаемые коллеги, я коротко остановлюсь на тех вопросах, которые мы обсуждали при подготовке этого мероприятия.

Необходимо обсудить спектр вопросов, связанных с подготовкой высококвалифицированных кадров по психиатрии на этапе ординатуры и аспирантуры. Необходимо осуществлять предварительный отбор кандидатов, увеличить сроки подготовки и модифицировать программы обучения. Кроме того, необходимо выработать новые стандарты оценки уровня подготовки кадров в ординатуре и аспирантуре на всём протяжении образовательного процесса.

Предъявляемые на сегодняшний день требования к психиатрии достаточно высоки. На первые позиции выдвигаются вопросы подготовки кадров высшей квалификации, хорошо ориентирующихся в таких областях как биологическая психиатрия, нейронауки, стандартизированная диагностика психических расстройств, психофармакология и психотерапия. В организационном плане присутствуют разнонаправленные тенденции. С одной стороны, выделение некоторых областей психиатрии в качестве самостоятельных специальностей – психотерапия, судебная психиатрия. С другой стороны, усиливается объединение вокруг базисной дисциплины, такой как психиатрия. Давно назрел вопрос об увеличении сроков последипломного профессионального образования в области психиатрии.

Кроме того, при анализе нормативной базы мы отметили, что на государственном уровне до сих пор не создана независимая от органов здравоохранения служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. И данное Правительству России в 1992 году поручение о разработке

и утверждении положения об этой службе не выполнено. Не исполняется, таким образом, статья 38 закона о психиатрической помощи.

Также мы отметили, что нарушается право граждан на получение адекватной психиатрической помощи, что связано, среди прочего с отсутствием надлежащего финансирования с учётом возможностей регионов. В психиатрических стационарах, многие из которых размещены не в предназначенных для этого помещениях, не хватает врачей-психиатров, медицинского персонала, специалистов по социальной работе. Большая часть психиатрической помощи по-прежнему оказывается в стационарных условиях даже в тех случаях, когда по медицинским показаниям в этом нет необходимости.

Многие проблемы оказания психиатрической помощи можно было решить путём развития внебольничных форм. Но пока нереально из-за высокой стоимости альтернативных форм психиатрической помощи.

И касательно обсуждаемого вопроса о передаче психиатрической помощи врачам общей практики. Мы считаем, что это нецелесообразно.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Пожалуйста, Цыганков Борис Дмитриевич, главный психиатр Центрального федерального округа, профессор, вам слово.

Цыганков Б. Д. Уважаемый Николай Васильевич, я тоже прежде всего хотел бы поблагодарить за то, что вы собрали людей под эгидой Государственной Думы. Может быть, обсуждаемая тема не самая главная и насущная на сегодняшний день в психиатрии, потому что проблемы очень серьёзные в психиатрии сейчас сложились. Но раз модель такова, что мы сейчас обсуждаем этот вопрос...

Ваш доклад очевидно показывает те достижения, которые были у советской психиатрии за эти годы. Прежде всего, социально-реабилитационные подходы, развитие психотерапии.

Мы много чего потеряли, поэтому и доклад Зураба Ильича вызывал у меня такой отклик. И я совершенно такие же аргументы мог бы привести. Что в биологической терапии очень много потеряли. В диагностике очень много потеряли. На сегодняшний день каждый готовит и утверждает свою программу образования как дополнительного профессионального образования, так и ординатуры, интернатуры. И мы об этом много раз говорили, о том, что необходима единая программа, и она должна строиться на каких-то других принципах.

Вот в 1991–1992 годах я находился на стажировке в американских университетах. И когда я слышал эти разговоры, которые шли на DSM-IV, я думал, что это никогда в Россию не придёт, потому что смешно было слушать эту примитивную глупость человеку, который вырос на школе Снежневского, Авруцкого и других. Думал, что это просто к нам никогда не придёт, но докатилась и пришла классификация КБ-10, которую мы считали статистической, но она сегодня является основной.

Мы много раз ставили вопрос о том, что, прежде всего, в психиатрии нужно повысить уровень образования. И психиатры регионов говорят, что очень уж упрощённая ведётся подготовка, поэтому молодые психиатры уже не имеют потребность к каким-то сложным диагностическим оценкам, всё очень упрощается. Поэтому и образовательные лицензии получают те люди или те организации, которые не должны заниматься обучением и подготовкой врачей, потому что они не имеют достаточного опыта. Но сейчас образовательные лицензии имеют и по психиатрии, и по наркологии, и по судебной психиатрии, выдача лицензий быстро расширяется. Нет требований к серьёзной подготовке педагогов и образовательных программ. Поэтому мы с Зурабом Ильичом уже много раз говорили, и к главному психиатру я обращался, и он тоже меня всё поддерживал, но законодательно мы так и не приняли решение, что должна быть единая программа, и она должна всё-таки строиться на тех принципах, которые являются на сегодняшний день ведущими, – это общая психопатология, частная психопатология, частная психиатрия под лозунгом «Не навреди».

Что такое не навреди? Ну то есть мы готовы не то чтобы улучшить свою службу, но и что-то сделать для того, чтобы не выпали из поля зрения те пограничные расстройства, которые являются пограничными до какого-то определённого момента, а потом они могут стать психотическими расстройствами.

Как это сделать? Мы врачей плохо готовим даже в области психиатрии, а как обучить ещё и терапевта дифференциальной диагностикой заниматься? Программа в университетах для студентов с 76 часов, когда мы учились, уже уменьшилась до 56 часов. В ординатурах, если взять ординатуру по психиатрии, то у нас часть предметов забирают инфекционные заболевания, неврологические заболевания, организация здравоохранения, там полгода уходит. Почему не принимается, что на кафедре психиатрии надо заниматься и получить все дифференциальные понятия хотя бы о выявляемости психических нарушений раннего периода для того, чтобы не совершать ошибок, чтобы им объяснили всю сложность проблемы.

Касаясь ещё вопроса о том, кого допускают к проведению терапии. Какие вы препараты для проведения терапии знаете, кто-то здесь мне назовёт безопасный препарат? Я таких препаратов, психотропных средств не знаю, которые безопасны и в которых мы так хорошо разбираемся, в интеракции

соматотропных препаратов, психотропных препаратов. Мы совершаем ещё ошибки и когда пожилой человек принимает пять-шесть препаратов от диабета, гипертонической болезни, липиды, статины и так далее, назначаем ещё препараты. А как поступает терапевт, который ещё психотропные средства может назначать?

Я, консультируя в реанимации, всё время вижу расстройства, послеоперационные галлюцинозы экзогенного характера – это сплошь и рядом. Поэтому остро стоит вопрос ещё и о понимании побочных эффектов и осложнений.

Давайте добьёмся того, о чём говорил Зураб Ильич, вернём психотерапевтов в поликлиники, вернём психиатров и психотерапевтов. Мы как бы всё заново открываем, а нам докторская диссертация Козырева говорила о том, что чуть ли не до 70–80 процентов выявляется психическое расстройство. Конечно, так. Потому что нозогенные расстройства, психогенные никто не отменял. Человек болен соматическим заболеванием, естественно, есть психическое реагирование, тревога и депрессия и прогноз непонятен, операция предшествующая и предстоящая, консультировали перед операцией больных, которые испытывали тревогу и страх. Поэтому это очень важная инициатива.

Я бы предложил такую идею: давайте начнём с соматофорных расстройств, а это большая группа – соматизированные расстройства, ипохондрические расстройства, реакция на болезнь, всё уходит в это расстройство, и введём его обязательно в ОМС, чтобы не сопротивлялись открытию кабинетов психотерапевтов и психиатров в поликлиниках. Потому что все сразу отказались – за них не платят, лицензировать нужно помещения как психиатрическую службу, куча всяких ограничений. А давайте инициативно предложим, что вот эти расстройства, они должны быть в ОМС, потому что нет таких больных соматических и ипохондрических реакций нет. И чтобы это оплачивалось ОМС дополнительно. Но психотерапевты и психиатры вернутся в соматическую медицину. Это вторая законодательная идея.

Первая идея – образование вернуть на принципы клинической психиатрии, потому что мы готовим психиатра, врача клинициста, поэтому надо из статистической классификации подготовки вернуть в образовательную программу клинический подход.

Следующая инициатива, которая могла бы быть менее стигматизирована. Вот два года назад под моим руководством защищал докторскую диссертацию младший Малыгин Ярослав Владимирович, который написал, когда как обращаются больные с пограничными психическими расстройствами. Оказалось, что большинство людей, которых он посмотрел в стационарах с пограничными расстройствами, обращаются только через два года с начала манифестации болезни. Почему? Вот это так называемая стигматизация, потому что бояться диагноза. Потом это зависит от психологических защит человека, от его образования зависит, от его преморбидных особенностей и так далее. Два года они обращаются к священникам, экстрасенсам, друзьям, которые этим занимаются, и поступают уже через два года в стационары пограничных отделений – уже с хроническими формами заболевания, уже с затяжными отставленными формами их заболеваний.

Поэтому необходимо прежде всего повысить образование и ограничить списки. Кстати, Зураб Ильич говорит: я таких списков не знаю, и я не принимал участия в их составлении. Главный психиатр страны не принимает участие в составлении списков, который профессионально ограничивает людей по непонятным вообще расстройствам. Кто их туда включает?

Поэтому и нужна рабочая группа, поэтому и нужно законодательно пересмотреть все списки, включающие большое количество людей, у которых пограничные психические нарушения, может, какие-то кратковременные бывают, но они могут специализированно обратиться в свои организации, где есть психиатрические службы.

Председательствующий. Спасибо большое.

Цыганков Б. Д. И ещё. И последнее хочу сказать, вспоминая советские годы. Антидепрессанты занимали меньше одного процента в использовании психиатром психотропных средств. Сейчас, по ряду данных, они занимают почти половину. Антидепрессивная терапия, осуществляющаяся до трёх месяцев при любых недифференцированных депрессивных реакциях, уже по многим рекомендациям превышает шесть месяцев, теперь доходит до года.

Теперь что? Мы же все в практике работаем. Давайте дадим возможность проводить терапию участковым врачам и так далее. Тут же будут предложены безопасные алгоритмы, скажут: знаете, не надо этим заниматься, вы просто поймите, что нет заболеваний соматических без депрессии. Вот один безопасный антидепрессант должен быть в схеме, другой антидепрессант, и это не будет дифференцированная терапия, это будет просто массовое назначение антидепрессантов, что увеличит доходы фармацевтической компании, но не принесёт терапевтического эффекта.

Из зала. (Не слышно.)

Цыганков Б. Д. Да к этому и веду, что будет просто ещё одна лазейка для назначения массово антидепрессантов.

Поэтому образование нужно, конечно, повышать и добиваться, чтобы ординатуры проходили обязательно с участием психиатра.

Председательствующий. Спасибо, Борис Зиновьевич. (*Аплодисменты.*)

Разрешите слово предоставить главному внештатному психиатру-наркологу Минздрава России Брюну Евгению Алексеевичу. Пожалуйста.

Брюн Е. А. Уважаемый Николай Васильевич, уважаемые коллеги!

Две темы сегодня активно обсуждаются, одна из них – недобровольная госпитализация и принудительное лечение.

По принудлению в наркологии всё в порядке, даже суды не полностью используют эти возможности. А вот что касается недобровольной госпитализации, тут я уже много лет пытаюсь обратиться и в Государственную Думу, и в различные инстанции, в наш родной Минздрав России с тем, чтобы расширили понятие недобровольной госпитализации в наркологии.

Психоз – понятно, тут всё понятно. Но очень много состояний, связанных с неукротимым патологическим влечением наших больных. Они гибнут, гибнут от передозировок, гибнут от других сопутствующих заболеваний, и мы ничего не можем сделать. Меня одно время постоянно критиковали, что я паталогическое влечение приравниваю к психозу. Иногда, да, приравниваю.

И поскольку я больше 30 лет этим занимаюсь, то и вижу этих больных, если не каждый день, то каждую неделю, и могу точно сказать: да, временное, но психотическое состояние, нуждающееся в недобровольной госпитализации. Мы теряем очень много людей вследствие этого.

Поэтому одно из моих предложений – это узаконить недобровольную госпитализацию больных наркологического профиля. Это снизит и преступность, и сохранит жизни. Вот, собственно, и всё по этому вопросу.

Теперь что касается основного вопроса и дискуссии, которая сегодня прозвучала. Ну давайте прикинем, сколько у нас психических расстройств в популяции, в Российской Федерации? Ну, считается, что порядка 30 процентов. Сколько это в абсолютных цифрах? Где-то 50 миллионов, ну 40.

И ещё наркологических больных 20 процентов, до 20 процентов злоупотребляющих алкоголем и порядка 10 процентов людей с диагнозом наркологическим. Это ещё там порядка 10–20 миллионов.

Хватит ли нас с вами для того, чтобы обслужить весь этот потенциальный контингент? Очевиден ответ: нас с вами, психиатров и наркологов, всего в России тысяч 15, наверное. Вряд ли мы охватим все возможные континенты.

При этом мы понимаем, что психические расстройства – это некий континуум состояний от каких-то самых лёгких, допустим, каких-то временных адаптационных синдромов, до тяжёлых психозов. Можем ли мы делегировать компетенцию о каких-то психических состояниях нашим смежникам? Неврологам, допустим, или (мы с ними давно как-то разошлись) врачам общей практики.

Центры здоровья могут заниматься этой первичной выявляемостью? Тут я не готов дать конкретного рецепта, выявление каких состояний можно делегировать, а каких нет. Вот тут нужна, наверное, какая-то дополнительная дискуссия, мы должны разделить всё-таки эти континенты.

Опасность, что будут назначать бесконтрольно психофармакологические препараты, безусловно, есть. Вот Евгения Анатольевна Кошкина ведёт сейчас большое исследование по выявлению наркологических расстройств в соматической больнице.

Более 20 процентов лиц, которые посещают соматические больницы – это наши больные, ну если не наши в прямом смысле, то, во всяком случае, с пограничными наркологическими расстройствами. шесть процентов используют снотворные и транквилизаторы без назначения врача-психиатра и варианты зависимости здесь очень возможны. Поэтому эта проблема существует всегда.

То, что происходит сейчас в Америке – это от общей либеральной идеи о том, что каждый человек имеет право на получение препарата от боли. А боль, естественно, трактуется очень расширительно и поэтому 10 процентов населения Америки принимает наркотические обезболивающие препараты.

У нас такой ситуации, конечно, нет, но у нас есть другие проблемы. Вот, допустим, пожилой возраст. Я когда-то начинал с геронтопсихиатрии, и у профессора Шахматова, и профессора Гуровича была хорошая очень идея – организовать вот такие исследования в общегородской поликлинике. К сожалению, по разным причинам этот проект не получился, меня бросили на усиление наркологии.

Но тем не менее эта проблема существует, пожилые люди ходят с какими-то депрессиями, с каким-то горем, и вообще пожилой возраст – это возраст депрессий. Или там, допустим, возраст начинающейся деменции. Можем мы это делегировать врачам общей практики и врачам поликлиник? Думаю, что во многих случаях да. Но вот опять-таки вопрос разграничения, и я думаю, что это предмет дальнейших дискуссий и какой-то договорной кампании между нами. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Слово предоставляется Олегу Алексеевичу Санаеву, главному врачу Орловской больницы. Здесь коллеги? Да, пожалуйста.

Самое главное, сжато и самое главное. У нас остаётся мало времени.

Санаев О. А. Уважаемые коллеги!

Да, совсем кратко. Я хотел немножко расширить круг наших вопросов, коль мы говорим о законодательстве в области охраны психического здоровья.

В связи с тем, что в последнее время открылось огромное количество частных медицинских центров, возникает ряд проблем взаимодействия с ними. Вступил в силу закон № 344-ФЗ «О проведении обязательного медицинского освидетельствования водителей», приказ № 441н Минздрава России о порядке медицинского освидетельствования на право владения оружием, знаете эти законы, да? Изменилась форма справки, в этой новой справке отсутствует печать и подпись врача-психиатра, ну, как и остальных врачей. Так что проверить, прошёл ли освидетельствование кандидат в водители или на получение оружия, практически невозможно. Соответственно ни ГАИ, ни лицензионному разрешительному комитету проверить прохождение наших психиатров в государственных учреждениях практически нереально. Это первое.

Приказ 302н совершенно не регламентирует прохождение психиатров именно государственных учреждений, поэтому для получения справок граждане проходят психиатров только в частных клиниках. Никаких запросов в наши учреждения не посылают, соответственно делают выводы достаточно необъективно.

Посмотрев законодательство, я понял, что там на самом деле этим дело не ограничивается, у нас есть ещё такие приказы как...

Председательствующий. Нам важно, конечно, обсуждать в стенах Государственной Думы как раз те вот коллизии, которые могут решаться через призму изменения федерального законодательства. Понятно, что есть масса проблем, которые должны регулироваться органами исполнительной власти и Министерством здравоохранения Российской Федерации, подзаконными актами, приказами. Я думаю, что если мы здесь ещё это будем обсуждать, то до следующей недели это дело не закончим.

Санаев О. А. Хорошо, давайте перейду ко второму вопросу.

Если пять минут позволите, я всё-таки приведу в пример приказ № 989н об отсутствии противопоказаний для работы со сведениями, составляющими государственную тайну. Там тоже не регламентировано прохождение освидетельствования в государственных учреждениях. Допуск к наркотическим средствам. Только недавно приняты поправки, где прописано освидетельствование в государственном медицинском учреждении. То есть достаточно большая важность предлагаемых мною изменений в области законодательства.

Что касается федерального закона, есть закон о государственной регистрации, Росреестре. Что там? Когда собирали мы информационную систему в Орловской области, выяснилось, что достаточно большое количество психиатрических больных, более 300 человек, переменили место жительства по неясным причинам. Выяснилось, что в связи с изменением Гражданского кодекса Российской Федерации нотариальное оформление сделки теперь не является обязательным, и все сделки по продаже имущества просто заверены юристом.

В целях охраны собственности наших психически больных предлагаю всё-таки внести в закон о Росреестре. Требование в обязательном порядке приносить справки с места жительства от психиатра. Вот, собственно говоря, вкратце...

Председательствующий. Спасибо большое. Вы это передадите нам всё, да? Отлично.

Слово предоставляется Полине Георгиевне Габай, это наш коллега, юрист. Пожалуйста. Но просьба – очень конкретно и буквально три-четыре минуты.

Габай П. Г. Я поэтому буду пролистывать часть слайдов. Включите, пожалуйста. Могу сказать своими словами, конечно.

Председательствующий. Своими словами, самое главное.

Габай П. Г. Повторяться не буду.

Законодательство о психиатрической помощи не делит законодательные нормы на большую и малую психиатрию. Хотя логически, я думаю, что многие нормы относятся именно к большой психиатрии. *(Демонстрируется слайд.)*

Если говорить о малой психиатрии, безусловно, что это заболевания – не тяжёлые психические заболевания, а так называемые пограничные состояния. *(Демонстрируется слайд.)*

Мне кажется, что основная проблема связана, во-первых, с массой этих заболеваний, о которых говорит ВОЗ, отмечая, что более 300 миллионов человек в мире болеют депрессией. Не менее распространены и иные нетяжелые заболевания.

Дальше. В Российской Федерации ситуация абсолютно идентична. Но специфична она в том, что в число официальных пациентов входит далеко не вся часть по факту болеющих людей. *(Демонстрируется слайд.)*

Почему это происходит? Потому что на многих людей, которые обращаются к психиатру, я думаю, что скрывать здесь нет смысла, часто наклеивается ярлык ненормального человека. Поэтому в связи с этим многие люди не хотят обращаться к психиатрам или психотерапевтам. *(Демонстрируется слайд.)*

Как известно, то, что говорили сегодня, в рамках первичного звена пациент получить терапию в этой области не может. *(Демонстрируется слайд.)*

Поэтому часто такие пациенты лечатся годами от абсолютно иных заболеваний, например, таких как вегетосудистая дистония, а по факту они оказываются один на один с этим заболеванием.

Мы не говорим о том, что нужно часть пациентов, болеющих психическими заболеваниями, передать из-под опеки врачей-психиатров, а речь идёт о том, что они по факту у врачей-психиатров и не наблюдаются. *(Демонстрируется слайд.)*

Если мы откроем заболевания МКБ о психических расстройствах, мы увидим, что в них входят такие заболевания как лёгкий депрессивный эпизод – это детская гиперактивность, заикание, навязчивое выдёргивание собственных волос и даже кусание ногтей. *(Демонстрируется слайд.)*

О чём я говорю? Что данные заболевания официально входят в сферу внимания врача-психиатра, и лечить их и назначать соответствующее лечение может исключительно врач-психиатр. *(Демонстрируется слайд.)*

Что здесь важно? Конечно, пропускаем, констатацию факта о слабой доступности психиатрической помощи в отдалённых и малочисленных пунктах. Это очевидно. Поэтому больные просто не имеют вообще возможности оказаться у психотерапевта. *(Демонстрируется слайд.)*

В последние годы, я думаю, это официальный факт, Минздрав России делает актуальным и развивает институт семейных врачей, которым по определению, отдана ключевая роль в рамках первичного звена. *(Демонстрируется слайд.)*

И лечение, в том числе, заболеваний, не нуждающихся в узком специалисте. Но однако, если мы откроем штатные нормативы центра и отделения общей врачебной практики, то мы увидим, что врач-психиатр там отсутствует, потому что все функции выполняются семейными врачами. *(Демонстрируется слайд.)*

Но повторяться не будем, лечение психических заболеваний (пропускаем слайд) не входит в его функции и полномочия. Поэтому как можно говорить о том, что следует прививать людям уважение и доверие к семейным врачам, к институту семейных врачей, если они даже не могут лечить кусание ногтей? *(Демонстрируется слайд.)*

И я тоже хочу сказать о том, что делегирование врачам общей практики некоторых функций не говорит о том, что мы забираем целиком и полностью данных пациентов у врачей-психиатров. Я считаю, что следует дать пациентам альтернативную возможность получить данную помощь у врачей, семейных врачей. Естественно, следует, конечно, сделать больший акцент на качество образования данного врача, хотя априори его образование предполагается как многопрофильное. *(Демонстрируется слайд.)*

Как известно, в Европе и США данные заболевания лечатся, входят в компетенцию семейных врачей, а не врачей-психиатров, хотя, естественно, по желанию больного или в случае неэффективности лечения он может быть направлен на лечение к психиатру. Я хочу сказать, что сегодняшнее моё выступление – это не какая-то самостоятельность и не самовольное предложение, это рекомендация Общественной палаты Российской Федерации в октябре 2017 года, которая была сделана на основании рекомендаций ВОЗ. *(Демонстрируется слайд.)*

Я заканчиваю, ещё раз, как юрист, говорю о том, что следует вносить изменения в целый ряд нормативных документов. Не буду зачитывать, потому что их целый ряд, и то они не все выведены на экран. *(Демонстрируется слайд.)*

Я хочу перейти к самому ключевому моменту. Проблема в том, что однозначного определения пограничных психических расстройств на сегодняшний момент нет, и многие научные школы предлагают свои варианты на эту тему. *(Демонстрируется слайд.)*

Поэтому здесь, конечно, неопределённость может быть. Поэтому я считаю целесообразным составить чёткий перечень психических заболеваний, расстройств, по которым медицинскую помощь может оказывать семейный врач. И следующий слайд как раз будет в рамках двух вариантов заболеваний, в рамках общего раздела МКБ, подраздела «Расстройство настроения». Совершенно очевидно, что биполярное заболевание – аффективное расстройство не может выйти из-под функции врача-психиатра, а вот, например, депрессивный эпизод в лёгкой степени с вероятностью может быть отдан врачу, семейному врачу. *(Демонстрируется слайд.)*

Хотя, конечно же, данный список нуждается в детальном рассмотрении именно каждого заболевания в разделе «Психические заболевания» в МКБ. Следующий. Поэтому для этого нужна рабочая группа, в которую бы входил целый ряд специалистов, и об этом сегодня уже говорили.

Многие люди, которые понимают, что они больны, может быть, не понимают, насколько глубоко они больны, и они начинают лечиться самостоятельно. К чему это приводит, говорил сегодня Владимир Вольфович: в Российской Федерации, к сожалению, растёт число суицидов, притом недиагностированные и нелеченные заболевания приводят именно к этому. А ведь в большинстве случаев проблема могла бы быть решена правильным подбором в этом случае методов лечения человека.

Благодарю вас за внимание. Всего доброго!

Председательствующий. Спасибо, Полина Георгиевна.

Уважаемые коллеги, проблемы, которые мы с вами сегодня здесь обсуждаем, они возникли по двум обстоятельствам.

С одной стороны, мы за последние два года стали получать достаточно большое количество обращений, в том числе и от врачей-психиатров, от главных врачей, от законодателей, из субъектов Рос-

сийской Федерации, о том, как много всё-таки создаётся ситуаций, которые мы определяем как правовые коллизии, где возникают разного рода несостыковки между отдельными федеральными законами. Но, в конечном счёте, это всегда заканчивается проблемами с законоприменением.

Вот то, о чём говорил Александр Сергеевич Берёзкин, на примере чрезвычайно важной проблемы, когда больного до решения суда помещают в психиатрическое учреждение, но совершенно не прописано, что с ним делать дальше, может ли он быть подвергнут принудительному лечению, как он может быть подвергнут. Когда принудительное лечение определено судом и так далее. То есть очень много коллизий.

И вторая позиция, это, в конечном счёте, снижение доступности медицинской помощи больным с пограничными психическими расстройствами. Несмотря на реальные позиции нашей отечественной психиатрии, о которых я сказал, я горд тем, что несмотря на сложности времени, в котором мы проживали с 90-х годов, основные завоевания отечественной психиатрии, советской психиатрии, российской психиатрии мы смогли сохранить. Равно как и много потерять, с учётом того, что само развитие и общества, и здравоохранения шло по пути серьёзного выдавливания населения в платные медицинские услуги. И, конечно, психиатрия, особенно сексология, психотерапия, не могла не оказаться вот как раз в этой ситуации, а население стало испытывать проблемы.

И у коллег, которые поднимают вопрос о том, чтобы всё-таки эту помощь сделать более доступной, у них существует как бы своя позиция, своя правда. У нас был проект резолюции, но мы специально не стали давать вам этот проект в раздаточный материал, потому что мы хотим эту резолюцию подготовить с учётом всех ваших предложений и рекомендаций.

Но я вас убедительно прошу, по материалам нашего обсуждения конкретно сформулировать те позиции, которые вы считаете важными, и всё-таки направить нам в Комитет. Можете прямо мне направить, в Государственную Думу, потому что в той рабочей группе, которую мы создаём, мы будем поэтапно, пошагово всё-таки решать эти вопросы. Это одна позиция.

Вторая позиция. Стратегия развития отечественного здравоохранения на самом деле предполагает широкое совершенствование первичной медицинской сети, и в этом смысле роль врача общей практики должна быть несколько иной. Это не тот врач, который является участковым педиатром или участковым терапевтом, мы его должны наполнить совершенно новыми компетенциями для того, чтобы в конечном счёте подавляющую часть проблем населения в отдалённых сёлах, даже и на фельдшерско-акушерских пунктах эти люди могли решить. И в этом контексте мне представляется, что мы говорим о позиции, о своеобразной дороге с двусторонним движением.

Вот я считаю, что мы, безусловно, должны сейчас подтолкнуться к тому, чтобы вернуть утраченные позиции современной психиатрической школы, решить вопрос с психотерапевтами в поликлиниках, решить вопросы не только с помощью федерального законодательства, но и в том числе подзаконных актов, решений органов исполнительной власти. Это одна позиция.

Мы должны вот эти вопросы, в конечном счёте, сделать в организационном плане достаточно эффективными, потому что сегодня мы видим, как подавляющая часть психотерапевтов ушла в частные медицинские центры, а простым гражданам, которые сегодня живут на 15 тысяч в месяц, естественно, такая помощь становится менее доступной. И мы должны решать вопрос о бесплатной медицинской помощи этому контингенту.

Но, с другой стороны, мы должны с вами все вместе через врачебные ассоциации, через медицинские сообщества продумать объём тех компетенций, которые бы мы могли делегировать врачам общей практики. Поэтому здесь ситуация с психиатрией, с диагностикой, она ведь очень непростая. С одной стороны, можно упрощённо по формальным признакам говорить, что невротический уровень расстройства, это не психотический.

Возьмите обсессивно-компульсивное расстройство, это невротический регистр, но по своей тяжести, по своим последствиям разве мы можем доверить лечение обсессивно-компульсивного расстройства, например, врачу общей практики, учитывая, что это чрезвычайно сложный феномен, чрезвычайно сложная конструкция, которая порой требует не просто грамотного подбора психофармакологического препарата, но и даже порой лечения психохирургическими методами. И сегодня это направление тоже развивается.

Поэтому я думаю, что мы по материалам сегодняшнего обсуждения должны получить такие взвешенные выводы и, естественно, поступательно начинать решать эти проблемы, определить объёмы компетенций для врачей общей практики. Только мы с вами, конкретно зная все узкие места нашей отечественной психиатрии, вообще клинической дисциплины психиатрии, сможем чётко сказать, что мы могли бы, в конечном счёте, делегировать в будущем врачам-непсихиатрам. Врачам-неврологам, может быть.

Что касается диагноза психического расстройства, когда возникают серьёзные социальные последствия самого диагноза. Понимаете? Ну назначили мы пациенту антидепрессант, это заканчивается, а может ли он вообще управлять транспортом? А как эти вопросы решать? А если при управлении транспортом он совершит тяжкое правонарушение с какими-то последствиями? Это есть результат как

раз миорелаксирующего действия препарата. И мы должны в комплексе обсудить эти вопросы для того, чтобы последовательно двигаться.

Но понятно одно: так как сегодня существует ситуация, так дальше продолжаться не может. Понимаете? И психиатрия, клиническая психиатрия, пограничная психиатрия – её специалистам мы должны сегодня помочь, дать новый импульс в плане, может быть, изменения не только законодательства федерального, но и в плане подзаконных актов, приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации для того, чтобы эти вещи каким-то образом были восполнены.

Я убедительно прошу вас, коллеги, продолжать с нами сотрудничать. Мы начинаем эту работу очень трудно, понимаете, она очень трудная, может быть, где-то и не совсем благодарная, но это наша с вами жизнь, это наша с вами работа. И вот сейчас мы смогли воспользоваться площадкой Государственной Думы, чтобы именно наши проблемы преломить в нормативно-правовом фокусе, выйти на законодательные инициативы и продолжать эти вопросы решать. При этом по тем проблемам, которые сегодня мы обозначили, есть уже конкретные коллизии, их мы можем решать уже сегодня, потому что они являются очень чёткими и определёнными.

Я благодарю вас всех за участие и очень надеюсь, что наша работа будет продолжена всеми вместе. Спасибо. *(Аплодисменты.)*

СТЕНОГРАММА
парламентских слушаний на тему «Паллиативная помощь в Российской Федерации.
Перспективы нормативно-правового регулирования».
21 мая 2018 года.

Председательствует председатель
Комитета Государственной Думы по охране здоровья
Д. А. Морозов

Председательствующий. Уважаемые коллеги, доброе утро! Прошу вас присаживаться, мы начинаем свою работу. Присаживайтесь.

Ещё раз доброе утро, я благодарю вас всех за то, что вы нашли возможность и посчитали нужным встретиться сегодня всем нам. У нас с вами сложная такая работа, которая в течение трёх часов будет посвящена обсуждению законодательного регулирования, или регулирования нормативно-правовой базы, сложнейшего сектора охраны здоровья людей. Ну, и мы с вами не раз говорили, того сектора, в котором органично переплетаются задачи здравоохранения и задачи социальной службы, задачи каждого из нас как гражданина и как человека. Это обеспечение достойной жизни всем нам, нашим близким.

Не раз мы подчёркивали, что эта тема касается каждой семьи, каждого человека. Это произойдёт с каждым из нас, сидящим в зале. И поэтому сначала вызывало удивление, а сейчас некий оптимизм, что мы взялись за эту проблему. И я глубоко убеждён – в кратчайший срок мы выйдем на должный уровень оказания паллиативной помощи нашим гражданам, взрослым и деткам, к сожалению, и их касается эта проблема. Я не буду много говорить, потому что в традициях нашего Комитета выступление моё в завершении, но некоторые вопросы мне хотелось бы сегодня анонсировать. Уверен, что сегодня мы и от законодателей, и от общественных организаций, от Министерства здравоохранения Российской Федерации услышим многие позиции и сопоставим их, чтобы выяснить – в какой части сегодня реализовано то, что мы называем паллиативной помощью.

Все вы хорошо знаете, что у нас есть прямые поручения Президента России, и когда я знакомился на встрече с общественными организациями, я в очередной раз поймал себя на мысли, что, конечно, поручения Президента России – это огромный толчок, огромный драйвер к развитию. Но второе. Я каждый раз думаю о том, почему мы до поручений главы государства не сделали то, чтобы решить эту проблему в рамках существующих полномочий. Уверен, что это хороший пример того, что нужно прибавлять по каждому острому направлению, будь то онкология, будь то детское здравоохранение, или паллиативная помощь, ещё до того, когда глава государства обратит на это внимание и, как это было с оптимизацией здравоохранения, подвергнет это критике.

У нас масса проблем на стационарном этапе с оказанием паллиативной помощи на дому, с искусственной вентиляцией лёгких на дому. У нас проблема с оборотом средств, включая наркотические средства. Уже в кратчайшие сроки нам необходимо было решить то, что касается опиоидов, создания трансдермальных средств, таблетированных препаратов, детских доз. Вот этот перечень проблем, его можно продолжать. И это на самом деле грустно, что у нас такой широкий перечень проблем.

В то же время нельзя не признать, что в последние годы и Министерство здравоохранения Российской Федерации, и региональные министерства, врачи-профессионалы совершенно по-другому взглянули на эту проблему и показали точки развития. Я всё время обращаю внимание: на мой взгляд, это хорошие шаги, демонстрирующие гуманизацию общества, когда мы говорим о правах плода, когда мы говорим о противодействии абортам, когда мы говорим о паллиативной помощи, о помощи тем людям, которые требуют серьёзных, высокотехнологичных вмешательств. Всё это, на мой взгляд, свидетельство того, что мы движемся в правильном направлении.

Ну, и в завершение. Анонсируя все ваши выступления, мне бы хотелось вспомнить слова, известные каждому слова, которые написал Горький. Человек – это великолепно, человек – это звучит гордо, надо уважать человека. Вот воссоздание в нашей стране ценностей человеческой жизни и уважение к каждой жизни – это всё то, к чему бы я хотел призвать всех в сегодняшней дискуссии и определить это некой красной нитью.

Начинаем. И я с удовольствием предоставляю слово Владимиру Вольфовичу Жириновскому. Благодарю вас за то, что вы посетили наши парламентские слушания. Пожалуйста, Владимир Вольфович Жириновский.

Жириновский В. В. Спасибо.

На будущее я бы посоветовал нашему Комитету по здравоохранению и всем другим: студентов профильных вузов приглашать, чтобы они тоже здесь сидели, места есть, чтобы это их тоже бы волно-

вало. Но мне не очень нравится, конечно, засилье иностранных слов. Паллиативная медицина. Если на улицу выйти, девять из десяти не смогут сказать, что это такое. Как по-русски назовём паллиативную медицину?

Хоспис тоже. Первое время не понимал, думал, какие-то гостиницы. Хостел, хоспис, люди путали. Хорошее русское слово было «приют». Приюты для больных.

Значит, паллиативная медицина – это там, где уже трудно помочь, с точки зрения лечения, но лишь обеспечить уход за этими больными, тем более, очень часто они бывают одинокие. И в царской России было, по-моему, несколько хосписов. Но потом, в связи с ликвидацией монастырей и гонением на Церковь они тоже исчезли. Сейчас они вроде появляются. Это очень важно. И сбор денег, когда на конкретного больного ребёнка собирают, это хорошо, но, наверное, можно было бы специальные фонды создать. И, может быть, на медицинских факультетах или в медицинских училищах, значит, там, где подготавливают медсестру (хотя, сейчас и медбрат есть), тоже чтобы подготавливали людей для ухода за этими больными.

Вот обезболивающие средства. Скажем, уже спасти больного не удаётся, но он мучается от сильных болей. А в связи с наркоманией, значит, стараются ужесточить выписку обезболивающих лекарств. Если их и можно выписать, то выписывают очень долго. Бюрократизм. У человека боли начались утром, а лекарство ему дадут через неделю, через 10 дней. Эта острая боль может доводить до худших последствий человека. Надо найти какой-то способ, чтобы эти больные могли получить обезболивающие.

Реклама идёт, бешеная реклама любых лекарств и добавок. И население скупает все это. Насколько я знаю, за рубежом на рецептурные лекарства запрещена реклама. Только те, которые по рецептам, потому что тогда их может получить только тот, у кого есть рецепт.

Я личное мнение высказываю. Я вообще против любой рекламы лекарств. Потому что человек должен к врачу прийти. Но человек берет эту добавку или лекарство и думает, что он себя лечит. Но он же диагноз себе ещё не поставил. И потом у любого лекарства много побочных эффектов, и это может иметь худший результат. И мы это знаем. Поэтому здесь уже к паллиативной медицине люди сами себя подводят, когда врачи бессильны помочь.

Ну, и проблема с уголовным преследованием врачей за ошибки, нарушение правил оборота лекарственных средств, тогда их боятся выписывать. То есть у нас всё время проблема, что есть нарушающие законы и порядки, и тогда страдают все остальные: мы, Государственная Дума, ужесточаем правила распространения лекарственных средств.

Ну, вот по питанию. Американцы иногда хвалятся, что они нам поставляли в очень больших количествах в своё время «ножки Буша». Куриные ножки. Но это самая вредная часть курицы. То есть они себе оставляли грудку, а нам ножки. Интересно, кому они крылышки направляли? Только про ножки шла речь. А крылышки... То есть самая вредная часть у животного и у птицы – это то, что связано с органами движения, ибо там идут окислительные процессы, и там накапливается много вредных веществ. Поэтому сегодня богатые кушают только определённую часть мясных продуктов, а для народа оставляют всю эту гадость. Иной раз дёшево, но вот 20 лет прошло, когда «ножки Буша» нам завозили, а сегодня ранняя онкология.

Такого никогда не было, чтобы у детей наблюдались онкологические заболевания. Обычно после 40, после 60, после 70. А сегодня онкология скоро в детский сад придёт. Это вот те родители, которые питались «ножками Буша». Надо проследить связь. Ибо мы заносим в организм вредные вещества, они там находятся, таятся. Взрослому, может быть, сразу не будет вреда, а детям вред будет нанесён. Поэтому мы здесь должны работать по созданию более мощной правовой базы.

Ну, а что касается хосписа и оказания паллиативной медицинской помощи, конечно, тоже мы здесь можем помочь. Ну и общественные организации. У нас ведь есть и общественная медицинская палата. Пусть они тоже этим занимаются. Ну и Министерство здравоохранения Российской Федерации, наверное, поможет. Здесь же есть, наверное, кто-то из Минздрава России? Замминистра, наверное. А где у нас сидит замминистра? Там где-то, в уголке? Не видно, не слышно. Ну, он боится, что может, не переназначат. Сейчас только министр появился, он будет иметь право замов новых назначить. Теперь все замы боятся, все руководители агентств, служб. Теперь министр будет ещё смотреть, кого оставить на агентстве, кого убрать, это понятно.

А депутаты боятся 2021 года. Половины их не будет в парламенте. Придут другие депутаты. То есть это тоже вредное воздействие. Может быть, демократия вредна? Надо посмотреть, сколько пользы от демократии. Постоянные выборы, стрессы. Это тоже имеет отрицательное значение.

Я заканчиваю, потому что здесь много желающих выступить. И попросил бы председателей комитетов – пусть спорят, чтобы была дискуссия. Если с моей позицией кто-то не согласен, пусть спорят. Со мной обычно боятся спорить, потому что я всегда прав. Но тем не менее был бы рад, если бы кто-то бы попытался и моё мнение тоже посчитать, может быть, не совсем правильным. Я согласен ответить.

Спасибо Комитету, надо больше парламентских слушаний, «круглых столов», потому что со здоровьем мы все связаны. Не все связаны с сельским хозяйством, с энергетикой, даже с образованием, а вот здоровье всех касается. И заблуждаются те, кто думают, что они здоровы.

Вот недавно один учёный умер, утром ещё в теннис играл. Ни на что не жаловался, а в обед его уже не стало. Вот, пожалуйста. Он считал себя здоровым. Но его уже нет с нами.

Поэтому проблемы здоровья, медицины должны касаться каждого. Когда-нибудь введут целый год обучения медицине для всех. Вот ты заканчиваешь вуз, ещё один год поучись тому, как сохранять здоровье. Хотя бы предмет ввести во всех вузах – охрана здоровья. А то охрана труда – есть такой предмет, сопромат – есть предмет, много разных предметов. А вот позаботиться о здоровье, это тоже надо. Может быть, в школах хотя бы одно, два, три занятия, в вузах какой-то цикл лекций, хотя бы две-три, и на работе с трудовыми коллективами, по месту жительства. Потому что остановить тех, кто там лечит. Как они называются? Народные целители, что ли? Он лечит от рака. Как он может лечить от рака, когда врачи ничего не могут сделать, а он вдруг может? Нашептал на ушко, потёр мазями, человек умер, он получил деньги.

Ну, конечно, есть люди, которые в травах разбираются. Может, травку, там раствор приготовить. Но надо же ещё знать. А то он не полечит, наоборот, искалечит.

Я бы прямо сказал, что все больные. Здоровых нет. Потому что больные родители здоровых детей не могут родить. Поэтому слово «больной» распространённым должно быть. Всегда какой-то орган барахлит. И в условиях этой экологии, грязного воздуха, грязной воды, как может быть здоровым человек? Мы должны с подозрением относиться к тому, кто заявляет, что он здоров. Он в скафандре ходит? Дышит кислородом, который ему привезли с Марса, чистейшим воздухом. Кто ему пищу готовит? Поэтому не может быть человек здоровым при плохом питании. Я имею в виду плохим по качеству. Это тоже имеет огромное значение.

В Европе Восточной обижаются, что им колбасу продают хуже, чем в Голландии. А в Венгрии ещё хуже. А нам, вообще, отходы везут. Поэтому надо не покупать ничего из-за рубежа, потому что плохое. И у наших может быть плохое, но оттуда везут только гадости одни. Это просто надо всем иметь в виду.

Я закончил. Спасибо Комитету, очень полезные парламентские слушания. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое, Владимир Вольфович.

Позвольте предоставить слово Евгению Геннадьевичу Камкину, Министерство здравоохранения Российской Федерации. Пожалуйста, Евгений Геннадьевич. Сколько вам нужно минут, Евгений Геннадьевич? Презентацию включите, пожалуйста.

Камкин Е. Г. Я думаю, не больше 10 минут.

Председательствующий. Благодарю вас. Пожалуйста.

Камкин Е. Г. Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич, Владимир Вольфович. Уважаемые коллеги!

Уже в своём вступительном слове Дмитрий Анатольевич сказал о том, что, несмотря на то, что нам предстоит ещё очень многое сделать, уже что-то нам удалось выполнить на сегодняшний момент. Я напомню, что впервые понятие паллиативной помощи в законодательстве появилось в 2011 году с принятием закона № 323-ФЗ. После этого началась работа по формированию системы паллиативной помощи, по организации работы этой службы.

Мы назначили главного внештатного специалиста по паллиативной медицине Диану Владимировну Невзорову, она здесь присутствует. Создан институт главных внештатных специалистов. Первые были разработаны порядки оказания медицинской помощи паллиативной, притом как для взрослых, так и для детей, содержащие этапы оказания медицинской помощи, стандарты оснащения, были рекомендованы штатные нормативы.

Проводится также работа по совершенствованию законодательной базы в части внесения изменений, уже разработаны в 2015 году порядки оказания медицинской помощи. На сегодняшний день эти изменения прошли общественное обсуждение. Приказ уже подписан, направлен на регистрацию в Минюст России. Он касается уточнения в части организации работы выездной патронажной службы и вносит изменения во взрослый порядок в части возможности использования аппаратов ЭВЛ в амбулаторных условиях на дому.

Я напомню, что также совместно с попечительским советом при вице-премьере Ольге Юрьевне Голодец профессиональным сообществом была проведена работа по совершенствованию оказания медицинской помощи в части назначения и выписки обезболивающих препаратов, значительно упрощена процедура. Показатели по паллиативной помощи были также отображены в программе развития здравоохранения. Мы значительно увеличили число коек в региональных медицинских организациях паллиативной помощи. Растёт число врачей, может быть, не такими темпами, как нам хотелось бы, но тем не менее. И сейчас мы считаем, что основное направление деятельности должно быть нацелено уже не на увеличение коечного фонда, который в принципе достаточен на сегодняшний день, а, в первую очередь, на развитие амбулаторного сегмента паллиативной помощи. Для того чтобы была возможность организовать эту медицинскую помощь, в том числе и в домашних условиях.

Впервые, я напомню, в прошлом году по поручению Президента России была выделена беспрецедентная сумма – 4,35 миллиарда рублей. Большая часть из них будет направлена на обеспечение всех нуждающихся именно обезболивающими препаратами, а также на организацию мониторинга этой

помощи в регионах и в случае необходимости на обеспечение всех нуждающихся аппаратами искусственной вентиляции лёгких и респираторной поддержки для использования в домашних условиях. До этого в основном эта работа проводилась за счёт средств благотворительных организаций. Теперь есть возможность выполнять это за счёт средств федерального бюджета. Мы планируем также продолжить эту работу и в последующем, и соответствующие бюджетные проектировки Минздравом России направлены в Министерство финансов Российской Федерации. 84 субъекта участвуют в реализации этой программы. Соответствующее распоряжение было выпущено.

В прошлом, вернее, в этом году мы это сделали в виде межбюджетного трансферта, не привлекая субсидии от регионов на софинансирование этих расходных обязательств. В следующем году мы планируем это сделать в соответствии с общим бюджетным правилом на условиях софинансирования регионального.

Значит, также в рамках реализации «дорожной карты» по повышению доступности наркотических обезболивающих проводится работа вместе с Московским эндокринным заводом по увеличению количества форм наркотических лекарственных препаратов, выпускаемых в нашей стране. Соответствующая «дорожная карта» тоже была утверждена Правительством России. Увеличивается число пациентов, получающих эту помощь. Ориентировочно потребность восполняется, по нашим данным, где-то процентов 40–50. Тем не менее средства, для того чтобы обеспечить в полном объёме эту потребность, которая необходима, у нас имеются. И здесь теперь, соответственно, регионы должны будут наладить соответствующий мониторинг и обеспечить всех нуждающихся этими препаратами.

Я не буду подробно сейчас останавливаться на лекарственном обеспечении. Здесь присутствует также директор Департамента лекарственного обеспечения Елена Анатольевна Максимкина. Если будут вопросы, пожалуйста, мы готовы ответить.

Кроме того, были проведены 938 контрольных мероприятий в 2018 году и 603 тысячи оказаний медицинской помощи были проверены страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования. Соответственно, были зафиксированы нарушения в 78,7 тысячах случаев.

Какие мероприятия предстоит провести в будущем? Дмитрий Анатольевич уже сказал, что у нас есть соответствующее поручение по совершенствованию законодательства в части расширения понятия паллиативной помощи, расширения возможности оказания паллиативной помощи с привлечением, в том числе, социального аспекта. Потому что это очень важно, помощь не должна в данном случае оказываться только медицинскими работниками. Важно, чтобы в ней участвовали и специалисты других специальностей, и социальные работники, и психологи.

Мы действительно подготовили проект соответствующего закона, на что получили замечания. Сейчас дорабатываем этот законопроект, и до конца мая планируем данный законопроект представить и, соответственно, внести его в Правительство России.

Также, как я уже сказал, необходимо совершенствование нормативно-правовой базы в части организации именно амбулаторной службы и выездных патронажных служб. Кроме того при планировании бюджета на 2019-й и последующие годы мы планируем часть средств направить именно на этот сегмент, для того чтобы у регионов была возможность приобрести и мобильные комплексы, оснащённые соответствующими аппаратами для возможности организации этой выездной патронажной службы.

Ну и, соответственно, в части разработки и внедрения стандартов оказания медицинской помощи. Вы знаете, что финансирование паллиативной помощи ежегодно увеличивается, но, может быть, недостаточно. И разработка медико-экономических стандартов позволит нам, может быть, в последующем перейти уже на финансирование данного вида помощи как специализированной на КСТ, а не по финансированию по койко-дню, как это происходит сейчас.

Вот, пожалуй, основные направления, которые бы хотелось озвучить. Ну и будем рады услышать предложения, которые сегодня прозвучат.

Спасибо большое. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое, Евгений Геннадьевич. Я думаю, действительно, вам нужно взять ручку с листочком и записать всё то, что будет.

Я, коллеги, позволю себе такое лирическое отступление. Каждый раз ловлю себя на такой мысли. Долго мы всё делаем, ну долго. Мы же не исходим из того, что процесс важнее результата. Вот когда мы говорим, например, лекарственные обезболивающие средства доступны 50 процентам больных. Коллеги, сегодня ночью многие люди маялись от боли. Зададим себе вопрос. Да, процесс законотворчества, он долгий. Но вот мне кажется, что по таким острейшим вопросам нужно все согласования собирать ночью. Согласовать все в воскресенье, в субботу, в понедельник утром выпустить закон.

Какие могут быть согласования? Мы дали законотворческие инициативы по обезболиванию. Что значит не дали согласования? Не дали обезболить людей, получается. Понимаете? Я не могу, честно говоря, с этим смириться, наверное, потому что я смотрю на это как доктор.

Те моменты, которые мешают обществу решить острейшие проблемы, они должны требовать других методологий решения, ночных, а утром надо выходить уже с решённой задачей. Апиоиды дешевле препаратов, но они очень дешёвые. Как мы можем ими не обеспечить?

Прошу прощения, я, поскольку в докладе прозвучала необходимость взаимодействия социальной службы, я рад приветствовать Вовченко Алексея Витальевича, первого заместителя министра труда и социальной защиты Российской Федерации.

Алексей Витальевич, пожалуйста, выступите, прокомментируйте.

Вовченко А. В. Уважаемые коллеги! Дмитрий Анатольевич!

Действительно, мы здесь на стыке. Я имею в виду две отрасли и отрасль социального обслуживания, в первую очередь. И мы совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации определённую часть работы также проводим.

Проблема, действительно, есть. Проблема есть и заключается она в том, что мы просто ничего не знаем об этих людях, я имею в виду, которым требуется паллиативная помощь. Огромное количество таких людей находится в учреждениях социального обслуживания, прежде всего, в стационарных учреждениях социального обслуживания, и они, действительно, нуждаются в этом виде помощи. Но мы просто не знаем, что они нуждаются в этом виде помощи и просто эту помощь не оказываем. В этом, наверное, будет заключаться и заключаются сейчас первые наши шаги взаимодействия, выстраивания конструкции взаимодействия на местах медицинской службы и службы социальной помощи.

В этой связи у нас есть уже несколько пилотных проектов, в отдельных субъектах Федерации, где эта конструкция взаимодействия выстраивается. Но, действительно, правильно было сказано: да, это долгий путь, но, по крайней мере, мы сейчас в процессе осознания, что по этому пути надо, безусловно, идти. И те люди, которые лишены сейчас этой помощи, должны её, безусловно, получать.

И здесь даже трудно сказать, чья роль первична – медиков либо социальных работников, потому что именно эти пациенты уже есть, они уже страдают.

Что касается нормотворчества, мы как раз в процессе сейчас находимся. И данный законопроект мы с Минздравом России отработывали и согласовывали. Но, безусловно, мы сейчас уже видим, что есть целый массив именно нормативно-правовой базы, которую необходимо готовить для того, чтобы она реализовывалась именно уже в субъектах Федерации, на местах, где находятся эти люди. Причём мы, безусловно, понимаем, что это не только стационарные учреждения социального обслуживания, где находятся эти нуждающиеся, это и домашний уход, в том числе, в данном случае служба именно социального сопровождения. Вроде, как в законе всё есть, всё написано и предусмотрено, я имею в виду в законе об основах социального обслуживания. Есть понятие «социальное сопровождение», есть понятие «социально-медицинские услуги», есть понятие «уход» – всё это расписано, но нет вот именно ключевого понятия, в отношении кого оказываются эти услуги, как они должны оказываться и чьими руками. То есть это и медики в системе социального обслуживания, это и социальные специалисты по социальной работе в системе медицинского обслуживания. То есть, вот это регулирование, у нас сейчас так ярко не выражено. И, действительно, не определено, как это должным образом должно быть расписано в наших нормативно-правовых актах, в том числе и в субъектовых. Вот этим мы как раз на данный момент и занимаемся на примере пилотных территорий, пилотных субъектов и пилотных учреждений, где мы как раз-таки отработываем систему взаимодействия.

Но всё-таки хочу ещё раз отметить, что не хочется нам здесь опять заниматься вот этим футболом. Вот в медицинском законе написано – вы и занимайтесь этим.

В данном случае это не предмет какого-то противостояния двух систем, а именно тот самый случай, когда вот это взаимодействие двух систем должно быть отрегулировано и налажено. Это, наверное, ярчайший такой пример налаживания вот этого взаимодействия в двух сферах. Вот как мы сейчас двигаемся.

Председательствующий. Спасибо большое, Алексей Витальевич.

Жириновский В. В. Дмитрий Анатольевич, я хочу вопрос задать. Я услышал, что здесь Елена Анатольевна, да?

Председательствующий. Да.

Жириновский В. В. Где? Елена Анатольевна, вот у нас от кашля выпускается препарат «Коделак», там кодеина девять процентов, а у немцев – 30. Чем вы объясняете это? Это происходит из-за того, что у нас наркоманов много или же немцы более квалифицированы? Немецкий препарат блокирует кашель через два дня, наш через две недели. Зачем мучить больных? Можете увеличить содержание кодеина?

Максимкина Е. А. На мой взгляд, я вот с плановым управлением связывалась, мне удивительно, почему мы не можем в индивидуальном порядке здесь изготавливать этот препарат с повышенным содержанием кодеина. Я на врачей ориентируюсь, потому что сама я по образованию провизор и доверяю врачебной рецептуре. И если требуется индивидуальное изготовление препарата, я здесь не вижу никаких препятствий, чтобы действительно увеличили содержание кодеина.

Жириновский В. В. Так кто даёт на это право, мы же об этом говорим? У нас люди нуждаются в медицинской помощи, лекарства есть, а врачи бессильны.

Я к вам обратился. И курская фабрика говорит: дайте разрешение, мы дадим вам препарат с увеличенной дозой кодеина. А через год вы говорите: можно увеличить индивидуально. А кто будет решать – вы, министерство, кто решает-то все вопросы?

Максимкина Е. А. Рецептуру определяет производитель с точки зрения эффективности и безопасности.

Жириновский В. В. Что она говорит, я ничего не понимаю?

Кто разрешает? Вы понимаете, если вы говорите, что производитель может увеличить в индивидуальном порядке, кто должен дать разрешение вы или Минздрав России? Вы же не даёте разрешение.

Максимкина Е. А. Почему?

Жириновский В. В. Кодеин есть, лекарства нет. У немцев всё в порядке, а у нас бардак такой. Присаживайтесь. Бардак, понимаете.

Я вспоминаю сейчас, при советской власти меня привезли в больницу с вывихом. Врач говорит сестре: введите ему пантопол. Мне ввели, боль прошла, вывих вправили и я ушёл, но я на всю жизнь запомнил, потому что действительно полностью обезболивает.

Сейчас я прошу эффективный препарат, увеличьте дозу кодеина. Вы мне целый год разводите бюрократию: кто-то должен, никто не знает, давайте решать. То есть кодеин есть, и фармацевтическая фабрика есть. Так пусть Минздрав России даст разрешение. Минздрав России встаёт здесь через год и говорит: надо делать. Кто будет делать, это же от вас зависит, вы провизор?

Максимкина Е. А. Главное, чтобы производитель внёс изменение в регистрационное удостоверение...

Жириновский В. В. Но кто это должен сделать, вот кто? Мы должны, депутаты должны обратиться, кто?

Максимкина Е. А. Производитель должен обратиться.

Жириновский В. В. Производитель?

Максимкина Е. А. Да.

Жириновский В. В. А ему наплевать, у него покупают и эти лекарства, где девять процентов кодеина. Вы понимаете, вы сбрасываете ответственность на тех, кто не заинтересован, чтобы больше кодеина ушло в препарат. И вот вы друг на друга ссылаетесь, а больные страдают, кашляют три недели в России, а в Германии за три дня вылечиваются. Это как-то нужно решать, Дмитрий Анатольевич, кто-то должен принять решение.

Председательствующий. Владимир Вольфович, вообще удивительно, на какой профессиональный уровень вы подняли вопрос.

Жириновский В. В. Я обращаюсь к министру, министр Елена Анатольевна переправляет моё письмо, она ничего не решает. Курская фабрика говорит: дайте разрешение, я вам дам этот препарат. Директор фабрики говорит, у меня всё есть, но мне нужно разрешение. Почему? Наркоманы. Кодеин когда-то при советской власти вообще без рецепта продавался, таблетки кодеина в любой аптеке. И кашель мы блокировали за два-три дня, а сейчас кашляют две-три недели люди и заражают других. Минздрав России – мощное министерство, прекрасный министр Вероника Игоревна, к ней отношусь с большим уважением. Но надо найти формулу, кто вправе быстрее дать разрешение изменить рецептуру. Я понимаю, если бы не было лекарств. Но лекарства есть в стране, однако сидит это бюрократическое звено и больные страдают.

Председательствующий. Спасибо.

На самом деле всё время удивляет точка принятия решения. По моему глубокому убеждению, решения должны идти от практики: есть человек, испытывающий боль, надо срочно принять решение, как обезболить. Есть кашляющий человек, необходимо, чтобы срабатывало профессиональное сообщество, докладывало о неэффективности препарата, и после этого было бы принято решение.

Я бы хотел вот по выступлению Алексея Витальевича сказать, что мы как Государственная Дума готовы работать день и ночь, чтобы закрыть вот прорехи в законодательстве. С учётом долгого пути прохождения законопроектов мы всегда предлагаем свою работу для того, чтобы часть шла как инициативные депутатские законопроекты, поскольку это быстрее. Поэтому, вам, Министерству здравоохранения Российской Федерации, скажу: пожалуйста, взвесьте эти моменты и поставьте перед нами задачи, что нужно срочно решить для того, чтобы мы могли дать возможность развиваться отрасли.

Уважаемые коллеги, я хочу предоставить слово Юрию Викторовичу Кобзеву, члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья, которому мы поручили и заниматься этой темой, уже два года он уделяет ей большую часть своей жизни. Пожалуйста, Юрий Викторович.

Кобзев Ю. В. Добрый день, уважаемые коллеги!

Но после выступлений Дмитрия Анатольевича, Владимира Вольфовича я постараюсь своё выступление сократить, потому что подавляющее большинство тем они затронули.

Безусловно, проблема паллиативной медицинской помощи, паллиативной помощи – в числе краеугольных камней медицины. И это отражается не только в наших дискуссиях, но и в поручениях Президента России, поручениях Правительства России, которые были даны на протяжении предыду-

щих двух лет. Так вот я здесь показал всего лишь четыре листа, а если документ поднять, то он занимает 13 листов. Это то, что касалось паллиативной медицинской помощи, то, что касалось обезболивания, то, что касалось социального обслуживания паллиативных больных на дому. Всё это находит отражение в поручениях нашего Президента России. Давайте пройдемся по нескольким из них и посмотрим сроки исполнения и что было сделано.

Организация оказания паллиативной медицинской помощи по месту фактического проживания. Это был резонансный случай, который мы с вами смотрели, он был отражён по телевидению. В настоящий момент Министерством здравоохранения Российской Федерации разработано несколько нормативных актов, которые приближают помощь по месту фактического проживания больного. Фактически мы идём по пути, чтобы можно было не по месту твоей постоянной регистрации получить лекарства, в том числе наркотические анальгетики.

Применение медицинского оборудования и медизделий при оказании помощи на дому тяжело больным. Да, процесс идёт, но здесь я уже обращаюсь к вам, потому что мы прекрасно понимаем, деньги выделены беспрецедентные – больше четырёх миллиардов рублей, они пойдут на приобретение препаратов, на приобретение оборудования. Остаётся вопрос у большинства регионов: как мы будем передавать это оборудование пациентам на дом? И здесь уже среди профессионалов, среди юристов начинает возрождаться тема так называемого стационара на дому. И нам здесь в нашей дискуссии, наверное, придётся поднимать эту тему и приходиться к какому-то консенсусу: надо возвращаться к этой форме обслуживания либо нет, она будет востребована нашими пациентами либо нет?

Нам необходимо было принять меры по посещению родственниками в анестезиологических реанимационных отделениях. Дмитрий Анатольевич совершенно верно сказал, это был инициативный депутатский законопроект, он уже готов к первому чтению и скоро, я думаю, он пройдёт все стадии законотворческих процессов, потому что согласован практически абсолютно всеми ведомствами. То есть данная проблема практически близка к решению.

Принять меры по сокращению сроков экспертизы лекарственных препаратов для обезболивания, а также обеспечению детей раннего возраста обезболивающими препаратами. Вот здесь возникает вопрос, и он даже будет, наверное, эмоциональным. В рамках рабочей группы, которая была создана по решению председателя комитета, мы проводили встречи с уважаемыми представителями Министерства внутренних дел Российской Федерации. Так вот у них позиция очень простая. Можно завезти препарат, но это подпадает под уголовную ответственность. Позиция МВД России такова – измените правила прохождения экспертизы для детских препаратов. Измените правила ввоза их на территорию Российской Федерации.

В настоящий момент нашим Комитетом внесено два законопроекта по декриминализации медицинского оборота наркотических лекарственных препаратов, наркотических опиоидных анальгетиков. Но они получили отрицательное заключение именно на уровне Министерства внутренних дел Российской Федерации. Если Министерство юстиции Российской Федерации признает проблематику, то МВД России говорит, что это может резко изменить ситуацию с ростом уровня наркомании.

Мы проводили определённые исследования и пришли к выводу, что нет статистической взаимосвязи криминализации данной статьи с ростом уровня наркомании.

Расширение понятия «паллиативная медицинская помощь» и установление единого стандарта социальных услуг. Ну, представители Министерства труда и социального развития Российской Федерации выразили свою точку зрения. Я могу сказать, что опять же в рамках рабочей группы комитета мы проводили встречу между Минтруда России, Министерством здравоохранения Российской Федерации, общественными организациями, юристами и пришли к такому выводу, что действительно в законах все урегулировано. Но почему-то не работает. Срабатывает именно тот человеческий фактор, что если люди хотят делать, они делают. Но я вспоминаю фразу одного известного нашего советского политика, который говорил: «Вы хотите других людей? Других людей у нас нет». Поэтому мы приходим к тому, что нам всё-таки нужно создавать механизм межведомственного взаимодействия. Потому что тот приказ, который действует сейчас в настоящий момент о межведомственном взаимодействии, почему-то может работать в Москве, может работать в Ростове, либо в Туле. Но не работает в каком-то другом регионе Российской Федерации. Мы говорим, и в Конституции Российской Федерации у нас написано, что абсолютно у всех одинаковые права на оказание медицинской помощи, в том числе паллиативной медицинской помощи. И это нам надо ввести в ранг закона, чтобы вне зависимости от воли чиновника, либо просто нерадивого человека по месту несения его службы люди не страдали.

Давайте посмотрим на основные барьеры, которые нам показали. В прошлом году у нас был «круглый стол» по паллиативной медицинской помощи, по финансированию, по регулированию. Вот основные проблемы.

Транспортная доступность. Да, действительно, Владимир Вольфович абсолютно прав был – что на селе, что в городе, везде помощь должна быть абсолютно доступной каждому. Что делает Комитет? Комитет проводит закон о запрете, ликвидации единственной медицинской организации на селе. Это

тоже инициатива депутатов Комитета, и она в настоящий момент уже подошла к своему завершению, к финальной черте.

Финансирование службы в регионах по фактической погоде. У лётчиков есть такое выражение – «фактическая погода». То есть, есть деньги – даём. Сейчас выделены беспрецедентные средства на паллиативную медицинскую помощь. И Президент России сказал, что эти деньги будут идти с увеличением. Так вот, выделение этих средств не говорит о том, что ситуация кардинально может измениться. Мы должны чётко прописать правила игры. Мы очень ждали эту самую программу развития паллиативной медицинской помощи. И, возможно, действительно, сейчас говорят представители Министерства здравоохранения Российской Федерации, что нам её надо немного доработать и вести уже как министерский документ. Давайте посмотрим, давайте будем вместе работать. Но главный критерий, истинный – это практика. И пока у нас есть хоть один не обезболенный, хоть один страдающий, мы не успокоимся.

В отношении доступности опиоидных анальгетиков. Я уже сказал, что мы внесли два законопроекта. Ставлю здесь знак вопроса, потому что я не могу отрицать, что действительно Министерство здравоохранения Российской Федерации подготовило методические рекомендации, совместно с уважаемым Министерством внутренних дел Российской Федерации. Они на многое открывают глаза. Но здесь на местах мы должны резко усилить нашу информационную работу с коллегами.

Я читал статью Дианы Владимировны и там было написано, что никто у нас не забирает право назначить трамадол, только его надо назначить, а не рассказывать о том, что за назначение трамадола будет что-то, что-то, что-то. Поэтому, коллеги, здесь надо чётко разяснять, но а мы будем продолжать работу, потому что декриминализация этой статьи – это действительно тот самый дамоклов меч, который ощущают над собой наши коллеги на местах.

Кадровый дефицит и вопрос специальностей. Я не буду в это углубляться, потому что мы можем выделить беспрецедентные средства на приобретение анальгетиков. Сегодня будет доклад представителя Московского эндокринного завода, но пока врачи не будут знать чёткие правила применения, назначения, эти деньги, скорее всего, могут вернуться обратно в бюджет.

Ограниченность мер социальной поддержки. Мы проводили рабочую встречу и предложили сделать следующий вариант: чтобы человек, который признан паллиативным пациентом (опять же, каков критерий признания паллиативным пациентом), имел совершенно иной срок прохождения МСК. Потому что вы знаете, что, к сожалению, человек получает диагноз, но не каждый доживает до установления инвалидности и успевает воспользоваться теми самыми льготами, которые ему положены по Конституции Российской Федерации и в рамках действующих федеральных законов.

Таким образом, несмотря на те самые беспрецедентные меры, на несомненный прогресс, наблюдаемый за последние годы в сфере оказания паллиативной помощи, отмечены основные проблемы, которые не позволяют добиться требуемой эффективности в рамках действующего законодательства. Очевидно, что резервы комплексного развития паллиативной помощи в рамках только медицины уже практически исчерпали себя и это вы слышали и в докладе представителя Минтруда России. Для того чтобы перейти на другой качественный уровень, недостаточно только присоединить слово, то есть как вы предлагали, расширить понятие, и к паллиативной медицинской помощи добавить социальную. Безусловно, нам надо развивать межсекторное, межпрофессиональное, междисциплинарное взаимодействие, это должно стать, собственно, ключевым моментом в оказании паллиативной помощи в Российской Федерации.

Уважаемые коллеги, я хочу сказать, что основное направление – это, конечно, создание того самого механизма межведомственного взаимодействия, потому что по отдельности все хорошо, пуговицы пришиты накрепко, не оторвёшь, но костюм, к сожалению, не совсем подходит к действующей ситуации.

И закончу своё выступление фразой Президента России, которую он произнёс при вручении государственных премий общественным организациям. Он сказал, что создание систем оказания современной паллиативной помощи, поддержка людей, которые столкнулись с тяжким неизлечимым недугом, это не только важнейшее направление развития здравоохранения, но и наш нравственный долг и в высшей степени гуманная и милосердная задача.

И я благодарю вас за внимание. Сегодня будет много интересных докладов, которые затронут абсолютно все сферы оказания паллиативной медицинской помощи, и уверен, будет плодотворная дискуссия. Спасибо.

(Аплодисменты.)

Председательствующий. Спасибо, Юрий Викторович.

Уважаемые коллеги, позвольте предоставить слово Полине Георгиевне Габай, генеральному директору «Факультета медицинского права». Прошу вас.

Приготовьтесь Невзоровой Диане Владимировне.

Габай П. Г. Добрый день! Здравствуйтесь, уважаемые слушатели!

Я – юрист, медицинский юрист, поэтому вопросы, которые буду обсуждать, это правовые проблемы законодательного регулирования, это сферы паллиативной медицинской помощи. Безусловно, се-

годня говорили уже о том, что и Президент Российской Федерации давал поручение наладить данную сферу медицинской помощи, говорил о необходимости создания системы современной паллиативной медицинской помощи, наверное, потому что в этой области есть определённые проблемы. И о данных проблемах известно и врачам, и пациентам, столкнувшимся с неизлечимыми заболеваниями и нуждающимися в оказании, в получении (вернее) паллиативной медицинской помощи.

Сегодня моё выступление будет разделено на шесть направлений, шесть разделов, которые я кратко постараюсь осветить.

Во-первых, первая проблема – это в определениях, с которыми мы сталкиваемся, обсуждая паллиативную медицинскую помощь. Для начала следует отметить, что само определение паллиативной помощи, оно крайне размыто в законе. И паллиативная медицинская помощь, согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан» представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжёлых проявлений заболеваний в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

Совершенно очевидно, что на законодательном уровне нет следующих определений: что такое избавление от боли, облегчение боли, тяжёлое проявление заболеваний. И любой человек, абсолютно очевидно, вкладывает в эти слова свой собственный смысл. Но чём дальше, тем больше мы отталкиваемся от того, что в законе указано, что паллиативная медицинская помощь предоставляется, как я уже обозначила, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Отсюда мы имеем следующее: рассчитывать на получение паллиативной медпомощи может человек в следующих двух случаях – если он нуждается в улучшении качества жизни и с неизлечимым заболеванием.

Но отсюда у нас возникают следующие нюансы – на федеральном уровне до сих пор не сказано, что именно считается неизлечимым заболеванием. Например, заболевания генетического характера в общем и целом неизлечимы на сегодняшний день, но не все из них угрожают жизни больного человека.

Следуя этим определениям, мы увидим, что нуждаемость в паллиативной медицинской помощи более конкретизирована, если речь идёт об оказании медпомощи взрослым, в частности, больным неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями, которые, как правило, приводят к преждевременной смерти, а также заболеваниями в терминальной стадии, когда исчерпаны возможности радикального лечения.

Но, я думаю, что это не секрет, что в общественном сознании паллиативная медицинская помощь чаще всего ассоциируется с онкозаболеваниями, хотя, по сути, оснований для оказания паллиативной медицинской помощи намного больше, чем онкозаболевание. В 2017 году, в декабре, Минздравом России был предложен проект внесения изменений в порядок оказания медицинской помощи, которым было предложено как раз расширить данный перечень заболеваний, при которых оказывается паллиативная медицинская помощь. Но, к сожалению, этот проект ещё не принят, и в нём есть некоторые, как нам кажется, недоразумения, которые как раз я и хотела осветить.

Мы считаем, что возможность составления таких перечней и критериев для пациентов, которые могут рассчитывать на паллиативную помощь, это излишне механистический и бюрократизированный подход, тем более что критерии, которые были предложены, как нам показалось, не самые всё-таки адекватные. Например, это потеря массы тела более чем на 10 процентов за последние шесть лет. Ну, во-первых, данный критерий позволяет усомниться в некой пациентоориентированности: неужели авторы проекта полагали, что если пациент потерял, например, восемь или девять процентов массы тела, то в данном случае он уже получит неположенную ему медицинскую помощь?

Второй критерий, который предлагался, это предполагаемая продолжительность жизни пациента менее одного года. Но, во-первых, по многим заболеваниям чётко определить продолжительность жизни не представляется возможным, а, во-вторых, если она составляет даже более одного года, но возможность радикального лечения пациента отсутствует, значит ли это, что в этом случае он уже не нуждается в паллиативной медицинской помощи?

Ну, а если пациент, например, прожил дольше одного года, то что в этом случае будет? Это недоработка врача, который определил срок жизни, применил этот критерий и направил пациента на паллиативную помощь? Или же это вина пациента, посмеявшегося прожить дольше отведённого ему срока? Ну, и предполагаемая продолжительность жизни, например, никак не соответствует больным с тяжёлыми психическими заболеваниями, с распадом личности, потому что прогноз жизненный ... очень долгий, но по мировым критериям и стандартам эти пациенты часто нуждаются именно в этой помощи, в паллиативной помощи.

Поэтому мы полагаем, что в отечественном законодательстве крайне необходимо расширить определение самой паллиативной помощи и вывести её за рамки для умирающих больных. Мы смогли определить следующие два критерия, это наше личное мнение. Во-первых, критерий (один из) – это наличие болевого синдрома либо иного патологического состояния, доставляющего больному значительные страдания.

И второй критерий – это невозможность средствами современной медицины добиться либо излечения, либо многолетней ремиссии основного заболевания. В порядке оказания медпомощи, мы полага-

ем, что может и должен быть определённый перечень заболеваний и критерий состояний, при которых оказывается паллиативная медицинская помощь. Это должно быть неким ориентиром, но не ограничителем, не ограниченными критериями и списками.

Часть вопросов, которые я хотела бы обсудить, – это проблемы, связанные с направлениями пациентов на паллиативную медицинскую помощь. Как известно, лечащий врач самостоятельно может направить пациента на паллиативную медицинскую помощь только в том случае, если это инкурабельный онкобольной. В иных случаях это направление осуществляется через ВК.

Безусловно, это серьёзная преграда и для пациентов, и для врачей. И часто пациенты оказываются с хосписах, не имея вообще никакого направления на паллиативную помощь. Поэтому мы бы сочли разумным закрепить ту норму, когда лично лечащим врачом-специалистом по профилю основного заболевания пациента тот может быть направлен на паллиатив. Это могут сделать и врачи паллиативной помощи, а также, например, врачи семейной медицины или общие врачи семейной практики, и иные в случае наличия заключения врача – конкретного специалиста об инкурабельности пациента по определённому заболеванию.

В случае с паллиативом детским, конечно, это отдельная тема, здесь должно быть направление лично врача-педиатра. Но вопросы оказания паллиатива детям – это отдельное направление, которое я, в данном случае, практически, не рассматриваю.

Поэтому, какой вывод? Мы полагаем, что в порядке оказания паллиативной медицинской помощи, да, нужно конкретизировать заболевание определённое и указать, что направление на паллиатив может осуществляться лично врачом. А вот в тех случаях, когда заболевание пациента не соответствует критериям, которые предложены в порядке и сложность возникает в определении нуждаемости, то в этом случае полномочия принятия такого решения, действительно, можно делегировать ВК (врачебной комиссии).

Следующий вопрос – это правовые аспекты отказа паллиативных пациентов от реанимации и жизнеобеспечивающих медицинских вмешательств. Для начала напомним, что, безусловно, эвтаназия в России запрещена. Это касается активной и пассивной эвтаназии. Но однако следует отличать чётко отказ от реанимационных мероприятий и запрещённую эвтаназию. Потому что реанимационные мероприятия, например, согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан», не проводятся при состоянии клинической смерти на фоне прогрессирования восстановленных, неизлечимых заболеваний. То есть эта норма носит оперативный характер, она не зависит ни от воли пациента, ни от воли врача, но смешивать её с эвтаназией ни в коем случае нельзя. Хотя многие врачи опасаются не проводить реанимацию в этих случаях, опасаясь, что в дальнейшем их могут обвинить в убийстве пациента. Но однако эта норма, повторяю, является императивной и смешивать её с эвтаназией ни в коем случае нельзя. Потому что здесь речь идёт о том, что реанимационные мероприятия даже не начинают проводиться.

А почему у врачей данная норма вызывает опасение? Во-первых, потому что не указано и непонятно на сегодняшний момент, какими юридическими фактами нужно доказывать наличие у пациента неизлечимого прогрессирующего заболевания, не говоря уже о том, что до сих пор неясно, что такое неизлечимое заболевание и прогрессирование заболевания.

Поэтому норма есть, но для того, чтобы она работала, её нужно совершенствовать на законодательном уровне. Поэтому те самые критерии определения пациентов к нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи, мы полагаем, следовало бы назвать критериями неизлечимых прогрессирующих заболеваний, тем самым связав те данные нормы права и дав возможность им работать.

Сложнее, конечно, обстоит дело с отказом пациентов от жизнеобеспечивающих медицинских вмешательств, потому что это ещё чаще смешивается с эвтаназией. С одной стороны, пациент имеет право согласно закону на отказ от любого медицинского вмешательства (почти любого, будет правильнее сказать), но тем не менее многие юристы и суды тоже относят данные отказы, если это связано с оказанием медицинской помощи, экстренной помощи и приводящей к смерти, именно с эвтаназией.

Кроме того, когда пациент доходит до терминальной стадии заболевания, его волеизъявление находится вообще под знаком вопроса – насколько он был в том адекватном состоянии, когда мог отказаться от определённого медицинского вмешательства, приведшего к смерти.

Ну и тем более данная норма усложняется ещё и тем, что есть определённые заболевания, при которых пациент вообще не имеет возможности законодательно отказаться от медпомощи. Например, это ВИЧ, лепра и иные заболевания, представляющие опасность для окружающих.

Поэтому мы полагаем, что было бы возможно добавить в федеральный закон норму, по которой пациент заранее может отказаться от определённых медицинских вмешательств. Это касается именно пациента паллиативного профиля.

В каком случае возможны и допустимы эти отказы? Но это чуть дальше. Чтобы те отказы были законны и неограниченно распространялись на неограниченный круг медицинских организаций и действовали определённый срок, например, несколько лет, это следует обсуждать, конечно. В каких ситуа-

циях возможен данный отказ? Ну не любого пациента, а именно паллиативного, после официального признания невозможности радикального лечения.

Следующее. Да, безусловно, данные отказы могут быть либо заверены нотариусом, либо сделаны в присутствии двух свидетелей. Эти уже обсуждаются вопросы. Ну, и предполагаем, что данную форму отказа необходимо разработать дополнительно Минздраву России, именно данную форму отказа для пациентов, при отказе от медицинской помощи пациентам паллиативного профиля.

Безусловно, предполагаю критику возможного предложения, что это легализация, так скажем, пассивной эвтаназии. Сразу же говорю о том, что это не совсем так, даже с юридической точки зрения совсем не так, потому что данные отказы не являются эвтаназией. Потому что главной целью, напомним, эвтаназии является приближение смерти пациента, и более того, это должна быть выраженная просьба пациента в приближении смерти. И отказы пациента от вмешательств могут быть по абсолютно разным мотивам. Это религиозное воззрение, это просто нежелание получить какие-то дополнительные боль и неприятные ощущения, связанные с вмешательством. И до той поры, пока в этом отказе не будет мотивом указано именно желание приблизить смерть, то квалифицировать это в виде эвтаназии не представляется возможным и не должно быть так.

Четвёртая часть, это правовые проблемы при назначении обезболивающих препаратов паллиативных пациентов. Об этом сегодня уже говорили, поэтому пропускаю некоторые вещи. Начну с того, что полагаем, что можно делегировать лечащим врачам право самостоятельно, без согласования с врачебной комиссией, назначать наркотические и психотропные препараты. С одной стороны, такое сделано... Ну, у меня есть своё мнение на этот счёт, то, что оно сделано... Действительно в порядке 11.75-Н указано, что по решению руководителей медорганизаций назначение таких препаратов может производиться лично лечащим врачом. Однако большая часть руководителей медорганизаций, желая подстраховаться в данном случае, указывают в локальных актах о том, что первичное назначение осуществляется всё-таки через ВК. Поэтому считаем возможным просто указать это в виде императивной нормы.

Дополнительно здесь определённая проблема, что следует пересмотреть срок действия рецепта и количество выписываемых препаратов на один рецепт. Ну, а в уголовной... О декриминализации статьи 228.2 УК РФ сегодня говорили. Безусловно, это было бы очень хорошо, по крайней мере. Я не знаю, в каком виде предлагалась декриминализация. Мне кажется, что было бы возможно декриминализировать неумышленную утрату, за исключением её утраты в особо крупном размере. Для врачей, конечно, это было бы благо, потому что многие боятся назначать.

Ну, и о том, что законодательство рассчитано, в первую очередь, на определённые инъекции, таблетки, пластыри. Но медицина не стоит на месте, и применяются различные виды обезболивания, например, морфиновая помпа, которую в России применить очень сложно, потому что количество наркотических средств, используемых при её заправке, превышает все допустимые нормативы, рассчитанные на разовые инъекции. Поэтому это следует всё-таки догонять.

Часть пятая, это лицензирование паллиативной помощи и вопросы, связанные с квалификацией специалистов, работающих в этой сфере. Как известно, профилем медицинской помощи анестезиологии и реаниматологии, основной целью является профилактика и лечение болей, болезненных ощущений, выбор и виды обезболивания. Однако стоит обратить внимание, что должность врача-анестезиолога и реаниматолога предусмотрена пока что исключительно в штатных нормативах медицинских организаций, оказывающих паллиативную помощь только детям. Что касается паллиативной помощи для взрослых, такая должность не предусмотрена на сегодняшний день. Я знаю, что в проекте о внесении изменений в порядок оказания медпомощи было предложено её внести, но пока что проект не принят. И, более того, было указано 0,25 должности анестезиолога на медорганизацию. То есть это один врач-анестезиолог на четыре организации. Вероятно, это слишком мало.

Что касается должности и специальности врача паллиативной медпомощи. Должность была введена в номенклатуру должностей. Упоминание об этой должности есть, но соответствующей ей медицинской специальности на сегодняшний день нет. По факту данную должность могут занимать врачи более чем 15 клинических специальностей, пройдя повышение квалификации по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи. С точки зрения юридической это некорректно, потому что прийти в новую должность и получить новую специальность путём повышения квалификации или профессиональной переподготовки можно, но, к сожалению, для этого нужна отдельная специальность, пока что её нет.

Мы полагаем, что на законодательном уровне возможно было бы ввести отдельную специальность – паллиативная медицинская помощь, которой бы соответствовала должность врача паллиативной медицинской помощи. Безусловно, это потребует разработки и утверждения целого ряда нормативных актов, но мы полагаем, что система оказания паллиативной медицинской помощи могла бы быть двухкомпонентной, то есть, с одной стороны, это врачи по специальности паллиативная медицинская помощь, которой соответствует должность – врач паллиативной медицинской помощи.

А вторая часть этого компонента – это врачи-специалисты, работающие в паллиативной медорганизации, но по своей основной специальности врачи-анестезиологи, врачи-неврологи, врачи-акушеры

и иные врачи, которым достаточно было бы пройти тематическое усовершенствование по специфике работы оказания паллиативной медпомощи до 72 часов, но не было бы нужды проходить профессиональную переподготовку по специальности паллиативная медицинская помощь.

Почему мы считаем возможным это предложить? Потому что, во-первых, медорганизации, работающие в паллиативе, сталкиваются с колоссальными сложностями в рамках лицензирования. На сегодняшний момент медорганизации вынуждены лицензировать целый ряд медуслуг, входящих в отдельный раздел, вид оказания паллиативной медицинской помощи, включая различные услуги, они проведены на экране, акушерство и гинекология, анестезиология и так далее. Это является неподъемным для многих медорганизаций, например, для маленьких частных выездных служб, которые работают в этой сфере.

Поэтому мы бы считали возможным распространить вот эту систему двухкомпонентности, я сейчас объясню, и на вопросы лицензирования. Условно организации, которые работают в этой сфере, можно разделить на два направления.

Первое. Это хосписы, либо паллиативные отделения общего профиля, где работают врачи паллиативной медицинской помощи и имеющие соответствующие специальности паллиативной медпомощи.

Второе. Это специализированные хосписы и паллиативные отделения, которые оказывают медпомощь при определённой группе заболеваний.

Таким образом, хосписы общего ухода за неизлечимыми пациентами были бы вынуждены получать исключительно лицензию на паллиативную медицинскую помощь, но данной услуги пока что нет. Поэтому наглядно мы представили её таким образом, что саму услугу паллиативная медпомощь необходимо внести дополнительно в раздел «Паллиативная медицинская помощь» наподобие скорой медпомощи, которая является отдельной услугой в разделе оказания скорой медпомощи.

Поэтому вот такие хосписы общего ухода получали бы только одну лицензию на паллиативную медицинскую помощь, при этом те специализированные отделения – паллиативные или хосписы, которые оказывают помощь пациентам с определёнными заболеваниями, были бы уже вынуждены получать лицензию не только на паллиативную помощь, но и на иные услуги, обозначенные в разделе «Паллиативная медицинская помощь». Поэтому это не усложнение, а, наоборот, облегчение.

Второе – предложение ввести паллиативную медпомощь как специальность актуально не только для работников с высшим образованием, но и для среднего персонала.

Четвёртая или пятая часть, время у меня уже, наверное, заканчивается, да? Давно закончилось. Скажу о том, что мы хотели ориентироваться тоже на проект, на закон Израиля об оказании паллиативной медпомощи умирающим больным, на запрет прекращения непрерывного лечения. Нет возможности пока оказывать медпомощь в дневном стационаре, она не предусмотрена на законодательном уровне, в проекте это было предложено, но пока это проект.

Социальная и психологическая помощь как часть паллиативной помощи. Паллиативная помощь – это паллиативная помощь и паллиативная медицинская помощь, то есть это две части. Паллиативная помощь – это паллиативный уход и паллиативная психологическая поддержка как для родственников, так и для врачей, работающих в этой сфере.

И последняя часть, на которой остановлюсь, это отдельный федеральный закон о паллиативной помощи, который, как мы считаем, безусловно, необходимо разработать. Именно отдельный, потому что те некоторые вкрапления норм в базовый Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан» носит скорее декларативный характер, и на уровне подзаконных актов мы имеем и коллизии, и правовые пробелы, и путаницу, поэтому её можно было бы решить путём издания отдельного федерального закона.

Те вопросы, которые были мною сегодня затронуты, проблемы, – это лишь узкий список проблем, по факту их намного больше. В законе о паллиативной помощи можно было бы предусмотреть не только порядок оказания паллиативной медицинской помощи, но и такие смежные вопросы, как осуществление социального ухода, как поддержка родственников больных, как условия работы медицинских работников, работающих в этой сфере, назначение лекарственных препаратов и так далее.

Вопросы создания полноценной законодательной базы в рамках паллиативной медпомощи – это не только вопросы права, но это и вопросы гуманности, в первую очередь.

Поэтому я, заканчивая моё сегодняшнее выступление, хочу сказать, что моя организация провела большой правовой анализ по данному вопросу. У нас он полностью выложен на нашем сайте. Благодарю вас за внимание. Я надеюсь, что в этом направлении мы увидим улучшение в ближайшее время, и мы готовы способствовать этому.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое, спасибо.

Позвольте предоставить слово Диане Владимировне Невзоровой, главному внештатному специалисту по паллиативной помощи Департамента здравоохранения Москвы.

Уважаемые коллеги, мы вынуждены просить каждого придерживаться регламента, не выходя за семь минут и стремясь к пяти.

Пока Диана Владимировна идёт, я бы хотел по трём позициям сказать. Относительно, во-первых, нашей необходимости совместной работы. Каждый раз взгляд, допустим, со стороны юристов на здравоохранение, открывает новые грани. И я думаю, что часть позиций профессиональное сообщество может объяснить точнее, например, признание инкурабельным... Полина Георгиевна, признание инкурабельным, когда вы говорите о мнении каждого врача... Уверен, все доктора приведут вам сотни примеров, когда инкурабельный для одних пациент становился примером успешной работы излечения. И ты его выписывал домой, того человека, которого признали инкурабельным. Это очень тонкая материя, равно как и право человека на отказ или любые другие права. Написанный в 20 лет отказ – это одно понимание бытия, а когда у тебя все болит, и тебе, скажем, 78, у тебя другое понимание бытия. И это очень сложный вопрос.

Пожалуйста, Диана Владимировна.

Невзорова Д. В. Огромное спасибо.

Уважаемые коллеги! Уважаемый президиум!

Я не буду забирать много времени. Прежде всего я хотела сказать вам большое спасибо. Юрий Викторович, спасибо вам за те вопросы, которые вы подняли, за то, что мы сейчас все здесь в этом зале, и есть возможность услышать наших главных специалистов субъектов Российской Федерации, которые не каждый день приходят в Государственную Думу. Благодарю вас также за то, что вы дали нам эту возможность, потому что вопросов очень много. Я пройду только некоторым контуром, и мне бы очень хотелось дать слово нашим коллегам, чтобы им всем хватило времени.

Основная цель нашего сегодняшнего совещания – это создание максимального охвата паллиативной помощью нуждающихся пациентов. И вообще глобальная система здравоохранения преследует цель увеличение продолжительности жизни, улучшение... крепкое здоровье, благополучие граждан, которое невозможно представить себе без развития, в том числе, паллиативного аспекта.

Следует отметить, что оказание паллиативной медицинской помощи и пациентам, и их семьям не может ограничиваться только комплексом медицинских услуг в конце жизни. Важно рассматривать раннюю интеграцию паллиативной медицинской помощи в систему здравоохранения и равнодоступные и своевременные социальные услуги, удовлетворяющие индивидуальной потребности пациента.

Наличие паллиативной помощи сокращает ненужные расходы на здравоохранение, позволяя улучшить качество жизни пациентов и их родственников. При отсутствии доступа к своевременной эффективной паллиативной помощи пациент и его семья оплачивает ненужное, дорогое и бесполезное зачастую лечение, тратя и последние минуты, и зачастую последние деньги.

Всемирная организация здравоохранения определяет паллиативную помощь как подход к улучшению качества жизни пациентов и их семей за счёт решения многокомплексных вопросов как медицинских, так и психологических и социальных. И выполнение поручения Президента России о расширении понятия паллиативная медицинская помощь должно привести к межведомственному взаимодействию и укрупнению этого понимания и определению, в конце концов, в нашей системе как здравоохранения, так и социальной защиты комплекса услуг по оказанию помощи пациентам, нуждающимся в посторонней помощи.

Я бы хотела выделить несколько барьеров на пути эффективного развития системы здравоохранения с интегрированной паллиативной помощью.

Основной приоритет развития здравоохранения направлен на мероприятия по продлению жизни и улучшению продуктивности лечения, тогда как медицинским вмешательством, облегчающим боль и повышающим качество жизни пациента, уделяется мало внимания.

Медики, в первую очередь, сфокусированы на лечении, на продлении жизни пациента и, соответственно, меньше времени уделяют уходу за пациентом и качеству его жизни перед смертью, а также опасаются уголовного наказания за неправильное лечение и ведение пациента в конце жизни.

Система социальной психологической поддержки пациента и его семьи не является приоритетной для медицинской организации, а семья не является объектом помощи в медицинской организации.

Около 700 тысяч человек последнего года жизни нуждаются в паллиативной медицинской помощи. Именно поэтому выделен критерий «Предполагаемая продолжительность жизни около года». Планировалось сделать несколько шагов по развитию паллиативной помощи. Но, наверное, стоит признать, что мы не можем носить старый сюртук, а стоит одеваться так, как одевается весь мир, и предполагать развитие паллиативной помощи в том направлении, в котором предполагает и Всемирная организация здравоохранения, и экспертное мировое сообщество.

Таким образом, около миллиона человек, которые испытывают страдания, нуждаются в помощи, это пациенты и со злокачественным образованием, и пациенты, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями, пациенты, страдающие заболеваниями лёгких, неврологическими заболеваниями, болезнью Альцгеймера, генетическими заболеваниями, инфекционными заболеваниями или последствиями травм. Это огромное количество пациентов, семьи которых вовлечены в уход и лишены возможности полноценно работать, семьи которых иногда распадаются, теряют социальные связи, а пациенты не получают удовлетворительную помощь.

Для обеспечения доступности, безопасности и эффективности паллиативной помощи субъектам Российской Федерации необходимо обеспечить, чтобы паллиативная помощь не рассматривалась только с позиции комплекса медицинских услуг, а оказывалась одновременно с социальными услугами. Чтобы была доступна людям, находящимся в социальных учреждениях, инфекционных больницах или специализированных клиниках, чтобы пациент и его семья имели право на самоопределение в дальнейшем лечении, принятие решения о лечении в конце жизни и применение реанимационных и поддерживающих жизнь. Чтобы паллиативная медицинская помощь оказывалась с использованием основных лекарственных средств для детей и взрослых, включённых в определённый перечень.

Все аспекты оказания паллиативной помощи были включены в программу развития здравоохранения и программу государственных гарантий, включая определённый бюджет.

Паллиативная помощь была включена во все высшие, средние и социальные образовательные программы. Определённые показатели работы служб в стационарных и амбулаторных условиях были включены в систему регулярного мониторинга медицинских услуг и беспрепятственную повсеместную информационную кампанию, направленную на повышение информированности общества в вопросах долгосрочного ухода, паллиативной помощи и помощи в конце жизни, а также в вопросах обезболивания и доступности системы благотворительных и волонтерских организаций, которые должны быть привлечены к оказанию паллиативной помощи.

Предложения в проект рекомендаций парламентских слушаний звучат следующим образом (буквально каждое из них будет открыто нашими главными специалистами).

Разработать и утвердить ведомственную целевую программу комплексного развития паллиативной помощи, включая медицинские, социальные и психологические услуги в Российской Федерации в целях упорядочения её оказания и финансирования.

Законодательно определить условием оказания паллиативной медицинской помощи дневной стационар и стационар на дому.

Существует важная задача – обеспечить возможность реализации права пациента на выбор места лечения, несмотря ни на тяжесть состояния, ни на прогноз заболевания.

Включить в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения» показатели амбулаторной работы служб паллиативной медицинской помощи.

И с целью интеграции паллиативной медицинской помощи в систему российского здравоохранения рассмотреть вопрос определения понятия «паллиатив» и «паллиативный подход», регулирующего оказание медицинской помощи пациенту с позиции желания и права пациента на выбор тактики дальнейшего лечения, отказа от мероприятий, реанимационных действий, несмотря на прогнозы на жизнь и эффективность предполагаемого лечения.

Необходимо установить возможность осуществления медицинских манипуляций с использованием медицинских изделий в домашних условиях, предусмотреть возможность оказания паллиативной медицинской помощи пациентам на дому немедицинскими работниками, а также необходимость обучения данных лиц навыкам ухода при переводе пациента из стационарных в амбулаторные условия, определить статус «родственник» и «законный представитель пациента», получающих паллиативную медицинскую помощь, потому что в ряде случаев это ведёт к непониманию дальнейшего ведения пациентов и комплексной помощи, определить условия по привлечению медицинских кадров на работу в систему паллиативной помощи, надбавки за непрерывный стаж, дополнительный отпуск и так далее.

Барьеры к развитию паллиативной помощи были озвучены уже моими коллегами, я не буду их озвучивать. Но вот фотографии для того, чтобы оживить ещё немножечко беседу и сказать о том, что нашим лозунгом сегодня должно быть – не оставить тех, кто страдает. *(Демонстрируется слайд.)*

На этой фотографии люди, пациенты, семьи, медицинские работники, и нам необходимо всей этой группе наших граждан помочь. И, возможно, если даже один или два правильно принятых решения сегодня помогут этой службе. Было бы очень правильно интегрировать эту систему в общую систему здравоохранения. Мы должны быть своевременны, профессиональны и доступны для наших пациентов.

Спасибо за внимание, уважаемые коллеги. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое, Диана Владимировна.

Диана Владимировна, уточните, пожалуйста, вот те рекомендации, которые вы перечислили, это рекомендации, на ваш взгляд, кому?

Невзорова Д. В. Это рекомендации в проект...

Председательствующий. Ну, понятно. Но мы же рекомендации пишем с указанием того, кому мы рекомендуем. Первое – это Правительству Российской Федерации, двуеточие и там перечисляется. Второе, как ни странно, – Министерство здравоохранения Российской Федерации, двуеточие, перечисляется, Министерство труда и социального развития Российской Федерации...

Вот, на ваш взгляд, подавляющее большинство рекомендаций адресованы Министерству здравоохранения Российской Федерации. Вы согласны?

Невзорова Д. В. Я думаю, что есть поручение, в том числе, ведомствам и не только ведомствам, но и Правительству России.

Председательствующий. Спасибо большое.

Невзорова Д. В. Спасибо.

Председательствующий. Уважаемые коллеги, спасибо, что уложились в регламент.

Слово предоставляется Анне Константиновне Федермессер, руководителю Центра паллиативной медицины, Департамент здравоохранения города Москвы, общественному деятелю, всем хорошо известной.

Пожалуйста, Анна Константиновна.

Федермессер А. К. Добрый день!

Я без презентации сегодня, потому что уже надоело показывать одни и те же слайды.

Присоединяюсь к Диане Владимировне. Большое спасибо за то, что собрали эту встречу. На этом уровне ещё не обсуждались проблемы нашей сферы. И прежде, чем начать, прокомментирую два выступления.

Владимир Вольфович переживал, что с ним никто не спорит, жалко, что ушёл. У меня просто вызывает недоумение, когда сначала Государственная Дума инициирует законопроект по запрету на иностранные лекарственные препараты, а потом лидер одной из фракций говорит о том, что немецкие препараты значительно лучше российских и почему бы нам не упростить доступ импортных препаратов на российский рынок или сделать здесь свои такие же. Просто забавное разногласие.

И я довольно часто слышу, что мы показываем как пример Первый Московский хоспис, теперь другие московские хосписы. Дорогие друзья, если бы это «не зарегламентировать», это так бы и осталось Первым Московским хосписом, точка. А качество помощи растёт и ширится за счёт того, что мы стараемся, как можем, обходиться внутренними локальными документами, это неправильно. Но чтобы вы понимали, о чём те сухие слова, которые я буду произносить, я вот сюда в президиум передаю фотографии.

Итак, за последние несколько лет, начиная с 28 апреля 2015 года, с прямой линии с Президентом России, количество поручений, касающихся обезболивания и паллиативной помощи, выросло. Ну, я не знаю другой сферы медицины, где было бы столько поручений. Да, это потому что мы – пассивны и мы – активны, тем не менее практически ни одно из этих поручений не выполнено.

28 апреля 2015 года было поручение Президента России Правительству Российской Федерации – обеспечить внесение в законодательство изменений, направленных на организацию паллиативной помощи больным по месту их фактического проживания, урегулировав вопросы межтерриториального взаимодействия. Срок исполнения вышел 15 июля 2015 года. Поручение не исполнено.

Поручение Президента Российской Федерации относительно методического сопровождения для работы на дому с медицинскими изделиями и медицинским оборудованием. Срок вышел 1 июля 2016 года. Выпущенные методические рекомендации не позволяют регионам, субъектам Российской Федерации работать с ИВЛ на дому – это особое дорогостоящее имущество, которое не просто стоит на балансе медицинских организаций, а в связи со своей высокой стоимостью ещё находится под контролем департаментов городского имущества всех субъектов Федерации. И нет сегодня клиник государственных в Российской Федерации, которые передавали бы оборудование стоимостью в миллион на безвозмездной основе гражданам домой. Мы говорим об аппаратах ИВЛ. Этот вопрос не урегулирован законодательно и не решён.

В «дорожной карте» по обезболиванию, а также в последних поручениях Совета по попечительству в социальной сфере при Правительстве России, который вела Ольга Юрьевна Голодец, и в «дорожной карте», подписанной Правительством России по обезболиванию, у нас говорилось о базе лиц, нуждающихся в паллиативной помощи, реестре лиц, регистре, системе учёта...

На протяжении трёх с лишним лет мы бесконечно говорим, что для того, чтобы рассчитать потребность в обезболивании, рассчитать необходимые финансы для оказания паллиативной помощи всем нуждающимся, нужно этих людей посчитать. При отсутствии методик, при отсутствии регулирующих нормативных актов каждый субъект Федерации из тех, кто это делает, делает это так, как ему комфортно. В частности, Санкт-Петербург, например, отчитывается о том, что ведётся этот список и учёт таких пациентов. Как он ведётся? А все те, кто уже получают опиоидные анальгетики, вносятся в этот реестр. Соответственно, если в выходные дни у вас чего-нибудь заболело и вы не в реестре, извините.

Было ещё поручение – о разработке механизмов взаиморасчётов между субъектами для обеспечения пациентов наркотическими и психотропными лекарственными препаратами. Напоминаю, что до тех пор, пока у нас это не введён электронный рецепт, пока существует, несмотря на приказ № 430, кажется, Минздрава России, который отменяет прикрепление к аптекам, на сегодняшний день это всё равно имеет место быть во всех субъектах Федерации. И люди, приезжающие в город, в котором они живут, но не зарегистрированы, они просто лишены возможности получить обезболивающие сильнодействующие препараты.

Самое большое количество страдальцев находится в крупных городах, куда люди приезжают лечиться, а потом их состояние достигает такой тяжести, когда они уже не могут уехать домой. Их выписывают из клиники в отделение паллиативной помощи, в которое они тоже не могут попасть, они не могут быть транспортированы домой. В общем, это не единицы, это тысячи человек, которые проживают не там, где зарегистрированы, умирают не там, где зарегистрированы, и умирают, страдая в крупных городах нашей страны или второй вариант – они вызывают скорую, на скорой их доставляют в скоромощные больницы, переводят в отделение реанимации, а потом мы удивляемся, почему отделение интенсивной терапии показывает такую высокую смертность. А потому что там паллиативных больных довольно много уходит из жизни на очень дорогой реанимационной койке.

Поручение Президента России от 23 августа 2017 года – о расширении понятия паллиативной медицинской помощи и уточнении порядка её оказания. Срок прошёл 25 декабря 2017 года.

Я уже не могу больше верить представителям органов государственной власти, когда они говорят: делается, работа ведётся, подано, передано в Минюст России, ещё куда-нибудь. Не исполнено. Только результат мы сегодня можем считать исполненной работой. Всё остальное – это как про светлое будущее и коммунизм, который до сих пор не построили.

Установление для паллиативных больных единого стандарта социальной услуги и единого стандарта медицинской помощи, это всё касается вот той сферы, о которой говорила Диана Владимировна, что мы должны рассматривать паллиатив как комплекс медицинских и социальных услуг. Срок выполнения поручений истёк 25 декабря 2017 года. Не исполнено.

Это не совсем, казалось бы, про паллиативную помощь, но тем не менее это непосредственно про нас: нами был изначально инициирован доступ близких и родственников к больным, находящимся в отделении реанимации и интенсивной терапии.

До сих пор ещё не внесены достаточные изменения в законодательство, в федеральный закон № 323-ФЗ. Почему это так важно для паллиатива? Потому, что в отделениях реанимации и интенсивной терапии довольно большое количество людей, не нуждающихся в интенсивной терапии. Это результат недостаточной инфраструктуры и организованности паллиативной помощи в стране.

Что касается поручения по подготовке медицинских работников, сиделок в целях формирования у них навыков по оказанию паллиативной медицинской помощи, лечению и более долговременному уходу за гражданами пожилого возраста и инвалидов, разработке соответствующих образовательных программ медицинских и образовательных организаций, то это поручение тоже не исполнено. И не начиналась работа, за исключением работы, начатой по подготовке профстандарта «Сиделка, помощник по уходу», хотя, да, срок ещё не истёк, это единственный, у него срок 31 августа 2018 года. Готова ставки делать и принимать, что оно не будет исполнено в указанный срок.

Также ещё было поручение Президента России от 18 декабря 2017 года по обеспечению больных, нуждающихся в медицинском обслуживании на дому, соответствующим оборудованием. Оно не исполнено.

Средства, которые были направлены на закупку товаров, они действительно направлены на закупку товаров. Но надо понимать, что если мы покупаем оборудование, то это совершенно не значит, что это приводит к росту помощи, к росту объёмов, к росту качества, к повышению уровня знаний персонала. Об этом уже говорила и Полина Габай, и Диана Невзорова: у Минздрава России есть соглашение с благотворительной организацией о том, что в субъектах Федерации граждане снабжаются аппаратами искусственной вентиляции лёгких, приобретёнными за счёт средств благотворительной организации. Отлично. А дальше? Кто будет к этим гражданам ходить домой? Другая благотворительная организация? Сейчас это так происходит. «Линия жизни» закупает, Фонд «Вера» ходит. Какова здесь роль государственной системы здравоохранения, я не очень понимаю, честно скажу.

Кроме этого, уже есть шесть случаев, когда внутри медицинских организаций родителям говорят: мы подадим документы в опеку, мы лишим вас родительских прав, потому что вы отказываетесь забирать ребёнка из реанимации. А вот мы вам оборудование уже от фонда передали.

Это вопиющие случаи. Нигде в мире людей, нуждающихся в длительной респираторной поддержке, домой не переводят, переводится часть больных, когда родственники готовы, хотят, сами инициируют перевод домой. А когда исходит это от медицинской организации, и потом родственники пишут жалобы, не доверяя Минздраву России, пишут жалобы в благотворительные организации – это катастрофа. И здесь тоже нужно регулировать правила перевода – кого переводим, кого не переводим.

И первое, о чём говорила Ольга Юрьевна Голодец, касаясь перевода домой, это инициатива семьи. Не состояние пациента, а инициатива семьи. В деревнях просто жильё у людей для этого не приспособлено.

Что касается выделенных средств, 4,35 миллиарда. Вопиюще неправильно было написано в самом поручении на что и как должны расходоваться эти средства. В результате... Не согласны, Георгий Андреевич? Первый раз в жизни вы со мной согласны. Фантастика!

Председательствующий. Пожалуйста, коллеги, у нас время.

Федермессер А. К. Извините. У вас Владимир Вольфович очень долго выступал, я конструктивнее.

Председательствующий. Пожалуйста. Регламент – это наше полномочие.

Федермессер А. К. Катастрофа – выделение этих денег. Часть субъектов Федерации сейчас молчит и боится об этом говорить (потому что у нас в стране все всего боятся), но в конце года эти деньги будут возвращены в федеральный бюджет в большом объёме.

Всё просто. Докупить обезболивающие препараты тогда, когда деньги поступают в субъект Федерации, после того, как уже произведён расчёт на основании минздравовских методик и все уже препараты заказаны в нужном объёме, только некоторые субъекты действительно дозакажут дорогие лекарственные формы.

Что касается закупки медицинского оборудования, там очень маленький список этого оборудования. Если в субъекте есть медицинские организации, которые уже имеют лицензию на паллиативную помощь – это означает де-юре, не де-факто, что они уже оснащены необходимым оборудованием.

Дополнительные закупки продемонстрируют, что лицензия и оснащение были не де-факто, а де-юре, понимаете? Этого люди делать не будут, они не будут демонстрировать, что они получили лицензии, не имея достаточного количества оборудования.

В Ярославской области из 46 выделенных миллионов понимают как потратить только два, из 46 только два! Ни на автомобили, необходимые для развития помощи на дому, ни на оснащение ФАПов, которые повысят доступ к наркотическим обезболивающим, ни на обучение, ни на информационную кампанию, ни на что из того, о чём мы говорили, на протяжении последних пару лет потратить эти деньги нельзя.

И вместо того, чтобы инициировать, что возможно от профсообщества и Минздрава России, инициировать изменение формулировки поручения, молча, тихо принимают его, ну так, знаете, оно от Президента России пришло, он не специалист в паллиативной помощи. Инициировать надо и говорить, что что-то неправильно, чтобы добиться результата. Вместо этого они потом на слушаниях позорятся в Государственной Думе.

Что можно сделать сегодня в субъекте Федерации. В субъекте, конечно, можно сделать много при двух условиях: если там есть губернатор или мэр, или министр здравоохранения, который благоволит организации паллиативной помощи и если есть инициативные люди.

Поверьте мне, субъектов Федерации с инициативными людьми значительно больше, чем субъектов с инициативными губернаторами, многие из таких инициативных людей сидят в зале сейчас.

И всё. Не потому, что законодательство позволяет, а потому что нужно обладать пробивной силой, чтобы жители своего региона обеспечить право на достойный уход из жизни, и это катастрофа.

Например, в том же Санкт-Петербурге – культурной столице, за прошедший год всего 19 человек с неонкозаболеваниями получили опиоидные анальгетики, видимо, другие не нуждались. 19 человек на весь город за прошедший год.

Петербург находится на одном из последних мест по обеспечению наркотическими обезболивающими, крайне закрытый и агрессивно настроенный к изменениям, тяжёлый город, не принимающий того, что должно происходить.

Ивановская область была на одном из последних мест в стране. И как раз вот Ивановская область, у которой была задолженность перед Московским эндокринным заводом за два года, как раз она заказала, консультируясь с главным внештатным специалистом, с Дианой Невзоровой, достаточный объём обезболивающих и там может ситуация измениться.

Из Ярославской области – это я говорю про тех, кого знаю, за последние восемь месяцев 40 человек, включая детей, нуждающихся в паллиативной помощи, получали её в Москве, потому что получить её в Ярославле невозможно. Вы можете себе представить, что такое человеку, прожившему жизнь в деревне, приехать умирать в Москву? И это его осознанный выбор.

Это как же должно быть тяжело и плохо физически, чтобы человеку, у которого есть внуки, у которого хозяйство – куры, свиньи, чтобы они отправили его умирать в Москву.

Последний парень молодой, который у нас ушёл из Ярославля – это была его первая и последняя поездка в Москву, он увидел город перед смертью, потому что в Ярославле помощи не получил.

Очень важно, что у нас до сих пор нет достаточного понимания субъектами Федерации, как паллиативная помощь должна финансироваться. Кто-то финансирует из ОМС, кто-то из бюджета.

Если смотреть на стоимость оказания в стационаре паллиативной помощи, то средняя цена примерно 1300 рублей, а по факту стоимость суток в стационаре паллиативном варьируется от 690 до 7486 рублей. И это не потому, что какой-то субъект Федерации богаче или беднее – это потому что совершенно нет стандартов и нет понимания, что входит в услугу.

Я уж не говорю про то, как и в каком объёме эта услуга оказывается коммерческими медицинскими организациями, когда искусственное кровообращение делают, вот вплоть до этой услуги входит в оказание паллиативной помощи.

Что можно было сделать и сделано в Москве? В Москве издан приказ по организации паллиативной помощи в городе, в котором предусмотрена преемственность, предусмотрены определённые

алгоритмы, в которые погружена куча методик, к сожалению, не имеющих на федеральном уровне, для того чтобы облегчить жизнь московских специалистов. В Москве создан недавно координационный центр, цель которого выявление, типизация, простите за эти слова, маршрутизация пациентов. В день примерно 43–44 новых обращения. Но на сегодняшний день всё равно довольно мало, чуть больше 11 тысяч из почти 60 тысяч нуждающихся, числятся в этом реестре. Что это позволяет нам делать? Приказ и координационный центр позволяют нам отслеживать статус пациента, где он находится, отслеживать свободные койки во всех стационарах, оказывающих паллиативную помощь в Москве. Почти 1200 паллиативных коек во множестве организаций. И это единый на Москву координационный центр.

Сейчас мы уже шагнули вперёд, и мы делаем этот координационный центр межведомственным. Вместе с социальной защитой туда попадают все абсолютно проживающие в отделениях милосердия и все, получающие социальную услугу на дому, для того чтобы...

Председательствующий. Кстати, вам тоже надо завершать.

Федермессер А. К. Завершаем, всё.

Чтобы было превентивное туда попадание тех, кто может нуждаться в паллиативной помощи и в обезболивании, чтобы к этим людям было особое отношение.

Также в минздравовском приказе про транспорт, например, написано, что транспортировку этих пациентов субъекты Федерации решают самостоятельно. К чему это в результате приводит? Не знаю, есть ли субъекты, кроме Москвы, где эта транспортировка лежит на медицинской организации. В основном люди это делают за свой счёт. Скорые возить наших пациентов отказываются по всей стране.

В связи с тем, что времени практически нет, я бы хотела ещё раз обратить внимание на то, что огромное количество терминов и определений полностью отсутствуют в нашем законодательстве. И есть вещи, которые невозможно урегулировать внесением изменений в федеральные законы № 442-ФЗ и № 323-ФЗ. Это непрописанные правила оказания паллиативной помощи проживающим в соцучреждениях. Мы не сможем это погрузить в закон № 442-ФЗ хотя бы потому, что нам нужно регламентировать снабжение их опиоидными анальгетиками в том числе. У нас статистика смертности и заболеваемости в отделениях милосердия в психоневрологических интернатах и в социальных учреждениях схожа с хосписами, а потребление опиоидных анальгетиков близится там к нулю. Простите, оно нулевое. Ну, может, в Москве немножко есть. Там ни у кого не болит. То есть, кто дома умирает, у них болит, а кто в ПНИ – не болит.

Мне кажется, что если нет единого документа, простого для понимания и регулирующего права особых групп граждан, не прописанных в субъекте Федерации, проживающих в социальных учреждениях, без определённого места жительства, людей с ВИЧ, детей и иных групп граждан, если их права на получение помощи и обезбоживание в конце жизни не будут прописаны в отдельном законе, то мы не пойдём тем путём, о котором говорила Диана. И да, ключевая вещь – правило, то, что в мире называется *advanced care plan*, в России это может называться индивидуальный план ведения больного. Это должно обязательно быть сделано. У нас в паллиативе люди, мы должны предотвращать их страдания. Это значит, что мы должны получить право на превентивное назначение опиоидных анальгетиков. То есть выписывать рецепт не по факту наличия боли, а с пониманием того, что у человека заболит. Мы его выписываем домой, и мы выписываем ему рецепт. Сегодня это невозможно.

Все эти предложения, в общем-то, есть, я могу действительно их не озвучивать, но хотелось бы ещё раз их обнародовать, чтобы вы на них обратили внимание. Спасибо.

(Аплодисменты.)

Председательствующий. Спасибо большое.

Коллеги, мы переходим в такое достаточно ограниченное временем пространство, а у нас очень много выступающих. Поэтому я прошу вас придерживаться регламента. Это, кстати, косвенный такой, знаете, интегративный показатель того, почему у нас что-то получается, а что-то нет. Если нельзя спланировать выступление на пять минут, как могут получаться большие вещи? Я, например, это не всегда понимаю.

Иванинский Олег Иванович, министр здравоохранения Новосибирской области. Прошу вас, пять минут. Коллеги, я прошу вас, сконцентрируйтесь на предложениях или проблемах. Проблема такая-то или мы сделали вот так. Благодарю вас.

Иванинский О. И. Дмитрий Анатольевич, полностью поддерживаю. Выступающих много, не буду вступать в дискуссию ни с кем. С 2014 года открыто отделение на 30 коек для взрослых, с 2016 года пять коек детских открыли, четыре выездных бригады сегодня работают.

Выписываются препараты, если больной приехал в наш город из другого, он встаёт на учёт в поликлинику, получает препараты, мы в паллиативном отделении даём больному препараты, пока он доходит до дома, чтобы встать на учёт, эти вопросы организационные решают.

Я благодарен, прежде всего, Диане Владимировне, которая нас ведёт на протяжении этого большого периода, Георгию Андреевичу Новикову, который в 2006 году приехал и показал, что такое паллиативная помощь и для Сибирского федерального округа открыл эти вещи.

То, что нужен закон – да, безусловно. Но мы, я имею в виду, министры здравоохранения, главные врачи больниц, где находятся паллиативные отделения, сегодня ждём приказов из Минюста России. Должно быть прописано пошагово, что мы имеем право делать. Мы в эксперименте по паллиативной помощи на дому это делаем сегодня. Моим приказом все решения утверждены. Я понимаю, что взял на себя ответственность, но вариантов не было других. Регламенты должны быть, мы должны все чётко прописать сегодня. Законотворчество – это длительный процесс, но вот эти документы базовые, которые мы должны иметь сейчас, они должны быть буквально в короткий срок выпущены. Потому что Анна Константиновна права, мы не сможем начать сегодня работу, пока нет регламента закупочной деятельности по тем же препаратам сегодня.

Нужно изменить в постановлении Правительства России одну фразу, по крайней мере. Мы планируем открыть ещё два отделения в центральных районных больницах, чтобы больные из села не ехали в город Новосибирск, а могли в крупных межрайцентрах эту помощь получать, иметь 10–20 коек и выездную бригаду. Но для того, чтобы мы сегодня могли в это федеральные деньги вложить, нам нужно изменение постановления Правительства России. Если коротко, то так. Спасибо.

(Аплодисменты.)

Председательствующий. Спасибо вам большое.

Слово предоставляется Георгию Андреевичу Новикову, заведующему кафедрой паллиативной медицины Московского медико-стоматологического университета.

Новиков Г. А. Можно презентацию? Уважаемые коллеги, президиум, я рад, что жизнь продолжается, потому что ровно восемь лет тому назад здесь же, в этом зале, мы пытались в закон об охране здоровья буквально втиснуть новый вид медицинской помощи – паллиативной медицинской помощи. Это было сложно сделать. Но прошло восемь лет всего-навсего, мы опять с вами не удовлетворены, это нормально, потому что отрицательная сторона эмоций, это всегда дальнейшее развитие.

Тоже телеграфно я хотел бы остановиться на нескольких вещах. Должен вам сказать, что время разбрасывать камни и время их собирать. Я выступаю сегодня не как завкафедрой, а как председатель правления Российской ассоциации паллиативной медицины. Она объединяет в Российской Федерации более тысячи профессионалов экспертного уровня. И у нас было последнее заседание правления в апреле, поэтому меня уполномочили сегодня здесь, на парламентских слушаниях, озвучивать состояние души профессионалов.

В первую очередь я хотел бы обратить ваше внимание, что мы постоянно вертимся все вокруг понятия «онкология» лишь только потому, что паллиативная медицина выросла в ней, но мало уделяем места и внимания неонкологическим пациентам. И, безусловно, надо провести демаркационную линию между паллиативной (медицинской) помощью и медико-социальной помощью. Собственно говоря, полностью солидарен и с организаторами этих парламентских слушаний. Я считаю, что мы тоже одни из соорганизаторов, входим в комиссию вашу, что федеральный закон самостоятельный обязательно нужен, без этого мы с места не тронемся.

И, безусловно, теперь всё, что касается гериатрии, тоже попало в фокус паллиативной медицины, потому что есть соответствующее постановление правительства и приказ Минздрава России. В настоящий момент, хотим мы или нет, мы имеем вот такую оперативную карту, где есть пациент, паллиативная медицинская помощь, врач. И по двум регламентам мы работаем: это профессиональный стандарт, хоть и есть должность «врач паллиативной медицины», но на сегодняшний этап этого практически достаточно. Есть профессиональный стандарт и есть образовательный стандарт, которые должны, как содержимое двух сообщающихся сосудов переливаться из одного в другой.

Я хотел бы вам представить новые наши идеи совместные. Это правила трёх К. Кому, кто и как. И это очень важно, потому что именно от этого есть целый ряд проблем, которые возникают на уровне региональных захоронений. Абсолютно согласен, что инициатива должна происходить от инициаторов в области паллиативной медицины, а не от губернаторов. Поэтому, безусловно, здесь надо проявлять инициативу. Кстати, есть несколько инициатив, которые, к сожалению, до сих пор не приняли на региональном уровне по целому ряду обстоятельств. Я на этом остановлюсь.

Во-первых, кому. Какие пациенты различных клинических профилей должны получать эту помощь. Вот этот стандарт, который мы вам всегда представляем, это данные Росстата. Одна треть онкологических, две трети не онкологических. Сегодня уже было озвучено, что, безусловно, этих пациентов значительно больше. Я думаю о полутора миллионах речь идёт в нашей стране. Но это мы только думаем. А хотелось бы, чтобы это всё было на бумаге. Поэтому ведение регистра по учёту пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, является неотъемлемой задачей сегодняшнего дня. Тогда не надо будет по субботам и воскресеньям нас собирать как профессионалов, потому что каждый у себя на месте будет знать, что происходит в настоящий момент.

Мы попытались вместе с Министерством здравоохранения Российской Федерации, спасибо за понимание, продвинуться в этой части. В частности наш университет получил госзадание на разработку современных технологий паллиативной медицинской помощи. Видите одну из первых задач, это проведение эпидемиологического исследования и оценки потребности в ПМП на паллиативной медицин-

ской помощи. У нас сейчас наши утверждённые опросники находятся в этическом кабинете Института организации здравоохранения и информатизации. В ближайшее время они будут разосланы в регионы с теми коллегами, с которыми мы договорились о сотрудничестве на ближайшие три года.

Кто же должен оказывать эту помощь? Однозначно врач по паллиативной медицинской помощи. Это должность. Причём сюда должны быть вовлечены не только врачи специалисты по паллиативной медицине, но маршрутизация здесь прописана. В онкологии всё понятно, стало понятно после постановления Правительства Российской Федерации. И уже пять лет вместе с Минздравом России мы решаем проблему внесения таких же буквально нескольких фраз, которые здесь представлены из слайдов, в другие направления клинической медицины. Потому что во многих профстандартах паллиативная медицина уже включена, например, в кардиологию. Надо изменить отношение к паллиативной медицине наших коллег. Обучение, оно достаточно известное. Это тематическое усовершенствование и, безусловно, мы правильно сделали, что пошли по этому пути. Если бы была самостоятельная специальность, то вряд ли бы так динамично и с таким количеством врачей развивалось всё в регионах. Конечно, хотелось бы лучше, но тем не менее.

Кафедра, 2013 год. Пять лет, две тысячи. Это недостаточно, поэтому мы работаем по межвузовскому сотрудничеству. Открыто десять курсов при различных кафедрах. Но мы считаем, что учить надо не только врачей, но обязательно до дипломного образования. Мы полтора года этим занимаемся наравне с неотложной помощью. Студенты уже знают, что такое паллиативная медицинская помощь и квалификационная подготовка преподавателя, потому что во многих вузах (пусть на меня не обижаются коллеги) это оставляет желать лучшего.

Открытие при кафедрах курсов – это непрерывный процесс и он продолжается. Правда, кафедры пока всего только две, одна для детей, другая для взрослых. Но тем не менее курсов достаточное количество уже открыто. Всё это направлено только на одно – чтобы врачи всех лечебных специальностей имели определённые знания и владели методологией, что отчасти, только отчасти прописано в профессиональном стандарте. У нас есть все инструменты для того чтобы задуматься о специальности паллиативная медицина. Это значительным образом улучшило бы ситуацию, уравнило нас со всеми другими специальностями. Молодые врачи и врачи средних лет с удовольствием приходили бы в ординатуру, получали специализированное образование, имели бы возможность учиться в аспирантуре, и тем самым ещё и способствовали развитию паллиативной медицины как науки и методологии оказания паллиативной медицинской помощи.

Теперь об условиях. Мы считаем, что абсолютно несправедливо были исключены из первого порядка центры паллиативной медицины и больницы, которые мы тогда готовили вместе с Минздравом России. Готовили мы лишь потому, что в Минздраве России было объявлено, что при открытии центров будут выделены соответствующие деньги. Там был нормальный табель оснащения. Кстати, если бы табели оснащения остались в отделениях или в тех центрах, то сейчас бы не думали, как тратить эти деньги. Точно так же, как когда мы говорили, что этим пациентам отчасти может проводиться искусственная вентиляция лёгких, в нас не только шапками кидали. Это первое.

Второе. Дневной стационар – неотъемлемый компонент, потому что это позволило бы наблюдать пациента преимущественно на дому, но в случае необходимости инструментальных методик госпитализировать его в соответствующее учреждение.

Региональную модель оказания паллиативной медицинской помощи мы предложили ещё в 2015 году. Ряд субъектов пошёл на их реализацию. Мы считаем, что в онкологической службе сердцевиной, ядром является онкологический диспансер в регионе. Так и центры паллиативной медицины в каждом регионе должны составлять основу этой службы. Это позволило бы все инструментальные методики, все до одной, проводить именно в центре, подбирать режимы и потом направлять пациентов в соответствующие условия.

Также есть амбулаторное и стационарное звено, на этом я останавливаться не буду. Но, безусловно, ещё неплохо было бы сюда всё, что касается социальной защиты пациентов, внести.

Поэтому мы предлагаем вот эту диаграмму. *(Демонстрируется слайд.)* Просьба к вам – на это обратить внимание. Вы видите, что если психологическая поддержка начинается с этапа паллиативной медицинской помощи, то социальная поддержка... И, как правило, когда оказывается медико-социальная помощь или социальная медицинская услуга, которая была введена 21 декабря в соответствии с приказом Минздрава России.

Поэтому, я думаю, в самостоятельный закон о паллиативной медицине вот это всё надо ввести в единое целое, сделать межведомственные взаимосвязи и определить демаркационные линии в виде всех вот этих услуг.

Ну и в заключение. Национальные клинические рекомендации являются неотъемлемым компонентом. И вот сегодня неоднократно обсуждалось то, что деньги выделены, а на что их потратить неизвестно.

Я здесь полностью солидарен с целым рядом наших коллег из регионов. Вот последние шесть командировок, мы всегда встречаемся в министерствах и говорим: если у вас есть желание что-то приоб-

рести, но не знаете как, обязательно надо на имя министра писать соответствующее письмо с просьбой внести уточнение и дополнение в то распоряжение, которое есть. И писать конкретно, что нужно для этого субъекта Федерации. Получить ответ и после этого уже прибегать к действию.

Но на самом деле, если бы наши таблицы оснащения, все профессиональные стандарты и другие содержали бы все необходимые элементы, которые, к сожалению, вместе с околоплодными водами (и ребёнком) были вычеркнуты оттуда, то было бы значительно проще.

Поэтому ещё раз говорю: если мы знаем, что средства выделяются, если мы знаем, что мы профессионалы, то, безусловно, надо целиком и полностью изменить то отношение к паллиативной медицинской помощи, которое складывается в ряде регионов.

И в заключение. Чтобы никто не думал, что я говорю от себя лично. По данным Минздрава России, в Российской Федерации осталось 26 хосписов, более 400 отделений, огромное количество выездных служб и несколько тысяч кабинетов паллиативной медицинской помощи. Из этого надо делать выбор, как проголосовала исполнительная власть на местах.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое.

Слово предоставляется Паликову Александру Владимировичу, главному внештатному специалисту по паллиативной помощи из Ставрополя.

Прошу вас.

Паликов А. В. Добрый день, уважаемые коллеги!

Я хотел бы осветить конкретно проблемы и пути решения. Я не буду говорить, что сделано в Ставрополе.

Что такое паллиативная помощь? Посмотрите, коллеги, вообще-то, она должна начинаться параллельно с радикальным лечением заболеваний, то есть это всё, что относится к уменьшению страдания и улучшению качества жизни. И впервые это было описано ещё в 2004 году. Достаточно просто. Но, коллеги, уменьшение страданий включает в себя несколько аспектов. Смотрите, это медицинская помощь, это социальная помощь, это психологическая и духовная поддержка, которая, причём, должна распространяться и на близких умершего.

Анализируя все обращения граждан, как по Ставропольскому краю, так и по ближайшим регионам, могу сказать, что в 90 процентах обращений граждан говорится о недостаточной социальной помощи. И вот эти поиски, кто за что ответственен...

Первое предложение. Скажите, пожалуйста, почему, если в каждом регионе есть главный специалист по паллиативной медицинской помощи, не обратить внимание на специалиста по социальной помощи, социального специалиста по оказанию паллиативной медицинской помощи? Может быть, это нужно – определить структуру ответственности за каждый вид помощи и порядок их взаимодействия? Потому что пока медики полностью отдуваются за социальщиков.

Следующее – паллиативная медицинская помощь. В первую очередь это обезболивание, вы это знаете. Но вот перед вами федеральный закон № 323-ФЗ. Это уже обращение к Государственной Думе. Облегчение боли, связанной с заболеванием или медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами. Что значит – доступными? Доступными в аптеке? А если там только анальгин доступен?

Поэтому я предлагаю поработать Государственной Думе над изменением этой формулировки – право граждан на облегчение боли, связанной с заболеваниями или медицинским вмешательством, с использованием доступных методов и лекарственных препаратов, соответствующих интенсивности боли, в том числе и опиоидных анальгетиков.

Следующая проблема – это уже обращение к Правительству Российской Федерации. Возможность 890-го постановления, возможность монетизации льгот – это та проблема, которая ... приводит к заявкам необходимого количества препаратов и их невыбирание из-за финансовых возможностей. Я могу запланировать, сколько у меня будет людей, нуждающихся в паллиативной помощи, но я не могу определить, сколько из них будет идти по региональной программе, а сколько из них пойдёт по федеральной программе.

Предлагаем возможность выделения отдельного ... финансового потока, который не зависел бы ни от федеральной, ни от региональной программы. Он может обеспечиваться из федеральных денег, из региональных, но когда врач выписывает наркотик, и этот препарат есть, врач не должен думать, по какой из программ он поступает.

Следующая крайне сложная проблема – Федеральный закон № 44-ФЗ. Закупка наркотических анальгетиков может длиться месяц и более, потому что выставляются на аукционы запросы котировок и так далее, приобрести быстро партию наркотических анальгетиков невозможно. Поэтому предлагаем внести дополнительный пункт: при закупке у одного поставщика эта закупка наркотических средств по выделенным квотам Минпромторга России должна производиться без каких-то дополнительных котировок и аукционов. Это очень важно, это ускорит, но это вмешательство в федеральный закон № 44-ФЗ, я понимаю, что это очень большая межведомственная работа.

Следующее – это уже обращение к Минздраву России. Несколько лет уже на каждом заседании, и коллеги это помнят, мы говорим об одном и том же: врач, который прошёл обучение паллиативной помощи, должен оказывать помощь в соответствии с порядками оказания паллиативной помощи. И это же отражено в постановлении Правительства России о порядке лицензирования.

Я понимаю, что стационар может найти и невролога, и кого угодно. А возьмите вы врача кабинета паллиативной помощи в районном центре, где два терапевта – и всё. Он сам по специальности, предположим, онколог, это чаще всего бывает, то есть он пролицензирован на паллиативную помощь в онкологии, а все остальные что будут делать? Пишем полтора года назад письмо в Минздрав России, получаем ответ: ваши предложения будут рассмотрены в следующем варианте... Хотя мы с Дианой Владимировной готовили полный проект ответа, который мог бы просто вписаться туда. Поэтому предлагаем вот приказ № 121 Минздрава России привести в соответствие с порядками оказания паллиативной помощи.

Уложился в пять минут? (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Да. Спасибо вам огромное.

Слово предоставляется Березиковой Ольге Александровне, главному специалисту по паллиативной помощи из Кемерово. Пожалуйста.

Березикова О. А. Здравствуйте, коллеги! Со всеми уже пообщались.

Большой респект нашему Комитету Государственной Думы, потому что действительно за последнее время проведены в жизнь очень важные нормативно-правовые документы, но что самое главное – имеется связь с сообществами медицинскими – это очень важно.

Давайте обратим внимание на такие важные вещи как рекомендации Совета Европы, что все специалисты, работающие в сфере здравоохранения, должны не просто знать, а хорошо знать основные принципы паллиативной помощи и уметь применять их на практике.

Вот здесь уже показывались концепция паллиативной помощи, кроме того, стратегия ВОЗ в обеспечении наркотическим обезболивающим, это все относится к паллиативным важным моментам. Потому что без решения вот таких вопросов невозможно развивать и совершенствовать паллиативную медицинскую помощь. А почему? Потому что паллиативная помощь является лакмусовой бумажкой развития общества в целом эффективности работы как законодательных органов власти, так и исполнительных органов власти.

В Кемеровской области паллиативная помощь развивается, я думаю, что это большой опыт становления паллиативной помощи, у нас разработана модель, структура организации паллиативной помощи, чёткий алгоритм взаимодействия между специалистами, каждый врач первичной медико-санитарной помощи, специализированной службы понимает, куда направить пациента при необходимости. Кроме этого, налажено тесное взаимодействие с аптечными организациями.

Как на амбулаторном, так и на стационарном уровне организованы формы паллиативной медицинской помощи, первичную медико-санитарную помощь у нас оказывают участковые врачи поликлиник, 111 поликлиник. Я, может быть, отнесусь к тем врачам и к организаторам здравоохранения, которые не видят важность организации кабинетов паллиативной помощи на базах медицинских организаций, с учётом кадрового голода это лишние надстройки и лишние экономические возможности.

В порядках оказания первичной медико-санитарной помощи чётко прописано, что участковые врачи оказывают свою помощь, в том числе, и паллиативную помощь. И я думаю, наш труд нужно направить на повышение образования участковых терапевтов и не делать лишние надстройки.

Паллиативная помощь развёрнута и финансируется из регионального бюджета бесплатно для нашего населения. Общая коечная мощность 197 коек стационарных, 40 коек для детей. Разработаны маршруты, здесь я привела маршруты с онкологическими паллиативными больными, но также разработаны маршруты для больных с ВИЧ, больных с туберкулёзом, больных с другими хроническими заболеваниями.

Больные, то есть пациенты Кемеровской области получают все препараты, наркотические и психотропные средства для купирования хронического болевого синдрома, но, конечно, у нас остаётся сложная проблема, что это всего лишь около 50 процентов пациентов, остальные пациенты получают опиоидные анальгетики.

Чётко разработано взаимодействие специалистов медицинских организаций паллиативной медицинской помощи с поликлиниками, аптечными организациями в соответствии с теми нормативно-правовыми документами, которые сегодня действуют в Российской Федерации.

Обучение специалистов – это очень важный момент в развитии качественной паллиативной помощи, осуществляется как на базах образовательных учреждений высшего и среднего медицинского образования, так и с участием специалистов ассоциаций, которые проводят форумы в регионах. Это значительно улучшает качество оказания медицинской помощи, как и организация обучающихся семинаров и на базах медицинских организаций.

Каких мы достигли результатов? Ну, может быть, они незначительны, но всё-таки... Организованы и функционируют различные формы паллиативной помощи, назначен главный специалист, к сожа-

лению, только по взрослому населению, нет главного специалиста по детству, очень трудно работать в регионе одному специалисту.

Приказом департамента здравоохранения Кемеровской области организован и введён регистр паллиативных больных. Анна Федермессер правильно сказала, нужен единый регистр, где прописаны чётко методика и алгоритм действия и выделено финансирование на ведение этого регистра.

Приказом опять же департамента организован ежеквартальный мониторинг сведений о проведении информационной кампании, о порядке отпуска наркотических лекарственных препаратов. Приказом департамента организован мониторинг системы оказания паллиативной медицинской помощи в целом по области. Подготовлена нормативно-правовая база по организации паллиативной помощи в регионе. Упрощены требования по обороту наркотических средств и психотропных веществ, введены в действия расчётные потребности в наркотических средствах. И я, дорогие коллеги, хочу огромное спасибо сказать за деньги, выделенные в регионы. Я считаю, это человеческий фактор, что мы зачастую не можем использовать эти деньги. Давайте мы все (специалисты, руководители здравоохранения) всё-таки чётко продумаем, для чего они нужны, направим свои запросы в Министерство здравоохранения Российской Федерации с целевым использованием. Если даже не получится, я хочу попросить здесь присутствующих, Министерство здравоохранения Российской Федерации, наших представителей в Государственной Думе, чтобы деньги не возвращались, а остались в регионах на следующий год для использования на паллиативные нужды.

Какие основные проблемы? Основные проблемы – недостаточный уровень знания у медицинских работников и организаторов здравоохранения. А ещё недостаточные знания и не совсем правильное понимание функций и задач паллиативной помощи у некоторых депутатов Государственной Думы. Вот если это будет продолжаться, конечно, будет тормозиться развитие паллиативной медицинской помощи. Отсутствие национальной программы развития паллиативной помощи – это обязательный, необходимый нормативный документ, который должен быть в Российской Федерации, как и в других европейских странах. Отсутствие стопроцентной обеспеченности наркотическими анальгетиками в наших регионах, недостаточное взаимодействие медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, с социальными службами, законодательно это не урегулировано. Недостаточная политика социальной защиты работников, участвующих в оказании паллиативной медицинской помощи. Поэтому низка укомплектованность отделений и служб паллиативной медицинской помощи. Низкая укомплектованность кадров и связанный с этим высокий процент совместительства приводят к синдрому выгорания медицинского персонала, медицинских организаций, оказывающих паллиативную помощь.

Ну, вот что нам нужно сделать и какие проблемы.

Председательствующий. Я прошу прощения.

Березикова О. А. Я очень быстро.

Значит, проблема. Разработать и утвердить профессиональный стандарт «врач по паллиативной помощи». Отсутствует национальная программа развития. Здесь я считаю, что важно решить несколько задач: краткосрочные задачи, среднесрочные задачи и долгосрочные задачи. Предложения от нашего региона были у вас – предложения по изменению, дополнению порядков оказания помощи, внесению изменений в порядки оказания медицинской помощи по профилям и в порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослым и детям в части закрепления понятия «паллиативный подход». Надо внести изменения в клинические рекомендации, протоколы лечения по разным профилям: неврология, онкология, инфекционные заболевания, ВИЧ, туберкулёз, кардиология, психиатрия, пульмонология, терапия, урология и другие (в части оказания паллиативной медицинской помощи). Я не понимаю, почему хоспис только для онкологических больных, хоспис – это учреждение, которое оказывает помощь всем паллиативным больным с другими нозологическими формами. Установить возможность осуществления медицинских манипуляций с использованием медицинских изделий в домашних условиях. Разработать и утвердить перечень медицинских и социальных услуг в соответствии со статьёй № 37 федерального закона. И необходимо разработать и утвердить критерии качества оказания паллиативной помощи, для всех они есть в приказе Минздрава России, нет только по паллиативной медицинской помощи.

Есть проблема недостаточности взаимодействия медицинских служб, оказывающих паллиативную помощь, с социальными службами. Здесь мы просто отработали федеральный закон № 442-ФЗ, и считаю, что не нужно его убирать, а нужно внести дополнения в статью 3, в статьи 7, 14, 15, а основные понятия, используемые в настоящем федеральном законе, дополнить понятием паллиативная помощь.

Проблема – недостаточная социальная защита работников. Мы всё говорим о вещах, которые, конечно, очень важны, но при этом человеческий фактор не затрагиваем. Поэтому обязательно нужно определить и утвердить перечень надбавок медицинским работникам при работе с паллиативными пациентами, в том числе с больными ВИЧ-инфекцией, больными с хроническими психическими расстройствами в терминальных стадиях и некоторыми другими больными.

Следует установить и утвердить на федеральном уровне надбавки за непрерывный стаж работы в медицинских организациях и структурных подразделениях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, не менее 80 процентов при достижении стажа работы семь лет. И включить в медицинские организации и структурные подразделения, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, а также должности врачей, средних и младших медицинских работников в перечень медицинских организаций и структурных подразделений и должностей врачей, средних и младших медицинских работников, работа которых в течение года засчитывается в стаж работы, дающий право на досрочное назначение трудовых пенсий по старости как год и шесть месяцев.

Ну, и заканчивая, скажу что основная цель – это разработка национальной программы, а я бы сказала, национального закона. Если мы это сделаем вместе с нашим сообществом, вместе с вами, с исполнительной и законодательной властью, это будет большой плюс для Российской Федерации. Спасибо за внимание.

Председательствующий. Благодарю вас, спасибо.

Я думаю, нам нужно переходить на трёхминутный регламент, другого я не вижу пути. Всё время вспоминаю европейские конгрессы: выключили микрофон – и всё.

Цыбизова Т. И. Уважаемые коллеги! Депутат Государственной Думы, представляю Волгоградскую область, Цыбизова Татьяна Игоревна.

Вы знаете, нам сегодня так сложно задать направления для обсуждаемой темы, поскольку мы фактически формируем новое направление в системе здравоохранения. И здесь есть вопросов множество, мне кажется, надо вычленив главное и говорить в первую очередь о тех проблемах, которые сегодня кричат. Что, с моей точки зрения, важно в формировании этого направления? Первое, это кадры. Второе, нормативная база. Третье, деньги и совесть. Вот деньги и совесть даны нам для того, чтобы сделать всё быстро.

Но прошло шесть месяцев с момента формирования бюджета, и я уверена в том, что мало найдётся из регионов, которые освоили бы эти деньги. Потому что, как говорил здесь многоуважаемый профессор, мы не знаем – кому, мы не знаем – кто, мы не знаем – как будем оказывать помощь на дому. А на это деньги заложены. Мы не знаем, у кого на балансе будут стоять аппараты искусственной вентиляции лёгких, кто будет обеспечивать техническое обслуживание их, как Роспотребнадзор будет смотреть на эту эксплуатацию нормативной базы. Поэтому у всех вопросы. И об этом надо говорить.

И я считаю, Дмитрий Анатольевич, мы здесь на публичных слушаниях должны обратиться к Министерству здравоохранения Российской Федерации для определения чётких сроков расширения перечня возможного расходования средств, которые предусмотрены федеральным бюджетом этого года. И я думаю, что этот срок не может быть определён позднее 1 июня, потому что для проведения конкурсов и всего остального у регионов не останется времени. И, к сожалению, выступавшая здесь главный врач, наверное, не очень хорошо знает основы бюджетного законодательства, ведь деньги не останутся в регионе. И самое плохое, что те деньги, которые не будут освоены в этом году, вряд ли будут заложены даже в бюджет следующего года. И для того, чтобы не допустить сокращения, нам надо обязательно обратиться в Минздрав России.

Второе. Нормативно-правовая база. Здесь, конечно, должны поработать профессионалы. Со всем нашим уважением и к юридической службе, и высшему медицинскому образованию, мы здесь не обойдёмся без профессионалов и международного опыта. Поэтому надо шире привлекать и общественные организации, и передовые хосписы, которые сегодня существуют в Москве, для того чтобы эта нормативная база родилась как можно быстрее.

Ещё один момент, наверное, с него надо было начинать, поскольку паллиативная медицина – это, пожалуй, та отрасль, где кадры решают всё. Так вот о кадрах сегодня говорилось очень мало, лишь то, что мы их должны готовить.

Начинать надо с номенклатуры. И меня, если честно, испугала, в презентации Министерства здравоохранения Российской Федерации, слово «сиделка». Это, конечно, очень хороший термин, но, знаете, как корабль назовёшь, так он и поплывёт. Кроме врача паллиативной медицины и сиделки в паллиативной медицине ещё очень, очень много нужно охватить, это не совсем сестринский уход, это больше, это шире. И нам надо посмотреть, какой у нас специалист среднего звена будет работать в системе паллиативной медицины, дать ему очень хорошие, очень серьёзные социальные гарантии.

И здесь надо говорить громче и об окладах, и о доплатах, и о выходе на пенсию, и о социальных гарантиях, и о санаторно-курортном лечении. Потому что, когда мы начнём всё это реализовывать, ту федерально-целевую программу, о которой мы с вами мечтаем, на территории всей России для того, чтобы обеспечить каждого нуждающегося, то ни одно рекрутинговое агентство нас с вами кадрами не обеспечит, если мы этого не предусмотрим. Поэтому должна быть номенклатура не только направлений медицины, должна быть серьёзная номенклатура медицинской специальности и должна быть очень серьёзная подготовка.

И ещё. Мы очень иногда стыдливо относимся к стажировкам, к перениманию опыта у наших зарубежных коллег. Это не тот случай. И, я считаю, что Министерство здравоохранения Российской

Федерации, учитывая сегодняшнюю ситуацию с кадрами и сегодняшние возможности финансирования бюджета 2018 года, может определить, что все субъекты Федерации должны направить по одному-двух ведущих специалистов в ведущие хосписы за рубежом, для того чтобы они пощупали, послушали, посмотрели, освоили зарубежный опыт, а не только то, что им дадут в медицинском колледже или институте на слайдах. И люди после этого будут более ответственны в выборе этой специальности, будут хорошими методистами и хорошими проводниками идей. То есть кадры, нормативная база, деньги и совесть для каждого, кто принимает решение и для каждого, кто его реализует.

Спасибо большое. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое.

Слово предоставляется Вавилову Владимиру Владимировичу, директору Казанского детского хосписа. Прошу вас.

Вавилов В. В. Уважаемый президиум! Уважаемые коллеги!

Я тоже коротко. Впервые в России хоспис построен некоммерческой организацией, которая уже на протяжении семи лет возглавляет эту работу. Мы имеем детское отделение и взрослое отделение, и выездную службу. И на протяжении семи лет работы мы пришли к единому мнению, что трёхступенчатая система должна действовать при оказании паллиативной помощи.

После ЛПУ, когда пациент уже не подлежит радикальному лечению, и направляется в паллиативное отделение, то не койки выделенные когда-то для отчёта нужны, а именно надо создавать паллиативное отделение. А после уже паллиативного лечения, которое продлится по времени не знаю сколько, пациент должен направляться в хоспис. Но есть ЛПУ – паллиативное отделение хосписа.

В Татарстане эта модель работает на базе только онкологического центра. Но в развитие этого вида помощи у нас ещё в других профильных больницах открываются многопрофильные паллиативные центры.

Моё предложение. Дальнейшее развитие паллиативно-хосписной помощи на примере Татарстана. Многие здесь рассуждали, как эффективно потратить деньги выделенные Президентом России. Открыть паллиативные кабинеты с выездными службами. Ведь что такое паллиативный пациент? Это в большинстве случаев лежачий пациент, в лучшем случае колясочник, он до паллиативного кабинета не дойдёт. С помощью выездной службы паллиативных кабинетов мы охватим большее количество пациентов. Ведь зачастую нет денег на строительство хосписов или отделений. Во многих регионах хотят построить хоспис, но первое, что сдерживает – закон о земле, и второе – финансирование. Мы впервые в России финансируем по линии ОМС. То есть часть нам оплачивает госзадание, а часть мы финансируем за счёт благотворительных пожертвований. В принципе, так во всём мире делается.

И самое главное – нужен куратор. Нужно в рамках Министерства здравоохранения Российской Федерации назначить главного специалиста по паллиативной помощи, чтобы во всех регионах знали, конкретно куда обращаться, в какой отдел. Вот тогда у нас пойдёт развитие паллиативно-хосписной службы.

И к представителю министерства хочу обратиться. Ни анестезиолог, ни реаниматолог в хосписах не нужны. В крайнем случае, если как у нас в детском отделении мамы, когда уходит ребёнок, просят, мы вызываем бригаду. А для чего? Ну, зарубежный опыт. Надо просто разделять паллиативные отделения, хосписы и ЛПУ.

Вот такие мои предложения, учитывая наш опыт семилетней работы. К нам всё-таки едут со всех регионов, мы сами выезжаем и рассказываем о нашем опыте.

Спасибо за внимание. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо вам большое.

Позвольте предоставить слово Саблиной Полине Николаевне, вместо приболевшей Екатерины Константиновны, благотворительный фонд «Подари жизнь». Прошу вас. У вас презентация? Ваша?

Саблина П. Н. Екатерины Константиновны.

Добрый день. Я тоже постараюсь очень коротко, потому что основные проблемы уже были обозначены.

В последние годы ситуация с доступностью обезболивания, конечно, улучшается, и я думаю, что все мы это наблюдаем, однако ещё пока далеко до идеала, и есть над чем работать. По опыту благотворительного фонда «Подари жизнь» нашего паллиативного проекта... Мы тоже оказываем паллиативную помощь, но в рамках деятельности наших сопровождающих докторов. Вот хотела бы обратить ваше внимание на две цифры. 58 пациентам, а это дети, доктора по месту жительства не смогли назначить адекватную обезболивающую терапию, и пришлось воспользоваться, скажем так, консультациями наших московских специалистов. В 32 случаях удалось получить обезболивание только с помощью административного ресурса, то есть с помощью органов Росздравнадзора, прокуратуры. То есть категорически отказывались врачи по месту нахождения ребёнка выписывать морфин. Причём мамам говорилось, что морфина нет, но после вмешательства Росздравнадзора морфин, слава богу, находился. Нам кажется, что эта ситуация не совсем нормальная.

По данным Международного комитета по контролю над наркотиками основной причиной недоступности обезболивания является неосведомлённость врачей. Хотела обратить ваше внимание, что это опрос, производившийся в разных государствах. И вот третий пункт с конца – опасение уголовного преследования. То есть это проблема не только для нашей страны, а также для других государств тоже.

И в этой связи переходим к нашей любимой статье 228.2, над которой мы уже много лет работаем в плане декриминализации деяний медицинских фармацевтических работников за нарушение правил оборота наркотиков. По нашему анализу, за 2010–2016 годы осуждены практически 70 процентов привлечённых по этой статье, это штраф без лишения права занимать определённые должности и заниматься определённой деятельностью. То есть о чём это говорит? Что люди получают судимость, при этом они всё равно остаются, если их, конечно, не уволили, на своих должностях, имеют доступ к этим же веществам. Но при этом... Условно говоря, что такое приговор медицинскому работнику? Это для всего медицинского сообщества, больниц региона, совершенно такой дамоклов меч, никто не захочет потом работать с этими препаратами.

Фабула одного из дел. В 2014 году осуждена была фельдшер бригады скорой медицинской помощи. В результате неосторожных действий произошло самовыливание вещества из ампулы, и утрата составила 1,3 миллилитра. Фельдшер была признана виновной и приговорена к штрафу в пять тысяч рублей за то, что неосторожно вылилось у неё вещество из ампулы.

Ситуация не меняется, вот совсем недавнее дело. Февраль 2018 года, Ханты-Мансийский автономный округ. Приговорена была медсестра бригады скорой медицинской помощи к 20 тысячам штрафа за то, что в упаковке не оказалось одной ампулы морфина, которая потом в процессе уборки была обнаружена и возвращена, то есть закатилась за шкаф, медсестру осудили, оштрафовали, ампулу вернули обратно.

Результат деяний, предусмотренных данной статьёй, позволяет сделать вывод о том, что подавляющее большинство преступлений совершается по неосторожности. В открытом доступе нам не удалось найти ни одного судебного решения, где медицинский фармацевтический работник совершил бы нарушение правил оборота из корыстных побуждений или где был бы причинён какой-либо доказанный вред здоровью человека.

Полагаем, что необходимо данные деяния, совершённые по неосторожности, перенести в Кодекс об административных правонарушениях Российской Федерации, установив за это административную ответственность, но, безусловно, оставив деяния, совершённые из корыстных побуждений или приведшие к какому-либо вреду в Уголовном кодексе. Полагаем, что это приведёт к улучшению ситуации с обезболиванием, наконец, врачи перестанут бояться работать с этими препаратами. Всё, наверное.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое. (*Аплодисменты.*)

Уважаемые коллеги, позвольте предоставить слово Германенко Ольге Юрьевне, руководителю Центра спинальной мышечной атрофии «Семьи СМА». Прошу вас.

Германенко О. Ю. Спасибо. Здравствуйте.

Мы немного уже начали говорить сегодня о той теме, которой я бы хотела коснуться в своём выступлении. Это выбор объёма медицинских вмешательств и отказ от реанимации, что является актуальной проблемой в области паллиативной помощи. И в первую очередь я хотела бы обратить внимание всех присутствующих на то, что, когда мы говорим о принятии решения отказаться от медицинской помощи или от реанимационных вмешательств, мы не говорим об эвтаназии, мы говорим о праве пациента на принятие решения в отношении собственного здоровья или в отношении здоровья своего ребёнка.

Прежде всего, в паллиативной помощи мы говорим о достоверно установленных прогрессирующих заболеваниях с неблагоприятным, как правило, прогнозом. Это, конечно, не только онкологические заболевания, но и неонкологические заболевания с прогрессирующими состояниями. И самые тяжёлые примеры, с которыми мы встречаемся в детской практике – это больные со спинальной мышечной атрофией первого типа, во взрослой – это боковой амиотрофический склероз, прошу прощения. И я, конечно, не обойдусь без фотографий. (*Демонстрируется слайд.*)

Прошу обратить внимание на фотографии, один и тот же ребёнок с разницей в шесть месяцев, это ребёнок с классическим течением спинальной мышечной атрофии первого типа. На первой фотографии ребёнок при установлении диагноза. На второй – через шесть месяцев, но ребёнку оказывался максимально возможный объём помощи, делалось всё, что только возможно. При этом мы видим, в каком состоянии ребёнок оказывается через шесть месяцев, это не свидетельствует о том, что помощь оказывалась плохо, это так протекает болезнь, именно с такими состояниями мы работаем в паллиативной медицине.

И здесь перед родителями, когда становится известным, к чему приводит болезнь, всегда встаёт вопрос: а что дальше? К чему приведёт болезнь моего ребёнка? Подключать мне ребёнка в таком состоянии к аппарату искусственной вентиляции лёгких, тем самым обрекая его на низкое качество жизни, на жизнь в реанимации, привязанным к аппарату искусственной вентиляции лёгких?

На наш взгляд, мнение родителей, законных представителей ребёнка в этом отношении должно учитываться в первую очередь, естественно, выбор решения должен происходить вместе с врачами при обсуждении. Но, как правило, в настоящий момент это является существенной проблемой, мнение родителей не учитывается.

Врачам сложно работать с проблемой выбора, очень многие врачи навязывают лечение до конца, даже если это состояние нельзя вылечить. Во всём мире решением является так называемая карта планирования объёма помощи, где фиксируются заранее определённые законными представителями и медицинской командой решения, которые учитываются, в том числе, при ситуациях, когда состояние значительно ухудшается и ребёнок попадает в реанимацию. Мы всё время будем крутиться в области отказов от реанимационных мероприятий и отказов от медицинского вмешательства. Отказ от реанимации при состоянии клинической смерти на данный момент хоть как-то прописан законодателем в федеральном законе № 323-ФЗ, и тем не менее это приводит к тому, что право на отказ тоже нарушается. На фотографии ребёнок после клинической смерти в 30 минут, ребёнок с прогрессирующим установленным заболеванием «спинальная мышечная атрофия». Сделать было ничего нельзя, в реанимацию его принесли синего, без дыхания, без сердцебиения. 30 минут реанимационных мероприятий, несмотря на норму закона № 323-ФЗ, ребёнок был возвращён к жизни, и вот он прикован уже пять лет к аппарату искусственной вентиляции. Мы получили сильнейшую гипоксию и вдобавок к полной обездвиженности значительные нарушения функции мозга. Насколько качественной эта жизнь является? Я как мама могу сказать, что не вижу в этой жизни качества. Я не могу ругать врачей, потому что они вернули жизнь моему ребёнку, но я не могу сказать, что это было хорошим решением. Тогда нас не спрашивали, сейчас мы начали говорить об этом в сфере паллиативной помощи. Несмотря на нормы законодательства, вопрос в основном стоит о том, что является достоверно установленным прогрессирующим заболеванием, какой документ нам подтверждает этот факт?

Что же касается отказа от реанимации вне состояния клинической смерти, тот этот вопрос касается каждого из присутствующих в зале. В случае если мы не хотим таких последствий для себя, не хотим проведения реанимационных мероприятий для себя, понимая последствия длительной реанимации, то здесь мы не имеем возможности, закреплённой законодательно, выразить свою волю. И то же самое касается пациентов с неизлечимыми заболеваниями. Вот тот мальчик на первой фотографии, если бы его мама вызвала скорую помощь тогда, когда он уже в терминальной ситуации уходил, ребёнка бы посадили на искусственную вентиляцию лёгких – ИВЛ, я бы сейчас показывала вот такую же фотографию этого ребёнка.

Родители сейчас вынуждены в нарушение норм, в том числе Уголовного кодекса, не вызывать бригады СМП, что, в общем-то, предусматривает ответственность и для родителей, и для врача. Да, мы смотрели специально законодательство, ответственность предусмотрена, и мы все рискуем. Соответственно, на мой взгляд, необходимо каким-то образом законодательно предусмотреть и решить этот вопрос. Я не буду касаться отказа от медицинских вмешательств. Наверное, потому что Полина Габай сделала сегодня очень хорошую презентацию и мы об этом обо всем поговорили. Но я бы хотела сказать ещё об одном моменте.

Сегодня, чтобы прийти сюда, я как мама ребёнка, который 24 часа прикован к ИВЛ, должна была найти кого-то, кто заменит меня на этом круглосуточном посту. Это вопрос о сиделках. Мы очень много общаемся с зарубежными организациями и с мировыми больницами, хосписами, паллиативными отделениями. Как правило, и в Европе, Великобритании, США родителям таких тяжёлых детей предоставляется помощь сиделок, родители имеют возможность ходить на работу, платить налоги в казну, при этом им предоставляется сиделка на дневной период, иногда ночная сиделка. У нас не то чтобы этого нет, это невозможно получить. Я пыталась, честно, это невозможно.

У нас даже в хорошо работающих паллиативных отделениях, к сожалению, пока не налажена система постоянного сопровождения детей, уходящих детей, в частности, детей, которые прямо сейчас уходят. Все выходные я провела на связи с одной из наших мам, к сожалению, ребёнок сегодня в 4.30 скончался, врачи паллиативного отделения в выходные отдыхают. Что делать маме, у которой прямо сейчас умирает ребёнок, которому требуется титрация морфина, дополнительная дозировка для того, чтобы ребёнок не испытывал страданий? Они оказываются без помощи. Но это, наверное, больше к организаторам здравоохранения.

И ещё один момент, это последний, я заканчиваю. У нас медицина действительно не стоит на месте. И у нас есть дети, которые сейчас в нашей стране могут получить только паллиативную помощь, а тем временем появляются лекарства, которые могут этих детей перевести из разряда паллиатива в куратив. Полтора года назад в мире появился препарат для лечения нашего заболевания. Дети в США, в Европе, в Австралии, в Японии обеспечиваются этим лечением. Они выходят за рамки только паллиативной помощи и имеют возможность действительно жить дольше, жить лучше, жить качественнее. Наши дети пока такой возможности не имеют.

И я хотела бы попросить вас дать нам возможность говорить не только о качестве смерти детей со СМА, о чём я начала сегодня говорить, но и о качестве их жизни. И мы надеемся, что до конца этого

года препарат, о котором я сказала, будет в стране зарегистрирован, регистрационное досье уже готовится на подачу в Минздрав России. И я бы просила законодателей помочь нам и встретиться, может быть, в конце этого года, когда препарат будет зарегистрирован, для того, чтобы поговорить о необходимости отдельной государственной программы по обеспечению таких пациентов препаратом.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, поскольку, к большому сожалению, я должен буду уйти на другое совещание, поэтому позвольте мне сказать несколько слов, и я попрошу Юрия Викторовича продолжить вашу работу.

Я не могу не прокомментировать последнее выступление, поскольку я 30 лет в детской хирургии и занимаюсь врождёнными пороками развития, в том числе и прооперировал тысячи новорождённых. Вы знаете, я не могу согласиться с такой постановкой вопроса, и я имею в виду отказ от реанимации.

Я глубоко убеждён, что мы сегодня обсуждаем проблему, которая находится на стыке законодательства, с одной стороны, и морали, и этики общества, с другой стороны.

Я сейчас говорю о своём мнении, не о мнении Комитета или Государственной Думы, о своём. Я глубоко убеждён, что нам не следует создавать прецеденты законодательства по тем вопросам, которые выше бытия, жизни и смерти человека.

Я лично сам и врачи моего коллектива боролись за жизнь каждого человека до последней секунды, потому что никто из нас до конца не знает смысла существования человека на земле, не понимает каков его жизненный путь и как он его должен пройти. Путь даже ребёночка, путь его родителей, путь его семьи и все вопросы, которые мы обсуждаем, и сложности бытовые, и всё остальное – это наша жизнь.

Другой вопрос, что мы как социум должны, безусловно, выполнить все меры, чтобы прекратить боль, страдания этих людей и помочь их семьям. В этом я точно также убеждён.

Поэтому здесь нужно тщательнейшим образом взвешивать всё. И, кстати, появление препарата «Спинраза» лишний раз свидетельствует о том, что вчера это было инкурабельно, сегодня это может, по крайней мере, контролироваться. А завтра мы научимся бороться с этими страданиями.

Мы должны во всём том, что касается ценности человеческой жизни, по моему глубокому убеждению как детского хирурга, идти до конца.

Теперь то, что касается непосредственно нашей работы. Я глубоко согласен со своей коллегой, которая сказала, что к 1 июня мы должны чётко понимать ситуацию, по крайней мере, по деньгам.

Поэтому я прошу, Юрий Викторович: где-то через две недели нам нужно собрать рабочую группу. И я попрошу, Евгений Геннадьевич, дайте поручение своим коллегам, чтобы мы подготовились, по крайней мере, по этому вопросу.

У меня твёрдое убеждение в том, что нам нужно собраться на «круглый стол» осенью. И я попрошу его провести очень коротко: проблема, что мы смогли сделать за полгода, что нам нужно сделать. Опять же, может быть, во мне говорит хирург, но вот мы уже встречаемся который раз и одно и то же друг другу рассказываем. Возникает вопрос: ну сколько можно, ну когда мы это всё решим? Ведь, по большому счёту, это всё в наших руках, абсолютно.

Разделим зоны ответственности: пациентские организации, мамочки, юридические службы, которым нужно немного рассказать о здравоохранении, а они нам очень много о юриспруденции, потому что мы юридически безграмотны в подавляющем большинстве, я имею в виду врачебное сообщество.

Разделим задачи, определим контуры, время. И давайте, уважаемые коллеги, чётко сделаем каждый на своём месте то, что от него зависит, и тогда мы будем с чистой совестью смотреть в глаза нашим детишкам, нашим дедушкам и бабушкам, понимая, что мы всё сделали то, что от нас зависело.

Я, к сожалению, вынужден вас покинуть. Спасибо вам огромное. *(Аплодисменты.)*

Председательствует член Комитета Государственной Думы по охране здоровья Ю. В. Кобзев

Председательствующий. Уважаемые коллеги, но тогда продолжим работу.

У нас, кстати, очень ограниченное количество времени. Слово предоставляется Людмиле Ильичне Шаршаковой.

Шаршакова Л. И. Уважаемые коллеги, в рамках программы импортозамещения Федеральное государственное унитарное предприятие «Московский эндокринный завод» осуществляет разработку, регистрацию и внедрение в производство различных лекарственных форм и наркотических анальгетиков, номенклатура которых согласована с учётом рекомендаций ВОЗ и согласована с Минздравом России.

В настоящее время в Российской Федерации зарегистрировано 11 наркотических препаратов в 27 лекарственных формах, четыре из них применяются в детской практике в 17 лекарственных формах, и один препарат мы можем применять сейчас детишкам с рождения.

Уже с 2016–2018 годов предприятием внедрено пять наркотических препаратов. В 2018 году мы заканчиваем регистрацию двух препаратов морфина в разных лекарственных формах, которые являются золотым стандартом лечения болевого синдрома у детей, в 2019 году будет зарегистрировано ещё два препарата морфина – это растворы для приёма внутрь. И в планах предприятия до 2023 года внедрение целого ряда неинвазивных анальгетиков в различных формах – это «Бупренорфин», «Гидроморфон», «Оксикодон» и «Кетамин», позволяющих проводить фармакотерапию болевого синдрома на всех этапах оказания медицинской помощи, в том числе у детей.

Комплексные меры, предпринимаемые Администрацией Президента России, Правительством России, лично заместителем Председателя Правительства России Ольгой Юрьевной Голодец, а также руководителями федеральных органов исполнительной власти – Минздрава России, Минпромторга России, Росздравнадзора России, Ассоциацией профессиональных участников хосписной помощи и социально ориентированными НКО, позволили достичь того, что в 2017 году у нас фактическое потребление неинвазивных наркотических анальгетиков в Российской Федерации увеличилось в четыре раза по отношению к 2014 году, а расчётный уровень обезболивания увеличился в три раза по отношению к 2014 году.

С целью повышения доступности обезболивания в 2018 году из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации были выделены дополнительные средства на приобретение наркотических анальгетиков для обеспечения до 100 процентов реальной расчётной потребности.

Минздравом России и предприятием в адрес органов исполнительной власти субъектов Федерации в сфере охраны здоровья направлено разъяснение о порядке формирования этой дополнительной заявки на наркотические средства.

Надо сказать, что большая часть субъектов, это около 60 процентов, представило в Министерство промышленности и торговли Российской Федерации дополнительные заявки, которые позволят при полной выборке в полном объёме обеспечить потребность нуждающихся больных в обезболивающих препаратах.

Я вот не соглашусь здесь с Анной Константиновной относительно того, что все деньги будут возвращены. То, что касается заявок на наркотические лекарственные препараты. Субъекты имеют возможность ежеквартально подавать заявки и перерасчитывать свою потребность.

Однако ряд субъектов, я их даже перечислю – это Санкт-Петербург, это Республика Калмыкия, Владимирская, Вологодская, Калужская, Нижегородская, Орловская, Тверская и Ярославская области так и не приняли меры, а представленные ими заявки свидетельствуют о том, что более 70 процентов паллиативных больных здесь так и не смогут получить необходимое обезболивание. Это очень серьёзный момент.

И у них ещё есть возможность выправить свои заявки, дозаявиться и заказать лекарственные препараты.

Для изготовления наркотических препаратов используются как отечественные, так и импортные фармацевтические субстанции. Фармсубстанции, которые получают...

Если говорить о фармсубстанциях, которые получают из растительного сырья – это растение «мак снотворный», то можно констатировать, что все они на 100 процентов импортного происхождения, так как в Российской Федерации законодательно запрещено культивировать наркосодержащие растения для производства лекарственных средств.

В случае усиления... Значит, международный рынок опийных субстанций контролируется пулом из десяти компаний, из которых девять находится в юрисдикции государств, применивших к России санкции по политическим мотивам.

В случае усиления санкционного давления нельзя исключить возможность прекращения импорта фармсубстанций опийной группы. Последующие за этим сокращения линейки обезболивающих и снижение уровня их доступности для больных создаст общественный резонанс, который может быть использован для подрыва основ национальной безопасности нашей страны.

Учитывая сложившуюся ситуацию и проанализировав опыт Советского Союза, нашим предприятием инициирована проработка вопроса обеспечения локализации на территории Российской Федерации производства наркотических средств опийного ряда по полному циклу, включая стадии культивирования специальных сортов снотворного мака, изготовление из него фармацевтических субстанций. Построена бизнес-модель, которая поддержана Минпромторгом России, и ей присвоен статус ведомственного проекта.

Международный комитет по контролю за наркотиками высказался позитивно по вопросу о возможности производства в России маковой соломы для нужд собственной фармацевтической промышленности.

В настоящее время предприятия ввозят импортные опийные субстанции на сумму свыше полутора миллиона долларов в год. С учётом ежегодного роста уровня потребления наркотических препаратов закупка субстанций от иностранных производителей увеличится в пять и более раз и тогда составит более двух-трёх миллионов долларов, тогда как эти денежные средства могли бы быть использованы

внутри страны для создания современных форм наркотических анальгетиков. Применение в производстве отечественных субстанций позволит сократить производственные издержки и снизить цены реализации в рамках госконтрактов до 20 процентов.

В целях регулирования производства, правового регулирования производства наркотических лекарственных средств из культивируемого наркосодержащего растительного сырья при обеспечении повышенных мер безопасности на всех стадиях процесса предприятием разработан соответствующий проект федерального закона, который согласован со всеми заинтересованными федеральными органами исполнительной власти, доработан с учётом замечаний Экспертного управления Президента Российской Федерации и Аппарата Совета Безопасности Российской Федерации. И в феврале текущего года повторно направлен в Администрацию Президента Российской Федерации, где находится до настоящего времени.

Мы просим вас поддержать указанный законопроект, потому что он очень серьёзный.

Спасибо за внимание. Всё, я кратко. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Уважаемые коллеги!

Кумирова Элла Вячеславовна, заведующая кафедрой паллиативной педиатрии ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России.

Элла Вячеславовна, можно вас попросить выступить очень коротко, я понимаю, что проблема детского паллиатива, она многогранна, но...

Кумирова Э. В. Я не буду разглагольствовать, потому что действительно уже все позиции, которые прозвучали здесь, неоднократно озвучивались на наших профильных комиссиях, и много мы говорим об этом. У меня вообще ощущение было, что мы сидим на профильной комиссии, только в Государственной Думе, потому что все примерно одно и то же говорят, ну, с некоторыми там нюансами.

Поэтому я просто хочу поблагодарить всех. Я рада всех видеть. И представителей Министерства здравоохранения Российской Федерации, которые давным-давно работают в этой теме. Ольга Васильевна, хочу спасибо вам сказать, потому что вам ещё не надоело это всё слушать от нас. Ну, а мы будем просто продолжать дальше двигаться, вот завтра, например, я иду дорабатывать стандарты по паллиативной помощи по обезболиванию.

Мои коллеги каждый день работают в центрах паллиативной помощи, которые, кстати, не звучат вообще в нашем порядке оказания паллиативной помощи.

Мы же тоже принимали участие в том, что эти паллиативные центры были исключены, к сожалению, из порядков, а они сейчас нужны. Поэтому, наверное, в этих дискуссиях мы так и будем пока двигаться. Но я очень рада, что Государственная Дума подняла этот вопрос и дальше будет, я очень надеюсь, несмотря на замены, перестановки, продолжать двигаться.

Спасибо вам большое. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое, Элла Вячеславовна.

И скажите, Софиева Зоя Анисимовна здесь? Здесь.

Главный внештатный специалист по паллиативной помощи Санкт-Петербурга.

Софиева З. А. Здравствуйте, уважаемые коллеги!

Я рада всех видеть, потому что мы работаем давно в паллиативе. Мы это с вами все вместе создавали. И Петербург был первым городом, где появились и хоспис первый для взрослых, и первый детский хоспис. И на сегодняшний день у нас работают восемь хосписов, 26 выездных бригад для взрослого населения и две бригады выездные для детей. Открылась выездная бригада для паллиативной помощи неонкологического генеза при Максимилиановской больнице. То есть у нас служба развивается. И город наш действительно является не только культурной столицей, но и столицей, в которой куются кадры, в том числе и медицинские.

Я должна сказать, подходя к вопросу именно образования в паллиативной медицине, что начинать образование паллиативной медицины с тематического усовершенствования, вообще-то, уже поздно.

В прошлом году на кафедре реабилитации при педиатрической академии открыт курс по паллиативной медицине и альгологии. И я должна сказать, что пришлось столкнуться с большими трудностями, чтобы зарегистрировать этот курс.

Но должна также сказать (я сама преподаю на этом курсе), настолько велико внимание студентов к паллиативной помощи, что они самостоятельно соглашаются приехать к нам в хоспис, поработать у нас с нашими пациентами. Они впитывают это всё буквально, как губка, у них ещё не заполнены файлы все, и поэтому именно с детей надо начинать образование. У них есть интерес. А тематическое усовершенствование, которое мы делаем на последнем курсе... Это люди, уже определившиеся, они уже знают, куда они пойдут, и паллиативная медицина им уже не так интересна. А элементы паллиативной медицины, введённые в образование, помогут нам не только хорошо оказывать помощь нашим инкурабельным больным, но и, в общем-то, дать толчок и отношению пациентов к курабельным больным с элементами паллиативной медицины.

Юрий Викторович, мы писали вам письмо о том, чтобы нам дали возможность свободно приобретать наркотические препараты вне федерального закона, чтобы у нас была возможность вариации:

столько, сколько необходимо, закупать. Расчётные нормативы – прекрасно. Это даёт нам возможность иметь поле деятельности. Потому что когда мы ограничивались двумя морфинами на день, то это была катастрофа. А сейчас у нас есть возможность для того...

Сейчас мы запускаем пилотный проект по регистру пациентов, которые нуждаются в обезболивании. Конечно, у нас немножечко сейчас не получается с коммуникациями по всему городу, но практически, не подсчитав количество пациентов, не определив показания к противоболевой терапии...

И, поверьте, у нас работают очень грамотные специалисты, которые могут определить характер и ведение болевого синдрома не только у онкологического больного, но и у неонкологического больного. И поэтому я считаю, что без подсчёта, без учёта этих пациентов заказывать необходимое количество наркотических анальгетиков будет просто пустой тратой федеральных денег, которые могут пригодиться в других условиях. А то, что регистр нужен, – это точно.

И, конечно, паллиативная медицина не должна развиваться кусками, обрывками. Я поддерживаю наших докторов, которые говорят, что действительно должна быть единая хорошая, долгосрочная программа по организации паллиативной помощи.

Благодарю за внимание. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо, спасибо.

И у нас ещё остались представители благотворительных фондов.

Карина Арамовна, руководитель благотворительного фонда развития паллиативной помощи «Детский паллиатив», прошу вас. Предлагаю... Потому что ваша роль в паллиативной помощи неопределима, как и всех фондов, которые занимаются...

Варганова К. А. Я поняла.

Добрый день!

Можно включить презентацию. Пусть она идёт сама по себе, а я постараюсь очень быстро сказать.

Вообще, мы называем паллиативных детей «невидимые дети». Вы знаете, что их трудно найти, их не видно, их прячут. Не то что их прячут, а они за четырьмя стенами находятся.

Что касается паллиативных детей в интернатных учреждениях, то там ситуация ещё более тяжёлая. По данным исследования, которое проводилось в Москве, которая, в намного более благоприятной ситуации находится, среди детей, которые содержатся в интернатных учреждениях, до 15 процентов – это дети, которым нужна паллиативная помощь.

Теперь посмотрите, что они получают в реальности. Персонал не подготовлен, количество сотрудников, которые должны работать с этими детьми, не соответствует необходимым требованиям. Оборудование, расходные материалы, питание, лекарственные препараты – всё это в большом дефиците. Опять-таки, коллеги, это мы говорим о Москве. Если говорить о регионах, то там ситуация намного более запущенная. В чём проблема? Проблема в том, что нет нормативного обеспечения, которое бы позволило оказывать правильную, качественную, хорошую паллиативную помощь детям в интернатных учреждениях. Собственно говоря, такая модель уже разработана, должен быть отдельный порядок оказания паллиативной помощи в интернатных учреждениях детям. Проект этого порядка разработан и передан в департамент здравоохранения и социальной защиты города Москвы.

Дальше ничего не могу сказать, потому что ничего не происходит, но речь на самом деле о том, что такого рода нормативное обеспечение должно быть разработано на уровне государства, потому что это дети, извините, дважды пострадавшие. Мало того, что они неизлечимо больны, у них нет семей, родителей, у них нет никого, кто бы мог качественно о них заботиться.

Спасибо за внимание. Если кого-то это интересует, то информация содержится вот в этой публикации, она доступна у нас на сайте для всех желающих. Спасибо.

(Аплодисменты.)

Председательствующий. Уважаемые коллеги, президент Благотворительного фонда паллиативной помощи «Пеликан» Кира Владимировна Маляр.

Кира Владимировна, тоже прошу.

Маляр К. В. Да, да, я очень кратенько.

Уважаемые единомышленники!

Чётко очерчу проблему и внесу предложения. По информации Росстата, на 2017 год в Челябинской области проживает 734960 детей, в том же 2017 году в Челябинской области было установлено 38 трахиостом, причём половина детей с трахиостомами перспективны для деканюляции. И также установлено 15 гастростом. На сегодня операции по установлению стом бесплатны для пациентов, а расходные материалы семьи вынуждены приобретать за свой счёт.

Мы провели собственное исследование и установили, что 52 процента семей, воспитывающие ребёнка с паллиативной патологией, это неполные семьи, которые имеют двух и более детей, а единственным источником дохода этой семьи является социальная пенсия и компенсационные выплаты, которые составляют около 20 тысяч рублей. Складывается ситуация, когда все средства семьи уходят на еду, одежду и ЖКХ, нет средств на расходники. И один катетер для туалета дыхательных путей используют неделями, месяцами. У нас даже вопиющий случай был, когда один аспирационный катетер

использовали три года – слизь внутри высохнет, они её проволочкой поковыряют, об стол постучат и снова saniруют. У таких ослабленных пациентов часто при санации таким образом развивается пневмония. Наши паллиативные пациенты с пневмониями попадают сразу в реанимации, где лечатся. Вот мы собрали свою областную статистику 10–14 дней.

Стоимость одного койко-дня в нашей реанимации – 5823 рубля, а значит, минимальный курс лечения пневмонии в реанимации государству обходится в 60–70 тысяч рублей. И это без учёта того, что если человек затяжелее, и ему искусственная вентиляция лёгких понадобится, то до конца жизни он будет оставаться в реанимации. Без учёта долечивания в отделении паллиативной медицинской помощи или на соматической койке.

Также у нас в УрФО зарегистрированы факты использования мочевых катетеров вместо гастрономических трубок с осложнениями для пациентов. Таким образом, ясна экономическая целесообразность выдачи стомированным пациентам расходников бесплатно. Поэтому предлагаю дополнить перечень технических средств реабилитации, а именно приказ Минтруда России от 28.12.2017 № 888-Н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации» следующими необходимыми позициями:

Для трахиостомированных больных – это электроотсос, аспирационные катетеры, увлажняющие фильтры или ингаляторы, а для гастростомированных – гастростемические трубки.

Давайте изменим законы на благо людей. Спасибо за внимание. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Коллеги, есть предложение заканчивать выступления.

Я бы хотел предоставить слово Евгению Геннадьевичу Камкину, заместителю министра здравоохранения Москвы.

Так, пожалуйста, Евгений Геннадьевич.

Камкин Е. Г. Спасибо большое.

Я хотел бы поблагодарить наш профильный комитет, Дмитрия Анатольевича Морозова, Юрия Викторовича лично за организацию этого мероприятия, что дало возможность выступить, высказаться, услышать мнение профессионального сообщества.

Остановлюсь на нескольких моментах, которые хотел бы прокомментировать.

Да, часто в выступлениях звучало – не знаем, как потратить выделенные средства, 4,35 миллиарда рублей, давайте обратимся в Минздрав России. Максимально возможно мы попытались в самом постановлении Правительства России, которое утверждает правила расходования средств, прописать, на что эти средства могут быть потрачены. Здесь все говорили, что недостаточное количество обезболивающих препаратов, мало больных получают обезболивающие препараты. Одним из направлений расходования данных средств является организация системы мониторинга. Да, мы понимаем, что пока не можем говорить о так называемом регистре паллиативных пациентов, потому что это требует внесения изменений в законодательство. Сегодня у нас там прописаны только регистры касательно ВИЧ-инфицированных, туберкулёзных. В перспективе я надеюсь, что и категория пациентов паллиативных также появится и у нас будет возможность создать этот регистр. Но это принципиальная вещь, как он будет называться, систему мониторинга можно уже организовать сейчас.

Пока что 5 мая вышло постановление Правительства России № 555, которое утвердило создание единой государственной информационной системы здравоохранения. Посмотрите, пожалуйста, внимательно этот документ, ознакомьтесь с ним, он содержит достаточно подробное описание этой системы, что она в себя включает. И как раз-таки систему мониторинга паллиативных пациентов можно реализовывать в рамках формирования этой единой государственной информационной системы хотя бы на региональном блоке.

После того, как мы будем знать и понимать, сколько пациентов нуждается у нас в обезболивании, каждый регион сможет грамотно планировать закупки и не будет той ситуации, о которой сегодня говорили. Но в любом случае сигналы такие поступают, и я думаю, что в ближайшее время мы на уровне Минздрава России проведём селектор с органами управления здравоохранения субъектов Федерации и обязательно пригласим Московский эндокринный завод, главных внештатных специалистов для того, чтобы у всех сформировалось единое понимание по поводу траты данной субсидии. Большинство средств, которые предусмотрены, около двух миллиардов рублей заложены именно на лекарственное обеспечение тех пациентов, которые определяются по соответствующей методике, в том числе рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения.

И третье направление расходования субсидий – это их направление на улучшение материально-технического обеспечения существующих организаций, оказывающих паллиативную помощь. Здесь я не соглашусь с Анной Константиновной, позиция Минздрава России такая: стандарты оснащения прописаны в порядке оказания паллиативной медицинской помощи, это минимальный стандарт оснащения. И никто не будет наказывать медицинскую организацию, если она приобретёт вместо одного два или три необходимых аппарата и так далее.

Кроме того, совместно с профессиональным сообществом сегодня подготовлены изменения, и я уже в самом начале сказал, что приказ направлен на регистрацию в Минюст России, и мы будем

надеяться, что его зарегистрируют, пополнив такими важными позициями как противопролежневые матрацы, верикализаторы, прочие вещи, достаточно дорогостоящие. И на первом этапе, когда разрабатывались порядки, мы не могли позволить себе включить в них эти позиции, потому что они являются и лицензионными требованиями. Тогда бы у нас ни одна организация не смогла получить лицензию на соответствующий вид помощи.

Сейчас при наличии достаточного финансирования будем совместно с вами работать дальше, будем думать, обсуждать. Работа не заканчивается, продолжается. Действительно, уже много было сделано, и я очень благодарен в первую очередь профессиональному сообществу и всем, кто участвовал в подготовке нормативно-правовой базы. Так что есть куда стремиться. Спасибо большое.

Председательствующий. Спасибо, Евгений Геннадьевич.

Буквально две минуты, пожалуйста.

Коллеги, я в память о Вячеславе Михайловиче Апанасенко, который был заместителем в нашей Национальной пенсионной ассоциации, коротко хотел бы сказать о том, что вами, профессионалами (я не профессионал, я его друг, товарищ младший), упущено.

Первое, вы правильно говорили здесь, что нужно рассматривать и социальную защиту как неотъемлемую часть паллиативной помощи вместе с медициной, но в рекомендациях ничего нет для Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. Давайте сделаем отдельный блок рекомендаций Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации. Это первое предложение.

Второе. Сейчас мы очень все бурно к 1 июня будем обсуждать День защиты детей. К 1 июня в рамках указа Президента России о «Десятилетии детства» будет подписан план мероприятий по реализации программы «Десятилетия детства». В этой программе того, о чём вы говорите, нет, а необходимо, чтобы было. Поэтому, когда Дмитрий Анатольевич говорит, давайте до осени отложим, это уже ошибка. Надо до 1 июня постараться рассказать об этой проблеме, но уже в июне начать реализовывать с новым Минздравом России, с новым Минтрудом России эту часть в рамках программы «Десятилетия детства».

Третье, в Послании Президента России Федеральному Собранию отдельно было сказано о программе развития здравоохранения. Владимир Вольфович просто не очень большой специалист в социальной защите, но он интуитивно, как большой политик, правильно почувствовал: развитие превентивной медицины – очень важный аспект, его нужно развивать и нужно общество к этому готовить. В том числе и к тому, с чем придётся столкнуться семьям, о чём вы говорили.

И ещё один момент по старшему поколению. В Послании Президента России Федеральному Собранию отдельное внимание уделено этой задаче. Если вы свои вопросы, связанные с паллиативной помощью старшему поколению, поставите в ранг задач Президента России в рамках Послания, а не просто его поручений, это будет реализовано быстрее. Предлагаю это включить в резолюцию.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо, очень дельные предложения.

Коллеги, в два часа начинает в этом помещении работать другой уже «круглый стол», мы будем заканчивать. Вот, смотрите, на что мы должны обратить внимание. Очень важную тему мы сегодня поднимали, уже второй раз по существу. Необходимо обсуждённую сейчас программу с конкретными рекомендациями существенно дополнить. Я очень прошу те предложения, которые вы не нашли в рекомендациях, внести. Создана рабочая группа, Юрий Викторович будет руководить этой рабочей группой. И, безусловно, тему паллиативной медицины мы должны более интенсивно двигать, особенно в законодательном направлении по разработке подзаконных актов.

Коллеги, я считаю, что эта тема чрезвычайно важна с позиции милосердия. Мы должны все вместе, может быть, выйти уже на более конкретные решения, проведя дополнительные мероприятия осенью. Но двигаться надо уже с завтрашнего дня. Ждём ваших предложений и будем работать.

Всем огромное спасибо.

СТЕНОГРАММА
«круглого стола» на тему «Качество и безопасность пищевых продуктов
и проблемы борьбы с ожирением и избыточным весом
в Российской Федерации. Законодательные аспекты».
23 мая 2018 года.

Председательствует первый заместитель председателя
Комитета Государственной Думы по охране здоровья
Н. Ф. Герасименко

Председательствующий. Уважаемые коллеги, тут ещё должен подойти Владимир Вольфович. Но пока он в пути, а у нас, к сожалению, времени мало, поскольку у нас дополнительное пленарное заседание. Тема крайне актуальная. У нас сегодня проходит три серьёзных мероприятия, связанные с безопасностью пищевых продуктов. Вот наш «круглый стол», потом парламентские слушания Комитет Государственной Думы по аграрным вопросам по органической продукции тоже проводит. И проводит индустрия пищевая. Вот насколько важна и актуальна эта тема.

И я рад приветствовать сегодня на заседании «круглого стола» представителей разных комитетов, разных фракций, Министерства здравоохранения Российской Федерации, Минсельхоза России, Роспотребнадзора, субъектов Российской Федерации, руководителей образовательных, медицинских, научных организаций.

Вопросы повышения качества и безопасности пищевой продукции являются важнейшей задачей, стоящей перед российским обществом и государством. Потому что нельзя только одному обществу эти проблемы решить, очень важно, чтобы участвовало государство. Борьба с ожирением и избыточным весом является фундаментальной основой для физического развития охраны здоровья граждан.

В указе Президента Российской Федерации о национальных целях и стратегических задачах развития России на период до 2024 год Правительству России поставлена задача – формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек. По данным Российской академии наук, нарушение питания в значительной степени определяет развитие до 50 процентов социально значимых заболеваний. А здоровое питание может предотвратить до 80 процентов случаев инфаркта миокарда, инсульта, сахарного диабета.

Мы хорошо, в общем-то, в последние годы боролись с табаком, с алкоголем и так далее, получили очень серьёзные улучшения. Но я считаю, что проблема качества как раз вот наших пищевых продуктов, их безопасность потребления гораздо большее имеет значение, мы за неё пока ещё по-серьёзному не брались. В последнее десятилетие у нас идёт очень бурный рост индекса массы тела, ожирение и так далее. А вообще этот рост начался уже более 20 лет назад, когда у нас появились первые «Макдональдсы», появилась у нас пепси, кока-кола, фастфуды и так далее, чипсы, гамбургеры. Всё это было, так сказать, на рассвете демократии. И огромный поток таких продуктов хлынул на российский рынок. И если раньше мечтал Никита Сергеевич Хрущёв догнать и перегнать Америку, то мы её уже догоняем – по росту массы тела. И по темпам мы впереди планеты всей, особенно это касается детского возраста. То есть мы вполне можем и обогнать. Если сейчас у нас рост массы тела и ожирение занимает 18 процентов среди женщин и 26 процентов среди мужчин, то в детском возрасте ситуация немножко даже другая: у мальчиков – 26 процентов избыточный вес, а у девочек – 13. В детстве все мы с вами ходили тощие, занимались спортом. А сейчас вот ожиревшие, огромная масса полных ребят, потому что у нас практически все, особенно семьи с низким уровнем дохода, практически не соблюдают правила питания, сбалансированность питания. И огромное идёт потребление жирных продуктов, пепси-колы, кока-колы, фастфудов и так далее.

Очень хорошая работа была проведена Всемирной организацией здравоохранения, Концевая об этом докладывала на форуме по неинфекционным заболеваниям. В ВОЗ проанализировали рекламу питания, особенно на детских каналах телевидения. У нас реклама питания, притом нездорового питания, занимает с огромным опережением первое место среди всей рекламы на телевидении, на втором месте стоят лекарства. Сначала вызываем болезнь, потом рекламируем лекарства для её лечения.

Хотя прекрасно понимаем, прекрасно знаем, что избыточная масса тела приводит к развитию сердечно-сосудистых заболеваний, холестеринные бляшки, гипертония, сужение сосудов, сахарный диабет и так далее.

То есть, на мой взгляд, борьба за здоровое питание – это даже более важно, чем борьба вот с табакокурением, хотя и то, и другое важно.

Особенно это касается детей, потому что сейчас мы формируем будущее. Детям пищевые пристрастия формирует телевидение. А у нас на телевидении как? Без пепси-колы никуда – ни любви нет, ни спорта нет, ничего нет. А ещё без гамбургера.

Особенно когда на экране девочка вот такой бутерброд ест с колбасой, или рекламируется жирная жареная колбаса, которая вредна по всем показателям, да и по канцерогенам тоже. Вот этот вал такой агрессивной рекламы необходимо остановить.

Дальше касается информации на наших каналах. У нас есть ряд медицинских каналов на телевидении, но очень мало идёт пропаганды здорового питания, разъяснения что база здоровья закладывается с нормальным питанием. Будете нормально питаться – меньше будете болеть.

Есть много предложений от экспертов о необходимости введения информационного барьера для рекламы.

Поэтому надо будет подумать и вносить поправки в закон о рекламе по ограничению рекламы продуктов, где зашкаливает содержание соли, сахара и так далее, самых вредных продуктов.

Образовательным организациям тоже необходимо на уроках объяснять, как нужно питаться, родителям нужно об этом говорить и вообще начинать учить правильно питаться нужно с детского сада. Вот то же самое питание детей нередко организовано тоже по принципу быстрого питания: нормальной каши не получают, молока, а вот такие «быстрые» йогурты, бутерброды.

Министерством здравоохранения Российской Федерации разработана межведомственная стратегия формирования здорового образа жизни и проект концепции коммуникационных компаний по размещению продукции, отличительных знаков и информационных сообщений, связанных с правилами здорового питания.

И Роспотребнадзор разработал методические рекомендации по маркировке пищевой продукции в целях информированности потребителей, там очень серьёзные вещи расписаны, очень серьёзные и очень важные вещи. Например, маркировка продуктов: зелёный – это нормальные, жёлтые – средние, красные – опасные. Однако до сих пор предложения Роспотребнадзора встречают серьёзное сопротивление в Правительстве России – в Минэкономразвития России, в ФАС, в Минпромторге России и так далее.

Я даже помню, участвовал в телевизионной передаче. «НТВ» хотели сделать передачу вот именно об этой маркировке, в гастрономе три дня снимали, но не пошла эта передача в эфир.

То есть вот эти министерства, о которых я говорил, не думают о здоровье человека, они больше думают о производителях, об их выгоде, а что это вредно для здоровья – этот вопрос как раз их не интересует.

И что тогда получается? Владимир Владимирович сформулировал задачу, что к 2024 году средняя продолжительность жизни должна достигнуть 78 лет, а к 2030 году – 80. Это грандиозная задача, это темпы роста продолжительности жизни где-то больше чем полгода каждый год. Я не знаю таких темпов роста в других странах. Но если мы будем как лебедь, рак и щука – тянуть в разные стороны... Занимаясь снижением заболеваемости, мы открываем массу больниц, производим массу лекарств. Но самая главная проблема – как раз это питание, если все нормально будут питаться, то пойдёт снижение заболеваемости.

Я хотел бы поблагодарить всех, кто принял участие в подготовке этого важного «круглого стола». Мы разработали пакет рекомендаций, кстати, очень интересный, там важные вещи написаны, многие участвовали в его подготовке. Подготовили рекомендации, они, естественно, будут дополняться в связи с вашими выступлениями, мы будем их дорабатывать.

И самое главное, чтобы мы здесь выступали единым фронтом в достижении цели снижения заболеваемости от неправильного питания, от некачественных продуктов. Тогда действительно мы сможем увеличить и продолжительность жизни, и снизить заболеваемость.

Владимиру Вольфовичу я хотел бы выразить отдельную благодарность, он активный участник всех форумов по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни. Во фракции ЛДПР никто не курит, все подтянутые, занимаются спортом. Это очень важно, когда смотрят на лидера и люди за ним стремятся.

Владимир Вольфович, Вам слово.

Жириновский В. В. Спасибо.

С удовольствием, потому что тема касается всех. Мы занимаемся всеми проблемами, но иногда они не очень трогают широкую аудиторию, а здесь тема, связанная со здоровьем через питание. И она в этом плане ещё более актуальна, потому что лечить себя таблетками – это сложно, не все ещё дошли до врача.

А вот сделать так, чтобы у нас меньше было заболеваний, связанных с питанием, это вот просто, если начинать приучать к здоровому питанию с детства.

Вот вы сказали, что у вас много наработок, всё будет опубликовано. Но нам нужна массовая брошюра, чтобы специалисты дали свои рекомендации. До сих пор иной раз подсмеиваются над теми, кто питается растительной пищей, кто не хочет мяса есть.

Я понимаю, трудно тем, кого называют вегетарианцами. Чужое слово vegetables – овощи, то есть, те, кто ест растительную пищу. Многие не понимают, что это такое – вегетарианец, могут даже испугаться. А если бы по-русски назвали...

А вот сказать, что мясо – это вредный продукт, люди испугаются. Но ведь надо объяснять, что это самый тяжёлый продукт для организма, чтобы это все знали, особенно колбасы, сосиски, там, где фарш. Что из мяса выбирать нужно? Наверное, птицу, в первую очередь: индейка, курица и так далее, мясо кролика считается диетическим. Надо чтобы это с детства всем было известно. На столе не должны стоять конфеты или банка варенья. Это должно быть как лекарство – в малых дозах: розеточку принесите, поставьте. Но вы зайдите в любой дом: лежит гора конфет и бабушка впахивает: на ещё одну, покушай ещё. А мороженое хочешь? А вафельку? А печенье? Это приводит к тому, что дети начинают быть слишком упитанными с детства и потом это трудно остановить. И мучное. Легче всего приготовить блинчики, оладушки, пирожок, чебуреки, всё связанное с тестом.

Поэтому надо вот это вбивать в сознание, внедрять в сознание: сладкое нельзя, мучное нельзя. Молочное... Ведь не все сдали ещё анализы. Я сдал анализ лет в 60 в специальном институте – реакция на молоко. Выяснилось, что мне молоко не надо.

Теперь я вспоминаю, что в детстве мне было противно пить его, именно потому, что мой организм его отторгает – мороженое не надо, молоко не надо, всё молочное не надо. Но мы же даже не знаем этого. Должно быть обследование всей страны, всех жителей России.

Мне вот сейчас сделали анализ, вот компонент крови реагирует на аллергию, на «Ф». Эозинофил. Никогда не было.

Я сам делаю вывод. Май. Всё расцвело. Я посадил 150 деревьев из питомника, возможно, в их числе какое-то иностранное дерево. Оно впервые зацвело и мой организм дал реакцию. Я ничего не чувствую. У меня слёзы не текут, у меня ничего не чешется, но мы же должны знать, что появилось растение, которое для нашего организма нежелательно.

Простые ведь рекомендации против ожирения – здоровое питание. Ничего жареного, солёного, маринованного, перчёного, вреден сахар. Отказаться от всего этого. Я понимаю, сразу невозможно. Нужно с детства учить ребёнка, чтобы он не просил мороженое. И много есть не надо. Очень часто бывает так: хорошее питание и безвредное, но в огромном количестве. И ещё несут, предлагают, особенно хозяйки: ну, давайте ещё, я вам положу ещё. Что вы делаете? Есть надо меньше.

Да, давайте не будем вообще говорить о пище. Пища в этом смысле, разговоры о ней, вызывают аппетит. Вот я бы запретил всю рекламу пищевых продуктов. Вот они колбасу режут: «Папа может». Папа, который ест такие бутерброды, в больницу, наверное уже или в морге. Готовим, вместе готовим, день и ночь по всем каналам, в субботу и воскресенье, и всё шипит, всё булькает, и рассказывают как это вкусно. Это разжигает у людей аппетит. Зачем это делать? Эти все соусы показывают, люди бегут, покупают. Это же мы можем регулировать. Почему должны наживаться производители пищевой продукции? Показывая рекламу, наживаются и телевизионщики, а страдаем мы, потребители. Я понимаю, трудно дать всем хорошее питание, потому что надо вырастить здоровый скот, птицу, овощи. Но не провоцировать людей больше есть. Это ведь мы можем?

Слабое проявление власти. Я всегда говорил: демократия погубит человечество. Вот живём в условиях демократии, все имеют право рекламировать любые товары, всё. Значит люди будут покупать эти продукты питания и портить здоровье. Вот алкоголь. Во всех магазинах стоит на почётном месте: ряды бутылок, красивые, цветные. Зайди, сперва купи алкоголь, а потом дальше пойдёшь. Я говорю: в задний угол загоните, и чёрной штормкой закройте. Это вот тоже проблема.

Снова восстановили рекламу пива. Пиво прямо льётся. Успокаивают: это безалкогольное. Люди это не поймут, им какая разница? Название есть, бутылку показали, кружку показали, льётся, пенится. Вы думаете, подросток будет вчитываться, что это якобы безалкогольное? При покупке он будет спрашивать, безалкогольное или какое? У него в голове – пиво. Взрослые пьют, государственное телевидение показывает, значит, надо пить. Это вот вам демократия. Демократия, которая уничтожает людей.

В меню ресторанов, других предприятий общепита: везде маринады, маринады, копчёности, нарезка, всё это кушать нельзя, а за это платят бешеные деньги. Икра красная, чёрная – это же вредный продукт. Все внутренние органы, субпродукты – это вредно. Икра, печёнка, почки, язык, нельзя это есть вообще. Нет, всё равно. Это не должно идти в продажу, это не должно подаваться в ресторанах, это не должно быть в меню. Поэтому Минздрав России должен запретить определённые продукты для употребления. На рынке купи, мы не можем к тебе в дом войти. Но общественное питание...

Должен быть комитет в Государственной Думе по питанию. Я предлагал – отказали. Чтобы он занимался только питанием. Потому что комитет по сельскому хозяйству, они занимаются производством. А вот уже потреблением готовой продукции – нет комитета. Должно быть министерство продовольствия, это очень важно. Это самое главное. Потому что мы можем построить большие города, но там будут жить больные люди. Средний возраст, объявили, в этом году 72 по стране. Это мой возраст, видите, по мне определяют.

О маркировке вы уже говорили: красный – нельзя, жёлтый – остановись, покупай только зелёное. Я через 60 лет узнал, что перчики бывают красные, жёлтые, зелёные. Я покупал красные – это же красивее, жёлтые. Оказалось, только зелёные надо. Яблоки – красные. Но надо есть зелёные. То есть покупать всё зелёного цвета, это должно быть в крови у любого ребёнка, у любой хозяйки. Вот на рынке покупают только то, что зелёного цвета, потом уже, если не хватает, можно купить и другого цвета продукцию. Но должны все знать.

Анализы должны сдать все, когда организм отторгает какие-то продукты. Это же элементарно. Я с детства не хотел пить молоко, почему мне оно не нравится? Все пьют, прямо захлёбываются, а мне противно. Значит, это уже генетическое, наследственное отторжение молочных продуктов. Ну мы же не знаем ничего, мы всё узнаем уже потом. Только сейчас я узнал, что на ручках тележек во всех торговых центрах обнаружили больше всего микробов и, оказывается, по инструкции магазин не обязан их дезинфицировать. Всё обязан, кроме тележек. Что это такое вообще? Значит, нужно заставить. Вы обязаны сделать анализ и закрыть магазин на два часа, дезинфицируйте все ваши тележки, это имеет огромное значение.

Потом ведь ещё вредное питание оказывает воздействие на органы размножения, подобное питание приводит к понижению половой активности. Мы говорим: давайте больше детей! Но мы так накормили людей за 20–30 лет, что они не могут свою функцию выполнять: или она не может иметь детей, или он не может. Вот эти «ножки Буша», чем они были напичканы? Родились дети после употребления их родителями «ножек Буша», сейчас им 20–30 лет и многие из них бесплодны или не хотят даже вступать в брак. Это ведь тоже делается намеренно. Зачем воевать с Россией? Можно такое питание поставлять, что будет уменьшение населения именно из-за питания.

В Восточной Европе жалуются, что их колбаса по качеству хуже, чем та, которая в Дании, во Франции, в Германии, они обиделись. А какую нам колбасу продают, когда наши специалисты скажут? Она ещё хуже, чем в Восточной Европе, ещё хуже. Когда-то была встреча с делегацией Дании, а я в магазине купил консервы, мясные для себя. Внизу на датском языке мелко написано: для корма собак. Я продавцам говорю: что вы нам продаёте корм для собак? Говорят: а чего вы покупаете? Логический ответ. Может им надо объяснить, что корм собак следует поставить там, где приобретают корм для животных? Вы же выставляете туда, где обычные колбасы, а люди датского языка не знают. Зачем это всё делать? Это всё демократия. Нельзя допускать частный сектор, частный сектор себя полностью не оправдал, он оказался враждебным, он оказался грабительским: все наши деньги вывезли, все ГОСТы разрушили специально, чтобы нельзя было получать хорошие товары.

Поэтому я рад, что Комитет этот «круглый стол» проводит, это по моей наводке, я однажды с трибуны сказал: когда займёмся питанием? Потому что я услышал от врачей, что в России началась эпидемия ожирения.

Но вот здесь мы все это обсуждаем, Николай Фёдорович, но где общение с массовой аудиторией? Сегодня опять будут рекламировать вредное питание, вредные лекарства, и все от этого страдают. И это кончается вот чем: девушка не может выйти замуж, парень не может жениться, а чрезмерное ожирение парня вообще ведёт к резкому ухудшению его мужской функции. И что дальше?

Поэтому кондитерские фабрики закрыть, рекламу вредную снять, все пивные рекламы и само пиво убрать, это самый вредный напиток. С бабушками провести беседу, чтобы бабушки поняли, что когда внучок или внучка радуется конфете, вы его травите. Сейчас он смеётся, а в 15 лет, когда он будет среди школьников выделяться большим весом, он вспомнит бабушку, это она его перекармливала, потому что родители-то на работе.

Вот это очень важная тема. Но, Николай Фёдорович, надо признаться, вы её подняли в первый раз за 30 лет, слово «ожирение» в повестке дня прозвучало впервые. *(Микрофон отключён.)*

Председательствующий. Уважаемые коллеги, вот у нас сжатое время, поскольку в 12 часов начинается уже работа Государственной Думы. Поэтому у меня есть предложение.

Три основных сообщения, как доклады, от семи до десяти минут. Это у нас Министерство здравоохранения Российской Федерации, Роспотребнадзор, кто разрабатывал стратегию, методические рекомендации, Институт питания. Это как основные доклады. Семь – десять минут максимум. Нет возражений, да? Затем уже пойдут выступления. Регламент выступления от трёх до пяти минут. Я думаю, если мысль есть, её высказать времени всегда хватит.

Поэтому я хочу предоставить слово заместителю министра здравоохранения Российской Федерации Олегу Олеговичу Салагаю. Поздравляю вас с назначением новым, успехов вам.

Пожалуйста, Олег Олегович.

Салагай О. О. Большое спасибо.

Уважаемый Николай Фёдорович, уважаемый Владимир Вольфович, коллеги!

Я с учётом сжатого времени не буду останавливаться на том, что уже прозвучало, я скажу лишь о том, что действительно многое является абсолютно правильным. Мы все знаем, что нерациональное питание является одной из лидирующих причин развития неинфекционных заболеваний. Это вот как раз один из тех факторов риска, который мы можем эффективно предупреждать.

Если говорить о нашей стране, то по оценкам экспертов более 20 процентов людей страдает ожирением. Это действительно очень серьёзные цифры, Владимир Вольфович об этом говорил. В мире порядка 40 процентов в случае диабета и более 40 процентов некоторых видов рака также связаны с избыточным весом. Поэтому, конечно, это совершенно по-другому обозначает ту проблему, о которой мы сегодня говорим.

Что мы имеем в виду, коллеги, когда говорим о рациональном питании? Мы говорим о нескольких вещах принципиально. Это снижение потребления соли. Это снижение потребления сахара. Это повышение потребления овощей. И, конечно, сокращение потребления жиров в целом и особенности тех жиров, которые обладают наибольшей атерогенностью.

Если будет время, я ещё попросил бы, Николай Фёдорович, дать слово Оксане Михайловне Драпкиной – руководителю НМИЦ профмедицины, и Марине Владимировне Шестаковой – академику, заместителю руководителя Института эндокринологии.

Что делается, коллеги, для того, чтобы снизить потребление тех составляющих пищи, о которых я сказал?

В 2017 году президиумом Совета при Президенте России по приоритетным проектам был утверждён отдельный приоритетный проект «Укрепление общественного здоровья», в котором особняком стоят коммуникационные мероприятия по рационализации питания. Эти мероприятия включают в себя два больших блока.

Первый – это маркировка.

Вот на текущий момент речь идёт о пилотном проекте по добровольной маркировке, то есть маркировать сначала те продукты, которые обладают определёнными преимуществами, потому что это можно сделать вместе с производителями.

Сама концепция этой маркировки предусматривает разделение продуктов на несколько категорий, те продукты, которые всегда могут маркироваться, являясь априори, в большей степени, рациональными, в большей степени, относящимися к здоровому питанию.

Вторая группа продуктов – это те, которые могут маркироваться лишь тогда, когда совпадают с определёнными установленными критериями, с низким содержанием соли, с низким содержанием сахара и жиров.

И третья категория – это продукты, которые не могут маркироваться, вне зависимости от содержания этих продуктов, просто в силу своей природы.

Значит ли это, что есть какие-то плохие продукты и есть хорошие продукты? Нет, мы не говорим о том, что есть однозначно плохие и однозначно хорошие продукты, вопрос, конечно, в рационе. Но при этом мы должны понимать, что есть сложившаяся структура потребления и в рамках этой сложившейся структуры потребления наши граждане потребляют больше определённого вида продуктов.

И вот эта коммуникационная кампания как раз и направлена на то, чтобы перераспределить это потребление в сторону более здоровых, если угодно, продуктов, то есть тех продуктов, которые содержат меньше соли, жиров и сахара.

Второй момент – это коммуникационная кампания большая, то есть информирование людей о здоровом питании. И здесь как раз мы говорим о том, что необходимо не просто меньше есть каких-то продуктов, необходимо формировать правильный рацион, то есть в целом потреблять больше овощей. И рацион нельзя рассматривать отдельно, нужно больше двигаться, нужно поощрять людей к физической активности, естественно, отказаться от потребления табака и ограничить существенно потребление алкоголя. Ну вот то, о чём в начале сказал Николай Фёдорович.

Кроме коммуникационных кампаний и кроме концепции по маркировке, в настоящее время готовится стратегия по борьбе с неинфекционными заболеваниями. Стратегия включает в себя те меры, которые предлагаются, в том числе, и в качестве мер нормативно-правового регулирования, то есть не только коммуникации, но и регулирование.

В том числе концепция содержит предложения по сокращению воздействия рекламы, в частности, рекламы с участием несовершеннолетних или направленной на несовершеннолетних.

Все эти меры действительно являются выверенными, они основаны на международном опыте и мы стараемся внедрять эти передовые решения в нашей стране.

Что очень важно, коллеги. Почему возникает стратегия и почему в ней большой блок именно регулирования? Потому что очень часто звучит аргумент о том, что не нужно регулировать, а нужно информировать людей. Но эти вещи, они не подменяют друг друга – это совершенно параллельные вещи, как например, курение, запрет курения в общественных местах является эффективной антитабачной мерой, которая не может подменить собой информирование людей о том, что курение является причиной смерти и развития целого ряда серьёзных заболеваний.

И, конечно, с этого начал Николай Фёдорович наше сегодняшнее совещание, мы не должны подменять разговоры о здоровье какими-то указаниями на сиюминутные экономические потери, потому что если в данный момент времени мы можем по каким-то показателям, скажем так, не выиграть, то в долгосрочной перспективе сохранение здоровья людей, возвращение человека

в экономику, увеличение продолжительности жизни, вне всяких сомнений, имеет очень серьёзный экономический эффект.

То есть это не только меры по увеличению продолжительности жизни, улучшению здоровья и благополучия людей, но это, конечно, меры по укреплению экономики страны.

Вот здесь разрешите, Николай Фёдорович, поставить точку и передать слово коллегам. Спасибо.

Жириновский В. В. Николай Фёдорович, у меня только предложение к вам, чтобы это не кончалось только «круглым столом», давайте устроим завтрак: министр, вы и я, и покажем, что нужно на завтрак кушать: творожная запеканочка, кашка какая-то и стакан чая несладкого.

В обед там щи постные, паровые фрикадельки, немножко там риса... Вот что здоровая пища для человека. Как раз она дешёвая. Люди завидуют: богатые едят всё. Всё, что они едят – это всё вредное.

Давайте поручим это Сергею Ивановичу Фургалу, первому заместителю председателя Комитета по охране здоровья на «Первом канале» или «Россия-1» показать: вот так люди должны питаться: завтрак, обед и ужин. И кто это? Министр здравоохранения, пресс-секретарь, и я. И людям будет видно – известные люди, министры, известный депутат, говорят: смотрите, вот что мы едим на завтрак, вот так мы обедаем и ужинаем. И рекомендации людям читать не надо, они должны своими глазами увидеть, поэтому давайте сделаем такую передачу.

Что касается телевидения, нам помогут, а вы организуйте министра и вас...

Салагай О. О. Поддерживается, Владимир Вольфович.

Жириновский В. В. И за ваш счёт всё это: продукты.

Салагай О. О. Естественно.

Жириновский В. В. И где? Дома у вас. У вас, Олег Олегович, к вам едем с министром, вот обычная квартира, обычный стол. И вот такой вариант показать, чтобы люди поняли: это здоровое питание.

Салагай О. О. Договорились.

Председательствующий. Это правильно, но рекомендации всё равно не заменит.

Слово предоставляется Брагиной Ирине Викторовне, заместителю руководителя Федеральной службы по надзору в сфере защиты и охраны прав потребителей.

Подготовиться Никитюку.

Брагина И. В. Спасибо большое.

Уважаемый Николай Фёдорович, Владимир Вольфович! Уважаемые участники сегодняшнего заседания!

Спасибо за эту возможность.

Я тоже постараюсь очень коротко, но если исходить из темы нашего «круглого стола», первая часть – качество и безопасность пищевых продуктов и далее – проблемы борьбы с ожирением. Ну, если в части обеспечения продовольственной безопасности, мы уже об этом говорили, Россия добилась значительных успехов и увеличилось потребление на душу населения рыбы за последние 15–20 лет более чем на 40 процентов, фруктов, ягод, овощей, вместе с тем, ещё не достигнуты уровни рациональных норм потребления овощей, фруктов и ягод, то есть мы ещё отстаём. И по субъектам Российской Федерации эти показатели тоже разнятся.

И, конечно, прошедшие изменения в структуре потребления пищевых продуктов приводят к изменению нашего рациона, но об этом более подробно, наверное, и лучше расскажет Дмитрий Борисович Никитюк, я не буду здесь на этом останавливаться. И именно поэтому, собственно, было принято решение Президентом России о разработке стратегии повышения качества пищевой продукции, она разработана, и сейчас реализуется утверждённый Правительством России план по её реализации. Он содержит очень много разделов, много мероприятий в различных направлениях, и эта реализация, конечно, позволит нам уйти от многих проблем и решить эти вопросы.

В том числе, большой блок там будет занимать разработка и нормативной базы, внесение изменений в законодательство, разработка новых нормативных документов, и это уже реализуется. И в том числе Роспотребнадзором уже инициативы такие разработаны и по поручениям Правительства России, многие документы уже проходят процедуры согласования и рассмотрения в установленном порядке.

Несколько слов о той маркировке, о которой уже Николай Фёдорович сказал, эта инициатива действительно была Роспотребнадзора – внедрить такую цветовую маркировку, мы её назвали «светофор». В общем-то, это мировая проблема, это глобальная проблема – изменение состояния здоровья, связанное с питанием, появление или увеличение доли алиментарно зависимых заболеваний, Николай Фёдорович подробно об этом в выступлении сказал. Исходя из международного опыта и из тех научных данных, которые есть у нас в Российской Федерации, совместно с институтом питания, с бизнес-сообществом такие рекомендации разработаны. Действительно, мы исходим из того, что определяем как необходимость маркировку для того, чтобы потребитель мог сделать осознанный выбор что ему купить. Это не только то, что уже сейчас заложено в нормативных документах (энергетическая ценность, количество белков, жиров, углеводов, витаминов), но и предлагается выносить на этикетку количество насыщенных жирных кислот, в том числе трансизомеров, количество добавленного сахара и пищевых

волокон, и поваренной соли. И маркировать именно цветом. Вот основные такие ингредиенты, которые позволят и сделать осознанный выбор, и влиять на состояние здоровья.

Мы проработали вместе с наукой и с бизнесом эти методические рекомендации, потому что в разных направлениях есть определённые, скажем так, ограничения при производстве продуктов, не позволяющих внедрить её сразу стопроцентно.

Но вместе с тем ответственный бизнес готов к тому, чтобы начать маркировать эту продукцию именно для того, чтобы потребитель мог выбрать и составить свой рацион.

То есть мы исходим не из того, что красное – это обязательно плохо и вредно, это сигнал для человека. Этот продукт может быть маркирован зелёным по соли, предположим, и по жиру, но жёлтым или красным по сахару. И наоборот. То есть человек может осознанно свой рацион балансировать, зная, что он любит этот продукт, но ему надо себя ограничить потреблением его раз в неделю или может быть даже раз в месяц себя побаловать. Или так: он не очень любит этот продукт, но он знает, что ему показано по состоянию здоровья или по общепринятым уже рекомендациям всё-таки этот продукт включить в свой рацион.

Спасибо что поддерживается эта маркировка, мы просим также поддержать наши предложения о необходимости внесения изменения в отдельные законодательные акты Российской Федерации, предусматривающие нормативное закрепление определения качества пищевой продукции, потому что сейчас нет определения, оно разнится в разных документах.

И мы, говоря о качестве, иногда подразумеваем разные понятийные категории – что для кого является качеством.

И как раз необходимо определить вот те характеристики, которые будут определять свойства продукта, его не только потребительские свойства, безопасность, но и соответствовать принципам здорового питания.

Следует закрепить принцип ответственности изготовителя за выпуск пищевой продукции, которая не будет соответствовать именно по показателям качества, потому что сейчас мы можем привлечь к ответственности в основном по показателям безопасности.

И также надо дорабатывать эти документы на площадке Евразийской экономической комиссии, то есть наряду с совершенствованием нашего российского законодательства параллельно вести эту работу в плане наднационального законодательства.

Сегодня много и действительно правильно говорилось о том, что очень важно привить эти навыки здорового питания, начиная с самого раннего возраста, мы всегда это поддерживали, и даже несколько лет назад активно выступали с предложением вместе с Минздравом России о разработке отдельного технического регламента для детского питания.

Может быть, возобновить эту работу, если эта инициатива будет поддержана.

И продолжить разработку требований, об этом тоже сегодня говорилось, к физиологически полноценному здоровому безопасному питанию именно в образовательных организациях и разработке тех образовательных программ, которые сейчас уже разрабатываются, но, может быть, следует активизировать эту работу для внедрения навыков и принципов здорового питания в детских дошкольных организациях, в социальных учреждениях, в общеобразовательных учреждениях, то есть совершенствовать организацию питания детей. Эти предложения мы дали в план по реализации инициативы президента по Десятилетию детства в Российской Федерации, сейчас этот план тоже проходит процедуру утверждения, там эти предложения есть и мы тоже предлагаем их поддержать и эту работу продолжить.

Спасибо большое.

Председательствующий. Спасибо. Но вы всю информацию нам передадите потом? Да, конечно.

Слово предоставляется Никитюку Дмитрию Борисовичу, члену-корреспонденту Российской академии наук, директору Федерального научного центра питания, биотехнологий безопасности пищи.

Пожалуйста, Дмитрий Борисович.

Никитюк Д. Б. Глубокоуважаемый Николай Фёдорович, уважаемые коллеги, Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологий безопасности пищи, который я представляю, был создан около двух лет назад путём присоединения общеизвестного Института питания, трёх филиалов институтов бывшей сельскохозяйственной академии. Я по привычке, если вы позволите, буду называть нас Институтом питания. Наш институт хорошо знает и Николай Фёдорович, Владимир Вольфович, которые неоднократно у нас бывали.

Итак, коллеги, распоряжением Правительства Российской Федерации, как это известно, была создана и утверждена Стратегия повышения качества пищевой продукции в Российской Федерации до 2030 года. Известно, что здоровье нации зависит от продовольственной безопасности страны. А она держится на трёх основных позициях – это оптимальное качество пищи, это оптимальная структура питания и оптимальное количество потребляемых пищевых продуктов. Это те три базовых основания, от которых зависит продовольственная безопасность и здоровье наших граждан.

Пирамида здорового питания – это то, какое питание должно быть в идеале. *(Демонстрируется слайд.)* Базисное основание этой пирамиды – необходимость ежедневного, постоянного приёма зерновых продуктов, картофеля, чуть выше хлеба. А вот надстройка, верхушка пирамиды – это то, что не обязательно потреблять в повышенных количествах, это не полезно, а даже вредно. Это сладости, кондитерские изделия, жиры, сахар, сладкие продукты.

Часто ли мы придерживаемся этой пирамиды? К сожалению, нет. И вот если посмотреть на эту картинку, то видим, что по основным пищевым продуктам в рационе россиян во многом создаётся и присутствует дисбаланс. *(Демонстрируется слайд.)*

Мы недополучаем овощей, мы недополучаем фруктов и ягод, особенно это касается овощей, фруктов, ягод отечественного производства. Лучшая ситуация с молочными продуктами, лучшая ситуация с картофелем, который является одним из основных источников, кстати, витамина С.

По макро- и микроэлементам тоже наблюдается существенный дефицит. И в тех основных макро- и микроэлементах, которые должны в должном количестве присутствовать, поскольку являются во многом ферментами различных биологических реакций, регуляторами обмена веществ, метаболизма, мы также испытываем дефицит. Чем мы платим за это? Конечно, организм при постоянном дефиците и нарушении питания за это расплачивается. За всё нужно платить.

А платим мы целым букетом так называемых элементарно зависимых заболеваний или элементарно зависимой патологии. Это целая группа заболеваний, возникновение, патогенез которых, этиология которых связаны с нарушениями в питании. Это сахарный диабет, некоторые формы онкологической патологии, подагра и так далее. Это то, чем мы расплачиваемся. И, конечно, это элементарное ожирение, как сегодня говорили Николай Фёдорович и Владимир Вольфович, это действительно эпидемия на настоящий момент.

Вот уровень распространения элементарного ожирения по различным регионам России. *(Демонстрируется слайд.)* Везде эти показатели зашкаливают. В эпидемиологических исследованиях обычно этот показатель определяется уровнем жировой массы ожирения, разная её степень определяется по так называемому индексу массы тела. Он подходит для эпидемиологических исследований, но в последнее время в нашем институте установлено, что в значительной степени риск развития элементарного ожирения зависит от базовой конституции, от типа телосложения человека. Можно посмотреть на человека и сказать, что этот тип телосложения не будет даже при переяданиях способствовать развитию ожирения.

А вот для женщины самый угрожающий тип телосложения или соматотип, говорят нутрициологи и антропологи, это так называемый пикнический тип и эурипластический тип.

У мужчин наименее благополучный тип, то есть максимальный риск развития ожирения, институционально связан с брюшным и брюшно-мускульным типом и менее выражен с грудным типом.

Но, во всяком случае, элементарное ожирение действительно становится бичом и в какой-то степени даже трагедией нашего общества. *(Демонстрируется слайд.)*

Следует, кстати, отметить, что есть и другая причина. Если люди с элементарно зависимым ожирением в нашей клинике (а у нас прекрасная клиника на Каширском шоссе, дом 21) в результате диетотерапии на протяжении двух-трёх недель теряют массу тела и приобретают навыки правильного питания, и редко к нам обратно возвращаются по этой причине, то вот противоположная ситуация – анорексия, дефицит массы тела, что часто бывает особенно у девушек, молодых женщин, это ещё более серьёзная, хоть и более редкая проблема. Хоть считается, что на основании двух-, трёхнедельного курса, месячного курса диетотерапии и всех сопутствующих медицинских мероприятий, набор массы тела два-три килограмма – это положительный успех в лечение анорексии. Это очень страшная ситуация, и достаточно типичная.

Наш институт имеет свою программу развития. У нас, как у научного учреждения, ведущего научного учреждения в области нутрициологии, есть 15 фундаментальных тем исследований и около 60 практических, прикладных тем исследования, которые реализуются практическими приложениями. И много среди этого мы уделяем внимания вопросам качества и безопасности пищи.

Вот те показатели пищевой продукции, различные природы: биологическая, химическая природа, физическая природа, ГМО, то, о чём все сейчас говорят, нанопродукция. Сейчас нанопродукция и наноупаковки, в частности, всё более и более широко входят в нашу жизнь. Огромное количество показателей, которые мы контролируем, учим контролировать другие организации, транслируем в практическое здравоохранение, в практику Роспотребнадзора по заданию Роспотребнадзора, естественно. *(Демонстрируется слайд.)*

Вот нормативная база. Это те показатели, которые контролируются. Все они утверждены в установленном порядке (дальше), преимущественно на федеральном уровне. В институте, благодаря усилиям нашего научного руководителя – академика Тутельяна (вот он рядом с Николаем Фёдоровичем сидит) создана великолепная приборная база. *(Демонстрируется слайд.)*

Мы проводим исследования различных уровней: от более распространённых уровней до самых интимных, атомных, молекулярных исследований. *(Демонстрируется слайд.)*

Методы исследования очень специфичны, высоко информативны, претензионны. И всё это транслируется далее.

Вот мы видим, в частности, метод определения видовой принадлежности ДНК животного происхождения. *(Демонстрируется слайд.)*

Вот метод одновременно определения более 20 микотоксинов, основных микотоксинов, которые часто присутствуют в пищевой продукции, в зерне, к примеру. *(Демонстрируется слайд.)*

Вот нормативная база, созданная нами, и она утверждена в установленном порядке. *(Демонстрируется слайд.)*

Мы находимся на страже, на охране здоровья россиян, на самом форт-посте. У нас самая серьёзная в мире (я не боюсь это сказать, этих слов), самая серьёзная система контроля за ГМО-продукцией. Трёхуровневая система контроля. Есть специальная лаборатория, которая этим занимается, исследования проводятся на трёх поколениях, на основе трёх поколений лабораторных животных, на основе принципов всей доказательной медицины. *(Демонстрируется слайд.)*

Вот система нормативно-методических документов для контроля нанобезопасности. А нанопродукция, нанопакетировка всё больше и больше входит в нашу жизнь. *(Демонстрируется слайд.)*

Подготовлено большое количество методических документов, регламентирующих применение нанопродукции. *(Демонстрируется слайд.)*

Вы видите, вот наши методические возможности, которые далее транслируются на практику. *(Демонстрируется слайд.)*

И вот, наверное, основная причина: в нутрициологии как в фундаментальной науке (так во всём мире называют науку о питании) есть свои законы. Один из главных законов заключается в том, что количество потребляемой с пищей энергии должно соответствовать энергозатратам организма. И всегда будет так, что если мы тратим энергии больше, чем потребляем с пищей, мы будем худеть, будет дефицит массы тела. В противоположном случае, если мы энергии тратим меньше, а потребляем пищи больше, мы будем набирать, в первую очередь, жировую массу, придём к повышенной массе тела, к ожирению. Вот чтобы этого не было, нужно следовать следующим правилам.

Вот «светофор», индикация цветовая, то, о чём мы сегодня говорили, многие говорили, – это прогрессивная мера. Нужно стремиться информировать главным образом население о том, что надо стремиться ограничивать себя в пищевых продуктах, а в потребляемых продуктах содержание сахара, трансизомеров жирных кислот, соли не должно превышать норму. И наоборот, надо стремиться к применению функциональных продуктов, обогащённых минералами, йодом, другими полезными биологически активными веществами. *(Демонстрируется слайд.)*

И вот слагаемые здорового питания – это то, многое из чего зависит непосредственно от нас. Это необходимость широкого ассортимента пищевых продуктов, это зависит от государства, доступность пищевых продуктов зависит от наших заработков, от нас и от государства одновременно. Но знание и умение построить здоровое питание, то есть свой пищевой рацион выстроить грамотно, зависит в основном от нас. *(Демонстрируется слайд.)*

И вот, конечно, самый эффективный путь для этого – образование. Это не только «круглый стол», который мы все высоко оцениваем, но это и работа с прессой. *(Демонстрируется слайд.)*

К нам в институт ежедневно обращаются 10–12 корреспондентов из различных средств массовой информации, все они уходят удовлетворённые, никто никогда не платит за это денег. Если мы об этом бы узнали, сразу последовали бы самые жёсткие административные меры.

Нас спрашивают обо всем: о тех или иных пищевых продуктах, полезности и вредности их, о грамотности составления рационов. Это наша обязанность, потому что учёные знают, как надо, а пресса – это тот механизм, тот инструмент, который может довести наши знания до общественности, до населения, до россиян. *(Демонстрируется слайд.)*

Ну и вот я на этом хотел бы поставить точку. Спасибо всем за внимание.

Председательствующий. Спасибо, Дмитрий Борисович.

Уважаемые коллеги, теперь переходим к обсуждению сообщений. Я уже говорил, от трёх до пяти минут выступления.

Я хотел бы поблагодарить представителей Комитета Государственной Думы по аграрным вопросам – Боева Наталья Дмитриевна здесь сидит, да, и Комитета по физической культуре и спорту – легендарный Газзаев Валерий Георгиевич, зампреда Комитета. Поэтому мы предоставим сейчас слово, если Валерий Георгиевич не возражает, Наталье Дмитриевне.

Боева Н. Д. Спасибо.

Председательствующий. Пожалуйста.

Боева Н. Д. Огромное спасибо, Николай Фёдорович.

Я хотела бы сказать о том, что Комитет по аграрным вопросам, в основном, занимается производством, но мы очень много внимания уделяем и качеству продукции.

Знаете, что сбалансированное питание в понятии детей – это в одной руке биг-мак, а в другой гамбургер, и всё это запивается кока-колой.

Конечно, этого допускать нельзя, и сегодня большое значение играет формирование культуры потребления. Вот хотела реабилитировать молоко, потому что тут много сказали, что это очень вредно, но мы начинаем свою жизнь с молока, и до года практически другого питания у нас нет, это формирует организм. И считаю, что молоку надо уделять максимум внимания. В последнее время мы очень много пропагандируем вот эти всевозможные сладкие напитки и совершенно потеряли пропаганду молока.

Медицинская норма в среднем составляет 325 килограммов на человека по молочным продуктам, а потребляем сегодня – 236.

Вот в этот понедельник в Сочи прошло международное мероприятие, оно стало уже традиционным, Молочный саммит. И оказывается, эта проблема не только России, но и многих других стран, хотя там нормы потребления значительно выше, чем в России. И самое главное, что на сегодняшний день, наверное, те страшилки, о том, что молоко – это фальсификат полнейший, что молоко сегодня пить нельзя, привели к тому, что потребление резко снизилось.

Я считаю, что наш Комитет много внимания сегодня уделяет, чтобы исправить эту ситуацию. В частности, с 1 июля текущего года будет внедрена система электронной ветеринарной сертификации, я думаю, что это повысит биологическую и пищевую безопасность, отслеживаемость перемещаемой животноводческой продукции по территории России.

На прошлой неделе в Брянске на выездном заседании Комитета Государственной Думы по аграрным вопросам мы уже увидели, как эта государственная информационная система «Меркурий» работает в одном из сельскохозяйственных холдингов. Запустить эту систему по всей стране, состыковать информационную базу производителей животноводческой продукции, её переработчиков и торговые сферы будет очень непросто, потому что она встречает очень много сегодня таких негативных отзывов. Но я очень надеюсь на то, что фальсифицированная продукция, по крайней мере, очень быстро будет выявляться.

Качество продуктов питания, без сомнения, тесно связано с качеством жизни и её продолжительностью. И здесь нужно в первую очередь ставить вопрос об экологически чистом сырьё для их производства. И именно сегодня наш Комитет в 15 часов проводит парламентские слушания по вопросу производства органической продукции. Если у кого-то будет время, пожалуйста, приходите, я думаю, что будет это очень интересно.

Президентом Российской Федерации Владимиром Владимировичем Путиным поставлена задача – в ближайшие годы полностью обеспечить независимость страны по всем основным видам продовольствия и стать крупнейшим в мире поставщиком продуктов питания на экспорт. Вот сейчас эта задача должна обязательно у нас решаться.

Для обеспечения качества и безопасности пищевой продукции, решения проблем ожирения и избыточного веса в России также считаю необходимым ускорить внесение изменений в Федеральный закон «О качестве и безопасности пищевых продуктов» и Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях в части усиления административной ответственности за нарушение требований технических регламентов, предъявляемых к пищевой продукции, стимулировать потребление населением свежих фруктов. И здесь, мне кажется, нужно рассмотреть всё-таки вопрос о том, чтобы наши плоды продавались с НДС – 10 процентов, а не 18, потому что сегодня садоводам очень трудно продавать свою продукцию.

И я думаю, что на сегодняшний день мы многие знаем, что древнегреческий целитель Гиппократ сказал: вся твоя еда должна быть твоим лекарством.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо, Наталья Дмитриевна.

Слово предоставляется Валерию Георгиевичу Газзаеву, заместителю председателя Комитета Государственной Думы по физкультуре и спорту. Пожалуйста, Валерий Георгиевич.

Газзаев В. Г. Спасибо, Николай Фёдорович.

Действительно тема достаточно злободневна. Я, более того, могу сказать, что весь профессиональный спорт устроен так, что сбалансированное питание плюс активная деятельность – вот что сегодня действительно даёт здоровье, настоящее здоровье.

Правда, профессиональный спорт, спорт высших достижений, но физкультура и спорт, плюс здоровое сбалансированное питание, конечно, будут способствовать тому, чтобы быть в отличной форме.

И не нужно быть сегодня специалистом, чтобы понимать, что означает вопрос здорового питания. Вы сами прекрасно понимаете, к какой опасной черте мы подошли сегодня, достаточно выйти на улицу и посмотреть подростков: молодые ребята, все толстые, да ещё в очках половина ходит.

Да и взрослые люди... Вы посмотрите, те, кто сегодня не занимаются спортом, конечно, не в той форме находятся. Поэтому во всех профессиональных командах, спорте, сейчас очень важна, так сказать, диетология. То есть диетологи всегда присутствуют во всех профессиональных клубах. И это очень важно.

И я могу вам сказать, что это очень важный момент, и с точки зрения энергии, и конечно, сохранения веса. А в спорте, вы же понимаете, лишние даже полкилограмма уже сказываются на результате.

И любой врач вам может сказать, что люди с лишним весом, конечно, имеют все симптомы гиподинамии, и конечно, многих других серьёзных заболеваний.

И думаю, что несколько не преувеличу опасность, если скажу, что сложившаяся ситуация реально угрожает здоровью нашего государства. Мы видим постоянно жующих, жующих людей в образе, навязываемой рекламой фаст-фуда. И заметьте, прежде всего этот агрессивный контент адресуется молодому поколению.

Процитирую небольшую выдержку из рекламной концепции одной из транснациональных компаний – «особое внимание следует обратить на создание образа необходимого компонента среди детей и подростков в возрасте от 10 до 14 лет». И тут работа в социальных сетях, здесь имеет первостепенное значение. То есть наших детей вполне сознательно подсаживают на определённую модель поведения. Проще говоря, им внушают установку, что сидеть день и ночь за компьютерами, есть фаст-фуды, запивать энергетиками и так далее это модно.

И, к сожалению, приходится констатировать, что нам пока с большим трудом удаётся противостоять этой атаке на общественное сознание.

Но обратите внимание, насколько выросло количество детей и взрослых, страдающих аллергическими заболеваниями, астматическими синдромами, нейродермитами, иногда в очень тяжёлой форме. Ребёнок только родился, а уже у него диагностируют целый букет болезней. Думаю, не открою Америку, если скажу, что это следствие неправильного питания родителей и отсюда возникают проблемы и у детей.

Хочу напомнить, что ещё совсем недавно у нас существовал жёсткий ГОСТ, регламентирующий наличие тех или иных компонентов продуктов питания. Мне объясняют, что и сегодня существует аналогичная система государственных стандартов. Только вот почему-то узнаем мы о ней в большинстве случаев после того или иного очередного пищевого скандала, когда Роспотребнадзор сообщает о санкциях, направленных против того или иного производителя. Создаётся такое впечатление, что мы всё время запаздываем и начинаем принимать меры уже после свершившихся фактов.

Хочу отдельно остановиться на проблеме питьевой воды, что очень важно.

Не буду говорить о вреде разного рода газированных напитков и искусственно воссозданных фруктовых соков, столь популярных среди молодёжи и активно навязываемых агрессивными рекламными кампаниями транснациональных корпораций. Замечу только, что из названий различных консервантов, пищевых добавок и красителей, содержащихся в этих продуктах, можно было бы составить весьма длинный список. Говорится об этом много, только конкретных шагов соответствующих контрольных организаций что-то не видно.

Уважаемые коллеги, вы заметили, что во время многочисленных встреч и совещаний, в которых мы с вами принимаем участие, на столах стоит в основном вода импортного производства. Очень редко можно увидеть наши отечественные марки. Только в Государственной Думе можно увидеть, что мы пьём отечественную воду. Значит ли это, что наша питьевая вода действительно уступает по каким-то параметрам раскрученным мировым брендам?

Некоммерческое партнёрство «Росконтроль» провело лабораторный анализ 12 наиболее популярных торговых марок питьевой и минеральной воды по цене от 20 до 150 рублей. По итогам проведённого тестирования был составлен рейтинг марок по стобалльной системе по четырём направлениям: натуральность, полезность, безопасность и вкусовые качества. Эксперты исходили из того, что безопасная вода – это вода, не содержащая вредных примесей и не представляющая угрозы для здоровья человека. Первое место в рейтинге заняла отечественная питьевая вода, продающаяся по наиболее низкой цене, она признана наиболее полезной и содержащей оптимальный состав минералов. Её состав максимально приближён к идеальному по содержанию нужных микроэлементов.

Возникает вполне оправданный вопрос: что мы можем сделать для того, чтобы изменить сложившуюся ситуацию? Думаю, нам нет необходимости убеждать присутствующих в необходимости ужесточения законодательной базы, позволяющей эффективно контролировать продукцию, поступающую на российский рынок. Но нельзя ограничиться лишь запретительными мерами. Жёсткий контроль со стороны государства должен сочетаться с активной пропагандой здорового образа жизни и здорового питания.

Теперь предлагаю взглянуть ещё на проблему с несколько другой точки зрения. Исследования последних лет выявили глобальную тенденцию к снижению двигательной активности населения. И это общемировая проблема. В Соединённых Штатах Америки за последние два поколения физическая активность снизилась на 30 процентов, в Великобритании на 20, в Китае за последние двадцать лет на 45 процентов. В России за период с 1995 года физическая активность снизилась на 18 процентов, а прогноз до 2030 года предполагает 32 процента по сравнению с 1995 годом. При этом, по оценкам экспертов, экономика разных стран терпит значительные убытки от физической пассивности населения. На мой взгляд, мы в первую очередь должны обратить внимание на нашу молодёжь и на подрастающее поколение. Сегодня дети проводят 80 процентов времени без движения в школе, вместо того, чтобы играть во дворе со сверстниками, они сидят у телевизоров или полностью погружаются в виртуаль-

ный мир компьютерных игр. В целом по стране 65 процентов детей не участвуют регулярно в занятиях спортом. Конечно, это большая проблема.

Это будущее нашей страны – молодёжь, и мы должны всячески делать всё возможное для того, чтобы заставлять детей заниматься физической культурой и спортом. Плюс сбалансированное питание. Не все становятся выдающимися звёздами отечественного спорта или мирового спорта, но то, что здоровый человек будет приносить пользу своей семье и своему государству, это очевидно.

Спасибо большое.

Председательствующий. Спасибо. Мы специально не затрагивали сейчас вопрос по воде. Когда будем проводить парламентские слушания, там затронем и воду обязательно.

Вы правильно поднимаете вопрос. У нас, к сожалению, идёт реклама газированных напитков, сладких напитков. И в ценовом сегменте у нас очень дорогая вода негазированная, в том же аэропорту два доллара – это 120 рублей, стоит вот эта несчастная бутылка. В той же Турции в несколько раз дешевле. И действительно нам нужно думать о логичной ценовой политике и налоговой политике. То есть производители здоровых продуктов должны как бы получать определённые налоговые льготы, а производители сладких, газированных, ну и так далее должны, наоборот, более дорогими быть, и за счёт этого компенсировать производителям. Это серьёзная, очень большая проблема, которую вы затронули.

И тоже важнейшая проблема – это двигательная активность. Ходить вообще надо. Поднимайтесь по лестнице пешком. Ходите, велосипед есть, лыжи есть, и так далее. Гуляйте и всё. Очень важно пропагандировать именно двигательную активность. У нас, правда, очень мало, особенно дети, двигаются.

Спасибо большое, Валерий Георгиевич.

Я хотел бы предоставить слово Драпкиной Оксане Михайловне, директору Государственного научно-исследовательского института профилактической медицины, одному из идеологов здорового питания. Пожалуйста, Оксана Михайловна.

Драпкина О. М. Спасибо большое, Николай Фёдорович.

Глубокоуважаемый президиум, глубокоуважаемые коллеги!

Я попрошу быстро листать слайды, чтобы уложиться в тайминг. *(Демонстрируется слайд.)*

Скажу про распространённость ожирения. Конечно, под прицелом сейчас в России мужчины, потому что практически в три раза увеличилась распространённость ожирения у мужчин, у женщин на 30 процентов. И, в общем-то, мы, наверное, можем сказать, что упомянутый сегодня «Папа может» тоже свою роль сыграл в этом увеличении. *(Демонстрируется слайд.)*

Очень важно сказать, это наши статистические данные, поскольку мы ими располагаем после того, как сделали исследования эпидемиологические «ЭССЭ РФ» и сейчас «ЭССЭ РФ-2». Просто несколько цифр. Получается, что в 35 лет ожирением страдает каждый третий житель Российской Федерации на сегодняшний момент, а в 55 лет каждая вторая женщина. *(Демонстрируется слайд.)*

Казалось бы, село и город – где больше люди двигаются? Всё-таки в селе люди двигаются больше, тем не менее ожирение одинаково совершенно для жителей города и села, это опять же данные «ЭССЭ РФ». Всё-таки, что оказывает больший вклад в развитие ожирения в Российской Федерации – низкая физическая активность или дисбаланс в питании? Судя по этому слайду, наверное, дисбаланс в питании, это первая причина. Но, безусловно, низкая физическая активность – это тоже момент, про который надо говорить, сегодня я его не коснусь. *(Демонстрируется слайд.)*

Стали мужчины более тучными и это потянуло за собой распространённость других хронических неинфекционных заболеваний. Мы прекрасно знаем про артериальную гипертензию и, в общем, мы видим этот тренд, потому что, если ещё 15 лет тому назад гипертоником чаще всего была женщина, то сейчас мы видим, что чаще всего гипертоник мужчина. *(Демонстрируется слайд.)*

То есть ожирение потянуло за собой распространённость артериальной гипертензии и мы видим практически одинаковая тенденция и по гипертонии, и по ожирению, это затрагивает именно эту часть населения – мужчин. *(Демонстрируется слайд.)*

И в итоге, когда начинает набирать вес мужчина или женщина, в принципе, это всё родом из детства. Давайте пролистнем эти слайды и я уже хочу остановиться на детском возрасте. У нас есть лаборатория, которая 30 лет мониторирует как себя ведёт сначала детская популяция, и что происходит потом, когда она становится взрослой. Это уникальные исследования, которые позволяют составить представление о том, что происходит с ребёнком, когда он превращается уже в человека старше 40 лет. И вот оказалось, что, если ребёнок имеет повышенный индекс массы тела, то практически с 60-процентной вероятностью он и останется таким и повзрослев, став мужчиной, чуть с меньшей вероятностью, девочка с повышенной массой останется такой и став женщиной. *(Демонстрируется слайд.)*

Ну и о том, о чём говорил Николай Фёдорович. Очень кратко я хочу показать исследование, которое было проведено в нашем центре вместе с ВОЗ. Это исследование поставило перед собой цель провести анализ рекламы продуктов питания, которые не соответствуют принципам здорового питания, направленной именно на детей и подростков. *(Демонстрируется слайд.)*

Для того чтобы это сделать, были выбраны пять самых популярных ТВ-каналов, которые смотрят дети до 16 лет. В течение четырёх дней (это было два будних дня и два выходных на каждом канале) в течение трёх месяцев отсматривали рекламу с 6 до 22 часов, праздничные дни и дни крупных соревнований исключались. И затем мы с группой осматривали записи, которые затем и были проанализированы. Это «Карусель», это «Дисней», причём здесь смотрят эти два канала дети до 12 лет, и каналы, популярные у подростков 12–16 лет – это «Пятница», СТС и TNT.

Методология исследований полностью соответствовала тому, что даёт Всемирная организация здравоохранения. Не буду останавливаться. *(Демонстрируется слайд.)*

Итак, в итоге мы получили четыре дня рекламы на каждом канале, 20 дней, это было 11 679 рекламных роликов. Это очень важно, запомните эту цифру, потому что мы знаем, что в принципе пять процентов из этих рекламных роликов должно отводиться на социальную рекламу. Сейчас познакомлю с тем, что получилось в данном исследовании. *(Демонстрируется слайд.)*

Итак, что получилось? Первая категория рекламируемых продуктов – это продукты питания. По всем каналам. В среднем это около 20 процентов. Мы, естественно, сделали разбивку по разным каналам. Я ставлю слайды, чтобы это посмотреть. *(Демонстрируется слайд.)*

Было даже сюрпризом, что вторая по частоте категория рекламируемых продуктов – это были фармацевтические продукты на каналах, которые предназначены для детей. В среднем это было 17 процентов. *(Демонстрируется слайд.)*

Затем надо было понять, есть ли запрещённые продукты в числе тех, которые рекламируются. Мы опять же пользовались рекомендациями ВОЗ. И что оказалось? Оказалось, что 60 процентов продуктов питания, которые рекламируются на детских каналах и каналах, популярных у подростков, не разрешены по критериям ВОЗ для маркетинга детям. И 20 процентов не удалось оценить. Почему? На следующем слайде это будет видно. Потому что не было просто никаких отличительных знаков у этих 20 продуктов. И их нельзя было отнести к той или к другой группе. То есть 20 процентов продуктов питания не маркируются. Мы не знаем ни сколько в них соли, ни сколько сахара и так далее. *(Демонстрируется слайд.)*

Мы чётко проанализировали, когда именно происходят всплески рекламы по часам.

И вот по поводу социальной рекламы. Путём несложной арифметики можно вычислить пять процентов от 11 679 рекламных роликов – 550 роликов должно было быть. Мы их не нашли. И, естественно, что условно можно было отнести к социальной рекламе, это заставка: «Мы не курим и вам не советуем» – на канале «Пятница». *(Демонстрируется слайд.)*

Таким образом, резюмируя коротко сказанное именно по этому исследованию. Ожирение – это проблема, которая больше всего сейчас затрагивает мужчин, но и женщины, естественно, стали более тучными. Продукты питания являются самым частым объектом рекламы на детских каналах и каналах, популярных у подростков. 60 процентов их запрещены для маркетинга у детей по рекомендациям ВОЗ. Дефицит информации не позволяет в 20 процентах случаях рекламу некоторых продуктов куда-то отнести. И социальная реклама полностью отсутствовала.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо.

Слово предоставляется Шестаковой Марине Владимировне, академику РАНЭ, заместителю директора Федерального научного центра эндокринологии. Пожалуйста.

Шестакова М. В. Спасибо большое. Уважаемый Николай Фёдорович, уважаемые коллеги, я постараюсь сократить, учитывая лимит времени, своё выступление, тем более что это очень легко сделать, поскольку очень многие вещи повторяются. И это говорит о полном единодушии здесь собравшихся специалистов и коллег. *(Демонстрируется слайд.)*

Очень коротко. На этом слайде просто любопытные данные о том, что очень часто наше население критикует, например, систему здравоохранения, что что-то не дали, не выписали и так далее. Но это всего лишь 10 процентов нашего здоровья. 40 процентов нашего здоровья зависит от нас самих, а именно, от характера питания, характера нашего движения, от вредных привычек, курения, алкоголя и так далее. *(Демонстрируется слайд.)*

Не буду на этом слайде останавливаться. Это насколько в мире распространено ожирение. *(Демонстрируется слайд.)*

В России наши данные, получившиеся в результате исследования нэйшн, которое было проведено по инициативе нашего эндокринологического научного центра, абсолютно совпадают с данными, которые только что продемонстрировала Оксана Михайловна по количеству женщин и мужчин, страдающих ожирением в России.

Каждый третий в России имеет ожирение, а если в перевод на миллионы, это 37 миллионов граждан. Может быть так более весомо звучит.

Но из них 2,5 миллиона граждан – это морбидное ожирение. Я просто ещё раз хочу подчеркнуть эту категорию, когда уже профилактировать это ожирение обычными методами невозможно. Тут уже сам жир диктует человеку правила питания, то есть, он не может остановиться, уже жировая ткань,

как гормонально активный орган, заставляет его есть, и остановиться он уже не может, это морбидное ожирение. *(Демонстрируется слайд.)*

Конечно, ожирение – это, прежде всего, нарушение углеводного обмена, и 50 процентов из тех, которые имеют ожирение, имеют диабет или преддиабет. То есть, каждый второй человек. *(Демонстрируется слайд.)*

Пирамида питания прекрасно была продемонстрирована Дмитрием Борисовичем, и это правильная пирамида питания в соответствии с рекомендацией ВОЗ. Красеньким помечено то, что меньше всего должно быть: жиры и сладости. Я позволила себе суммировать данные по России. Здесь я воспользуюсь данными Роспотребнадзора. Спасибо, очень хорошие у вас представлены данные были, и поэтому я ими воспользовалась и построила российскую пирамиду питания, которая перевёрнутая, просто абсолютно перевёрнутая. *(Демонстрируется слайд.)*

База, может быть, остаётся – мы зерновые продукты и хлеб, и мучные, и крупы потребляем в достаточном количестве, но верхушка, там, где должно быть меньше всего употребляемых сладостей (у нас они в красной зоне, вот эта зона светофора, красная) занимает достаточно много процентов – 12,5. А зелёная зона, фрукты и овощи, должны составлять в рационе питания 30 процентов, у нас, к сожалению, в России составляют менее пяти процентов. Это сборные данные по российским домохозяйствам. *(Демонстрируется слайд.)*

Сахара очень много. Допустимая норма 24 килограмма на человека в год, условно, это шесть чайных ложек, которые и так уже получают с другими продуктами, а в России это уже стабильно мы вышли на 39–40 килограммов, и держим эту планку, к сожалению, ненормальную планку высокого потребления сахара. *(Демонстрируется слайд.)*

Конечно, это сладкие газированные напитки, которые повышают риск и развитие, прежде всего, сахарного диабета. И не только сладкие газированные. Многие потребители думают, что сок свежевыжатый – это здорово, это полезно. Но по количеству сахара он ничуть не уступает сладкогазированным напиткам, потому что этот сок лишён клетчатки, а клетчатка не даёт возможность всасываться сахару из фрукта, например, из апельсина. А здесь свежевыжатый сок – это чистое поступление фруктозы и повышение сахара в крови. *(Демонстрируется слайд.)*

А частота употребления сладкогазированных напитков в нашей стране (это опять уже данные нашего исследования)... Достаточно большой процент людей потребляют это один раз в день или несколько раз в день, то есть, очень большой процент. Но что тут интересно? Те больные, которые имеют диабет и не должны, казалось бы, употреблять, они тоже в некотором проценте случаев употребляют. Это вопрос о школах, о повторении обучения для лиц, которые пострадали от своего ожирения и уже получили диабет, так далее. *(Демонстрируется слайд.)*

То же самое про физическую активность. Очень мало. Красная зона – это люди, которые не только не занимаются спортом, но и просто имеют физическую нагрузку ниже рекомендуемой. Практически все: и больные без диабета, и с диабетом – в красной зоне, то есть, мало занимаются спортом. *(Демонстрируется слайд.)*

Потребление жиров. Это не наши данные, это данные, взятые из международной статистики, и наша Россия, к сожалению, выделена красным цветом, как страна, употребляющая очень много жирных продуктов и показан уровень холестерина у взрослого населения старше 20 лет. *(Демонстрируется слайд.)*

И, конечно, очень важна программа информированности и рекламные акции с использованием средств массовой информации. Наш центр этим всем занимается, проводит мастер-классы и по приготовлению здоровой пищи, и по обучению правилам здоровых физических нагрузок, а также для лиц с ожирением, но ещё без диабета школы проводим, и для лиц уже с сахарным диабетом. *(Демонстрируется слайд.)*

Поэтому вот эти предложения, они суммированы, и они очень перекликаются с теми предложениями, которые прозвучали сегодня. Но здесь как бы два направления. Одно профилактическое – для здоровых людей, которые ещё не имеют ожирение: что сделать чтобы не допустить ожирения, и это мы много об этом говорили. Но почти 40 миллионов уже имеют ожирение, и имеют проблемы с сахаром крови, и важно обеспечить вот эту образовательную составляющую для лиц, уже имеющих проблемы. И обеспечить доступность медицинской помощи для тех лиц, которые имеют морбидное ожирение, с которым они сами диетическими методами не справятся, тут нужно подключать уже не только консервативные, но и хирургические методы лечения, сделать их доступными для наших пациентов.

В заключение я хотела продолжить фразу, которую Наталья Дмитриевна сказала, процитировав Гиппократ: еда должна стать нашим лекарством. Но там есть продолжение: иначе лекарства станут нашей едой.

Спасибо большое.

Председательствующий. Всё правильно. Судя по рекламе, так и есть. Спасибо.

Слово предоставляется Стародубовой Антонине Владимировне, заместителю директора по научной, лечебной работе федерального Научного центра питания. Пожалуйста.

Стародубова А. В. Добрый день!

Я также являюсь главным внештатным специалистом-диетологом департамента здравоохранения города Москвы. И сегодня мы хотели бы поделиться опытом, который накоплен в Москве по борьбе с ожирением. *(Демонстрируется слайд.)*

Известно, что число людей, страдающих ожирением, у нас растёт, и мы это видим по обращаемости в лечебно-профилактические учреждения, в том числе и города Москвы. Во всех возрастных группах отмечается такой прирост, и у взрослых, и у детей. Но самый стремительный рост (это мы видим, это розовая линия) среди подростков. И, конечно же, именно подростки должны попасть в наше поле зрения и стать точкой приложения наших усилий. *(Демонстрируется слайд.)*

Если говорить о первичной заболеваемости, то в 2012 году число детей, которые к нам обратились и которым был впервые поставлен диагноз «ожирение» в лечебно-профилактическом учреждении в Москве, было несколько выше, чем в Российской Федерации. Число подростков с ожирением было практически таким же, а вот число взрослых было значительно ниже, чем в данных по России.

Были приняты определённые меры, и, в частности, усилия были направлены на повышение выявляемости людей с ожирением. Так контролировалась регистрация индекса массы тела, её роста в медицинской документации, и в целом мы получили некоторое увеличение цифр. И таким образом, сейчас в Москве первичная заболеваемость по ожирению среди взрослых соответствует данным по Российской Федерации.

Но если мы посмотрим на динамику данных у детей и подростков, то мы видим снижение первичной заболеваемости по ожирению в младших возрастных группах, и мы считаем, что это не случайно, поскольку в Москве, действительно, проводится большая работа. И основной акцент, который мы делаем наряду со всеми остальными необходимыми мероприятиями, это акцент на профилактику. Я покажу, что делается.

Основная причина формирования ожирения – это нарушение энергетического баланса. Имеется достаточная доказательная база, которая связывает нарушение питания и формирование ожирения, прежде всего, у детей и подростков. На второй чаше весов – оптимальное питание и достаточная физическая активность, они не только позволяют нам предотвратить формирование ожирения, но также позволяют предотвратить и преждевременную смертность от целого ряда других неинфекционных заболеваний. Это сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, некоторые виды онкологических заболеваний. Ссылаясь на данные Виктора Александровича Тутельяна и повторяя уже отчасти то, что сказал Дмитрий Борисович Никитюк о том, что основными компонентами оптимального питания, составными слагающими его являются доступность пищевых продуктов, ассортимент, отмечу: здесь мы как врачи можем влиять только в части лечебного питания. Но самое главное – здесь у нас достаточно большие возможности, это наличие у каждого гражданина знаний и умения правильно построить свой рацион питания. То есть наша задача-максимум, чтобы каждый человек ежедневно совершал этот правильный выбор, правильно выбирал те продукты, которые он будет есть, и правильно составлял свой рацион питания. Если это будет действительно так, тогда задача профилактики и борьбы с ожирением в рамках популяции действительно будет эффективна. *(Демонстрируется слайд.)*

Конечно же, оказание медицинской помощи населению по профилю диетологии является важнейшим аспектом по борьбе с ожирением, но это один лишь из частных вопросов и у нас законодательно закреплено, что лечебное питание является неотъемлемым компонентом лечебного процесса. *(Демонстрируется слайд.)*

Целый ряд есть важнейших документов, в том числе федеральным законом установлено требование к лечебному питанию. И в городе Москве в прошлом году был утверждён приказ о совершенствовании организации диетической помощи населению, диетического, лечебного и профилактического питания, где были учтены все современные требования к диетологии и действующая нормативная база, в том числе приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации. *(Демонстрируется слайд.)*

И одним из таких сложных вопросов является реализация приказа № 920 об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению. В Москве прилагается, конечно же, много усилий для того, чтобы оказание медицинской помощи по профилю диетология совершенствовалось.

И как вы видите, в число обязанностей врачей входит, в том числе и формирование здорового образа жизни и здесь достигнуты большие успехи. *(Демонстрируется слайд.)*

Департамент здравоохранения уделяет большое внимание проведению информационно-профилактических мероприятий. Так, за 2017 год было проведено 30 информационно-профилактических мероприятий, как вы видите, с привлечением максимального количества медийных персон. Общий охват составил около полумиллиона человек.

И у нас основная площадка – это Московский форум «Москвичам – здоровый образ жизни», он проводится ежегодно, каждый раз совершенствуется, всё больше людей принимают участие, в прошлом году 189 тысяч человек участвовало. Основной акцент у нас как раз на молодёжь, вы видите забег, в котором участвовали, в том числе, все руководители. Это всё имеет большой отклик в социальных сетях. *(Демонстрируется слайд.)*

Целый ряд информационных кампаний по продвижению здорового питания и здорового образа жизни проводится. У нас есть такая интересная площадка, как лекторий «Бегу к врачу», он проводится в парке «Зарядье» и перед новым годом мы проводили лекторий, посвященный проблемам питания. И как вы видите, число просмотров составило более 290 тысяч человек, потому что проводятся параллельно лекции, транслируются на нескольких площадках в социальных сетях.

В целом у нас охват в социальных сетях вот этих мероприятий, посвященных как питанию, так и повышению физической активности населения, составляет более миллиона человек. Количество публикаций в СМИ более 450. *(Демонстрируется слайд.)*

Мы, каждый раз давая информацию населению, проговариваем все правила, все принципы здорового питания. Я также являюсь профессором в медицинском университете и регулярно общаюсь со студентами, читаю им лекции по факторам риска и по питанию. И если раньше я действительно давала какую-то новую информацию, то сейчас студенты, как правило, уже приходят подготовленными, очень хорошо всё знают и задают уже конкретные вопросы. То есть, действительно, мы видим что до молодежи информация доходит и, что в общем-то, наши усилия в плане пропаганды оптимального питания и здорового образа жизни не напрасны. *(Демонстрируется слайд.)*

Нет, последний. Спасибо. Таким образом, основные перспективы связаны с усилением, конечно же, пропаганды здорового образа жизни и оптимального питания, дальнейшим развитием медицинской помощи населению по профилю диетологии и, конечно, работа с пациентами и активизация работы школ, в том числе.

Спасибо за внимание.

Председательствующий. Спасибо большое.

Слово предоставляется Сапунцовой Марии Владимировне, заместителю руководителя Российской системы качества.

Сапунцова М. В. Здравствуйте! Большое спасибо. Разумеется, Роскачество, как организация, учрежденная Правительством Российской Федерации для того, чтобы информировать потребителей, в первую очередь, о качестве продуктов питания и других потребительских товаров.

Так, в частности, при разработке стандартов на определение высококачественной продукции, мы в обязательном порядке сотрудничаем с Минздравом России, постоянно представители Минздрава России участвуют в экспертных советах и предлагают те критерии, по которым высококачественные продукты должны отбираться, в том числе те, которые содействуют здоровому образу жизни.

Вот уже говорилось о воде сегодня. Роскачество также исследовало воду, более 50 брендов попали в это исследование. И десять из них признаны высококачественными. И из этих десяти всего один иностранный бренд, все остальные российские. К слову сказать, та вода, которая стоит здесь, это вода безопасная, но она не удовлетворяет полностью физиологической потребности человека в минеральных элементах.

Так вот одна из наших важнейших задач, это после проведения таких исследований максимально проинформировать потребителя об их результатах для того, чтобы люди действительно могли выбирать высококачественную продукцию, в том числе продукты питания. На сегодняшний момент охват потребителей всеми нашими коммуникационными средствами (это портал, это социальные сети, даже если не учитывать многочисленные публикации в СМИ) более миллиона человек. Люди действительно этими вопросами интересуются, людям не всё равно. Аудитория ежемесячно растёт на 10–15 процентов. И поэтому та работа, которую мы уже сейчас ведём с Минздравом России, я считаю, она абсолютно целесообразна. Есть специальный раздел на нашем портале, посвященный именно рекомендациям в области здорового питания и здорового образа жизни.

И последнее, что я хотела бы отметить. Это то, что сегодня говорилось относительно маркировки и того, что написано в проекте рекомендаций по итогам «круглого стола». А говорится о том, что и маркировка «светофор», и маркировка, информирующая, что это здоровое питание, многовато. Я считаю, что таким образом мы потребителя запутаем, потому что многочисленные маркировки на одном и том же товаре людей будут дезориентировать. Поэтому наше мнение, что необходимо как-то сосредоточиться на каком-то едином концепте.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо.

Слово предоставляется Алексеенко Алексею Николаевичу, советнику директора Всероссийского государственного центра качества и стандартизации лекарственных средств для животных и кормов. Пожалуйста. Подготовиться Бондарь Любови Александровне.

Алексеенко А. Н. Спасибо.

Коллеги, когда это заседание только началось, прозвучал вопрос: когда у нас начались эти проблемы? А это было время после перестройки, когда к нам хлынули продукты, которые или были произведены в других странах, или с использованием тех же технологий произведены у нас. Что отличает эти продукты от традиционных, тех, которыми мы питались всегда? Это наличие большого количества ксенобиотиков. Это вещества, которые использовались для создания продукции, максимально напо-

минающей натуральную. Это огромное количество вкусовых добавок, ароматизаторов и так далее. Это чужеродные для организма вещества, это ксенобиотики. Сегодня о них практически не говорили, но на самом деле это один из основных факторов риска.

Технологии сейчас создают продукты достаточно успешно. Когда я прихожу в магазин, иногда мне кажется, что я нахожусь среди муляжей, они очень похожи на натуральные. Но это продукты с изменёнными свойствами, изменённой структурой, изменённым составом. Хороший технолог ориентируется на то, к чему можно привязать наш организм. Поэтому те батончики, например, творожные, которые продают в магазинах, которые пользуются популярностью у детей, они содержат большое количество сахара и жира. Это то, что вызывает активное привыкание.

То есть мы должны работать вот с этими факторами риска. Эта проблема не только биологическая, это не только медицинская, это экономическая проблема, потому что производство продуктов питания, сама система, она заинтересована только в одном – в получении максимальной прибыли. И именно поэтому те ограничения, которые мы можем создать. Допустим, маркировка «светофор» я думаю, не будет эффективной. Она, наоборот, будет подстёгивать недобросовестную конкуренцию. И, к сожалению, в наших условиях, я думаю, будет коррупция. Потому что очень трудно будет определить чёткие факторы, по которым следует разделять эту группу, это будет субъективно. А где субъективность, там есть и конфликт интересов.

На мой взгляд, как эксперта, рациональнее всего, если пищевая продукция в магазинах будет разделена на три большие категории.

Первая – это премиальные продукты (это то, что мы будем сегодня обсуждать на другом комитете). Органическая продукция, премиальная продукция с особыми свойствами. Далее – натуральная продукция. Это должна быть самая большая группа. И, наконец, продукция с изменёнными свойствами. Человек должен иметь право сделать квалифицированный выбор.

Сегодня говорилось, что надо повышать нашу информированность, что существует наш большой плюс. Мы считаем, что в будущем сможем переломить ситуацию только в том случае, если федеральные службы – Россельхознадзор, Роспотребнадзор, и министерства – сельского хозяйства, промышленности, здравоохранения будут взаимодействовать.

Но здесь на этом поле мы обязательно должны активно взаимодействовать и с наукой отраслевой, и что очень важно – с отраслевыми организациями, союзами, ассоциациями. Вместе мы сможем создать те критерии, к которым стремимся, взамен ГОСТов. И тогда мы сможем добиться перемен.

Председательствующий. Спасибо.

Слово предоставляется Бондарь Любови Александровне, президенту некоммерческого партнёрства Ассоциация по техническому регулированию.

И я прошу сейчас выступать, в основном, в режиме предложений, потому что мы уже в цейтноте.

Бондарь Л. А. Спасибо большое за приглашение и за возможность выступить с докладом на вашем комитете.

Уважаемые коллеги, Президент Российской Федерации в своём Послании Федеральному Собранию обозначил, что Россия сегодня одна из ведущих держав с мощным внешнеэкономическим и оборонным потенциалом. Этим Посланием Президент России провозглашает, что основа могущества государства – это люди. Поэтому решительный прорыв нужен, прежде всего, в сбережении народа и повышении благосостояния граждан. Также он обращает внимание, что важнейший базовый показатель благополучия – это, конечно, продолжительность жизни.

Решение постановленных Президентом России в Послании Федеральному Собранию задач по ускорению темпов роста экономики и повышению качества жизни граждан настоятельно требует совершенствования управления потребительским рынком, как единым комплексом на базе рыночных принципов и рационального их сочетания с государственным регулированием.

В своём докладе я постараюсь коротко обозначить проблемы увеличения на рынке Российской Федерации некачественной, небезопасной и фальсифицированной пищевой продукции, а также предложить механизмы решения.

Сегодня на рынке пищевой продукции отсутствует полностью дорыночный контроль. Фальсификация пищевой продукции и продовольственного сырья является крайне серьёзным экономическим преступлением, приводящим не только к обману покупателей, но и возникновению угрозы для их здоровья, она относится к явлениям, опасно искажающим экономику продовольственного рынка.

Учитывая масштабы фальсификации, создаётся угроза для здоровья населения всей страны с соответствующими социально-экономическими последствиями.

По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека при проведении на рынке контрольно-надзорных мероприятий за реализацией пищевой продукции было выявлено следующее (данные, которые я привожу, цифры, это – за год).

При проведении проверок соответствия продукции требованиям Технического регламента о безопасности пищевой продукции было выявлено 26 700 нарушений, из которых более 56 процентов нарушений были выявлены в отношении требований к продукции.

Был проанализирован Технический регламент пищевой продукции в части маркировки. В ходе проведения проверок было выявлено 6739 нарушений, 94 процента которых – нарушение требований к продукции.

Такие же данные есть ещё по двум регламентам – это требования к безопасности пищевых добавок, ароматизаторов и технологических вспомогательных веществ.

Одной из важнейших целей государственной политики Российской Федерации в области здорового питания является сохранение и укрепление здоровья населения. Здоровое питание населения рассматривается как стратегическая политическая задача органов государственной власти...

Председательствующий. Любовь Александровна, я просил предложения, а это все уже звучало. Поэтому только предложения в резолюцию.

Бондарь Л. А. Хорошо, для резолюции. Сейчас, секунду.

Решение проблемы оборота фальсифицированной контрафактной пищевой продукции является одной из ключевых задач. Для решения этой проблемы мы предлагаем следующие механизмы.

Первое – это гармонизация законодательства государств – членов Евразийского экономического союза в части контроля за производством и обращением пищевых продуктов. Создание единой информационной базы Евразийского экономического союза, доступной всем потребителям. Внедрение в странах-участниках рискоориентированного подхода к контролю за оборотом пищевой продукции. И самым эффективным методом может послужить введение дорыночного контроля, который возможен только посредством введения процедуры обязательной сертификации.

Принимая во внимание поставленную Президентом Российской Федерации в Послании Федеральному Собранию задачу обеспечения качества жизни и здоровья населения, обращаюсь к вам с поддержкой нашей инициативы.

Для реализации механизмов ведения дорыночного контроля пищевой продукции и продовольственного сырья прошу вас обратиться к руководству Государственной Думы для подготовки обращения к Президенту Российской Федерации, Правительству и Федеральному Собранию по вопросу введения обязательной сертификации пищевой продукции.

Спасибо.

Председательствующий. Передайте это нам.

Ян Владимирович, председатель Совета Общественной организации по защите прав пациентов. Тоже только предложения.

Власов Я. В. Ну да, я уже обращал как-то внимание, что наши заседания чаще похожи на конференции. Надо, конечно, как-то уходить от этого формата.

Буквально несколько вещей.

О ГОСТах сегодня говорили, их надо соблюдать. У нас есть законы, которые говорят, что ГОСТы можно соблюдать или избирательно, или, собственно говоря, на добровольных началах. Мне кажется, надо поставить вопрос о том, чтобы отойти от подобного рода трактования закона № 180.

Втрое. Надо всё-таки переходить, наверное, к более активным действиям. Вот то, что коллега сказал относительно сертификации продукции, безусловно, поддерживаю.

То, что касается вопросов, связанных с повышением ответственности граждан за своё здоровье, вот есть такие примеры. Например, страховые компании в некоторых странах увеличивают стоимость страховки в зависимости от изменения ростовесового показателя. То есть нужно выработать некие пакетные документы или пакет мер, которые потом исполнять. Сейчас нет смысла говорить обо всех наших напастях, о питании в лечебных учреждениях, детском питании, вы все это уже знаете.

Стоит вопрос: будет ли создаваться рабочая группа по созданию таких пакетных предложений, которые мы предложили бы Правительству России по вопросам контроля за ожирением нации, условно?

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо.

Безусловно, будет. Тут у нас остался из записавшихся Аметов Александр Сергеевич, если в эндокринологии что-то есть такое, о чём сегодня не говорилось. И Неймарк Александр Евгеньевич, президент Общества бариатрических хирургов. Мы знаем, что одним из способов лечения ожирения является операция.

Аметов А. С. Глубокоуважаемый Николай Фёдорович! Глубокоуважаемые коллеги!

У меня какое впечатление? Такая попытка сесть в поезд, который набрал скорость, и мы хотим какими-то мерами, что-то запрещающая, что-то разрешающая, решить проблему.

Проблема начинается в утробе матери: рождение детей с весом менее 2,5 килограмма и больше 4,5, и вот уже сформировались две группы риска. Две группы риска, на которые, действительно, должны распространяться специальные рекомендации в течение всей жизни. Когда начинать учёбу в школе? Потому что тогда, когда мы хотим начать какое-то обучение при имеющейся проблеме, никто не произнёс слово «метаболическое здоровье». Это может быть как здоровье, так и нездоровье, и есть чёткие критерии, которым должны вот эти две группы следовать. Следовательно, дифференциация подходов,

к тем, кто в группе риска. Это могут быть и генетические маркеры, которые покажут предрасположенность к развитию ожирения, это могут быть какие-то другие моменты.

И, наконец, про маркировку продуктов. Я думаю, что она бессмысленна в варианте, если мы заранее поставим красную, жёлтую, зелёную отметку на любую коробочку. Тогда возникает вопрос: а почему вообще продукты с красной отметкой появляются на прилавке, ведь они опасны, потому что в данном случае это не просто продукты питания, а факторы, которые вызывают разрушение в организме человека, имеющего генетическую предрасположенность. Тогда зачем они производятся?

Один из вариантов, и такой европейский опыт имеется, – мобильная связь, программы, которые позволяют штрих-код отсканировать любому человеку. Известно его заболевание, а там будет написано: ему брать этот продукт или не брать, использовать или сомневаться.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо.

И у Александра Евгеньевича тоже предложение.

Неймарк А. Е. Сегодня много говорилось об эпидемиологии, о том, что достаточно большое количество людей сегодня страдает в Российской Федерации ожирением. Говорилось о тех 2,5 миллиона человек, кто уже страдает морбидным ожирением. К сожалению, консервативное лечение у этих пациентов неэффективно.

И сегодня единственным способом лечения таких пациентов является бариатрическая хирургия, или хирургия ожирения. Сегодня бариатрическая хирургия, к сожалению, является исключительно коммерческим способом оказания медицинской помощи. У нас нет программ госгарантий, ни для одной категории граждан никаких нет условий, даже для пациентов с выраженным ожирением, с диабетом и так далее, кому была оказана помощь по госгарантиям. И это основная проблема, потому что это большое количество больных.

Мало того, в большинстве своём это трудоспособные молодые люди в возрасте от 25 до 45 лет, то есть те, кто должен работать, а не сидеть дома на инвалидности и есть хлеб государства в виде, так сказать, лекарств и так далее.

Председательствующий. А сколько операций в год делается, чтобы сравнить?

Неймарк А. Е. Сегодня, если мы говорим о количестве больных, страдающих морбидным ожирением, их 2,5 миллиона человек, значит, это люди, которые имеют индекс массы тела 40. В принципе, если мы обратимся к клиническим рекомендациям и российским, и международным, индекс массы тела 40 является абсолютным показанием к хирургическому лечению.

Председательствующий. 2,5 миллиона?

Неймарк А. Е. Да. И то, я думаю, что это заниженная оценка, мы сюда не включаем ещё очень важную категорию, сегодня хирургическое лечение позволяет компенсировать не только ожирение, но и сахарный диабет второго типа. И если мы добавим сюда ещё и диабетиков, то это, в общем, достаточно большая популяция людей, которым показано хирургическое лечение. В России всего выполняется четыре тысячи операций в год, это статистика нашего общества приблизительная. На 2014 год выполнялось около 600 тысяч операций во всём мире. То есть у нас охват населения этим видом лечения просто равен практически нулю.

Председательствующий. Спасибо.

И я хотел бы предоставить слово перед завершением нашему мэтру, академику Виктору Александровичу Тутельяну, он тоже сейчас только вернулся с совещания, где производители обсуждали вопросы пищевой продукции.

Пожалуйста, Виктор Александрович.

Тутельян В. А. Спасибо большое.

Я в первую очередь хочу поблагодарить Николая Фёдоровича, потому что он в течение уже почти четверти века является в этих стенах самым активным борцом, подчёркиваю именно борцом за здоровый образ жизни. Но сейчас взялся за самое такое малоэффективное, но очень важное направление – это здоровое питание.

Значит, понимаете, уже Президент страны нас призывает 7 мая в своих указах: надо что-то делать, а не говорить, не обсуждать проблемы, как мы сейчас привыкли. Мы знаем проблему, мы знаем объём и масштаб этой проблемы, дело надо делать.

Что делать сейчас конкретно? И вот к этому призывал Николай Фёдорович – чтобы мы выработали конкретные рекомендации, которые дальше через каналы законодательной ветви власти могут быть реально реализованы.

Через полтора месяца Президент России дал поручение, чтобы конкретно рассчитать по каждому направлению: сколько нужно финансов на реализацию всех вот этих приоритетных направлений, где здоровьесбережение стоит на одном из первых мест, это здравоохранение, наука и демография.

Значит, я только что был, как сказал Николай Фёдорович, на специальном конгрессе или форуме, посвящённом специализированным пищевым продуктам, новому тренду взаимодействия науки и производства.

Мы находимся в катастрофическом положении в том плане, что мы знаем что нам надо делать, мы знаем что нам не хватает.

Первое, об этом уже все говорили, образование. Самый эффективный и самый дешёвый путь – прийти до каждого, обучить с детства, о чём уже говорил Александр Сергеевич, и вести человека до глубокой старости.

Образование. Потому что выбор в конечном итоге за человеком, выбор своего рациона, выбор своего образа жизни. Если он образован, то, как показывает вся статистика международная, чем выше образовательный ценз у человека, тем лучше он занимается своим здоровьем, и питанием в частности, умея себя ограничивать. А это тоже один из компонентов.

В чем катастрофа? Мы 25 лет назад потеряли все производство пищевых ингредиентов. Те успехи сельского хозяйства, которые мы сейчас наблюдаем, они связаны с производством сырья. Конечного продукта нет и не будет без этих ингредиентов. 98 процентов – импорт. И всего два процента производятся у нас.

В первую очередь, это касается витаминов. Если в 1988 году мы полностью производили все субстанции витаминов и полностью обеспечивали весь Советский Союз, животноводство и птицеводство страны, и людям доставалось достаточное количество витаминов, то последние уже 10 лет ни одного грамма витаминов мы не производим. Ни одного грамма субстанции! Всё это просто премиксы, которые нам поставляются из-за рубежа, две-три бочки, это ДСМ, ещё там две немецкие фирмы, которые нас полностью обеспечивают. И нас, и все животноводство, и птицеводство Российской Федерации. Поэтому в любой момент, если будут введены санкции или какие-то другие механизмы, мы останемся без витаминов, без других пищевых ингредиентов, это ферментные препараты, это аминокислоты. Всё это – импорт. Мы только сейчас ставим вопрос о возрождении производства и находим понимание в рамках ФАНО, а теперь Миннауки России, Минздрава России и Роспотребнадзора, о возрождении витаминной промышленности, возрождении технологий, которые ещё можно возродить, возрождении производства.

Есть энтузиасты, которые готовы этим заниматься, поэтому законодательная поддержка этих направлений представляется исключительно важной. Мы должны в течение трёх-пяти лет выйти на собственное обеспечение вот этими пищевыми ингредиентами.

За этим стоит создание специализированных пищевых продуктов. Ведь тенденция пищевой промышленности – это персонализация питания населения.

Мы понимаем, что это действительно нужно. Каждый из нас – индивидуум. И индивидуализация, персонализация питания очень важна. Для этого нужны специализированные продукты. Началось всё с продуктов детского питания, когда нет грудного молока, надо создавать заменители молока.

В настоящее время – это уже сотни различных специализированных продуктов, которые позволяют нам преодолеть ту конфронтацию с природой, в которую мы сами вошли, начиная с конца прошлого века. С одной стороны, надо есть меньше, для того чтобы быть красивой, изящной и востребованной. С другой стороны, надо есть больше, потому что мы недополучаем. Это общая проблема.

Ещё была комиссия Гор – Черномырдин, когда речь шла о ликвидации дефицита микронутриента. Из лучших натуральных продуктов, минимум 20 процентов при соблюдении первого закона науки о питании мы гарантируем 20-процентный, это минимум, дефицит. Если добавим технологическую кулинарную обработку, хранение, то 50 процентов продуктов питания имеет дефицит витаминов, снижение резистентности неспецифическое, снижение адаптационного потенциала. И мы уязвимы любой нагрузке – физической, химической. И мы с вами больные. Мы это видим на себе, на всех популяциях. Значит, нужно немедленно создание этой широкой, доступной группы продукции. Она должна быть. Натуральные продукты, да, это хорошо, но тогда рацион на три тысячи килокалорий обеспечен. А в рационе на две тысячи килокалорий или 1800 для женщин уже дефицит заложен. Всё, ничего не сделаешь. Значит, что надо делать? Создавать продукты заданного качества, обогащённые, функциональные, специализированные. Должна быть максимальная специализация для различных категорий больных. Это все лечебное питание.

Стыдно в XXI веке, если в больницу вашему близкому вы принесёте бульончик или ещё что-то. Уже давно создана целая группа продуктов, начиная от продуктов интерального питания специализированных, которые позволяют подготовить больного к операции, вытянуть с того света, считай. И помочь восстановиться в дальнейшем.

Вот это направление, которое тесно связано с промышленностью. И мы, конечно, должны в нашем решении это отметить. И поддержать тех энтузиастов, которые готовы инвестировать и воссоздавать эту промышленность, такие есть. И я думаю, что при поддержке Государственной Думы, Совета Федерации мы это успешно сделаем в тот период, который нам отведён. А отведено нам очень мало времени, два-три года. Не сделаем, значит, грош нам цена. И все разговоры об эпидемиологии, о наших знаниях, они никому не нужны. Надо действовать. Это то, к чему призывал гражданин Герасименко.

Спасибо.

Председательствующий. Уважаемые коллеги, во-первых, я хотел поблагодарить всех энтузиастов, кто взялся за эту тему. Я за неё тоже долго не хотел браться.

Я вам приведу пример. Где-то лет, наверное, семь назад, эндокринологи обратились ко мне по поводу необходимости закона об йодировании соли. Потому что вы прекрасно знаете, что нехватка соли ведёт у детей к кретинизму, у взрослых к заболеваниям щитовидной железы и так далее. Каких мы только не придумывали законов отдельно, то техрегламент, то закон...

Значит, семь лет, и никак. Есть люди, заинтересованные, чтобы это не делалось.

И вот здесь надо понимать, что Государственная Дума – это законодательный орган, так? Значит, для неё очень важный вопрос, что необходимо внести поправки, допустим, в закон о качестве и безопасности продуктов, в закон по охране здоровья, закон о рекламе. И так далее, и так далее.

Но есть ещё у нас Правительство России, так? А там, как я уже в самом начале говорил, разные ведомства занимают разные позиции в этом вопросе. Врачебное, научное сообщество, Академия наук и так далее, мы занимаем общую единую позицию и прогнозируем ухудшение этой ситуации, если ничего не делать. А, допустим, Минфин России, ФАС, Минпромторг России, Минэкономики России, они свои задачи решают...

Но важно, чтобы мы работали в одной упряжке, а не как лебедь, рак и щука из известной басни.

Поэтому мы именно сейчас проводим «круглый стол», так как нам потребуется определённое время, наверное, 2018 год, чтобы разработать и внести определённые поправки в законодательство, определённые предложения для Правительства России.

У нас заболеваемость намного выше, чем в Европе. Поэтому нам, прежде всего, нужно снижать заболеваемость. В основном, это зависит от питания, от вредных привычек, вот на этом надо сосредоточиться.

Поэтому мы ждём от вас ещё предложений. Мы доработаем рекомендации, создадим рабочую группу, для того чтобы подготовить поправки в законы, это очень серьёзная работа. И будем готовить уже парламентские слушания.

Спасибо большое.

Всего доброго. (*Аплодисменты.*)

СТЕНОГРАММА
«круглого стола» на тему «Социальный статус медицинского работника.
Юридическая и социальная защита, льготы, страхование жизни,
здоровья и профессиональной ответственности».
18 июня 2018 года.

Председательствует председатель
Комитета Государственной Думы по охране здоровья
Д. А. Морозов

Председательствующий. Коллеги, начнём.

Уважаемые коллеги, добрый день!

В первую очередь мне хотелось бы поблагодарить вас всех за то, что вы в такое наше время, наполненное событиями, и в том числе спортивными событиями, тяжёлым трафиком, отсутствием гостиниц нашли возможность приехать и прийти сюда. Вопрос, который сегодня мы будем с вами обсуждать, он, на мой взгляд, просто чрезвычайно важен. Мы много делаем для того, чтобы система здравоохранения развивалась в нужном направлении, для того, чтобы она была хорошо законодательно обеспечена. Но идёт месяц за месяцем, год за годом, и порой оглядываясь, мы понимаем, что для нашего профессионального сообщества, для медицинского сообщества мы делаем всё-таки непростительно мало.

По моему глубокому убеждению, сегодня врач в Российской Федерации, ну, возьмём, так сказать, среднестатистического врача, находящегося в состоянии некоего удивления. И порой не понимает – кто он, где он в социуме. Изменилась жизнь, изменились социальные отношения, поменялось очень многое в подготовке врача, в системе его аккредитации, допуска к специальности, юридической ответственности, профессиональной ответственности. Рядом развиваются стремительно другие институты общества. Я уже не говорю о компьютеризации всего мира и взаимодействия в совершенно иной плоскости. Доктор, он зачастую остаётся один на один со своими проблемами. Мы с вами хорошо знаем, что в нашей стране, одной из немногих, доктор не является субъектом права, медицинский работник привязан к медицинской организации. У нас особые трудовые отношения. У нас особая профессиональная ответственность, которая разделяется между лечащим доктором и медицинской организацией общей системы здравоохранения. И сегодня мне бы хотелось, чтобы мы с вами обсудили всё это, включая весь регламент медицинской деятельности.

Без сомнения возникают юридические коллизии. Вы хорошо знаете и правоприменительную практику в отношении профессиональной ответственности врача, в отношении развития или, скажем, недоразвития системы страхования профессиональной ответственности врача, его жизни как таковой. Вы знаете, что мы последний год уделяем большое внимание обеспечению безопасности доктора и возможности выполнения его основной миссии и лечения пациентов. Внесены законопроекты, которые тем не менее пока не нашли консенсуса главным образом в профессиональном сообществе. И мы стремимся к нему для того, чтобы решить этот вопрос в жизни доктора.

Очень важным является так называемый социальный пакет доктора. Большинство из нас, за исключением диплома, ничего не выносили за стены медицинского образовательного учреждения и приходили на пустую платформу. Молодым докторам очень сложно обзаводиться семьями, стартовать вместе с супругой, если она тем более тоже доктор, растить детей. У нас практически никогда не было в больших городах льгот, касающихся обеспечения детей местами в садике, в школах. В последние годы эти проблемы начали решаться. У нас есть хорошие примеры, есть регионы, субъекты Российской Федерации, которые эти задачи решают. И в том числе в рамках программы «Земский доктор», «Земский фельдшер». Слава богу! Но проблема, конечно, далека от своего разрешения, имея в виду, в том числе, и льготы разным категориям профессиональных работников.

Без сомнения остаются злободневными и вопросы достойной оплаты труда. Все мы прекрасно знаем, что доктора продолжают у нас совмещать работу, трудиться на нескольких работах, и каждый из нас, уверен, занимался тем же самым для того, чтобы обеспечить свою семью. И поэтому, когда мы говорим о достойной оплате труда, мы должны исходить из регламентированных норм часов работы в неделю и возможности восстановления и отдыха.

Ну, и в заключение. Я думаю, что мы сегодня остановимся на вопросах пенсионного обеспечения и досрочных пенсий нашим докторам и медицинским работникам разных категорий в разных сферах, имея в виду грядущие проблемы. Я конечно же отдаю себе отчёт в том, что сегодняшней наш разговор

не решит всех вопросов, но он расставит некоторые вехи, определит направления, по которым мы будем двигаться в дальнейшем, постоянно проводя политику, направленную на обеспечение достойной жизни медиков и, как следствие, конечно же, качественной медицинской помощи нашим гражданам.

Уважаемые коллеги, я с удовольствием предоставляю слово заместителю Председателя Государственной Думы Ольге Николаевне Епифановой. Прошу вас.

Епифанова О. Н. Добрый день, уважаемые коллеги!

Прежде всего, разрешите поздравить всех вас с Днём медицинского работника и пожелать вам всяческих успехов в ваших делах и в вашей благодарной профессии.

Я очень признательна нашему профильному Комитету, его уважаемому председателю Дмитрию Анатольевичу Морозову за приглашение принять участие в заседании «круглого стола». Нужно отметить, что Комитет быстро и точно реагирует на текущие проблемы здравоохранения, активно работает над совершенствованием законодательства в этой сфере. Я рада приветствовать всех участников «круглого стола», представителей столиц отечественного здравоохранения Москвы и Санкт-Петербурга, и выдающихся деятелей здравоохранения других регионов России. Очень хорошо, что будет услышан голос и руководителей отрасли, и практикующих медиков, и законодателей, и специалистов в области права, и организаторов медицинского обслуживания населения из различных регионов России.

Коллеги, есть известная фраза: медицинский работник – это не профессия, а образ жизни. Это отнюдь не просто фигура речи. Сошлюсь на мнение выдающегося мудреца древности Сократа о том, что все профессии в мире от людей, и только три от богов. Судья, педагог и медицинский работник, по его мнению, получают дар свыше. Отсюда и статус медицинского работника. Во все времена эту профессию считали одной из самых уважаемых и почитаемых.

Да, мы часто обсуждаем проблемы нашего здравоохранения, говорим, что есть очень много острых и нерешённых проблем, решать их надо, и незамедлительно, но нужно помнить и о проблемах самих медиков. О создании оптимальных условий для работы, об адекватной, достойной зарплате, льготах, жильё. Этот список ещё можно продолжать. Нужно признать, что с правовой точки зрения не все стороны деятельности медицинских работников в настоящее время имеют безупречную защиту. Их права и обязанности не в полной мере законодательно урегулированы. Остаются неэффективными система оплаты труда, профессиональной и социальной защиты.

Назрела необходимость совершенствования законодательства в этой сфере. Я не буду говорить о деталях, юридических тонкостях, это дело специалистов, скажу лишь о вещах принципиальных. Подходы могут быть различными. Их обсуждение, анализ достоинств и недостатков как раз является одной из тем дискуссии на сегодняшнем «круглом столе». Здесь важно другое. Все принимаемые решения должны вести к повышению социального статуса, авторитета медицинских работников среди основных профессиональных групп населения. Качество и продолжительность жизни, общественное здоровье, рождаемость, смертность – это показатели далеко не только медицинские. Это задача всего общества и всех его государственных институтов.

Удовлетворённость населения качеством медицинской помощи, признание достижений отечественной медицины, высокий престиж профессии медика, международный авторитет её научных школ и лучших практик – это стратегическая цель всего государства, цель которого – сбережение народа. В свою очередь мы, законодатели, готовы обеспечить необходимое нормативно-правовое сопровождение задач и планов, которые сегодня будут рассмотрены. Уверена, что совместными усилиями мы сможем справиться со всеми проблемами и вызовами.

Благодарю за внимание. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое, уважаемая Ольга Николаевна! Мне очень хочется поблагодарить вас, потому что на всех ключевых наших мероприятиях вы всегда с нами как курирующий заместитель Председателя Государственной Думы, и это, конечно, очень важно.

Позвольте мне предоставить слово Олегу Олеговичу Салагаю, заместителю министра здравоохранения Российской Федерации. Прошу вас.

Салагай О. О. Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемая Ольга Николаевна! Президиум! Коллеги!

Прежде всего, позвольте, конечно же, поздравить вас с Днём медицинского работника. Ольга Николаевна это уже сделала, и нам исключительно приятно. Конечно, это особый день в нашем календаре. Мы все по-особому себя чувствуем в этот день. Я не могу также отдельно не поздравить средний медицинский персонал, потому что иногда мы этот день привыкли по привычке называть Днём врача, что, конечно, не охватывает всех медицинских работников, которые в нашей с вами сфере трудятся.

Говоря о сегодняшней теме, о социальном статусе, конечно, нужно задаться вопросом о том, что является слагаемым этого социального статуса. И я бы хотел, может быть кратко, но остановиться на наиболее сложных вопросах, потому что, как мне кажется, в общем понимании мы едины. В вопросах этики, как правило, разногласий нет. Но при этом существует довольно много проблемных моментов, которые, мне кажется, достойны обсуждения.

Прежде всего, и об этом неоднократно говорила министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Игоревна Скворцова, социальный статус медика немислим без достойной оплаты его труда. Вы знаете, уважаемые коллеги, что в соответствии с указом Президента России последовательно повышалась зарплата медицинских работников, врачебного персонала, сестринского персонала. И если говорить о сравнении 2017 и 2012 годов, то заработная плата для врачей, среднего и младшего медицинского персонала увеличилась на 65,6 %, 56,4 % и 104,2 % соответственно.

Означает ли, коллеги, что этого достаточно? Конечно, мы все солидарны в том, что зарплата и дальше должна увеличиваться. Но при этом с увеличением зарплаты должен рационализироваться и труд медицинского работника. И как вы знаете, на протяжении достаточно длительного времени Министерством здравоохранения Российской Федерации, здесь присутствует директор профильного департамента Минздрава России Татьяна Владимировна Семёнова, ведётся большая работа по переводу медиков на эффективный контракт. Надо сказать, что к концу 2017 года на эффективный контракт было переведено более 2,8 миллиона медицинских работников. И мы рассчитываем, что до конца 2018 года перевод на эффективный контракт будет завершён.

Вы, безусловно, знаете, коллеги, что некоторое время назад по поручению министра здравоохранения был проведён анализ систем оплаты труда. И в этом зале, и за его пределами неоднократно звучала обеспокоенность, когда коллеги говорили о том, что посмотрите, звучат цифры уровня оплаты труда, но при этом достаточно большое количество медиков не получают именно такой заработной платы. Вот для того, чтобы понять ситуацию, была проведена оценка систем оплаты труда. И стало ясно, что доля оклада в структуре заработка медицинских работников была исключительно низкой. Тогда по поручению министра были подготовлены рекомендации по изменению структуры оплаты труда. И к текущему моменту средний оклад врача в структуре заработной платы существенно увеличился. В среднем по стране в полтора-два раза.

Конечно, если мы говорим о поддержке медицинского работника, социальный статус немислим без дополнительных мер социальной поддержки. И здесь я должен отметить, что целый ряд мер, которые применяются регионами, могут быть в разной степени признаны эффективными. Я назову лишь несколько из них для того, чтобы сформировать общее представление о том, каким образом это делается. Прежде всего, это единовременные денежные выплаты молодым специалистам. Они варьируются от трёх до трёхсот тысяч рублей. Я не говорю сейчас о специалистах, участвующих в программе «Земский доктор». Это только региональные аспекты. Действуют также ежемесячные доплаты к заработной плате медицинских работников. Они, как правило, не очень высоки, до трёх тысяч рублей. Действуют ежемесячные компенсации оплаты жилья и услуг ЖКХ в целом ряде регионов.

Позвольте, коллеги, не останавливаться на ситуации в регионах для того, чтобы не занимать ваше время. Если потом будут вопросы по конкретным регионам, я на них остановлюсь, поскольку вся информация имеется. И будем рады, естественно, депутатам, представляющим соответствующий регион, эту информацию передать. В целом ряде регионов действует система полного возмещения оплаты ЖКХ. Существует программа льготного кредитования медицинских работников, программа предоставления жилья.

И, конечно, я не могу отдельно не остановиться на программе «Земский доктор». Вы знаете, что реализуется она с 2012 года. И за время её реализации в общей сложности на село переехало более 28 тысяч человек. И к слову сказать, обеспеченность на селе врачебными кадрами увеличилась достаточно существенно, примерно на 14 %.

Конечно, уважаемые коллеги, всё не может быть сведено только к оплате труда, хотя эта тема, как мы все, я думаю, согласимся, является одной из значимых. Важна также и система социального страхования. И, я думаю, сегодня ещё будет звучать вопрос, касающийся случаев причинения вреда жизни и здоровью медицинского работника. Вне рамок соответствующих норм уголовного или административного законодательства, социальное законодательство, законодательство о социальном страховании предполагает возможность соответствующего страхования, и целый ряд регионов такие нормы в дополнение к федеральным имеют. Я назову эти регионы. Это, скажем, Хабаровский край, правительство которого приняло постановление об обязательном страховании работников системы здравоохранения, это Воронежская область, Новосибирская область, Республика Чувашия.

И, конечно, коллеги, вопрос, который стоит особняком. И который активно обсуждается и в средствах массовой информации, и в профессиональном сообществе, это вопрос, связанный с предупреждением любых агрессивных действий в отношении врачей.

Вы помните, что примерно два года назад министр здравоохранения Российской Федерации дала поручение специалистам министерства проработать соответствующий законопроект. Соответствующие предложения были подготовлены во взаимодействии с Национальной медицинской палатой. К этому процессу активно подключился парламент, и здесь я хотел бы воспользоваться этим случаем для того, чтобы поблагодарить Государственную Думу и, Дмитрий Анатольевич, персонально вас за законодательную инициативу, которая была внесена некоторое время назад относительно

корректировки Уголовного кодекса и Кодекса об административных нарушениях, в которых закрепляется конструкция, позволяющая обеспечить дополнительную защиту врачей.

Коллеги, может существовать разный подход к тому, каким образом юридически оформить то, в чем мы в принципе с вами все согласны – врач должен иметь дополнительную защиту. И, конечно, любые агрессивные действия по отношению к врачу, дежурящему в отделении, или к врачу скорой помощи, или к врачу, работающему во врачебном пункте на селе, они недопустимы. Они недопустимы не только по общечеловеческим канонам, они недопустимы ещё и потому, что врач в этом случае – это возможность получить медицинскую помощь, и мы это тоже не должны забывать. Поэтому, когда причиняется вред медицинскому работнику, причиняется косвенный вред, такой коллатеральный вред, если угодно, и тем, кто не получит помощь из-за того, что этот медик не сможет работать.

Поэтому, конечно, мы должны найти правильную модальность регулирования этого вопроса. Сейчас этот законопроект рассматривается Государственной Думой. Мы активно вовлечены в это рассмотрение вместе с профессиональным сообществом, Национальной медицинской палатой.

Я думаю, коллеги, мы все вместе, в том числе и по итогам нашего сегодняшнего «круглого стола», сможем найти правильные решения для того, чтобы соответствующие нормативные положения должным образом оформить и защитить наших уважаемых коллег.

Я позволю себе на этом завершить своё выступление, а если будут какие-то вопросы, то затем, в рамках дискуссии, продолжить.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, я попрошу выступить Игоря Николаевича Каграманяна, первого заместителя председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике. Игорь Николаевич, позвольте, я два слова всего скажу.

Я слушал Олега Олеговича и думал, что всё-таки не зря у нас много ветвей власти, потому что у каждой своя задача. И вот мы этот вопрос поставили, и эту проблему подняли потому, что считаем её очень острой. И я могу представить, что, допустим, Министерству здравоохранения Российской Федерации по тем или иным причинам, может быть, в рамках какого-то межведомственного взаимодействия сложно ставить эти вопросы ребром.

Но нам как депутатам, и я надеюсь, Игорь Николаевич, вы будете солидарны, нам самое время ставить этот вопрос ребром. Мы как врачебное сообщество сегодня должны поставить вопросы перед всем обществом для того, чтобы взаимоотношения между обществом и здравоохранением вышли на новый уровень. Я в этом глубоко убеждён.

Пожалуйста, Игорь Николаевич.

Каграманян И. Н. Спасибо большое!

Глубокоуважаемая Ольга Николаевна, Дмитрий Анатольевич, коллеги! Дмитрий Анатольевич, я с вами солидарен. Вопрос поставлен совершенно закономерно, своевременно. И я согласен в оценках: с 2013 года, с момента реализации разработанного Правительством Российской Федерации по поручению Президента нашей страны Владимира Владимировича Путина комплекса мер по кадровой политике сделано достаточно много. Но ещё очень и очень много предстоит сделать. И нам надо говорить об этом постоянно.

Почему? Потому что у нас огромная страна, у нас сильна дифференциация по регионам. Вот Олег Олегович озвучил некоторые меры соцподдержки на примере наиболее успешных в решении этих задач регионов. Но, анализируя ситуацию, мы с вами должны признать, что не всегда тот комплекс мер социальной поддержки, который оказывается в том или ином регионе, по своей полноте так или иначе коррелирует с возможностями субъекта Федерации в части финансовой обеспеченности. Мы с вами видим и понимаем, что прежде всего залог успешной реализации этих мер – это приоритизация внутри региона и понимание того, что здравоохранение как отрасль, которая затрагивает каждого, исключительно важна для главы субъекта Федерации. И каждый из нас может приводить эти примеры из своих родных регионов. Я хотел бы подчеркнуть, что даже в таком самом, наверное, успешном плане бюджетной обеспеченности, в плане модернизации инфраструктуры и города в целом, и социальной сферы, и здравоохранения, субъекте Федерации как город Москва, эти проблемы стоят достаточно остро.

Почему? Потому что высока планка требований. И помимо высокого уровня зарплаты постоянно отрабатываются новые технологии, в частности, стандарт московского врача и другие меры, которые позволяют дифференцированно оказывать соцподдержку именно по тем категориям работающих, и по тем специальностям, которые наиболее востребованы и дефицитны на сегодняшний день. Что хотелось бы подчеркнуть? Контур и слабые социальные статусы, они были обозначены. Я бы сюда ещё добавил то, о чём не было сказано, но то, о чём мы все с вами знаем и над чем работаем – это престиж профессии. И вот в этом направлении нам всем надо поработать. И работать каждый день, в общем-то, не опуская рук и не покладая рук.

Почему? Составляющие престижа профессии, они чрезвычайно многогранны. Это и то, что Дмитрий Анатольевич озвучил во вступительном слове: есть риски, связанные с предъявлением исков пациентов, не всегда дефекты оказания медицинской помощи связаны с действиями врача, медицинского работника, очень часто это тяжесть клинической ситуации. Есть мировая практика, есть опыт ряда наших лечебных учреждений ещё с начала 2000 годов – это страхование персональной ответственности. Безусловно, мы много лет уже об этом говорим, это надо развивать. Есть ситуация, и в выступлениях у Ольги Николаевны и Дмитрия Анатольевича об этом говорилось, связанная с защитой прав медицинских работников при оказании медицинской помощи. Страхование ситуаций, связанных с оказанием медицинской помощи, с возможным причинением вреда медицинскому работнику.

Но я бы сконцентрировался на понимании престижа профессии прежде всего в обществе. Давайте посмотрим, что происходит. Дмитрий Анатольевич, вы правильно фокус в своём вступительном слове дали. Мы должны, говоря о социальном статусе врача, руководствоваться не только тем, что сделано, а мы должны постоянно держать в поле зрения, осуществляя связь, что называется, с землёй, с регионами, мироощущение наших с вами коллег. Давайте говорить о начале пути, о выборе профессии врача. Мы с вами знаем, что на протяжении последних лет наиболее высокий конкурс как раз в медицинские вузы. Наиболее высокий балл ЕГЭ у абитуриентов и студентов, успешно сдавших вступительные испытания в медицинские вузы.

Что происходит дальше? Это элементы профессионального выгорания, это и другие ситуации, связанные так или иначе с очень интенсивной профессиональной деятельностью. Очень правильно и справедливо звучало, что профессия врача – это не просто работа, это призвание, я бы даже сказал, служение. Это 24 часа в сутки, вне зависимости от места нахождения, особенностей оказания медицинской помощи и так далее. Поэтому исключительно важно формирование престижа профессии в обществе. Мы с вами, большинство из присутствующих в зале, помним фильмы, в которых кто-то для себя впервые открывал грани профессии врача, помним темы сочинений в школе, вступительные испытания в медицинские вузы. Что же произошло за последние десятилетия? Я хотел бы поправить сам себя – что произошло за 90-е годы? Последние годы, как раз благодаря последовательной деятельности, престиж профессии врача восстанавливается, но произошло некоторое размытие, смещение понятий, нападки на врачей.

Да, мы с вами знаем, что подавляющее большинство наших коллег работают очень ответственно, профессионально, но периодически встречаются, как и в любой профессии, ситуации, связанные с компетенциями и с профессиональной деятельностью, которые вызывают иногда и обоснованные замечания, и претензии у наших пациентов и их родственников.

Но тем не менее мы с вами категорически должны быть против, когда, ещё не дождавшись экспертизы, правовой квалификации того или иного случая, происходит, не побоюсь этого слова, размазывание всего того, что происходит вокруг данного конкретного специалиста. Поэтому вот это тоже, мне кажется, точка приложения наших усилий.

Дмитрий Анатольевич, мы с вами вот в этом зале более месяца назад участвовали в работе Конгресса муниципальных образований. Очень активно поднимали вопросы руководители и главы муниципальных образований.

Вы знаете, что в рамках федерального закона № 323-ФЗ это всё находится на уровне субъекта Российской Федерации, а за муниципальными образованиями закреплено создание условий.

Я хотел бы подчеркнуть, что за эти годы сложилась такая правоприменительная практика, которая, наверное, нас побуждает, как минимум, проанализировать, что делается на уровне муниципальных образований для закрепления специалистов, для наполнения социального пакета наших с вами коллег, для поддержания престижа специальности, и, может быть, что-то уже и развить в законодательной плоскости.

Уважаемые коллеги, можно много говорить на эту тему, поэтому ещё раз хочу подчеркнуть: что бы мы ни сделали для наших с вами коллег, всё равно ещё очень и очень много надо сделать.

Я хотел бы поздравить нас всех с нашим замечательным профессиональным праздником, пожелать добра, здоровья, неиссякаемой энергии и новых свершений!

Спасибо! *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое, Игорь Николаевич.

Слово предоставляется Игнатьеву Игнату Михайловичу, директору департамента пенсионного обеспечения Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. Пожалуйста, Игнат Михайлович.

Игнатьев И. М. Добрый день, уважаемые участники «круглого стола»!

Многолетний анализ пенсионной системы показывает, что мы, к сожалению, без увеличения пенсионного возраста не сможем увеличить размер пенсий. Это основное обоснование, зачем Правительство России сейчас принимает это решение. Все понимают, что тариф у нас константа, мы не можем увеличивать нагрузку на работающих граждан.

Трансферт федерального бюджета в бюджет Пенсионного фонда также составляет одну треть от всех средств, идущих на выплату только страховых пенсий, не говоря уже о пенсии по государственному пенсионному обеспечению, других видов расходов бюджета ПФР. И, конечно же, в этих условиях только повышение пенсионного возраста – стандартная мера, которая уже была принята во всех странах – позволит нам увеличивать пенсии.

Так, если последние годы мы вынуждены были увеличивать их на 400–500 рублей и всегда балансировали на грани инфляции, то увеличение пенсионного возраста позволит нам увеличивать их в среднем на тысячу рублей.

Подготовленный Минтрудом России проект федерального закона был одобрен в Правительстве Российской Федерации, сейчас он поступил в Государственную Думу, на площадке Государственной Думы мы будем прорабатывать этот проект.

Мера по повышению пенсионного возраста будет иметь длительный переходный период, закончится он в 2034 году, и пенсионный возраст планируется нами довести до 65 лет у мужчин и 63 лет у женщин. Но это общеустановленный пенсионный возраст. Вы знаете, что медицинские работники выходят на пенсию ещё раньше, и ряд медицинских работников, ряд категорий этот законопроект вообще не затронет.

Речь идёт, конечно, о списке 1 и списке 2, это медицинские работники, работа у которых связана с вредностью. По списку 1 медицинские работники сейчас выходят на пенсию в 50 лет мужчины, 45 лет женщины. Это работники, связанные с радиоактивными веществами: рентгенологи, средний медицинский персонал рентгеновских отделений. И по этим гражданам, по этим категориям не меняется вообще ничего, они как уходили на пенсию в 50 лет мужчины и в 45 женщины, соответственно этот возраст у них сохраняется.

Список номер 2. В настоящее время эти люди уходят на пенсию в 55 лет мужчины и в 50 лет женщины. Это работники противочумных учреждений, туберкулёзных учреждений, инфекционных, психиатрических клиник, онкологических, патологоанатомических отделений. Также никаких изменений законопроект по ним не предусматривает, то есть всё сохраняется. И возрастные границы – 55 лет для мужчин, 50 лет для женщин, сохраняются.

И основная категория медицинских работников, это граждане, которые выходят на пенсию, выработав специальный стаж – 25 лет на селе и 35 лет в городах, этим законопроектом также не затронута. То есть, выработав спецстаж, человек приобрёл необходимые основания для приобретения досрочной пенсии, в этом смысле досрочная пенсия у него сохраняется. Вместе с тем идёт сдвигка по тому периоду, когда он сможет реализовать эту досрочную пенсию. То есть, например, если брать год завершения переходного периода – 2035-й год: если медицинский работник выработал спецстаж в 2025-м году он сможет в 33-м году реализовать своё право, выйдя на досрочную пенсию.

Законопроект достаточно ёмкий, небольшой. Собственно я сейчас доложил всё, что касается в нём медицинских работников. Поэтому мой доклад окончен. Готов ответить на вопросы.

Спасибо!

Председательствующий. Спасибо большое!

Коллеги, я думаю, что можно задать вопросы по этой части, поскольку она отдельно стоит. Есть ли вопросы у кого-то?

Да, пожалуйста, Юрий Викторович Кобзев, депутат.

Кобзев Ю. В. *(Не слышно.)*

Вы знаете, мне хотелось у вас уточнить, потому что вы перечислили: онкологи, фтизиатры, работники психиатрических учреждений. У нас получается, что есть довольно большой перечень медицинских работников, которые работают в данной категории и не попадают в этот перечень. Это те, кто оказывает паллиативную медицинскую помощь. Она сейчас активно расширяется, но работники, которые работают в самой тяжёлой категории, они не попадают в этот список.

Игнатьев И. М. Действительно, нам поступают обращения по расширению списка, связанного с досрочными пенсиями. Позиция, многолетняя позиция Правительства России и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, что институт досрочных пенсий – он способствует снижению пенсий, поскольку пенсии назначаются в более раннем возрасте. Соответственно в меньшем размере. Поэтому мы говорим о том, что все досрочные пенсии, которые сейчас есть, это то, что было принято ещё в старом законодательстве, в советском законодательстве. И мы не расширяем этот список, у нас нет планов по его расширению. И риски. Ведь пенсионная система, система социального страхования, она направлена на нивелирование этих рисков, и на то, что связано с вредностью. Всё-таки глобальной нашей идеей является совершенствование закона о профессиональных заболеваниях, несчастных случаях на производстве, чтобы в рамках этого закона и нивелировались те риски, которые связаны с вредностью или с другими негативными воздействиями труда на здоровье.

Спасибо!

Председательствующий. Игнат Михайлович, я всё-таки уточнил бы. Вот например, психиатрические отделения, работники которых имеют преференцию. И если мы возьмём отделение паллиативной

помощи, то большая часть пациентов в них – это как раз больные психиатрического профиля. И получается здесь просто нестыковка в правоприменительной практике. Я думаю, Юрий Викторович слышит, не будет настаивать на получении ответа сейчас, но, пожалуйста, тогда подготовьтесь к рабочему совещанию и обсудите это у себя в министерстве, потому что мы должны посмотреть на этот список новым взглядом. Не потому, что хочется кого-то опять выделить или расширить этот список, он просто должен быть уточнён исходя из современных реалий. Ведь речь идёт о людях, которые работают, повторюсь, с точно такими же пациентами, и имеют те же самые риски, и ту же самую нагрузку, но предпочтений они не имеют. А уж в отношении эмоциональной нагрузки, тут, вообще, даже нечего сравнивать. Это самое тяжёлое. Хорошо?

Игнатъев И. М. Мы обязательно посмотрим.

Председательствующий. Пожалуйста, коллеги, вопросы. Да, прошу вас.

Из зала. *(Не слышно.)*

Игнатъев И. М. Да, мы знаем, что судебная практика в данном случае складывается в пользу граждан именно потому, что этот вопрос, насколько я помню сейчас, специально не урегулирован, то есть, нет именно нормативных документов, которые говорят о том, нужно включать или нет. Именно поэтому суды ввиду спорности этого вопроса принимают позицию граждан. Мы можем ещё раз посмотреть.

На данный момент я подтверждаю, действительно, у нас такая позиция, что спецстаж связан с работой по определённым профессиям, это может быть не только медицина.

Из зала. *(Не слышно.)*

Игнатъев И. М. Нет, я просто говорю, что позиция наша сейчас такова: спецстаж связан с работой, не с обучением, а с работой.

Председательствующий. Понятно. Но мы тоже обсудим это на том же самом совещании, хорошо? Пожалуйста, коллега, прошу вас.

Из зала. *(Не слышно.)*

Игнатъев И. М. Ну, конечно, это вообще не меняется. Вот всё, что было, всё и будет. То, о чём вы сейчас сказали, конечно, это базовая норма, она сохраняется, да.

Председательствующий. Пожалуйста, коллеги, есть ли у кого-то желание ещё задать вопросы?

Спасибо большое. Мы подготовимся к рабочему совещанию в рамках обсуждения всех изменений пенсионной реформы, касающихся, собственно, медиков, в том числе, и педагогов высшей школы, тех же самых хирургов.

Вот я сам-то преподаю постоянно и при этом постоянно являлся хирургом. Все мои ровесники уже оформили себе пенсию, а я вот, несмотря на то, что руководил ими всю жизнь и оперировал больше всех, так ничего оформить пока и не смог. Спасибо, коллеги.

Уважаемые коллеги, прошу вас, слово предоставляется Андрочникову Михаилу Михайловичу, заместителю председателя профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации. Пожалуйста, Михаил Михайлович.

Андрочников М. М. Добрый день, уважаемые коллеги!

Я тоже хочу поздравить вас с прошедшим праздником нашим.

Здесь уже темы дискуссии намечены.

Конечно, первое, о чём говорится, это заработная плата. И наш профсоюз как организация, которая прежде всего защищает трудовые права работников, нацелена именно на это.

Я хочу немножечко погрузить вас в историю и привести слова известного российского историка Василия Иосифовича Ключевского, который систему вознаграждения труда в России описывал так: «оклад по чину, дача – по вотчине, а придача к окладу и к даче – по качеству и сроку службы».

Значит, вот эти три компонента, о которых мы сегодня говорим, они, в общем-то, так и остались в течение этого длительного времени. Единственное, наверное, средний, изменился, это так называемый неденежный социальный пакет, необязательный, о котором я чуть позже скажу.

Вот в отношении наших окладов. Мы прекрасно знаем: да, указы Президента России на сегодняшний момент реализованы. Однако мы уже неоднократно выражали удивление: ну каким образом, если существует какая-то экономическая система здравоохранения, один человек, пусть даже глава государства, может определять конкретную зарплату в конкретном медицинском учреждении? А если вы посмотрите по «дорожным картам» – это конкретные деньги. Стало быть эта система не совсем нормальная. В течение многих лет заработная плата медицинских работников составляла по нашему мониторингу 70 % от заработной платы по экономике в Российской Федерации. И это с учётом полутора ставок. Да, сейчас идёт рост зарплат. Но те полторы ставки до сих пор остаются. У нас у врачей одной и той же специальности, одной и той же квалификации, выполняющих одну и ту же работу сегодня существует по территориям разница в оплате в три раза. Бюджетная обеспеченность регионов, бюджетный федерализм у нас даёт разницу в восемь раз. Фонд обязательного медицинского страхования это выравнивает по тарифам, но всё равно эта разница в три раза остаётся.

Из-за этого, мы прекрасно с вами видим, возникает дефицит кадров, потрясающая внутренняя трудовая миграция, которой нет ни в одной стране мира. Межстрановая миграция трудовая есть, а что-

бы в одной стране врачи перебирались в один или два каких-то региона, где выше зарплата, такого нет. Мы так никогда проблему кадров не решим.

Значит, о чём я говорю? Наверное, здесь всё-таки должна быть единая отраслевая система оплаты труда. Профсоюз говорит об этом уже много лет. Мы получаем ответы из Минтруда России и Минздрава России: да вы что, у нас формируется рыночная или переходная, как там она называется, экономика, каждый субъект Федерации у нас самостоятельный, хозяйствующий субъект, каждое медицинское учреждение у нас такая структура, которая сама определяет.

Слушайте, ну, если мы будем идти этим путём вот так вот, если мы будем продолжать эту практику, конечно, мы ничего здесь в этом случае не добьёмся, и наши многолетние разговоры также будут продолжаться.

Коллега из Пенсионного фонда говорит: сейчас всех интересует пенсионная реформа. Здесь я даже этого вопроса и касаться отдельно не буду. Я просто хочу сказать о наполняемости фондов. Этот вопрос возник сейчас и остро будет стоять, потому что механизм наполняемости Пенсионного фонда стал активно изучаться и обществом просматривается. А какой у нас механизм наполняемости Фонда обязательного медицинского страхования? Те же самые 15 миллионов самозанятых, которые вообще никаким фондам не платят. Общее количество трудоспособного населения у нас по разным оценкам от 77 до 80 миллионов. И шесть-семь миллионов так называемой «серой» зарплаты. Мы так, конечно, никакие деньги в Фонд медицинского страхования не получим. И мне кажется что прежде всего здесь надо думать, о каких-то изменениях закона об обязательном медицинском страховании. Систему эту надо централизовывать, безусловно. Мы неоднократно об этом говорили, поскольку она, наверное, сегодня не совсем управляема.

Второй вопрос. Я посмотрел рекомендацию нашего «круглого стола», проект рекомендаций. Там говорится о кадрах. И среди дефицитных специальностей я увидел там анестезиолога, реаниматолога, онколога, врача-педиатра.

Вообще, с точки зрения, будем говорить так, профессионального выгорания, это три самые «выгораемые» специальности. С врачами этих специальностей чаще всего происходит. Люди туда не то что не идут, а они оттуда уходят. И мы должны всё-таки внимательно посмотреть и на нашу систему, которая регулирует безопасный труд на рабочих местах.

Я к чему хочу перейти? Закон о специальной оценке условий труда. Мы неоднократно с Минтруда России вели переговоры и дебаты по поводу разработки методики. Сам закон неплохой, он адекватный, нормальный, но то что подзаконными актами сделано с его реализацией, это, конечно, ужасно.

У нас нет системы оценки психоэмоциональной нагрузки врачей, а это основное, это самое главное. Да, мы вводим особенности труда для психиатров, для хирургов, но этого-то нет. Я понимаю, почему они боятся. Я вчера с коллегой из сферы образования разговаривал. Это, вообще, область, где в первую очередь педагоги испытывают вот это профессиональное выгорание. Они боятся, наверное, сделать эту методику, потому что её надо будет распространять не только на одних медицинских работников.

Та методика, которая имеется, и те подходы, которые существуют у нас, привели к определённым вещам. Сегодня уже прошли специальную оценку условия труда, а именно по этим параметрам люди получают дополнительный отпуск, им назначаются дополнительные выплаты и пенсионное обеспечение тоже. У нас 60 % рабочих мест прошло оценку, у 16 % врачей уменьшились эти компенсации. И никаких особых изменений в характере их труда не произошло. Промышленники и предприниматели говорят о введении новейших технологий. Да, может быть разливка стали, бурение земли, действительно, стало более безопасным. В здравоохранении практически ничего не изменилось, кроме ускорения и качества аппаратуры. Визуализация и скорость – вот что здесь произошло.

И мы хотим, конечно, обратить внимание на вот эти проблемы.

Ещё один момент, который я не упомянул. Здесь много говорится о кадрах, и мы говорим о сельских врачах, о сельских медицинских работниках, о том, что мы сегодня имеем. Олег Олегович сказал, что у нас возобновлена система оплаты врачам жилья и коммунальных услуг, но по нашему мониторингу она возобновлена (а этот мониторинг проводится в течение 10 лет) в объёме одной трети от того, что прежде получали работающие на селе медицинские работники.

Ну, конечно, мы так на селе никого не сможем удержать. И последний момент. Мы ситуацию мониторим. Мы видим, что происходит со страхованием профессиональной ответственности. Отсутствие этого закона в правовом поле сдвигает все разбирательства с врачами в уголовное направление. Это абсолютно ненормально.

Да, мы поднимаемся на защиту врачей, но надо всё-таки, конечно, что-то решать, надо в ближайшее время принимать какие-то нормативные акты, посвящённые именно этому.

И теперь касательно защиты жизни и здоровья медиков, страхования их жизни и здоровья, и ответственности за нападение на медицинских работников. Я понимаю, что проблема нападений очень сложная. Она с юридической точки зрения очень сложная. Но вот страховать жизнь и здоровье нам, безусловно, надо. Поэтому наше предложение – всё-таки внести поправки в федеральное законода-

тельство, в том числе, наверное, о здравоохранении, об обязательности некоторых социальных гарантий, чтобы они были не на усмотрение регионов, а были обязательны. Вот это, наверное, главное.

Я все сказал. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо, Михаил Михайлович, спасибо.

Слово предоставляется Ларисе Дмитриевне Попович, директору Института экономики и здравоохранения Национального исследовательского университета Высшей школы экономики. Пожалуйста.

Попович Л. Д. Спасибо.

Коллеги, на самом деле проблема кадров, естественно, волнует все страны.

Будьте добры, слайды, пожалуйста. *(Демонстрируется слайд.)*

И стратегии, которые принимаются в самых разных странах, говорят о том, что существуют замечательные механизмы привлечения медицинских работников из тех стран, которые не в состоянии удержать их на родине. Посмотрите, пожалуйста, как много иностранного медицинского персонала работает в странах ОЭСР. В Израиле почти 60 % медиков – это выходцы из разных стран, в том числе и России. И те стимулы, которые предлагают эти страны, во многом будут способствовать тому, что туда будут уезжать и наши медицинские кадры. *(Демонстрируется слайд.)*

К сожалению, в Российской Федерации заработная плата врача, несмотря на серьёзные усилия её повысить, до сих пор в номинальном выражении, очень и очень мала по сравнению с самыми разными странами, даже более бедными странами, чем Россия: Чили, Мексика обеспечивают своим врачам значительно более высокую мотивацию. К сожалению, Россия здесь очень сильно отстаёт. *(Демонстрируется слайд.)*

Если пересчитать точно так же на региональный ВРП, то в Российской Федерации, и мы об этом уже слышали, колоссальная разница между заработными платами, никак не связанная ни с одним из объективных показателей деятельности системы здравоохранения. *(Демонстрируется слайд.)*

Точно так же заработная плата (она здесь в номинале точками обозначена) никак не зависит от объёма деятельности врача в регионах. Столбики – это количество болезней в расчёте на одного врача региона. Вы видите, что никакой зависимости зарплаты врача от врачебной нагрузки в регионе и заработной платы не существует. *(Демонстрируется слайд.)*

Колоссальная разница существует между заработными платами врачей в разных медицинских учреждениях. Нулевая ось – это заработная плата в субъектовых ЛПУ. Столбики вверх-вниз – это заработная плата в ЛПУ федерального уровня. Вы видите абсолютное отсутствие какой-то закономерности. *(Демонстрируется слайд.)*

Но ещё более серьёзная разница между заработной платой субъектовых и муниципальных ЛПУ. Нулевая ось – субъектовая заработная плата, разница (кроме Курска, который платит своим муниципальным ЛПУ больше, чем субъектовым), все остальные – очень сильно дифференцируется заработная плата. Посмотрите, пожалуйста, Сахалин: на 82 тысячи рублей в месяц зарплата в субъектовых ЛПУ больше, чем в муниципальных. Оттуда и получаются те самые ситуации, о которых мы с вами слышим от врачей: у меня очень маленькая зарплата, она несправедлива. Никакой закономерности в реминирации, в мотивации врачей в регионах не существует. *(Демонстрируется слайд.)*

Но самое печальное вот что. Работая со статистикой, мы вдруг выяснили, что база, от которой рассчитывается заработная плата врача, занижается. Нулевая ось – это та база, с которой сравнивается заработная плата врача в регионе, а столбики – это средняя заработная плата в этом регионе по данным Росстата. Росстат берет две базы, когда сравнивает заработную плату. С этим надо разбираться. *(Демонстрируется слайд.)*

Ну, вот это совершенно необъяснимая вещь. Мы с вами до сих пор не очень хорошо представляем масштаб бедствия с точки зрения обеспеченности врачами. Нулевая ось – это обеспеченность врачами по официальной статистике Минздрава России, которую даёт ЦНИИОИЗ. Вот эти вот квадратики – это статистика Росстата об обеспеченности врачами. *(Демонстрируется слайд.)*

Мы провели очень большое исследование, касаемое эффективного контракта с врачом. И очень печально, что почти 50 % врачей говорят, что их зарплата зависит от оценок начальства, либо от случайных факторов – 20 %. С этим надо очень серьёзно разбираться. *(Демонстрируется слайд.)*

Что необходимо делать. Безусловно, необходимо наведение порядка в статучете, изменение отношения персонала внутри системы. Нужно выстраивать нормальные критерии заработной платы врача, изменение отношения к медикам в обществе. 1,5 миллиарда контактов с медицинской сетью в год. Ну, в лучшем случае 1,5 тысячи обоснованных жалоб на врачей. Соотнесите 1,5 тысячи и 1,5 миллиарда. Но мы с вами слышим только об ошибках во врачебной деятельности. Эту ситуацию нужно менять, перестать кошмарить отрасль. Необходим учёт экономического вклада в отрасль, в развитие. Мы все говорим о том, что вложение в здравоохранение это не расходы, а инвестиции, но ничего не делаем для того, чтобы эту максимум превратить в жизнь. И наконец, оплата по социально приемлемому результату и справедливая оценка труда врача – это то, что может повысить конкурентоспособность отрасли в мире. Иначе мы будем терять даже тех врачей, которые есть у нас сегодня.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое.

Олег Олегович, мне кажется, что вы хотите прокомментировать. Особенно по статистике, отметить обеспеченность кадрами.

Салагай О. О. Ну, вот видите, прокомментировала, собственно говоря, Лариса Дмитриевна ещё даже раньше меня.

Коллеги, наверное, я должен начать с того, чтобы сказать, что есть проблемы, мы их также видим, и они последовательно решаются. Я, собственно, с этого начал своё выступление. Когда мы говорим о зарплате, можем ли мы сказать, что все получают эту зарплату? Конечно, нет. А дальше мы должны чётко понять, почему, кто и как. И вот такие исследования, данные которых привела Лариса Дмитриевна, действительно помогают это сделать, сформировать более полную картину.

Председательствующий. Вы знаете, на самом деле, у меня есть такое предложение – упростить модель для того, чтобы лучше понимать суть. И у меня такая модель есть – это остров, на котором живёт человек 50–60. И вот они двоих врачей выбирают, обучают. И как они будут к ним относиться? Вот я уверен, что это будут самые высокооплачиваемые люди. Вот есть ли в зале люди, которые считают, что западные страны, где такие серьёзные зарплаты врачей, они переплачивают своим врачам? Почему вдруг переплачивают? Они не понимают, что можно платить меньше? Откуда всё это идёт? Как это все формируется? По большому счёту, все заточено на конечный результат, все просчитано для конечного результата, для обеспечения должного качества и доступности медицинской помощи. Вот и все. Потому что люди относятся к расчётам чрезвычайно ответственно. Я в этом глубоко убеждён. И сколько бы лет мы ни решали эту проблему, мы будем заниматься самообманом. Мы не можем себе позволить работу наших медицинских работников, врачей и медсестёр с таким уровнем оплаты труда. Ну, просто не можем. Это невыгодно всем. И я в этом глубоко убеждён.

Пожалуйста, Николай Фёдорович Герасименко, член Комитета Государственной Думы по охране здоровья. Прошу вас.

Герасименко Н. Ф. Добрый день, уважаемые коллеги!

Я только что приехал с заседания Народного фронта. Обсуждали проблемы реализации указов Президента России о достижении возраста 80+78. И главная роль в выполнении этого отводится, в общем-то, врачам. И когда говорим о зарплате медицинских работников, я напомним, что пенсии за выслугу лет мы вводили в 1998 году. Не в советские времена, в 1998 году. Я сам автор этого законопроекта. И там была какая ситуация? По полгода не выплачивалась заработная плата и люди жили на пенсию.

И тогда мы преодолели даже вето Президента, потому что Пенсионный фонд был против, вы, мол, приравниваете медицинских работников к работникам горячих цехов и так далее. Но ведь действительно работа хирурга или анестезиолога может приравниваться к горячим цехам. В конечном итоге мы преодолели вето Ельцина, и этот закон работает. Я опять же не могу понять: вот почему вы говорите, что нужно увеличивать пенсионный возраст, иначе нельзя поднять пенсию. Ну, пенсия, объём её зависит от наполнения Пенсионного фонда, прежде всего, и от стажа, категории, и так далее, и так далее.

Следующий вопрос о социальной защите медработников. Многие говорят о социальном пакете, но никто не раскрывает, что такое социальный пакет. И вот Олег Олегович говорил именно о региональной социальной защите медработников, когда всё зависит только от региона. Регион богатый – есть соцзащита. Регион дотационный – нет. Вот даже оплата медицинским работникам коммунальных услуг, электроэнергии, отопления и так далее, где-то производится, а где-то нет.

Вот, допустим, в Алтайском крае (вот Александр Фёдорович сидит из Алтайского края, председатель комитета по здравоохранению краевого заксобрания) у нас, у медиков, к сожалению, льгота намного меньше, чем у учителей. Потому что у учителей в федеральном законе об образовании есть эта статья и им оплачивают коммунальные услуги, за электричество. Относительно медиков в федеральном законе такой статьи обязательной нет. Поэтому, конечно, правильно говорят о необходимости и целесообразности введения в федеральный закон № 323-ФЗ положения о защите медработников, как раз об оплате коммунальных услуг.

Следующий вопрос – это первичное звено. Это самое трудное, самое тяжёлое, самое малообеспеченное. Вот Лариса Дмитриевна правильно говорила о той проблеме, серьёзность которой мы ещё пока не осознаем. Нехватка 25 % врачей в участковой сети, нехватка почти 40 % в скорой медицинской помощи. И вот когда говорят, что за два года Минздрав России закроет эту проблему, надо уточнить, какая «дорожная карта» по закрытию этой проблемы по годам, и так далее, и так далее. И здесь, конечно, опять же необходимо увеличивать базовый оклад, а не только дополнительные выплаты, которые действительно во многом зависят от главного врача.

Следующий вопрос, это касается страхования ответственности. Это вопрос старый, ему много-много лет. Сначала планировали страхование ответственности медицинского работника, но медицинский работник не может отвечать, он не юридическое лицо, денег у него тоже нет на выплату страховки. Потом пришли к такому, в общем-то, неплохому решению, об обязательном страховании гражданской ответственности.

Этот закон был разработан, там предлагалось создать страховые организации, поскольку сейчас по искам, которые почти все выигрываются, платит кто? Больницы. С чего они платят? Со своего бюджета, тем самым снижая возможности закупки оборудования, и так далее, и так далее. Я не знаю, вот кто сейчас может сказать о том, что с этим законом? Минздрав России или кто? Потому что в принципе страхование гражданской ответственности, чтобы отделить страховые деньги от бюджета, это очень важно.

И ещё вопрос. Вот уже почти родился закон о первой помощи. Так вот: может ли врач, обязан ли врач оказывать первую помощь? И многие считают, что врач не обязан оказывать первую помощь. Я не совсем понимаю когда говорят, что врач не обязан оказывать первую помощь, довольно сомнителен этот постулат. И, на мой взгляд, когда мы сейчас разрабатываем закон о первой помощи, необходимо параллельно с законом о первой помощи, о расширенной первой помощи, разрабатывать закон доброго самаритянина. Чтобы в нем говорилось, что человек, который оказывает первую помощь, делает это из благородных побуждений. И даже если случится смерть, он в этом не виноват, уголовно не ответственен. И медицинское общество должно это поддержать, чтобы врач оказывал первую помощь.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое, Николай Фёдорович.

Я бы хотел всё-таки высказать небольшую реплику. Небольшую реплику в отношении тяжести труда. И поддержать профсоюзы относительно специальной оценки охраны труда, это то, о чём сказал Николай Фёдорович.

Как сравнивать тяжесть? Чрезвычайно важен фактор психоэмоционального напряжения. Говорят про рабочих горячих цехов и так далее. При всём моём глубоким уважении, когда вы отделяете опухоль от аорты, это не физически тяжело, хотя и физически тоже. Но одно неверное движение – и ребёнок, который лежит на операционном столе, он просто погибнет. Это совершенно иное принятие решений и иной труд. Его невозможно ни с чем сравнить, при всём моём уважении к педагогам, юристам, судьям, к кому угодно. Понимаете? Это совершенно другое.

Правда, хирург хирургу рознь, и один отделяет опухоль от аорты, а другой нет. И вот здесь мы должны пройти по этой тонкой грани и понять, кто находится в зоне риска профессионального выгорания.

Я хочу вам сказать совершенно объективно. Женщина-реаниматолог выгорает примерно через месяц и вы должны оставить её в покое, перевести, например, на год на работу анестезиологом. Примерно через год можете снова её назначить реаниматологом на месяц. Больше месяца она не выдержит, и мы должны об этом всегда говорить.

Коллеги, почему я специально позволяю себе делать реплики? Мне хочется как-то повысить градус нашей дискуссии. Давайте, покуда у нас есть такая возможность, поставим эти вопросы ребром. Нам немного удастся, я это понимаю с исторической точки зрения, но мы должны стараться, продвигаться хотя бы на несколько шагов вперёд.

Я хочу предоставить слово Петровой Ирине Анатольевне, ведущему научному сотруднику Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Семашко.

Пожалуйста, Ирина Анатольевна.

Петрова И. А. Спасибо. Добрый день, коллеги!

Вы знаете, я позволю себе только одну иллюстрацию из всего того, что приготовлено.

Будьте добры, слайд. *(Демонстрируется слайд.)*

Вот посмотрите, наверняка кому-то из вас знакома эта картина – это Иероним Босх «Извлечение камня глупости», находится она в музее Прадо в Мадриде. Я очень люблю эту картину и часто её демонстрирую во время занятий, которые провожу с руководителями медицинских организаций и организаций здравоохранения в целом.

Вы знаете, вот от чего мы давно уже отошли, но всё равно живём как в ту эпоху. Пациент, вроде как несведущий, хотя за ним и доктор стоит, и вроде он компетентный достаточно, врач, который извлекает вот эти камни глупости. На самом деле там извлекаются тюльпаны, эквивалент особой значимости в те времена. Так вот я к тому, что, конечно, ситуация давным-давно изменилась, но не всё у нас оказалось закреплено. И я благодарна коллегам, которые сегодня сказали о большой формуле. Вот мы говорим: социальный статус. А на самом-то деле это – большая формула, в которой и праву должно быть отведено своё особое место.

О чём я хочу сказать? О тех составляющих слагаемых этой большой формулы, которая не требует никакой специальной финансовой поддержки и одновременно находится в руках медицинского работника. Да, его защита – в его собственных руках. Сегодня отчасти это звучало, но достаточно косвенно, я хочу немножечко более акцентированно об этом сказать.

Первое – это высокий уровень медико-правовой грамотности медицинских работников. Достаточно часто врач чувствует себя неуверенно, а мы же говорим о том, что он должен чувствовать себя уверенно. Защита – это уверенность, это отсутствие стрессогенов, которые вполне управляемые. Вот эти стрессогены, тут конфликт-менеджмент – вполне управляемая история. Посмотрите, это ведь не про-

сто благопожелания. Должностная инструкция любого медицинского работника. Мы открываем, первая строчка, наверняка многие помнят, знание основ законодательства об основах здоровья граждан. То есть это – соответствие должностной инструкции. При всём при этом – это его защита. Достаточно часто у нас возникают конфликты, которые рикошетом ударяют в медицинского работника от отсутствия вот этих базовых медико-правовых компетенций. Поэтому, конечно, проведение специальных занятий, организация этих занятий – это просто ежедневная норма деятельности медорганизаций, отдела кадров, руководителей, юристов, работающих там, медиаторов, если они есть, психологов. Потому что всё, что называется, идёт в эту копилку.

Второй момент, на который я хотела бы обратить внимание, тоже очень серьёзный стрессоген. И это уже давно формирующаяся сфера. Потому что с 1992 года складывается целая отрасль, так называемая медицинская правда.

А вот другое направление, другая форма защиты, вид защиты, он, наоборот, никак не может сформироваться в нашей стране, к величайшему сожалению, и обрастает драматическими историями, свидетелями которых мы становимся в последние годы всё чаще и чаще, в их числе и дело Елены Николаевны Мисюриной.

Что я имею в виду? До сих пор в нашей стране отсутствует информационный реестр ситуаций, когда совершается «невиновное причинение вреда здоровью». В большинстве стран мира вот эта информация – это третий источник повышения профессиональной компетенции медицинских работников, базовое образование, опыт клинициста, вот эта информация, вот такой реестр. А мы не просто не создаём реестр, мы пытаемся всеми возможными способами это не видеть и никак не фиксировать.

И поэтому на самом-то деле предложение такое. Кстати, вы обратили внимание, я сказала «врачебная ошибка». Выступая не так давно в Академии Следственного комитета, я говорила об этом, на мой взгляд, понятие «врачебная ошибка» исчерпало свой смысловой ресурс, потому что к этому понятию не очень симпатичное отношение и со стороны пациентов – вроде как ошибка, чего-то недоделал, недодумал, и со стороны медицинских работников. Мы не совершаем как таковые ошибки. Это либо осложнения, анатомические особенности, либо любые виды невиновного причинения вреда здоровью вне оценки такого действия как виновного, то есть как преступного, естественно.

Так вот, как создавать такие реестры? Много уже лет пытаюсь говорить об этом в профильных медицинских ассоциациях. И потом, общероссийский реестр врачебных ошибок. Ведь то же самое страхование, которое сегодня упоминалось вот по той же 72-й статье Гражданского кодекса, когда возможно? Когда мы точно можем провести демаркационную линию между виновным и невиновным причинения вреда здоровью. Поэтому, конечно, те же самые страховые организации заинтересованы в создании такого рода реестра.

Но ещё, коллеги, буквально одну минуту. Также много лет говорим о том, что необходимо создавать этический кодекс для журналистов, пишущих на медицинские темы, потому что это тоже дополнительный стрессоген, отсутствие такой ответственности. Спасибо большое.

Председательствующий. Спасибо вам большое. *(Аплодисменты.)* И за «врачебную ошибку».

Мы берём понятие «суррогатное материнство», например. Почему «суррогатное»? Почему не «заменное»? Почему не «второе»? Мы берём «врачебную ошибку». Почему не «неуспех», «неудача»? Почему именно «ошибка»?

И, конечно, отдельно о наших уважаемых коллегах журналистах. Ведь чрезвычайно простая ситуация: при любом обвинении врачи не имеют право защищаться, поскольку идёт речь о разглашении врачебной тайны. Мы не можем сказать правду, суть, степень обследования, сопутствующие заболевания, тяжесть состояния, ничего сказать нельзя, запрещено. Поэтому это же невозможно, это же отсутствие взаимодействия. Мы должны об этом всегда помнить.

Пожалуйста, Сергей Борисович Дорофеев, главный врач Городской клинической поликлиники № 1 города Новосибирска.

Дорофеев С. Б. Добрый день, уважаемые коллеги.

Пожалуйста, слайд. *(Демонстрируется слайд.)*

Вопросы, касающиеся социального статуса медицинского работника и его юридической защиты и страхование профессиональной ответственности, прежде всего, основывается на правовом статусе самого медицинского работника, который в современном законодательстве Российской Федерации рассматривается в нескольких аспектах, я бы сказал, некой даже такой двусмысленности. *(Демонстрируется слайд.)*

Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определены права, обязанности медицинских работников, а также ограничения, налагаемые при осуществлении профессиональной деятельности. Следовательно, формально медицинский работник является субъектом правоотношений в сфере охраны здоровья, в то же время медицинская деятельность, согласно этому закону, это лицензируемый вид деятельности, который де-юре вправе осуществлять только юридические лица, то есть медицинские организации и индивидуальные предприниматели. *(Демонстрируется слайд.)*

Опять-таки, исходя из положений статьи 69 федерального закона № 323-ФЗ, медицинскую деятельность осуществляют медицинские работники. В части первой этой статьи сказано, что право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации, в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами, и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста. И даже нет условия, что эти лица должны состоять в трудовых отношениях с медицинской организацией. *(Демонстрируется слайд.)*

При этом в федеральном законе № 323-ФЗ под «медицинской деятельностью» понимается профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-эпидемиологических, профилактических мероприятий, и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией органов, и так далее. На наш взгляд, необходимо внести изменения в федеральный закон № 323-ФЗ и чётко развести, что называется, медицинскую деятельность, осуществляемую юридическими лицами, медицинскими организациями на основании лицензии по порядкам оказания медицинской помощи и контролируемым государством, и профессиональную деятельность медицинских работников, осуществляемую физическими лицами, медицинскими работниками по соответствующим профессиональным стандартам, допущенными через процедуру аккредитации специалистов и контролируемым профессиональным сообществом. *(Демонстрируется слайд.)*

Также необходимо внести в федеральный закон № 323-ФЗ изменения, расширив положение о профессиональных некоммерческих организациях, предусмотрев закрепление понятий «национальная общероссийская врачебная палата», «региональная врачебная палата», «профильная профессиональная организация врачей по специальности», определение правового статуса указанных организаций. Обязательное членство врачей в региональных врачебных палатах, возможно, с введением отсроченных норм и переходных положений. Без этого просто бессмысленно говорить обо всей этой совокупности составляющих социального статуса медицинских работников и порядках его осуществления. *(Демонстрируется слайд.)*

Как было уже сказано, сейчас медицинский работник получает право на работу после процедуры аккредитации специалиста. Но и здесь необходимо изменение законодательства, которым до сих пор не урегулированы следующие вопросы: соотношение процедуры аккредитации специалиста и оценки квалификации, предусмотренной трудовым законодательством, проведение аккредитации специалистов для уже работающих медицинских работников (так называемая «реаккредитация»), единые требования к оснащению аккредитационных центров и правовой статус медицинских симуляторов, порядок привлечения медицинских работников к аккредитации и оплата этого периода. *(Демонстрируется слайд.)*

Непрерывное образование проводится только в рамках пилотного проекта и в законодательстве по-прежнему существует норма про обязательное обучение раз в пять лет, а обучение – это лицензия на образовательную деятельность, которую не имеют профессиональные организации.

Частью 2 статьи 72 федерального закона № 323-ФЗ предусмотрено, что Правительство Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления вправе устанавливать дополнительные гарантии и меры социальной поддержки медицинским работникам и фармацевтикам за счёт соответствующих бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов. Обратите внимание, что все эти органы в законе написаны через запятую. Эта норма была сформулирована, когда в жарких спорах писались Основы и предлагался очень широкий спектр мер социальной поддержки. И тогда решили закрепить общую норму, чтобы в дальнейшем и Правительство России, и субъекты могли устанавливать дополнительные гарантии. *(Демонстрируется слайд.)*

Сейчас же юристы и финансисты трактуют её по-другому, что Правительство России из федерального бюджета может устанавливать такие гарантии только федеральным учреждениям и на уровне постановления Правительства России ничего для регионов установить нельзя. В итоге нет единых норм, регулирующих меры социальной поддержки медицинских работников. Конечно, есть указы Президента, медленно, но повышается заработная плата, реализуется кадровая программа в регионах. Минздрав России обобщает эту практику, есть программа «Земский доктор» и так далее, и «Земский фельдшер», всё это хорошо. Но, на мой взгляд, учитывая, что подавляющее большинство медицинских работников – женщины, ещё очень хорошо было бы решить вопрос о предоставлении для детей медицинских работников мест в особом первоочередном порядке в детских садах. Иначе у нас получается: педиатр готов выйти на работу, но у него маленький ребёнок, а ему говорят: мест нет пока в детском саду, дожидаетесь в общем порядке. *(Демонстрируется слайд.)*

Также уточнения на федеральном уровне требует положение пункта 7 статьи 17 федерального закона № 323-ФЗ о создании благоприятных условий в целях привлечения медицинских работников и фармацевтиков для работы в медорганизациях в соответствии с федеральным законом № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

Сначала Минздрав России разъяснял, что эти условия должны быть определены на уровне закона субъекта Федерации, теперь с учётом... *(Микрофон отключён.)*

Председательствующий. Включите микрофон, пожалуйста. 30 секунд у вас.

Дорофеев С. Б. Сколько?

Председательствующий. Уже 28.

Дорофеев С. Б. Хорошо. Теперь с учётом решения судов, исходя из самостоятельности муниципальной власти следует, что такие решения должны быть приняты только на уровне муниципалитета, что, на наш взгляд, не то что неконструктивно, но и невыполнимо. Выход один: что конкретно должен сделать муниципалитет – либо нужно закрепить в федеральном законе, или предоставить это право субъектам самим определить на региональном уровне с последующим финансированием. *(Демонстрируется слайд.)*

А для защиты врача, я считаю, нужно тоже внести определённые изменения в федеральный закон.

Что касается страхования нашей врачебной деятельности, то нужно разработать единую систему страхования медицинских работников с учётом результатов пилотного проекта по взаимному страхованию, в том числе определить тарифы и источник финансирования... *(Микрофон отключён.)*

Председательствующий. Спасибо большое.

Пожалуйста, слово предоставляется Александру Владимировичу Саверскому, президенту Общероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов».

Саверский А. В. Здравствуйтесь, уважаемые дамы и господа, уважаемый президиум! Прежде всего, от имени пациентского сообщества позвольте низко вам поклониться за всю вашу работу, которую вы делаете для спасения жизни и здоровья людей. Времени мало, и я, к сожалению, должен, кроме своего основного доклада, коротко сказать о следующем.

Если вы хотите получить лояльного к себе пациента, то надо проявить лояльность к пациенту. В чём это выражается, если бы мы вывели такую формулу? Первое – это доброжелательность. Второе – это законность. Третье – это этика. И четвёртое – профессионализм. Четыре компонента. Ещё раз: доброжелательность, законность, этика и профессионализм. Доброжелательности нужно учиться, потому что 90 % конфликтов – это, извините, нежелание врача доброжелательно общаться с пациентом.

Второе, о чём я хотел бы сказать. Заработная плата, согласно указам Президента России, должна быть на одну ставку, это вытекает из норм Трудового кодекса, врач буквально не имеет права для безопасности пациента работать по 55 часов. В Трудовом кодексе написаны санитарные нормы, которые нам, пациентам, позволяют быть защищёнными от того, что врач перегружен. Там написано: не больше 39 часов. Кто разрешил всё это совместительство безумное, которое позволяет хирургу по 36 часов стоять за операционным столом, что это такое?

И по страхованию врачей, я не знаю, ну, давайте ликбез уже проведём что ли, ну, сколько можно одни и те же мифы развеивать? У нас ответственность, гражданская ответственность лежит на медицинской организации, она может делегировать, регрессировать иск, но на практике, как вы знаете, этого не происходит. А уголовная ответственность здесь вообще ни причём. Застраховать уголовную ответственность нельзя. Как вы себе это представляете? Извините, у меня страховка, я в тюрьму не пойду? Понимаете, это просто базовые вещи.

Но это будет актуальным только тогда, когда количество исков хотя бы перевалит за тысячу в год. Вы спросите Федеральный фонд ОМС, там цифры есть, их просто несколько сотен исков, средняя сумма возмещения тысяч 150, наверное. Проблемы-то нет, проблема на самом деле... Вот как раз переходим к основному. Включите, пожалуйста, первый слайд. *(Демонстрируется слайд.)*

Проблема в уголовной ответственности, именно она является ключом ко всему тому страху, который испытывают, и в том, как от этого избавиться, как от этого защититься.

И начать надо с того, что предмет регулирования Уголовного кодекса Российской Федерации в самом начале, в особенной части, начинается с предмета деятельности самих врачей – с жизни и здоровья. То есть, если с жизнью и здоровьем что-нибудь не так происходит и рядом был врач, то уже половина состава преступления налицо. Это действительно в этом смысле уникальная профессия, больше таких нет. То есть жизнь и здоровье – это совпадение уголовных норм и деятельности врача. Уже поэтому это проблема. Ну, и соответственно, поскольку в основном ответственность наступает по нормам с неосторожными формами вины, то об этом надо отдельно поговорить. *(Демонстрируется слайд.)*

Значит, здесь у нас легкомыслие и небрежность. И обратите внимание на формулировки. Просто, не юристы, они мало на это смотрят, да и хороших юристов тоже немного, к сожалению. А вина, чтобы вы понимали, это психологическое отношение, психическое отношение человека к своему деянию. И суд это оценивает серьёзно. Представляете, да? Как он там относился в тот момент, чего он там делал по своему деянию? Вот так или иначе? *(Демонстрируется слайд.)*

Вот эта норма, которая почти не используется, к сожалению, в правовой практике, и которая как раз сейчас прозвучала – «невиновное причинение вреда». То есть я стоял, делал, как я считаю, все правильно, а пациент умер. Я виноват? Да, нет, как бы. И вот, что очень важно. *(Демонстрируется слайд.)*

Очень важно в этом самом «невиновном причинении вреда» понимать следующее: профессиональное отношение к делу состоит в том, что врач, ну, вообще любой профессионал, считает, что он совершает общественное благо, то есть считает, что он действует правильно и это есть «невиновное причинение вреда». И если я действую, не сознавая как бы того, что один из возможных сделанных мною выборов привёл к негативным последствиям, то здесь нет вины. Тем более, если экспертная комиссия решит, что, в принципе, да, там были какие-то сомнения. *(Демонстрируется слайд.)*

В общем, получается, что очень тонкая граница во всех этих психологических перипетиях, и надо просто понимать, что в целом в рамках профессии человек действует в состоянии уверенности, что действует на общественное благо. Врач, выбирая тот или иной способ помощи, часто находится в состоянии неопределённости и делает выбор, как правило, исходя из понимания того, что поможет пациенту, то есть действует во благо. И что самое главное – в этой ситуации сомнение трактуется в пользу обвиняемого. Понимаете, да?

И последнее. Допустить мысль, что врач сознаёт, что его действия причинят вред, значит, обвинить его в умышленном причинении вреда. *(Демонстрируется слайд.)*

И если бы врач точно знал, что из всех вариантов наступит вред, если бы он точно знал, что произойдёт, наверняка бы он вёл себя по-другому. Я считаю, что это такой решающий довод против уголовной ответственности врачей и профессионалов вообще, потому что опять же сомнение трактуется в пользу обвиняемого.

Что делать, Дмитрий Анатольевич? Мне ещё минуты три нужно.

Председательствующий. Пожалуйста, продлите.

Саверский А. В. Спасибо.

Значит, почему я об этом говорю? Потому что на самом деле не трудно заметить, что уголовная ответственность не решает никаких проблем, даже с точки зрения пациентов не достигается неотвратимость наказания. Адекватность уголовной ответственности спорна, пациенты говорят: да, мы не хотим, чтобы он сидел, мы хотим, чтобы он не вредил другим людям, потому что это не врач, а у вас, медицинского сообщества, нет возможностей убрать этого псевдоколлегу, чтобы он действительно не вредил.

И главное, что уголовная ответственность заставляет систему скрывать свои ошибки, соответственно, не даёт возможности их исправлять, это самое страшное, что происходит. И, конечно, уголовная ответственность превращает в массовом сознании врача в уголовника, то есть в убийцу.

Поэтому я, как представитель пациентского сообщества, считаю, что уголовная ответственность вредна, тем более, что её можно заменить. *(Демонстрируется слайд.)*

Вот то, к чему привела система уголовной ответственности в сочетании с рыночным регулированием, когда врача сейчас распяли и говорят ему: то ли лечи, то ли зарабатывай деньги, а при этом над ним висит уголовка. У нас произошло резкое ухудшение доверия населения с 35 % до 55 % к врачам, не к системе здравоохранения, а именно к врачам. Что очень важно – это всего лишь за два года произошло, до этого показатель 35 % стоял много лет. Все эти цифры прозвучали – количество обращений в Следственный комитет увеличилось в три раза, количество уголовных дел тоже выросло, количество нападения на врачей увеличилось, и есть уже иски по 15 миллионов рублей, которые выиграны, это иски единичные, поэтому делать из этого проблему абсолютно не надо. *(Демонстрируется слайд.)*

И если мы в административную ответственность всё это перенесём, то у нас не будет угрозы сесть в тюрьму, а значит, появится возможность говорить правду, анализировать ошибки и их исправлять, оздоровит атмосферу в отрасли, ускорит разбор конфликтов и этих самых преследований, которые длятся на самом деле по восемь лет. Представляете, врач под угрозой уголовного преследования – восемь лет! Это жуть. Кодекс об административных правонарушениях не хуже Уголовного кодекса Российской Федерации решит проблему со штрафами и, соответственно, с лишением права заниматься медицинской деятельностью. *(Демонстрируется слайд.)*

И я считаю, что наказание, прежде всего, должно быть не за вред, а за нарушение правил стандартов и качества стандартов. Это вы решаете у себя внутри, но, с нормативной точки зрения, прежде всего, что там будет с пациентом, врач не знает точно. Но сейчас, если он точно нарушил правила, то это уже маленький штраф 100 рублей, может и заплатить, а если что-то серьёзное, тогда уже надо серьёзно разбираться.

Ну и, собственно говоря, исполнителем всей этой системы... Да, речь идёт о переносе. *(Демонстрируется слайд.)* Соответственно, из УК РФ я предлагаю исключить все нормы о врачах с неосторожной формой вины и формировать соответствующий комплекс норм в Кодексе об административных правонарушениях, и исполнительный орган у нас есть – это Росздравнадзор.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое, спасибо.

Слово предоставляется Дмитрию Сергеевичу Шишкину, начальнику управления страхования ответственности «Ингосстраха». Прошу вас.

Коллеги, мы вынуждены всё-таки соблюдать регламент. Пожалуйста.

Шишкин Д. С. Коллеги, добрый день.

Хотел бы пару слов сказать по страхованию профессиональной ответственности врачей, медицинских работников, сообщить о том, что происходит в мире, и о том, что происходит у нас. Слайд, пожалуйста. (*Демонстрируется слайд.*)

Во всём мире страхование профессиональной ответственности врачей является де-фактом стандарта деятельности. Это не значит, что оно обязательно и все должны застраховаться, но во всех странах страхуются, причём в европейских странах охват 100 %. И с чем это связано? Вот, например, статистика по Соединённым Штатам. Среднее число претензий пациентов, которые заявляются, 2 % от общего числа койко-дней. То есть не надо думать, что только российские врачи, как в СМИ говорят, плохие, пациентов калечат. Во всём мире предъявляется много претензий. Вот в Штатах за 2017 год предъявлено 391 тысяча претензий. Общая сумма заявленных претензий 21 млрд долларов, из них оплачено 3,8. Вопрос: а почему такая разница? А потому что даже по статистике Соединённых Штатов, 60 % претензий не обоснованы. То есть это не обязательно потребительский экстремизм, о котором говорят часто, это просто заблуждение. Понятно, что когда ваш родственник, не дай бог, умер, то у вас эмоциональный фон такой, что вы вините всех, кого только можно, в том числе и врачей. Особенно это связано с онкологией, мы это видим, онкология и гинекология. Вот там просто сразу виноват врач, что бы ни случилось. Соответственно, это работа страховых компаний там, на Западе – разбираться с пациентами.

Теперь пару слов о том, что происходит в России. (*Демонстрируется слайд.*)

В России... Ну, во-первых, начнём с того, что в открытых источниках нет вообще никаких данных о том, что происходит, сколько предъявляется пациентами претензий к врачам, и с чем они связаны. Во-вторых, в последние годы намечается очень негативная тенденция, когда пациенты сразу жалуются в Следственный комитет, в прокуратуру и так далее, и заводятся уголовные дела. Об этих цифрах, они есть и у меня на слайдах, тоже сказали мои коллеги. И это очень плохо – и с точки зрения врачей, и с точки зрения страховщиков.

Очень интересная статья была в «Коммерсанте» полтора месяца назад, в которой проводился опрос медиков. И вот на слайде тоже указано, что 78 % врачей жалуются на свою юридическую неграмотность, то есть они не знают, как себя защищать. А в целом оценка уровня правовой защищённости медработника 2 из 10. При этом часть опрошенных считают, что, к сожалению, медицинские учреждения полноценно не готовы их защищать, потому что иногда легче на какого-то врача все спихнуть, а медицинское учреждение останется как бы ни при чём.

В связи с этим, что вообще позволяет осуществить страхование ответственности, что уже сейчас есть в России. Первое, конечно, самое важное, это возмещение вреда, причинённого жизни и здоровью пациента, в том числе это выплаты по моральному вреду. Если пять, десять лет назад выплаты по моральному вреду, даже в случае смерти пациента, были 50 тысяч рублей, то теперь уже есть случаи выплаты 15 миллионов в Санкт-Петербурге, и 10 миллионов. Пять, шесть, семь миллионов рублей – выплаты таких сумм присуждаются.

Дальше, конечно, это общение с пациентами и их законными представителями. Потому что, давайте прямо, врач должен лечить, а не должен вместе с юристом больницы заниматься спорами с пациентами. Есть специальные профессионалы, которые могут решить все эти вопросы.

Далее. Организация проведения независимых экспертиз. Это тоже важно, и в уголовном деле тоже важно. Почему врачи не могут защититься? Потому что они не знают: а кто проведёт эту экспертизу? Кто докажет, была связь с их действиями или не было этой связи? Соответственно, организация проведения независимой экспертизы в других больницах, у экспертов, у светил в данной области – это очень важно.

Ну и, наконец, конечно, если уж дошло до суда, то защиту интересов врачей в суде тоже страховая компания осуществляет. В том числе, в принципе, в уголовном процессе защита возможна тоже. (*Демонстрируется слайд.*)

И что же в принципе предлагается? Первое, конечно, самое главное, с нашей точки зрения, это закрепление понятия врачебной ошибки. Сейчас её вообще в законодательстве нет.

Второе – это приоритет гражданскому процессу. Нужно убирать уголовную ответственность и заменять её административной. Потом возможность создания независимых комиссий при Минздраве России и при локальных федеральных. Это по типу этических комитетов, когда врачи будут с представителями Минздрава России решать – ошибся врач, не ошибся, сознательно, не сознательно и так далее. Наконец, это создание положительной мотивации врачей и медицинских учреждений к добровольному страхованию. Там возможны налоговые вычеты, отнесение расходов на себестоимость, на страхование, потому что сейчас они относятся на прибыль. Ну и так далее.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое.

Да, пожалуйста.

Саверский А. В. Прошу извинить. А вы не оценивали, когда речь идёт о страховании ответственности, количество конфликтов в результате поданных исков, что произойдёт вследствие страхования

ответственности? Потому что это деньги на кону. Вот мне, как защитнику пациентов, это выгодно. А вы понимаете, что за этим последует? Вот в Америке показали цифры – это результат работы денег. То есть – а, деньги дают? Я пойду в суд! Вот эту оценку вы делали? И врачи у вас не будут из суда вылазить. Вы не привели эти цифры, но среднестатистический американский акушер-гинеколог за свою врачебную карьеру с вероятностью 200 % угодит в суд.

Шишкин Д. С. Ну, мы в любом случае к этому придём, потому что число претензий растёт, и наши пациенты становятся все более и более юридически грамотными. Поэтому и во всём мире страхование работает эффективно, и коллеги – иностранные врачи в том числе, понимают, зачем они страхуются, и что они делают. Это их защищает. Вот и всё. Вопрос только в том, как это организовывают.

Председательствующий. Спасибо большое. Но в Америке врач является субъектом права и носителем лицензии, имеет свою ответственность.

Шишкин Д. С. Да, согласен.

Председательствующий. Спасибо большое.

Слово предоставляется Сергею Анатольевичу Лившицу, вице-президенту Союза медицинского сообщества «Национальная медицинская палата». Пожалуйста. Пять минут, пожалуйста.

Лившиц С. А. Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемый президиум, коллеги!

Очень трудная задача передо мной стоит – за пять минут рассказать о той работе, которую Национальная медицинская палата проводила на протяжении последних трёх лет по созданию и развитию института независимой экспертизы в Российской Федерации. Но я попробую. Учитывая, что презентация длинная, я буду просить отдельные слайды показать.

Дело в том, что подоплёкой всего послужила 58 статья действующего закона № 323-ФЗ, третья часть которой декларировала право гражданина на проведение независимой экспертизы. К сожалению, дальше статьи законодатель не пошёл. Механизм так и не был разработан, соответствующее постановление Правительства России не было принято. И поэтому Национальная медицинская палата вначале в рамках пилотного проекта взяла на себе смелость разработать некую модель проведения независимой экспертизы. В основу были положены некоторые основополагающие принципы, часть которых мы взяли из зарубежного опыта, прежде всего, из опыта работы комиссии по так называемым врачебным ошибкам Земельных палат Германии. В основу было положено то, что комиссию независимую возглавляет не врач, а юрист, что позволяет обеспечить более объективное рассмотрение.

Мы взяли принцип анонимности, то есть он подразумевает, что все документы, которые поступают на экспертизу, подвергаются обезличиванию, и эксперт, который пишет рецензию, получает все эти документы в обезличенном виде, который препятствует возможности установления, где происходил конкретный случай.

И третий принцип – принцип экстерриториальности. *(Демонстрируется слайд.)* Принцип экстерриториальности, который подразумевает, что дело направляется на рассмотрение эксперту, который не имеет отношения к территории, где происходил конкретный случай. Вот за три года, здесь такая карта субъектов, которые участвовали, так или иначе, в пилотном проекте по независимой экспертизе. Это 23 субъекта сегодня, этот процесс ещё более расширяется. *(Демонстрируется слайд.)*

Мы рассматриваем независимую экспертизу в системе медицинских экспертиз как экспертизу качества медицинской помощи. Коротко на этом остановлюсь. Наверное, некорректно говорить о независимой судебно-медицинской экспертизе, так как соответствующий закон уже декларирует 7 статью судебно-экспертной деятельности, независимость эксперта.

Говорить о других из шести видов экспертиз также считаем неправомерно. Экспертиза качества медицинской помощи – вот в этом аспекте мы и рассматриваем независимую экспертизу. *(Демонстрируется слайд.)*

Почему профессиональное сообщество? Ну, здесь ответ, на мой взгляд, достаточно простой. Простекает он из части второй статьи 64 федерального закона № 323-ФЗ. И отсюда видно, что если профессиональное сообщество разрабатывает клинические рекомендации, следовательно, наверное, вправе давать и соответствующую экспертную оценку. *(Демонстрируется слайд.)*

Вот как мы определяем независимую экспертизу. Не буду цитировать, представлено на слайде. *(Демонстрируется слайд.)*

Мы начинали с того, что, исследуя немецкий опыт, рассматривали независимую экспертизу, прежде всего, как инструмент досудебного урегулирования. И таблица, которая здесь представлена, она, в общем-то, и завязана на многие вещи, о которых до меня здесь говорилось с этой трибуны. И, в частности, мы важную роль придавали функции управления качеством медицинской помощи через аналитику и систематизацию дефектов.

Ирина Анатольевна, которая выступала передо мной, сказала, что, к сожалению, не ведётся такой статистики. Сегодня Национальной медицинской палатой такая статистика ведётся, и у нас уже есть первый опыт в подготовке ежегодного аналитического доклада по таким случаям. Мы готовы его представить. Нами была разработана организационно-функциональная модель в проведении независимой

экспертизы в территориальных профессиональных и некоммерческих организациях, входящих в состав Национальной медицинской палаты.

Первый такой центр независимой экспертизы был создан при Врачебной палате Московской области, создан и успешно работает. Только за два года, как видите, более 300 обращений, 70 комплексных экспертиз. И обращаю внимание, что 30 экспертиз было проведено по материалам уголовных дел.

Мы не думали, что вызовет такой шквал обращений конкретно по уголовным делам, но тем не менее нам пришлось этим заниматься. Это я просто показываю, как выглядят документы, которые приходят. *(Демонстрируется слайд.)*

И на правом слайде – это пример экспертного заключения независимой экспертизы, которую даёт центр. По группам риска здесь все наши данные коррелируются с данными других источников. У нас в группе риска всегда три профиля: хирургия, реанимация, акушерство. Сейчас к ним ещё присоединилась профильная неонатология. А дальше – статистика, которая приводилась и до меня. Вот Александр Владимирович только что нам об этом говорил. Чем занимается сегодня Следственный комитет и... *(Микрофон отключён.)*

Председательствующий. Прошу вас, включите микрофон.

Лившиц С. А. Так вот, с чем мы столкнулись по материалам экспертизы по уголовным делам.

Здесь перечислены статьи, по которым возбуждались дела, это всё известно, ничего нового здесь нет.

Что хотелось бы отметить? К сожалению, по данным наших экспертиз, например, в 16 из 20 случаев при отсутствии прямой причинно-следственной связи, которая, как известно, является основным моментом для возбуждения уголовного дела, при отсутствии причинно-следственной связи возбуждались уголовные дела и доходили до судов, и, более того, были приняты решения по этим делам.

Какой мы видим основной тренд, основной вывод? Сегодня медицинская помощь является многофакторным процессом, в этом процессе задействован не только конкретный врач, но чаще всего, к сожалению, в отношении конкретного врача возбуждается уголовное дело.

Здесь мы считаем крайне важным проведение в уголовном процессе именно комплексной независимой экспертизы с обязательным включением в состав экспертных комиссий наиболее авторитетных профильных специалистов из практического здравоохранения и обязательно врачей – организаторов здравоохранения, которые в полном объёме владеют информацией на сегодняшний день и могут дать суду объяснения касательно порядков оказания медицинской помощи. Это очень важный момент.

Вопросы независимой экспертизы, требующей правового регулирования, также изложены.

С чем мы столкнулись? Наиболее важным считаем вопрос внесения изменений в 13-ю статью о врачебной тайне. Считаем, если сегодня страховые медицинские организации, Росздравнадзор имеют право истребовать любую документацию для проведения экспертизы, такое же право должно быть предоставлено профессиональным организациям, если им предоставляется право на проведение независимой медицинской экспертизы.

Ну и полностью согласен с выступающими в том, что преступления с неосторожной формой вины должны уйти у нас в административно-деликтное право. Иначе как «беспредел» эту ситуацию, которая сегодня происходит, назвать не могу. Дело гематолога Мисюриной получило большой общественный резонанс, и хорошо, что оно получило такой резонанс. Но могу сказать, что у нас на сегодняшний день порядка 30 таких же дел, по которым общественного резонанса нет, а ситуация примерно та же самая. И с этим нам предстоит работать.

Благодарю за внимание. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое.

Да, пожалуйста.

Саверский А. В. Скажите, пожалуйста, вот вы говорите, что экспертиза независимая. Согласно уставу НМП её задача защищать интересы своих членов. Как я, как пациент...

Лившиц С. А. Мы рассматриваем заявления как пациентов, так и врачей. К сожалению, так и с другой стороны...

Саверский А. В. Нет, вопрос не в том, что вы рассматриваете, а в том, как я могу доверять, если у вас в уставе написано, что вы должны защищать интересы своих членов?

Лившиц С. А. Вы знаете, философский вопрос, можем долго дискутировать на эту тему.

Саверский А. В. Спасибо.

Лившиц С. А. Каждый, в конце концов, отвечает перед своей совестью, прежде всего, а наша задача доказать, что во врачебном сообществе не происходит то, что называется рука руку моет, а оно способно провести объективно экспертизу.

Председательствующий. Спасибо.

(Идёт обсуждение.)

Коллеги, вопрос понятен. Спасибо большое.

Лившиц С. А. Спасибо.

Председательствующий. Слово предоставляется Степану Владимировичу Фирстову, члену совета по саморегулированию Торгово-промышленной палаты Российской Федерации. Пожалуйста.

Будьте добры, соблюдайте регламент.

Фирстов С. В. Да, я буду краток.

Спасибо большое.

Я вот сегодня послушал всех. За вашу позицию, Дмитрий Анатольевич, я на самом деле Богу благодарен. Потому что вот так заявить, что на самом деле врачи сегодня не субъекты права, это сильно звучит. Но я бы хотел встать на место простого врача и высказать мнение с этой точки зрения. Знаете, мы здесь сейчас поговорили и разъедемся. А ему завтра выходить на работу и понимать, чем он рискует, чем он живёт, и так далее, и тому подобное.

Я не буду сейчас разливать воду и плакать, я скажу только одно, что на самом деле врачебная ситуация до крайности доведена с точки зрения самого врача, который не верит никому. То есть, понимаете, не верит ни пациенту, ни депутатам (вы уж простите), не верит ни юристам, не верит Минздраву России абсолютно, не верит никому. Врачи – рабы. Правда, так. То есть они рабы в государственном учреждении, потому что главный врач – это единственный их папа. Почему? Потому что он всё знает, он юридически образован, он ездит в Фонд ОМС, он ездит на все встречи, он все понимает. И как он им, под каким углом и что подаст, так они и принимают на веру. Почему? Да потому что они все выходцы из советской системы. Потому что они все жертвы модели Семашко, к сожалению. Они сегодня не образованы. И причём не потому, что они не смогли образоваться, им достаточно будет одного года, чтобы они выучили все юридические премудрости. Потому что то, что они делают для своих пациентов, простите, это они с Богом разговаривают.

Я с вами поделюсь только одним опытом, чтобы быть кратким. Я на самом деле взял на себя такое определённое право, я его нигде особо до сегодняшнего дня не афишировал. Слова «саморегулирование», «самоуправление» – они высоко звучат для врача, но я вам одно скажу. Я поставил для себя задачу понять, насколько добровольно может возникнуть горизонтальное внимание этого сообщества врачей, насколько они смогут друг друга принять как сообщество, пускай на уровне одной специальности, пускай на уровне одного какого-то региона. И мы придумаем модель как это всё сделать.

Она родится из исторического опыта нашего, родится из каких-то вещей, которые мы можем посмотреть, простите меня за это слово, за границей, а там давно колесо не квадратное, и там у них имеются разные модели. И во всём мире создана такая модель, такая система, когда врачебные сообщества выстроены по разным принципам, их объединяет только одно, что они на самом деле решают один вопрос, одну государственную задачу. Потому что счастливы станут все – и пациентское сообщество, и врачебное – когда смогут встретиться два человека, когда один человек, который потерял здоровье, придёт к другому – врачу, и тот ему поможет вернуть здоровье, понимаете, и на этом всё закончится. И тогда можно сказать: да, хорошая система, работает она.

Но другое дело, что мы сейчас оцениваем работу медицинских организаций не по излеченным пациентам, а по пролеченным пациентам. И любой врач, который реально сталкивается с пациентом, он это понимает. Ему главный врач говорит: нужно как-то статистику подправить. Подправим, ничего страшного, мы же одно дело делаем, да. Но сам-то врач понимает, он понимает, что на самом деле совсем не та работа учитывается государством.

И вот эта модель: врачи, пусть одной специальности, пусть в маленьком одном регионе, добровольно объединились в ассоциацию. Когда главный специалист понял, что это будет касаться его как чиновника затрагивать, что он будет не совсем компетентен, разговаривая со своими коллегами, он ушёл. А врачи, знаете, что сказали? Мы останемся. И остались, более ста. Это первое.

Второе. Они сказали: мы согласны добровольно сдавать взносы. Почему? Потому что на эти средства начали тех же самых юристов приглашать, но эти юристы уже действовали не с позиции там главного врача одного коллектива, а с позиции рядовых врачей региона. Ведь, простите меня, сначала эти же самые главные врачи их по рукам били: эти операции не делайте, другие не делайте. Потому что не понимали, чем всё может закончиться.

Другое дело, что сейчас эти люди просто не умеют делать эти операции – им хочется, но им уже сложно это всё освоить. Но они понимают, что случись любая авария на трассе, любая катастрофа где-то там, где нет квалифицированных коллег рядом, у них есть возможность не телемедициной заниматься, а позвонить тому, кто в эту ассоциацию горизонтальную входит и экстренно получить ту самую необходимую консультацию, и спасти больного. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое. Сегодняшний наш разговор, конечно, он наполнен эмоциями, я думаю, что все участники понимают это на самом деле.

Слово предоставляется Оксане Юрьевне Александровой, заместителю директора Московского областного научно-исследовательского института имени М. Ф. Владимирского.

Пожалуйста, пять минут.

Александрова О. Ю. Глубокоуважаемые коллеги! Я сейчас буду говорить свои пять минут о том, о чём, как сказал Николай Фёдорович, говорим мы уже много лет, но сейчас нам уже нужно принимать

решение, говорить уже больше нельзя. Почему? И я как представитель образовательной организации, могу проинформировать, что мы переходим к аккредитации специалистов.

Мы к ней не переходим, мы к ней уже перешли, и с 1 января 2019 года мы начинаем первичную специализированную аккредитацию медицинских работников, а конкретно тех, которые заканчивают обучение по программам ординатуры и по программам профессиональной переподготовки. Таким образом, мы переходим от сертификации специалистов к аккредитации специалистов.

Пути обратного уже нам нет, мы решили, для чего мы переходим, это же не смена одного фантика на другой – документа о сертификации на документ об аккредитации. Это серьёзное изменение правовой составляющей, то, о чём говорилось при разработке этой системы, это переход к индивидуальной ответственности. Ведь сейчас, как совершенно верно и Сергей Борисович, и другие говорили, юридическое лицо, в соответствии со статьёй ГК РФ, несёт ответственность за вред, причинённый его работникам при исполнении трудовых обязанностей.

Действительно, лицензию получает юридическое лицо и несёт ответственность юридическое лицо. Когда мы говорим о том, что мы действительно переходим к аккредитации, нас на самом деле не понимают медицинские работники, они зачастую думают, что это просто смена одной бумажки на другую. Но на самом деле это означает смену правовой конструкции, переход, как раз введение самого врача в субъекты этих правоотношений. Не юридического лица, а именно врача.

И значит, оттягивать вопрос со страхованием именно профессиональной ответственности больше нельзя, потому что уже у нас идёт аккредитация этих специалистов. Это значит, что мы должны срочно заниматься вопросом именно страхования профессиональной ответственности.

Другое дело, что Гражданский кодекс Российской Федерации пока никто не менял. И если мы будем переходить к аккредитации и действительно предполагаем изменить правовую конструкцию, нам нужно изменять соответствующую статью ГК РФ. Но я как представитель образовательной организации понимаю, что у меня ребята, ординаторы, после получения документа об аккредитации, вступят в индивидуальную ответственность по логике этой самой аккредитации.

Теперь о том, на что мы будем аккредитовывать, и, соответственно, какие риски возникают для врача. Дело в том, Николай Фёдорович, что мы говорили про первую помощь, а речь теперь идёт совсем уже о другом, речь идёт о том, что каждый врач будет обязан исполнять то, что есть в профессиональных стандартах. На основании профессиональных стандартов разрабатываются образовательные стандарты ординатуры, независимо от того, как работает врач – амбулаторно или стационарно.

Поскольку сами профстандарты должны быть сформированы уже по классификации медицинской помощи, мы должны и страховать соответствующие риски.

И если вы возьмёте, например, профстандарт по любой специальности из уже принятых, в трудовые функции любого специалиста и трудовые действия входит оказание экстренной медицинской помощи. Николай Фёдорович, не первой помощи, а экстренной медицинской помощи с применением лекарственных препаратов.

Герасименко Н. Ф. Я говорил именно о первой помощи.

Александрова О. Ю. Вот. А дело в том, что врач теперь обязан не первую помощь оказать, а экстренную медицинскую с применением медикаментозных препаратов. То есть весь норматив, который сейчас идёт, вся мощь нормативно-правовой базы, она направлена на то, что врач уже несёт и будет нести индивидуальную ответственность не только по уголовным делам, но и по гражданским делам.

Соответственно, необходимо, в первую очередь думать об изменении правовой конструкции в Гражданском кодексе Российской Федерации, если мы переходим к аккредитации, или отменять это и честно признавать, что мы не будем делать врача субъектом права. И это, на мой взгляд, вопрос номер один сегодняшнего дня.

Благодарю за внимание.

Председательствующий. Спасибо.

Я думаю, что у нас будет ещё дискуссия в отношении первой помощи и помощи медицинской, которая оказывается в медицинских учреждениях, включая экстренную.

Слово представляется Вере Ростиславовне Шестиной, главному врачу московской больницы ветеранов – госпиталя для ветеранов войн, депутату Московской городской Думы.

Пожалуйста, пять минут, Вера Ростиславовна.

Шестина В. Р. Благодарю.

Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемые члены президиума, коллеги!

Не буду говорить об успехах московской медицины, они очевидны, и критерии очень яркие: за семь лет нам удалось увеличить среднюю продолжительность жизни в городе на 3,7 года, и, думаю, не за горами то время, когда мы войдём в клуб стран «80+».

И это не только, поверьте, благодаря тому, что ведётся нормальное, достаточное финансирование отрасли, системы здравоохранения в городе. Это не только потому, что покупается новое медицинское оборудование, строятся новые объекты здравоохранения, их построено 32 за семь лет. Не только благодаря тому, что создаются нормальные условия труда для медиков, я имею в виду ремонты больниц

и поликлиник. Это ещё и благодаря тому, что Департамент здравоохранения города очень серьёзное внимание уделяет кадровому потенциалу, и на сегодняшний день действительно стоит задача выровнять уровень профессиональной подготовки кадров в Москве.

И вот возвращаясь к теме своего выступления «Социальный статус медработника в городе», хочу сказать, что первое – достойная заработная плата.

Да, действительно, вот вы, Лариса Дмитриевна, знаете: 142 тысячи – средняя зарплата врача, и 68 тысяч – средняя зарплата медперсонала. И не только за счёт стимулирующих. Мы подняли базовые оклады, что очень важно.

Вторая тема. Престиж профессии. И, может быть, регионам надо перенять наш московский опыт. Мы проводим на портале «Активный гражданин» конкурсы «Лучшие врачи». Фотографии лучших врачей мы можем видеть по всему городу. Выбирает не только пациентское сообщество, выбирают и коллеги. Очень важна не только заработная плата, но и моральные стимулы.

В 2016 году на заседании Мосгордумы мы приняли законопроект о почётном знаке «Заслуженный врач города Москвы». Есть звание «Почётный медработник города Москвы».

Возможность для самореализации предоставляют врачам и медработникам такие проекты, как «Лидермед». Причём, могут участвовать не только медработники, но и люди немедицинских специальностей, которые чувствуют в себе силы возглавить медицинские организации, отделения и так далее.

Звание «Московский врач». Вы знаете, такая высокая планка, которая коррелирует... Плюс 15 тысяч получает врач, который сдал все экзамены на это высокое звание, но это такая высокая планка, что даже не все московские заведующие отделениями смогли её преодолеть во время тестирования. И возникает некая такая конкурентная среда. Они хотят участвовать в этих конкурсах, они участвуют.

Про медицинское сообщество, очень важно. Вы знаете, гематолог Мисюрина сейчас уже дома, слава богу, потому что у нас медики реально объединились, чтобы выступить в её защиту. Да мы и не разьединены. Мы вместе учимся, ездим в командировки за рубежом опытом, к нам приезжают люди из других городов и стран. И берут наш московский опыт. Конечно, во главе угла пациент и врачи, которые с ним общаются. Это и врачи общей практики в амбулаторном звене, которые тоже ежемесячно получают доплаты 20 тысяч рублей, медсёстры получают 10 тысяч рублей. Патронажная служба, здесь получают 25 тысяч рублей ежемесячно плюс к заработной плате. Организации получают гранты, поликлиники за выявление случаев онкологических заболеваний на ранней стадии получают 130 тысяч.

Вот вам возможности поднять престиж, вот вам возможности самореализации, учёбы и так далее. Я думаю, что этот опыт можно перенять регионам. Он позитивный. И дело не только в том, что Москва – богатый регион. Это важно.

И ещё одно слово от себя, немножко не по теме моего основного доклада. Профессиональная ответственность врачей – это очень важная тема. И, наверное, всё-таки надо о ней задуматься и решать этот вопрос.

Спасибо большое. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое.

Слово предоставляется... Артем Викторович Коваленко здесь ещё, в зале? Да, прошу вас.

Коваленко А. В. Добрый день, уважаемые коллеги!

Честное слово, хочется отказаться от своего наболевшего для того, чтобы просто объединить все наши мнения. Но я позже к Дмитрию Анатольевичу обращусь с таким ходатайством, просьбой, может быть, создать какие-то рабочие группы. Это можно обсудить. Потому что эти пятиминутки, они только обозначают определённые вопросы на определённом этапе.

Я могу сказать, чтобы быть объективным, что на сегодняшний день в Национальной медицинской палате существует два подхода к страхованию. Это коммерческий подход, когда через региональные медицинские палаты (вот Сергей Борисович в Новосибирске практикует такой вариант) страхуется ответственность врачей. Здесь есть свои плюсы. Основной плюс, самый первый, это простота организации. Потому что уже существуют федеральные компании, у них существует готовая филиальная сеть, они готовы работать в этом направлении.

Но есть и определённые минусы. Я бы не хотел их сейчас касаться. Будем говорить о том, что представляем мы. То есть мы в Тюменской области пошли другим путём. Мы создали общество взаимного страхования. Это некоммерческая организация. *(Демонстрируется слайд.)*

И, к сожалению, давно забытая форма страхования в России. Хотя во всём мире это страхование является одним из наиболее дешёвых и одним из наиболее надёжных. Почему? Потому что сами страхователи, в нашем случае это медицинские организации, принимают правила страхования, условия страхования, устанавливают тарифы и при необходимости (я об этом расскажу немного позже на практическом примере) могут оперативно эти правила менять при изменившихся потребностях и изменившейся ситуации. Я очень уважаю наш коммерческий сектор страхования, но тем не менее это разные вещи, и по итогам года, когда остаётся какой-то страховой фонд, естественно, коммерческое страхование его направляет на дивиденды, на получение прибыли. У нас этот фонд является накопительным, он остаётся в обществе. За счёт средств этого фонда мы имеем возможность уменьшать

тарифы, увеличивать страховые суммы, освободить, в конце концов, членов общества на некоторое время от членских взносов, от страховых, оставляя только взносы на деятельность.

На самом деле общество взаимного страхования играет очень важную роль во всём мире. (*Демонстрируется слайд.*)

Для примера, вот смотрите, здесь представлены цифры по мировому рынку страхования: 6 трлн долларов на сегодняшний день, это общий мировой рынок страхования, 2,6 из них занимает именно общество взаимного страхования, что говорит о том, что это достаточно серьёзный инструмент, который работает во всём мире и причём уже давно.

Общее число ОВС в странах Европейского союза – 806, в России – восемь. Чувствуете разницу? Там они занимают 20 % от всего страхового рынка.

Учитывая мировые тенденции, учитывая то, что мы платим по искам... Вот господин Саверский сказал, что это единичные иски на какие-то тысячи рублей, – абсолютно нет. На момент принятия решения о создании ОВС Тюменской области, юг Тюменской области без округов платил по искам 13 миллионов рублей в год, это 2012 год, 2014 год – это 20 миллионов рублей, с округами – это 35–40. В этом году только Ямал, где девять больниц, у нас заплатил 5 миллионов 500 рублей. Это, что, мало, мы стали миллионерами? Нет. А на самом деле проблема существует.

Исходя из этих предпосылок и был создан на базе Тюменской региональной медицинской палаты такой проект, как «Общество взаимного страхования». Запущен он был в 2013 году, в 2016 году мы получили лицензию Банка России на осуществление взаимного страхования именно по страхованию гражданской ответственности медицинских организаций. Как правильно было сказано, сейчас они являются имущественно заинтересованными в этом вопросе.

Дальше, собственно, всё, как в любом классическом страховании. Коллега, я вот сейчас коммерческое страхование называю классическим, потому что на самом деле это так и есть, другие виды в нашей стране пока не развиты, я не беру ОМС, это вообще сложно назвать страхованием, извините. Значит, всё то же самое, как и везде: те же самые субъекты, те же самые объекты страхования. Здесь мы, собственно, ничем принципиально не отличаемся. Но прошу обратить внимание на словосочетание «признанное им добровольно либо с предварительного согласия страховщика». Да, в данном случае мы готовы признать иски пациентов добровольно. Я объясню немного позже, как у нас эта система действует через медиационные центры, которые у нас работают уже два года в области. То же самое – на первое место я ставлю компенсацию морального вреда, всё остальное это у нас Гражданский кодекс чистой воды, обязательства вследствие причинения вреда, здесь всё понятно: предоставили документы, посчитали, выплатили. Вот самая сложная часть.

Те, кто говорит об обязательном страховании, абсолютно поддерживаю, хотя нам этим запрещено заниматься в силу закона. Поддерживаю почему? Потому что там существуют определённые понятные позиции. Почему вот я ознакомился внимательно (у меня было время) с материалами нашего «круглого стола»? Минздрав России даёт справку о том, что у нас очень мало заключается договоров страхования гражданской ответственности. Почему? Потому что страховщики боятся идти на этот рынок, он абсолютно непредсказуем вот из-за этой первой строки, потому что может быть иск 10 миллионов, 15 миллионов либо мы занимаемся формальным страхованием, когда делаем лимит 100 тысяч рублей по одному случаю и называем это страхованием. Это не страхование, это полная ерунда. Главный вопрос – компенсация морального вреда, мы его также готовы компенсировать.

Страховая сумма определена нам по рекомендации Национальной медицинской палаты в размере 3 миллионов рублей в год. По опыту двух лет работы выяснилось по нашему региону, что такая страховая сумма, собственно, не всем нужна, потому что, как вы понимаете, большая страховая сумма тянет за собой большой страховой тариф. На общее собрание выносится этот вопрос, сумма эта опускается до миллиона рублей. Нет проблем, потому что мы здесь гибкие и в отличие от того, что нам даётся какой-то готовый продукт со стороны, мы его можем формировать самостоятельно.

А на сегодняшний день в нашем обществе состоит 18 членов – это два физических лица и крупнейшие больницы юга Тюменской области.

Я на сегодняшний день, наверное, выглядел бы глупо, если бы сказал, что у нас есть преимущество перед Ингосстрахом, перед Росгосстрахом, конечно, нет, по размерам активов об этом говорить абсолютно нельзя, я бы назвал это кардинальными различиями. Естественно, если бы создавали коммерческую страховую компанию, нам бы понадобился вот такой вот минимальный уставной капитал, мы его формируем за счёт членских взносов.

Далее. Надёжность и экономичность. Надёжность заключается в том, что мы так же, как любой классический страховщик подлежат контролю Банка России и так далее. Экономичность, я уже сказал: всегда есть такое понятие, как структура тарифной ставки, у нас она 70 на 30. 70 – на страхование, а 30 у нас идёт на ведение деятельности, в коммерческих страховых компаниях – это 50 на 50.

Ограничение – это всё закон. Дорогие друзья, об этом можно дальше говорить о нашей административной нагрузке и так далее, но основное я сказал. Я попрошу ещё, буквально, минуту – это итоги деятельности.

Председательствующий. Включите микрофон, пожалуйста. Только, пожалуйста, сокращайте.

Коваленко А. В. Итоги деятельности. Да, цифры абсолютные, они никого не шокируют – чуть более полумиллиона рублей. Но важно то, что два случая мы провели через медиационный центр, который уже два года действует в нашей области и создан по инициативе департамента здравоохранения, в этом году он финансируется при поддержке фонда Президента России.

И вот на основании таких тройственных соглашений между больницей, пациентом и медиационным центром мы делаем выплаты, такие выплаты освобождают больницы от того, о чём мы говорили: от судебных штрафов, от оплаты судебно-медицинской экспертизы.

Я почему и предлагаю, Дмитрий Анатольевич, создать всё-таки какую-то рабочую группу, тогда мы, наверное, что-то сможем реально сделать и к чему-то прийти.

Всё, большое спасибо.

Председательствующий. Спасибо.

Слово предоставляется Михаилу Леонидовичу Таривердиеву, управляющему делами Российского общества хирургов.

Таривердиев М. Л. Глубокоуважаемые коллеги, уже, наверное, всё сказано, что можно было сказать. Позвольте озвучить буквально два-три пункта с позиции хирургического сообщества, потому что все мы здесь – люди, понимающие, что хирурги всё-таки относятся к более уязвимой группе. Потому что если обычный пациент умирает от основного заболевания, то хирургический пациент умирает после того, как был нанесён дефект целостности тканей, то есть хирург виноват всегда, по определению.

У нас очень большой опыт работы по защите членов своего сообщества, мы это делаем тихо, потому что боимся не справиться с валом просьб, к сожалению.

У нас возникла одна большая-большая проблема: мы обращались напрямую в Следственный комитет, обращались не с улицы, обращались, как говорится, с правильного входа, но Следственный комитет нас не то что не понимает, он нас не воспринимает, мы для него люди, которые мешают ему выполнять государственную функцию, порученную ему Президентом России. Мне профессор Праздников не даст соврать, они нам именно так написали.

Здесь требуется, безусловно, наверное, помощь и Государственной Думы, и помощь других властных структур. Нам денег не надо, мы готовы разрабатывать какие-то нормы и мы готовы защищать своих членов, делать это объективно и делать это консолидированным сообществом, потому что наша аудитория составляет более 52 тысяч хирургов и врачей хирургических специальностей, детских в том числе, кстати, хирургов, которые, в общем-то, являются достаточно организованной силой.

Но нас не слышат и не слушают.

Второй вопрос – кадры. Мы, к сожалению, находимся ещё на дне кадровой ямы, предпосылки этому понятны – это ситуация, делящаяся с 90-х годов, когда уходили из хирургии и из медицины молодые люди. И сейчас хирургов 50-летнего возраста крайне мало, в основном, это предпенсионный возраст либо дети, которые приходят из ординатур, качество, к сожалению, никакое, разрушена система наставничества. И основная причина того, что молодёжь не идёт в хирургию, это та вакханалия, которая творится везде. Понимаете, если мы сейчас не предпримем каких-то мер... Мы находимся действительно в точке невозврата, как это уже звучало. Понимаете, в Амурской области, например, сейчас уйдут три пенсионера, их нечем заменить. Вот Татьяна Владимировна знает, мы недобирали заявок в ординатуру, мы не могли собрать, потому что молодые люди не идут в хирургию, в хирургическую ординатуру. И ничего не изменилось, молодёжь-то умная, все слышит и читает. Так что сложно сказать, что будет. Вот я вам честно скажу, мы мониторим ситуацию и видим: хирургов у нас до 40–50 % недобора идёт, есть регионы, где на один-два района один хирург. Чего тут? И давайте уж, отдавая себе отчёт, констатируем: недоступна плановая хирургическая помощь населению. Недоступна, она не доходит иногда до областных больниц, вот в чём всё дело.

Понимаете, вот есть Вичугский район в Ивановской области, там больничка, которая разместилась в здании 1912 года. Прекрасное здание, историческое, отличный главврач, он его вылизал, и реанимация есть, и всё есть. И главврач говорит мне: ты понимаешь, у населения такое мнение, что у нас здесь мясницкая. И пациенты уходят. Куда? Они уходят в Москву, получают плановую хирургическую помощь, возвращаются с тройным тарифом ОМС, и ФОМС начинает скрипеть и выплачивать этот тройной тариф, по которому Москва их вылечила. А почему? Да они у нас оперироваться боятся просто, вот в чем все дело.

И третий момент, ну вот то, что звучало про доктора с картин Босха. Вот вчерашний случай в Питере. Кардиолог в частной, но серьёзной клинике рассказывает: «Ко мне приходит пациент с диагнозом, самостоятельно установленным, с болями в сердце. Когда я говорю, что мы сделаем кардиограмму, то слышу в ответ: а вы знаете, в одной самой известной передаче сказали, что кардиограмма – это уже не актуально». Ну что тут скажешь, у нас мощнейшая пропагандистская машина. И мы готовы даже программу собственную сделать о восстановлении статуса хирурга в гражданском обществе под девизом «Хирургия – не услуга, а служение», денег просто нет. Извините за эмоции, но мы просто знаем ситуацию в стране. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо.

Из заявленных – заключительный доклад. Мальчиков Аркадий Яковлевич, председатель совета общественной организации «Медицинская палата Удмуртии по защите прав, интересов медицинских работников», профессор. Прошу вас.

Мальчиков А. Я. Глубокоуважаемые коллеги! Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич!

На наш взгляд, созрела необходимость в подготовке медиаторов из медицинских работников с целью досудебного урегулирования споров между медицинскими работниками и пациентами, и иными субъектами.

На конференции, посвящённой медицинской помощи и медицинским услугам, судья Верховного Суда Республики Удмуртия Татьяна Юрьевна Вавилова, сказала, что за последний год в отношении медицинских работников рассмотрены в судах 14 тысяч дел гражданских, 1300 – уголовных. А сумма возмещения материального и морального вреда составила 1 миллиард 200 миллионов. Это вот то, о чём уже говорили.

В последние годы чётко наметилась тенденция увеличения этих процессов именно по статье «Неоказание помощи больному». За 20 лет было осуждено 172 врача. Намetilась тенденция к увеличению судебных исков к медицинским работникам о возмещении материального и морального вреда. А ведь эти вопросы можно было бы решить не судебным, а другим путём – путём применения федерального закона об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника, то есть процедуры медиации. Закон позволяет все конфликты между работником здравоохранения, между медицинским работником и пациентом разрешить на доследственном или даже досудебном уровне, то есть исключая судебные процессы, тем самым снижая нагрузку на судебные органы.

Дело в том, что медиация, она, конечно, выгодна всем. Медиатор учитывает интересы оппонентов и решает вопрос так, чтобы они были довольны исходом в отличие от суда, где судебные иски затягиваются на годы, очень долго решаются. Я могу сказать, что у нас в Национальной медицинской палате Удмуртии третий год мы не можем решить вопрос, хотя все, кажется, сделали, и суд переносится. Поэтому мы сейчас пришли к выводу, что надо, наверное, начать себя защищать юридически грамотно, ведь медиатор – это не обязательно юрист, это может быть и учитель, и строитель, безусловно, и медицинский работник, тем более что 21 марта в Государственную Думу пришёл проект федерального закона, принятый Пленумом Верховного Суда Российской Федерации. Там основных два нововведения – это предложение создать институт судебного примирения и ввести право суда на примирительную инициативу.

В рамках Национальной медицинской палаты России и в сотрудничестве с Всероссийским государственным университетом юстиции после селекторного совещания с Леонидом Михайловичем Рошалем мы в республике целенаправленно стали работать в этом направлении. Например мы планируем обучение на базе Ижевского института, это филиал Всероссийского государственного университета юстиции, обучение группы врачей базовому процессу медиации. У нас на сегодняшний день готовы учебные программы, они обеспечены методической базой и квалифицированным профессорско-преподавательским составом.

Поэтому предложение наше такое. Мы планируем в ближайшее время создать центр медиации или, может быть, группы медиаторов, подготовленных при Минздраве нашей республики в целях организации работы по урегулированию споров в здравоохранении. И предлагаем, Дмитрий Анатольевич, как бы в качестве пилотного проекта нашей республики провести именно такое обучение и определить – эффективная или неэффективная это будет работа. Если эффективная – то нужно и дальше по России.

Кстати, в 15 субъектах Российской Федерации есть эти филиалы института.

Спасибо за внимание.

Председательствующий. Спасибо большое. *(Аплодисменты.)*

Уважаемые коллеги, кто хотел бы выступить. Да, прошу вас, только очень коротко.

Прошу вас. Будьте добры к микрофону.

Агаев Б. Л. Уважаемый Дмитрий Анатольевич!

Большое спасибо, что есть такая возможность из региона выступить. Я из того Иваново, о котором говорилось здесь.

Действительно, у региона есть определённые проблемы, но, на мой взгляд, они носят межведомственный характер, нужен системный подход к их решению. И в связи с этим очень интересно было сегодня услышать мнение судебной ветви власти, прокуратуры, Следственного комитета, очень много к ним вопросов есть. Но я думаю, может быть, в рамках других площадок это можно будет сделать.

Также хотелось бы сказать о том, что, на мой взгляд, медицинскому работнику сегодня некуда обратиться за решением своей проблемы. То есть существуют институты гражданского общества, прокуратура, суд, иные институты, но не должен врач ходить по инстанциям, не должен заниматься этим, согласитесь, медицинский работник. Всё-таки должна быть какая-то организация, которая возьмёт на себя задачу выявить проблему медицинского работника и заняться её решением.

Сегодня было сказано про специальную оценку условий труда. Что хотелось бы здесь отметить? Дело в том, что специальная оценка условий труда тоже создаёт достаточно много проблем.

В одной больнице медицинские работники получают одни льготы, в другой больнице, где абсолютно такие же, аналогичные условия труда – медицинские работники абсолютно другие льготы получают. На мой взгляд, это неправильно. В связи с этим есть такое предложение: медицинским работникам вредность должна презюмироваться изначально. И набор, пакет гарантий у всех должен быть одинаков, потому что операционная медицинская сестра, работая в Благовещенске, она выполняет те же функции, что и в Иваново. Это было бы справедливо.

Мы очень много обозначаем проблем, рассуждаем об их решении, но хотелось бы сказать, что когда медицинский работник, уходя на пенсию, не просто должен прийти в Пенсионный фонд и написать заявление, а пойти и отсуживать её через суд – это неправильно. То есть надо начать вот с этих моментов. И ещё: был поднят вопрос относительно включения курсов повышения квалификации в специальный стаж медицинского работника, также сюда я бы добавил ещё донорские дни и командировки.

Большое вам спасибо за внимание.

Председательствующий. Спасибо большое.

Прошу вас.

Понкин И. В. Спасибо огромное за возможность выступить.

Доктор юридических наук, профессор Понкин Игорь Владиславович, ИГСУ РАНХиГС при Президенте России.

Видимо, только тезисно удастся донести какие-то свои мысли. Более подробно, если кому-то интересно – в единственной в стране книжке «Права врачей», вышедшей в моем соавторстве в издательстве ГЭОТАР.

Вкратце: оценку качества социальных льгот, жизни врачей нужно делать с двух позиций.

Первая – это качество правового регулирования, полнота, адекватность, релевантность, и качество правоприменительной практики.

Правоприменительная практика, конечно, впечатляет. Цифры из розданной замминистром здравоохранения Российской Федерации госпожи Яковлевой записки, конечно, заставляют задуматься очень-очень сильно. Особенно впечатляет размер доплаты в Республике Мордовия – от 101 рубля до 445 рублей в месяц. Наверное, действительно, там врачи ни в чём себе не отказывают, могут разгуляться на полную программу.

Фраза «от трёх до трёхсот пятидесяти тысяч рублей» достаточно лукава, потому что необходимо посмотреть весовые характеристики. Если два человека или пять человек за всю историю получили 350 тысяч рублей, а 200 тысяч человек получает от трёх тысяч рублей в месяц с небольшим превышением, то, наверное, цифра в 350 тысяч рублей, она здесь нерелевантна и нереферентна, она для красоты. Плюс не все врачи всё-таки готовы ехать в сельскую местность и там совершать подвиги, многие имеют семьи в городах, и жить хотят там, поскольку и там тоже нужно лечить людей.

Поэтому, полагаю, что необходимо всё-таки заняться пересмотром вообще всей линейки прав медицинских работников, закреплённых 72 статьёй профильного федерального закона, и более детализированно закрепить эти права, как это сделано в соответствующем Кодексе Французской Республики, как это отражено во многих документах саморегулирования врачебных сообществ на международном уровне в законодательстве других государств мира.

Полагаю, что...

Председательствующий. Добавьте время, пожалуйста.

Понкин И. В. Я заканчиваю.

Полагаю, что сводить все к так называемому эффективному контракту совершенно неправильно. В сфере образования эффективный контракт показал, что идея формулировалась людьми неадекватными и мало вменяемыми, нет времени здесь обоснованно это доказывать. И в сфере социального обеспечения врачей это такая лазейка, чтобы не платить нормальные зарплаты, я полагаю.

Что касается (завершаю) вопроса, связанного с врачебной ошибкой, то с господином...

Председательствующий. У вас есть время, Игорь Владиславович.

Понкин И. В. ... с господином Саверским сложно согласиться в части его идеи об отмене уголовной ответственности. Таковая должна сохраниться для тех составов, которые есть в Уголовном кодексе.

Что касается необходимости решения вопроса о врачебной ошибке, я совершенно однозначно согласен с подавляющим большинством выступающих, поскольку отсутствие соответствующих норм в профильном законе создаёт полную пробельность, неурегулированность, дезорганизованность.

Опасения господина Саверского, признанного в этой сфере эксперта, что все массово начнут подавать в суд, опять же спорно, потому что параллельно идёт реформа судебной системы, в частности, направленная на редуцирование возможностей входа в судебный процесс лиц некомпетентных, неквалифицированных. Идея такова, что все больше ограничить для лиц, не имеющих адвокатского статуса, возможности представительства в судах. А в последующем – ещё большего усложнения вообще участия в судах лиц, не имеющих юридического образования, именно в качестве представителя. То есть,

это становится уже сегодня дорогим удовольствием и возможности массово сутяжничать, на самом деле, не столь велики, как опасается господин Саверский.

И в любом случае, конечно же, нужно садиться и рассматривать те модели, которые существуют за рубежом в части решения проблемы врачебной ошибки. Врачебная ошибка – это именно невиновное деяние, но вполне достраивается понятием несчастного случая, и чётко все это укладывается вместе в единую картину вместе с врачебной халатностью и так далее.

Поэтому необходимо всё-таки, мне кажется, попытаться разработать, исходя даже из того, что сегодня прозвучало, какие-то рецепты, какие-то модели нормативно-правового регулирования в этой сфере, которые помогли бы урегулировать эти вопросы и сделать врачей более защищёнными.

И заканчивая, хотел бы остановиться на том, что российское законодательство крайне плохо регулирует профессиональные права врачей. Вот в этой книжке мы с соавтором пытались остановиться на них и не все их охватили.

И, в частности, год назад был достаточно интересный судебный процесс, длительный судебный процесс по поводу оспаривавшегося права врача на использование медицинского изображения в профессиональных целях, права на отказ от пациента, права на отказ от участия в оказании медицинской помощи, это тоже важные права, как и право быть защищённым своим врачебным сообществом. То есть, к сожалению, ни в пять, ни в три минуты, ни в одну, даже ни в полчаса не уместить все многообразие и сложность тех проблем, которые стоят и которые определяют сегодня вообще проблемы функционирования системы здравоохранения.

Длительное время занимаясь тематикой дефектов правового регулирования, дефектности, дисбалансированности госполитики в тех или иных сферах и более широко в теоретическом смысле, здесь могу сказать, что наблюдается определённый разрыв между видением Минздрава России и тем, что происходит на самом деле, поскольку всё-таки подавляющее большинство врачей в Российской Федерации находятся за пределами разумного уровня, определяющего сколь-нибудь достойное существование. Раз.

А, во-вторых, говорить о защищённости врачебного сообщества, юридической защищённости тоже оснований у нас мало. Поэтому, я думаю, что нужно садиться и решать все эти вопросы. И решение есть – изобретать велосипед порой не надо, есть достаточно интересные модели из зарубежного опыта.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое. (*Аплодисменты.*)

Коллеги... Да, прошу вас.

Праздников Э. Н. Добрый день, уважаемые коллеги, уважаемый президиум, уважаемые коллеги.

Я вице-президент Общества врачей России, генеральный секретарь, профессор Праздников Эрик Нариманович. Я хотел бы сказать о том, что с коллегой, который выступал, во многом согласен, но не согласен в одном – в том, что он в пух и прах, можно сказать, разбил предложение Александра Владимировича Саверского в части приоритета административного законодательства над уголовным в отношении врачей.

Хочу привести американский опыт. Понятие «уголовной ответственности врачей» при врачебной ошибке не существует. Хирурги знают, я уверен, Дмитрий Анатольевич тоже, что хирургический конгресс ежегодно проходит «Врачебные ошибки в хирургии». Это дело профессионального сообщества обсуждать, анализировать, но не сажать врачей.

Я вам приведу примеры того, насколько сегодня ситуация катастрофична. У нас есть регионы, где в отделениях из пяти врачей трое находятся под следствием. Есть замечательное отделение, блестящее отделение, возглавляемое известным хирургом. Не буду фамилию называть, неудобно, это в Уфе. Блестящий хирург, мой учитель, он шесть лет находится под уголовным делом. Идёт типичное сутяжничество родственников пациента. И врачи фактически деморализованы, они не могут в полной мере заниматься профессионально своей деятельностью, поскольку здесь имеется правовой вакуум.

Вот о чём хотелось сказать. Первое – это правовая грамотность врачей. Татьяна Владимировна очень много делает в части модификации рабочих программ и учебных планов. Надо на всех курсах обучения, ближе, наверное, к старшим курсам, эти темы поднимать, в том числе и последипломного образования врачей, непрерывного медицинского образования врачей. Врачи должны иметь эту информацию.

Второе, я думаю, надо на сайте Минздрава России сделать раздел правовой грамотности, где помещать, в том числе, справочную информацию, нормативную документацию. Должна быть правовая часть на портале, на сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации. И она должна быть доступна, в принципе, врачам и всем, кому необходимо иметь эту информацию по правовой защите врачей.

Много механизмов защиты врачей сегодня существует. Один из механизмов, показавший свою высокую эффективность, – это группа адвокатов, которые защищают профессиональные интересы и осуществляют правовую защиту врачей в уголовных процессах.

К сожалению, сегодня отсутствует известный наш адвокат, профессор Григорьев Николай Николаевич, он сегодня осуществляет следственные действия, защищает нашего доктора.

Я поддерживаю идею, которую предложил коллега – пересмотреть всю правовую базу, создать одну или несколько рабочих групп, привлечь экспертов, разработать алгоритмы развития ситуаций...

Председательствующий. Мы создадим.

Мы проработаем это. Спасибо.

Из зала. Да, вот это я и хотел предложить.

Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемые модераторы!

Не буду долго занимать ваше внимание. Во-первых, очень интересное и нужное заседание. И, конечно, при вашем режиме и ритме работы очень трудно делать это часто, но надо делать, действительно, создавать рабочую группу. Потому что несостыковка в нормативно-правовой базе просто до абсурда доходит.

Мне здесь один очень известный хирург рассказывал, что принесли девочку с улицы, которую сбила машина у больницы, он её прооперировал, спас. Чудом спас. Выходил, на руках выносил. Ему предъявили обвинение: какое ты имел право оперировать?

Шесть лет в Уфе, в Северске, идёт судебный процесс. Под судом – хирург Ефим Иосифович, воспитавший огромную плеяду врачей, хирургов. Как он шесть лет может жить вообще? Как психологически он может работать, осуществлять свою деятельность, если его обвиняют в том, что умер больной после сложнейшей операции онкологической – панкреонекроз, пытались спасти, но больной погиб, и вот хирурга обвиняют практически в убийстве?

Это же ужас! Вот имидж медицинского сообщества: врачи – хапуги, дипломы куплены и так далее. Ну, ладно, об этом можно говорить много, но не нужно. Все мы это прекрасно понимаем.

Дело ведь ещё о том, что мы, хирурги, – это полувоенная профессия, у неё своя роль в защите страны. Как-то здесь не очень совпадают у нас лозунги и реалии. Но дело не в этом. Действительно, нужны рабочие группы, это раз. Во-вторых, просто надо в законодательство ввести абсолютный норматив – досудебная медицинская экспертиза каждого случая. (*Микрофон отключён.*)

Председательствующий. Спасибо.

Пожалуйста. И будем завершать. Мы уже 43 минуты за регламентом, но, надеюсь, никому не тяжело.

Варавва Л. Б. Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемые коллеги!

Я сидела, долго думала – выступать или не выступать. Дело в том, что тема, заявленная сегодня, она очень актуальная и в основном она была посвящена юридической защите. Это нужно, это важно. Но в теме нашего «круглого стола» заявлена и социальная защита работников. Я – председатель областной организации профсоюзов работников здравоохранения Оренбургской области и я – председатель Комиссии по защите прав врачей. И не случайно я задавала вопрос по поводу хирургов.

Я предлагаю в рекомендации внести поручение провести анализ заболеваемости со стойкой утратой трудоспособности. Дело в том, что сегодня никто этим вопросом не занимается, видимо, это невыгодно. Мы по своей территории провели анализ и выяснили, что у нас в 2016 году 74 процента в трудоспособном возрасте вышло на инвалидность, а в 2017 году – 94,4 процента. И на первом месте причин выхода на инвалидность – заболевания сердечно-сосудистой системы. Вот вы говорили, что здесь тонкая грань. Если провести анализ по профессиям, то как раз это будет информация к размышлению по поводу того, что докторов надо уважать, любить и ценить. Спасибо большое.

Председательствующий. Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, мы будем завершать. Олег Олегович, пожалуйста.

Салагай О. О. Да, спасибо большое Дмитрий Анатольевич.

Глубокоуважаемые коллеги, я очень кратко, наверное. Не позволит мне время ответить на все вопросы или ремарки, которые были сделаны. Сегодня мы в большей степени, так получилось, говорили всё-таки о взаимоотношениях врача и пациента, в конечном итоге. И вот на этом я бы хотел сосредоточиться.

Конечно, безусловно, и все это видят, существует тенденция к увеличению числа жалоб, увеличению числа различных таких активных проявлений недовольства со стороны пациента по отношению к медицинскому работнику. Но эта тенденция существует в очень многих странах мира и здесь, наверное, мы должны искать правильные формы реагирования на эту тенденцию. Какими они должны быть? Здесь многие из них называли – это, конечно, и укрепление системы подготовки медицинских профессионалов, я не буду на этом останавливаться, здесь и про аккредитацию говорили.

И, конечно, совершенствование требований к самому качеству медицинской помощи, внедрение системы клинических рекомендаций, которые позволяют сказать чётко, а что же действительно должны были сделать пациенту в этом случае? Необходимо, конечно, и развитие и укрепление профессионального сообщества и эти предложения тоже звучали.

Я бы, наверное, относительно некоторых из них подискутировал, но мне, скорее кажется важным не выразить своё мнение, а обозначить некоторые риски.

Ну вот, скажем, мы говорим о враче, как о субъекте права. С одной стороны, да, это имеет существенные преимущества. Но, коллеги, давайте не будем забывать, что оборотной стороной признания врача субъектом права является ответственность именно врача, а не медицинской организации, которая в настоящее время является субъектом этой самой ответственности.

И когда мы говорим об иске в 15 миллионов рублей, мы автоматически должны понимать, что этот иск должен быть подан, как только врач становится субъектом права, не в отношении медицинской организации, а в отношении врача. И бремя всей юридической работы, о которой сегодня так красноречиво говорили, тоже должно будет лечь на этого врача или на те институты, которые он выберет, будь то профессиональное сообщество, какие-то профессиональные организации или юридические организации.

Конечно, коллеги, мы должны понимать, что, к несчастью, далеко не все жалобы по отношению к медицинским работникам являются необоснованными. Здесь, наверное, врачебное сообщество должно оставаться (оно и сейчас является таковым) самым требовательным критиком по отношению к коллегам, потому что, понятно, что только медицинский работник может решить, действительно ли помощь оказывалась правильно в данной конкретной ситуации или неправильно?

Ну и завершая, я, конечно, не могу не отметить важность досудебного разбирательства, и разные формы, о которых говорили сегодня. Коллеги, я ещё раз повторяюсь – мы в плане взаимоотношений врачей и пациентов всё-таки сегодня подходим к некой новой реальности: большое количество жалоб и требований пациента к врачу, в известной степени, становится частью нашей работы. И это мы видим и по другим странам.

Важно не просто создать какие-то дополнительные институты, которые бы как нам кажется, позволили врачу на это реагировать – это, безусловно, важно. Но мы должны все вместе, кроме всего прочего, повышать и те требования к качеству медицинской помощи, которые в максимально возможной мере снимут эту проблематику. Это, в частности, клинические рекомендации. И я, пользуясь случаем, выражаю благодарность профессионального сообщества за активное участие в их разработке.

Спасибо большое, коллеги. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо.

Уважаемые коллеги, позвольте мне сказать несколько слов. Во-первых, я ещё раз хочу вас поблагодарить и уже в завершение нашего заседания поздравить с нашим недавно прошедшим праздником.

Вы знаете, мне кажется, что мы должны собраться все вместе и в рамках рабочих групп и, вообще, держась друг друга, можно сделать много полезного. Потому что ситуация, на мой взгляд, она уже давным-давно поставила все эти задачи ребром, всё то, о чём мы сегодня говорили: и социальный пакет, и оплата труда, и пенсионное обеспечение, и уже, конечно же, защита и страхование профессиональной ответственности докторов. Мы давно уже стали жить по-другому, но всё никак не могли осознать, что жизнь изменилась. И особенно это остро чувствуешь, когда задумываешься о судьбах наших последователей.

Вот у меня, допустим, два сына перешли на 5-й курс и занимаются хирургией. И когда я думаю, в какой мир они входят, то это является лишним стимулом для работы в этой плоскости. Здесь не раз говорили, и это принципиально важно: настоящий врач всегда исполнен ощущением общественного блага и живёт как герой, это его суть, он удивлён, когда к нему вдруг приходит неожиданно какая-то беда, он не готов к ней. И когда мы сегодня говорим о необходимости повышения, в том числе юридической грамотности доктора, я, честно говоря, думаю об этом не только с радостью, потому что боюсь, что мы выплеснем ребёнка вместе с водой. Мы станем готовить специалиста новой формации, более юридически грамотного, ориентированного в пространстве, обученного тому, как взаимодействовать с главным врачом, со страховыми организациями, но мы можем потерять личность, мы можем потерять того хирурга, который в нужный момент возьмёт решение на себя, который скажет: я делаю так, потому что я так считаю. И тогда он станет именно тем героем, который спасёт человека. Если он будет многократно согласовывать свои действия, то это в экстренных ситуациях принесёт нам вред, вот сто процентов.

Лидеры хирургии мира, например, Альберто Пенья, всегда подвергали сомнению даже информированное согласие на операцию. Пенья подчёркивал, что через секунду-другую ситуация меняется до обратной и требует от тебя иных решений, не согласованных в тех или иных согласиях на оперативное вмешательство. Это на самом деле чрезвычайно тонкий вопрос, и он требует регулирования, я это ещё раз хочу подчеркнуть, преимущественно в рамках профессиональных ассоциаций и саморегулирования профессиональных обществ.

Я за то, чтобы большая часть ответственности переходила в Кодекс об административных правонарушениях, притом что, конечно же, уголовному преследованию, уголовному законодательству останется своё место, и в этом нет никакого сомнения, это чрезвычайно важно, тем более, что мы будем двигаться шаг за шагом всё-таки к тому, чтобы доктор стал субъектом права и полноценным носителем врачебной лицензии.

Я не буду говорить о зарплатах, о пенсиях. Хочу подчеркнуть, и здесь говорили сегодня, необходимость межведомственного регулирования. Вот именно поэтому я думаю, что первым человеком, ко-

тому будут направлены наши рекомендации в виде первого шага в этом направлении, будет Татьяна Алексеевна Голикова, которая отвечает за это межведомственно. И я убеждён, она поймёт и открытым сердцем воспримет всё то, о чём мы сегодня говорим, потому что нам нужно объединиться: посмотрите сколько социальных общественных групп, институтов решают уже годы, десятилетия эти проблемы и не могут решить. Убеждён, может быть, забегая вперёд, Государственная Дума – это именно то место, где мы можем все объединиться, и голос каждого будет услышан.

Хочу сказать, что познакомившись с Игорем Владиславовичем, я был буквально очарован его таким подвижничеством и на протяжении полугода занимался тем, что написал лекцию «Детская хирургия в вопросах права», я её, наверное, уже десять раз по всей стране читал. Вы знаете, какой отзыв профессионалов, моих любимых коллег, которые ничего не смыслили в этом деле? Когда я закончил эту лекцию формировать, а это около 140 слайдов, там хороший фактологический материал, я буквально прослезился. Потому что я понял, что огромный спектр вопросов – от хранения врачебной тайны до выполнения инновационных операций, вмешательств, которые должны идти через этический комитет, через экспертный совет Минздрава России, и многое-многое другое, до последнего, до вашего участия в аутопсиях и патологоанатомических вскрытиях, они, конечно же, требуют понимания врачей и их знаний.

Но опять же вернусь к нашим молодым коллегам – потихонечку нам нужно об этом говорить на всех уровнях, понемножку, потихоньку, потому что, к сожалению, общество не всегда готово к восприятию.

Молодой человек, вступающий на эту дорогу, должен сам себе ответить на вопрос: зачем мне это? Опять же, повторюсь, мы вступали на эту дорогу в полном понимании, что ты герой и ты делаешь огромное, самое лучшее в жизни дело, ты спасаешь людей. Именно это позволяло нам переносить стойко все тяготы службы – отсутствие квартир, низкие зарплаты, всё остальное – нам позволяло только одно. Это осознание того, что ты – хирург, детский хирург, ты выходишь и гордишься собой и своей жизнью, и все, кто тебя знает, тоже гордятся тобой.

Ну и в завершение хочу сказать: очень важно, мы ни в коем случае не должны утверждать в сознании врачебного сообщества понимание такого, знаете, упадничества, когда человек думет, что он этакий плохиш, двоечник, который всегда находится в перекрестье критики и светлых промежутков у него очень мало. Этого мы допускать не должны.

Я, конечно, мог бы приводить десятки примеров несовершенства существующих ситуаций той же самой экспертизы. Год назад в Чувашии были осуждены на два года детские хирурги высшей категории. По тем документам, которые ко мне пришли, я считаю, что они были абсолютно правы, а эксперты сделали такое заключение, которое завершилось для них потерей своей специальности и двухгодичным сроком.

Я имею десятилетний опыт судебной экспертизы в детской хирургии и знаю, о чём говорю: это очень тонкая материя, которая находится в рамках профессионального регулирования, самостоятельного профессионального регулирования. И, конечно, необходимо внесение тех изменений в законодательство, о которых вы сегодня, уважаемые коллеги, говорили.

Ну и в заключение скажу о радостном. Месяц назад, патронируя лечение одной девочки, попавшей в сложное ДТП, я инкогнито попал в клинику детской хирургии, другую, не свою, и стоял в ожидании сопровождающего, которому позвонили, в коридоре. Ко мне долго не приходили, минут 20, а я смотрел вокруг и видел, что клиника наполнена радостью и благодарностью пациентов врачам. И всё у них хорошо. Поэтому нам нужно вот это все тёплое и хорошее, что сегодня ещё у нас есть и развивается, сохранить. Всё то, что мы должны сделать во избежание конфликтов, бед, страданий. И тогда мы будем честно смотреть в глаза нашим молодым коллегам, которые тоже, как и мы, должны испытать чувство радости врачевания.

Спасибо вам большое, коллеги. *(Аплодисменты.)*

Мы пригласим вас всех в группу, уверен, что вы оставили свои контакты.

Всего хорошего! Благодарю вас!

СТЕНОГРАММА
парламентских слушаний на тему «Правоприменительная практика
внедрения федеральной государственной информационной системы мониторинга
движения лекарственных препаратов для медицинского применения».
2 июля 2018 года.

Председательствует
член Комитета Государственной Думы по охране здоровья
А. П. Петров

Председательствующий. Уважаемые товарищи, пожалуйста, рассказываемся.

Уважаемые коллеги! Разрешите мне начать сегодня парламентские слушания, тема «Правоприменительная практика внедрения федеральной государственной информационной системы мониторинга движения лекарственных препаратов для медицинского применения. Проблемы и перспективы».

Огромное спасибо всем, особенно представителям очень дальних территорий, приехавших сегодня поработать вместе с нами над этим сложным вопросом. И тема на самом деле непростая.

Вы знаете, как сложно у нас проходил закон, мы несколько раз проводили общественные слушания, мы собирались и акцентировали ряд вопросов, которые после принятия закона необходимо будет отработать Правительству Российской Федерации. И, прежде всего, это касалось глобальных тем: нужно ли маркировать все лекарственные препараты. И мы договорились, и закон принят, о сроках введения маркировки лекарственных препаратов для медицинского применения. Мы тогда с вами в ходе дискуссии действительно нашли компромиссы между требованием времени и возможностями технологическими, и изменили сроки.

Вопрос стоял: кто должен быть оператором? Договорились, что это должен быть уполномоченный орган Правительства России или федеральный орган государственной власти, это тоже был один из вопросов, который всех беспокоил. Мы договорились, что маркировка должна быть бесплатной. Такие базовые пункты, которые действительно нужны.

Вопросы остались, в том числе вопрос: а что делать после начала действия закона с препаратами, которые были выпущены без маркировки до действия закона?

Появилось множество проектов якобы подзаконных актов, которые взбудоражили профессиональное сообщество. У меня буквально пачки писем по этому вопросу, их авторы спрашивают: что такое генерация QR-кода, будет ли она платной, по криптозащите, соотнесется ли этот закон с законом о маркировке товаров в Российской Федерации, какие должны быть подзаконные акты, которые технически влияют на ситуацию. Это вопросы, которые нам необходимо обсуждать.

Что мы сегодня имеем по факту? Я бы хотел сакцентировать внимание.

Прежде всего, выступающим говорить нужно только по теме.

Второе. Время выступающих – пять минут. И мы договорились, что только нескольким выступающим мы дадим до семи минут, потому что это действительно одни из очень уважаемых экспертов, политических экспертов, профессиональных экспертов. Например, Владимир Вольфович Жириновский будет сегодня выступать по этой теме.

И, более того, мы договорились ещё об одной теме, время работы нам максимум 2,5 часа. Я как ведущий должен буду прерывать выступления, если кто-то будет далеко отходить от регламента.

Я очень прошу, здесь будут выступать, я посмотрел список, очень уважаемые люди, и я вас очень прошу говорить по теме, прежде всего, о том, что не устраивает в законе. Мы вроде договорились, что закон принят, но правоприменительной практики нет, можно ли менять закон, если ещё правоприменительная практика не наработана. Нужно говорить о подзаконных актах, которые вас беспокоят.

По итогам нашего парламентского заседания мы должны выработать ту резолюцию, которая бы устраивала наше сообщество: и депутатов, и Правительство России, и профессиональное сообщество.

Кроме того, парламентская площадка не закрыта для вас по этому вопросу, если нас с вами что-то не устраивает, мы соберёмся ещё и не один раз, потому что этот вопрос касается каждого гражданина Российской Федерации, буквально каждого.

Вопросов много, удачи нам с вами! Два с половиной часа впереди. И первому я даю слово Владимиру Вольфовичу Жириновскому – нашему национальному достоянию. Спасибо, Владимир Вольфович, что пришли к нам. *(Аплодисменты.)*

Жириновский В. В. Хорошо, спасибо.

Тема очень важная, поскольку касается всех нас, и я тоже хочу дать совет: любые выступления в любом месте по любой теме всегда надо начинать с выводов, чтобы все услышали ваши выводы,

то что вы хотите сказать. А уже потом обосновывать, потому что обоснование – оно безразмерно, всегда можно много приводить примеров.

Я считаю, что лекарство должно относиться к тем пяти позициям, которые должны быть только в руках государства – это вот лекарство, алкоголь, табак, наркотики, оружие – пять. Частный сектор близко подпускать нельзя.

У нас всё наоборот сделали, в основном частный сектор этим занимается, поэтому тяжело наводить порядок. И маркировка, конечно, в первую очередь нужна, чтобы исключить продажу фальшивых лекарств, но следует периодически принимать и радикальные меры, закрывать аптеки, где продаются фальшивые лекарства, иначе мы не остановим продажу этих лекарств.

Например, маркировка маркировкой, а могут быть без маркировки лекарства, подешевле, и какие-то постоянные покупатели возьмут и без маркировки. Поэтому и нужно ужесточать наказание, ибо мы все от этого зависим, все приобретают лекарства.

Я уже сказал, что нужно, конечно, всё держать в руках государства, должна быть полная национализация всех фармпредприятий и аптечной сети. У нас наоборот: всё в частных руках, мы пытаемся защитить наших национальных производителей, но это труднее делать, когда предприятия находятся в частных руках.

И здесь есть ещё такой вопрос сугубо политический. Иногда можно услышать: мы вне политики, спорт вне политики. Но всё связано с политикой, потому что политика – это управление процессом, управление. Запугали весь мир и болельщиков приехало меньше, чем могло быть, потому что люди решили, что что-то страшное здесь у нас в стране.

Так вот по лекарствам: их реклама должна быть запрещена. Ну как можно рекламировать лекарства? Люди начинают заниматься самолечением – это же к маркировке может не иметь отношения, важно, что люди смотрят рекламу, бегут в аптеку, покупают и процентов, наверное, 30 людей погибает. Впоследствии выясняется, что это было самолечение.

Каждый день реклама, в основном, лекарств: лекарство купите и всё пройдёт, всё. Ничего не пройдёт, только ухудшится, ибо гражданин не знает происхождение своей болезни, а не то лекарство только может усугубить процесс. Люди должны бояться покупать лекарство, все лекарства должны отпускать по рецепту. И все аптеки должны быть государственные, и все фармзаводы.

По фармзаводам что произошло: в советский период мы строили без того, чтобы подумать – а что будет дальше со страной? И большинство фармзаводов оказались в тех республиках, которые от нас отделились, и все наши фармзаводы пришлось строить заново. То есть мы сами это сделали из-за расчётов в планировании.

Вот Госплан. Надо же наказать чиновников, которые так спланировали размещение фармацевтических предприятий. А заводы по выпуску некоторых детских препаратов в Душанбе остались, в Кишинёве. У нас вообще нет ни одного фармзавода по производству детских лекарств. Сейчас, может быть, ситуация налаживается. Но какие потери, сколько денег! Поэтому, конечно, надо обязательно контролировать, добиваться, чтобы у нас был полный цикл производства.

Вот с инсулином что делают? Производится он в Дании, а упаковывают здесь. И считается, что они здесь разместили производство. Так что надо чтобы мы сами производили полный цикл лекарств.

Конечно, тяжело, весь мир живёт в планах мировой торговли, но тем не менее я считаю, что надо добиться, тем более, это такой жизненно важный препарат, огромное количество диабета, он уже добрался до детей. Сегодня все болезни помолодели. Как про опухоль говорят, так показывают младенцев, не старшее поколение, а совсем маленьких детей.

Конечно, госзакупки играют большую роль и к этому примазываются те, кто хочет получить хорошие деньги, потому что на огромные суммы мы покупаем лекарства, на 2 триллиона в год, представляете. Весь бюджет 16 триллионов, а 1/8 идёт на лекарства. По идее, все здоровыми должны быть, но это вот не получается, поэтому хотелось бы, чтобы всё-таки наши чиновники хотя бы стремились сделать, чтобы лекарства были дешёвые.

Я понимаю, строить новые заводы, делать маркировку – это деньги, значит, розничная сеть – тоже деньги и доставка. Но чтобы убрать рекламу лекарств никаких денег не нужно. Нужно, чтобы министр здравоохранения Российской Федерации вместе с Председателем Правительства России издали бы какое-то постановление и ввели запрет, чтобы слово «лекарство» на телеканалах не звучало. Я не говорю о том, что реклама отрицательно влияет на людей. У людей впечатление, что все большие, что у всех грибок на ногах, что все мужчины должны употреблять «Простамол»...

Председательствующий. Владимир Вольфович, 30 секунд.

Жриновский В. В. Я заканчиваю. Я как раз шёл к завершению.

То есть тема очень важная, мы дождались, наконец, что маркировка у нас с вами будет, это нужно сделать. Ну а маркировка алкоголя больших положительных результатов всё-таки тоже не имела, нужны более комплексные меры. В любом случае, вывод: виноваты чиновники и частично мы – депутаты, которые пропустили законы, которые не смогли закрыть лазейки перед бракоделами.

(Аплодисменты.)

Председательствующий. Уважаемый Владимир Вольфович, спасибо огромное.

Я думаю, это для фракции ЛДПР большой объём работы по разработке законопроектов по этому направлению. И депутаты фракции, я думаю, должны поддержать все ваши инициативы. И спасибо вам огромное.

Пять минут, Федот Семёнович Тумусов, первый заместитель председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья, фракция «СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ».

Тумусов Ф. С. Уважаемые участники парламентских слушаний!

У нас в России всегда или почти всегда новое – это хорошо забытое старое. Вот давайте посмотрим, как же обеспечил Иосиф Сталин внутреннюю безопасность государства – анонимками. Каждый гражданин страны имел право писать анонимки, и они становились юридическим основанием для проведения репрессий. Реализуемая сейчас система мониторинга движения лекарственных средств это те же анонимки, но, разумеется, на других моральных принципах и на другой технической основе. Вот наносятся штрих-коды и любой гражданин страны может проверить состояние той или иной коробочки лекарств в пространстве и во времени.

Но что при этом происходит, какая есть опасность, какие угрозы? Если анонимки держали всю страну в страхе, то отказываются ли из-за страха быть пойманными и наказанными потенциальные фальсификаторы лекарств от своих преступных планов? И какой урон может быть нанесён рядовым пациентам страны внедряемой системой? Вот главные вопросы сегодняшней дискуссии.

Первая и главная опасность – это вероятность исчезновения популярных и очень полезных дешёвых (стоимостью до 100 рублей) лекарственных средств (в рекомендациях об этом более подробно написано).

И я присоединяюсь к предложениям принять специальные меры, чтобы эти лекарства, они с рынка не исчезли.

Мы должны понимать, что фирмам легче просто отказаться от их выпуска и перейти на выпуск более дорогостоящей продукции. Если будет непомерное удорожание всего этого процесса.

И в то же время мы все с вами должны обратить внимание на такой немаловажный фактор: зачем кому-то подделывать дешёвые препараты, ведь доход от их продажи и так минимален.

Поэтому надо принимать специальные меры, я думаю, что Правительство России этим озаботится.

Второе. Ряд экспертов высказывают беспокойство о возможности резкого повышения возвратов из-за нечитаемого кода. Дело в том, что с этой проблемой столкнулись производители в Соединённых Штатах Америки при внедрении аналогичной системы. Это тоже дополнительные затраты, которые могут вести к удорожанию.

И, наконец, третья опасность заключается в том, что могут начать появляться поддельные приложения по идентификации. Мы же русские очень находчивые, а может даже весёлые, так что могут появиться желающие и умеющие взломать существующие базы, а это уже новый теневой бизнес по продаже идентификационных знаков. Размеры и масштабы этих рынков сложно сейчас себе представить.

В связи с этим нам надо подумать о сроках переходного периода или о количестве этапов введения обсуждаемой системы, чтобы была возможность у государственных и у коммерческих организаций нейтрализовать опасности, сопровождающие её внедрение.

Мне кажется, что все эти проблемы, все эти угрозы можно было бы решить и, наверное, они уже решаются с помощью современных блокчейн-технологий.

Несмотря на озвученные недостатки, и наша фракция, и лично я, являемся горячими сторонниками внедряемой системы. И считаю, что в результате сегодняшних обсуждений мы найдём способ решения вышеуказанных и других проблем, о которых здесь эксперты и профессионалы скажут, в интересах граждан нашей многострадальной Российской Федерации.

Спасибо.

Председательствующий. Федот Семёнович, спасибо огромное. И с прошедшим вас днём рождения. *(Аплодисменты.)*

Слово для выступления имеет Батуркин Андрей Николаевич, заместитель руководителя Федеральной налоговой службы. Он как раз один из тех людей, которые могут ответить на вопрос о фальсификации.

Батуркин А. Н. Собственно, честно говоря, мне казалось, что все спорные вопросы мы с вами обсудили и сняли, когда готовился сам законопроект – и то, что касается целесообразности маркировки, и то, как она должна выглядеть, на какие группы лекарств распространяться. Поэтому, как я понимаю, сегодня мы просто собрались уточнить, как проходит эксперимент, в рамках которого Федеральная налоговая служба является оператором информационной системы.

Просто назову несколько цифр. У нас на сегодняшний день в системе «Маркировка» зарегистрировано уже 7726 участников, которые присоединились к системе в добровольном порядке. Описано более тысячи различных лекарственных препаратов, порядка 11 миллионов упаковок уже промаркированы в системе, и по системе прошло порядка полумиллиона – 556 тысяч электронных документов, которые сопровождают процесс маркировки.

Поэтому особых никаких проблем мы не видим, всё, что мы обещали участникам рынка, в том числе предоставление так называемого канала IP для доступа в информсистему, чтобы настраивать свои учётные системы, мы выполнили, система, у нас техническая поддержка тоже в одноимённой службе работает, и если возникают какие-то проблемы, мы их все стараемся снимать на площадке Росздравнадзора, там рабочая группа, которую возглавляет Михаил Альбертович Мурашко. Вот поэтому, если говорить про сегодняшний день, мы каких-то особых проблем в реализации этого проекта не видим.

Да, сейчас, насколько я понимаю, Минздрав России готовит проект постановления, которое в августе должно быть внесено в Правительство России, в котором будет просто более подробно описано как будет происходить маркировка, но фактически это всё будет базироваться на тех условиях, которые, в общем-то, уже вам известны, которые изложены в 62-м постановлении Правительства России, описывающим, собственно, добровольную маркировку.

Что касается того, о чём сказал Александр Петрович. Действительно, было обсуждение этого вопроса, когда проходило обсуждение законопроекта, действительно, в законе № 61-ФЗ появилась фраза, что это либо уполномоченный орган, который является органом исполнительной власти, либо уполномоченная компания.

Как вы знаете, с того момента как там прошла дискуссия по этому конкретно законопроекту, Правительством России было принято уже несколько решений, касающихся маркировки, в том числе, касающихся решения о распространении систем маркировки на другие виды товаров, не только на лекарства и на меховые изделия, как это сейчас, но и на большую группу других товаров.

Сейчас в распоряжении № 792 Правительства России перечень из 10 товарных позиций, он, очевидно, будет расширяться, потому что Кабинет министров хочет сделать максимально прозрачными товарные рынки в различных сегментах. И соответственно, понимая, что это достаточно большая работа и большие затраты, которые несёт государство и бюджет на внедрение информационной системы маркировки, обсуждается вопрос. И в принципе принято решение о том, чтобы оператором такой информационной системы был не только по лекарственным препаратам, но и по всем остальным товарным группам, то бишь не ФОИВ. Это сделано для того, чтобы снять избыточную нагрузку на бюджет, чтобы не поддерживать информационную систему за счёт средств налогоплательщиков.

Что это меняет для рынка? На мой взгляд, ничего не поменяется, потому что с точки зрения работы системы все останется точно так же, те же самые форматы. В принципе, мы вообще планируем нашу информационную систему маркировки передать коммерческому оператору, нами сейчас эта работа уже начата, поэтому здесь, я думаю, произойдёт, что называется, бесшовное такое замещение и никаких там проблем, вы не увидите.

Я бы хотел призвать всех участников рынка, которые не являются пока участниками системы маркировки, более активно участвовать в этой работе, потому что 1 января 2020 года не за горами. И, если вы хотите, чтобы вся эта работа прошла безболезненно, то чем раньше вы войдёте в этот проект, тем проще будет решить все вопросы.

Вопросы информационной безопасности здесь не поднимались, но если возникнут вопросы на этот счёт, готов дать комментарий.

Спасибо.

Председательствующий. Огромное спасибо.

Выступает представитель Генеральной прокуратуры Фадеев Юрий Иванович, старший прокурор отдела Главного управления по надзору за исполнением федерального законодательства.

Пожалуйста, пять минут.

Фадеев Ю. И. Добрый день, уважаемые коллеги!

Действительно, как отметили, важным элементом доступности медицинской помощи является лекарственное обеспечение. Вместе с тем, в последнее время, все чаще стали выявляться нарушения, связанные с поставкой фальсифицированных, недоброкачественных и контрафактных лекарственных средств.

Я остановлюсь на примере Свердловской области, где совместно с ФСБ, территориальным органом Росздравнадзора, областным Минздравом были проведены надзорные мероприятия, направленные на недопущение поставок в медицинские организации недоброкачественных лекарственных средств, в том числе, для лечения онкологических заболеваний.

Установлено, что ряд поставщиков реализовывали на территории области дорогостоящие средства с грубым нарушением лицензионных требований. Одна фармацевтическая организация, которая должна поставить в онкодиспансер партию препарата по цене в два раза ниже цены производителя, после запроса прокуратуры о предоставлении сведений о планируемой поставке лекарств, о серии, номерах упаковок, отказалась от исполнения контрактов. Как оказалось, данные лекарства были приобретены в Санкт-Петербурге. По этим фактам следственными органами Свердловской области возбуждено уголовное дело по 327.2 статье Уголовного кодекса Российской Федерации – подделка документов на лекарственные средства.

Кроме того, по данному факту в ходе дальнейшей проверки в Санкт-Петербурге в настоящее время расследуется уголовное дело по статье 159 – это мошенничество по фактам, когда лекарства для химиотерапии выписывались по рецептам врачей и не вводилось пациентам, а похищалось, после чего вторично предлагалось при проведении аукциона в рамках госзакупок, в том числе, в Свердловской области.

В связи с тем, что маркировка ставится не на все лекарственные препараты, по предложению прокуратуры области заключаемые медицинскими организациями контракты были дополнены нормами, обязывающими поставщиков подтверждать факт нахождения у них препаратов на законных основаниях. Всем известно, что в случае поставки «серого» лекарственного средства, жизни сотен онкобольных грозит смертельная угроза.

Опасность поставки подобных дорогостоящих препаратов заключается в том, что формально каких-либо нарушений нет. Препарат имеет заводскую упаковку, сопроводительные документы, но фирма-поставщик не может объяснить происхождение товара, её склады, указанные в лицензии, не функционируют, соответственно, нет гарантии соблюдения необходимых и достаточно жёстких условий хранения, а, следовательно, и качества эффективности химвепарата.

При этом в отличие от многих иных лекарств, действие которых проявляется через непродолжительный период времени, действие химвепарата возможно определить только через месяцы приёма. Провести выборочные проверки качества препаратов в поставке в больницы достаточно затруднительно. Надо иметь в виду, что стоимость одной упаковки лекарства – от 40 тысяч рублей. Таким образом, данный вид грубейшего правонарушения имеет глубоко латентный характер.

Маркировка лекарственных препаратов в дальнейшем позволит отследить движение товара от производителя до больницы, что исключит возможность его хищения и оборота на «сером» рынке. У меня, в принципе, всё.

Председательствующий. Юрий Иванович, спасибо большое.

Фадеев Ю. И. Готов ответить на вопросы.

Председательствующий. Я думаю, пока вопросов не будет. Сейчас у нас ещё два представителя Правительства России будут выступать, а потом я прошу подготовиться двух представителей «Фармы» – Шпигеля Бориса Исааковича и Апазова Александра Дмитриевича.

Слово Мурашко Михаилу Альбертовичу, Росздравнадзор. Подготовиться представителю Министерства промышленности и торговли Российской Федерации.

Мурашко М. А. Глубокоуважаемый президиум и глубокоуважаемые коллеги!

Я хотел бы всё-таки коротко познакомить вас с тем, что было сделано. Фактически приоритетный проект «Лекарство, качество и безопасность», одобренный Правительством России, начал реализовываться в рамках пилотного проекта. Основными задачами, которые были поставлены, являлось оценить эффективность разрабатываемой системы и понять её плюсы и минусы, подготовить и определить изменения в законодательство для внедрения в систему, и определиться с требованием к самой системе.

Мы прекрасно понимаем, что этот список недостаточный, потому что цифровизация здравоохранения, контроля качества лекарственных средств и безопасности, в том числе с новыми данными, это серьёзное и важное направление.

Я для примера хочу вам привести те фактически бизнес-процессы. Группа людей, рабочая группа, это представители аптечных организаций и их оптовых фармацевтических организаций, а также производители, и разработчики программного продукта фактически в течение года еженедельно находились в активном рабочем процессе. И в результате, выработано было на первом этапе более 10 бизнес-процессов, которые были переведены в программный код, а на последующем этапе около 22-х.

Причём, хочу сказать, что на 2018 год мы совместно с нашими коллегами из Минпромторга России, ФНС, Минздрава России, и фармацевтическими организациями выявили те проблемы, которые нужно доработать с учётом евразийского законодательства, с учётом процедуры таможенного оформления и так далее. И поэтому вот эти шесть процессов – это те, которые уже дорабатываются в этом году. А в рамках рабочей группы мы договорились о том, что нужно решить все вопросы по отбору образцов, по запросам, по передаче из учреждения в учреждение и так далее. Эти все процессы сегодня уже отработаны пошагово, переведены в цифры. Это колоссальный объём работы.

Конечно, принципиально важно, что все договорились в каком формате работаем, это Data Matrix код, соответствующий всем форматам, которые используются во всём мире.

Страна наша отличается от многих других стран тем, что имеет огромную территорию с неустойчивой временами интернет-связью. И поэтому нужно отрабатывать вопросы бесперебойной работы аптечных и медицинских организаций, обеспечивать своевременное внесение данных и, в том числе, возможность осуществления в offline режиме проверок. Поэтому вот эти вопросы информационной безопасности не входят совсем в мою компетенцию, но я понимаю, что фактически без этого реализовать это качественно технически невозможно. И поэтому вопрос построения товаропроводящих цепочек сегодня решён и вопросы безопасности отработаны. Хочу сказать, что маркировка фактически привела к тому, что мы сделали реестр лицензий и оцифровали его в формате Федеральной информационно-адресной системы.

Сегодня каждая организация имеет цифровой адрес в реестре лицензий. Мы единственный ФОИВ, который реализовал это в полном объёме. И фактически мы готовы сегодня загружать эти данные в любую информационную систему независимо. Это лекарственные препараты, медицинские изделия, либо логистика скорой помощи и так далее.

Сегодня в каждом регионе созданы опорные медицинские и фармацевтические организации, которые являются своего рода центрами компетенций для обучения. В каждом регионе данным вопросом занимается заместитель губернатора. И совместное обучение с федеральными учреждениями и институтами, плюс аптечные организации, плюс медицинские, плюс оптовые позволили нам фактически уже сегодня подготовить в каждом регионе компетентных людей, которые готовы внедрять эту систему.

Плюсы для бизнеса представлены на слайде, о них уже неоднократно говорили. И в первую очередь, это планирование производства, защита от фальсифицированной контрафактной продукции, защита брендов, управление логистикой и так далее. Поэтому мы принципиально должны понимать, что система должна работать в любых условиях и должна быть абсолютно безопасной. Мне очень приятно было услышать сегодня, что прокуратура успешно выявляет такие случаи. Вот, пожалуйста, на сегодняшний день выявлены организации, занимавшиеся поставками фактически ранее украденных препаратов. Поэтому значимость реализации проекта «Лекарства, качество и безопасность» трудно переоценить.

Я очень признателен Государственной Думе за то, что они в своё время внесли...

Председательствующий. Минуту ещё.

Мурашко М. А. ...в уголовное законодательство дополнение по фальсифицированным и контрафактным лекарственным препаратам в полном объёме. Но ещё одна принципиально важная вещь. Сейчас, когда мы начали с МВД России и Следственным комитетом, с прокуратурой отрабатывать все механизмы, нужно предусмотреть обязательную ответственность за продажу ранее уже проданного лекарства. Доказывать, что оно было фальсифицированным, недоброкачественным, ещё что-то это бессмысленный процесс. Раз оно уже было продано, то оно повторно продаваться не может. Это убытки государства, а риск для пациента является колоссальным.

Ещё один важный момент, на слайде он был: маркировать все лекарственные препараты или не все. Все. Поскольку подделываются и дорогие, и широкотиражные низкоценовые лекарственные препараты.

Спасибо за внимание. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо, Михаил Альбертович.

У нас выступает заместитель министра промышленности и торговли Российской Федерации Евтухов Виктор Леонидович. Пожалуйста, пять минут.

Евтухов В. Л. Уважаемые коллеги, здесь представители органов власти уже рассказали о том, как проходит пилотный проект. Мы напрямую им не занимаемся, но Минпромторг России определён координатором всех, в принципе, проектов по маркировке, которые сегодня запущены, и того «пилота», который реализуется в обязательном порядке, а также всех тех, которые проводятся в качестве экспериментов. Мы за ними внимательно следим и, конечно, помогаем Федеральной налоговой службе реализовывать пилотный проект по маркировке лекарственных препаратов. Прежде всего наш профильный департамент, который отвечает за производителей лекарственных препаратов, с ними вплотную работает.

На сегодняшний день, правильно сказал коллега из Федеральной налоговой службы, запущен процесс передачи полномочий в качестве оператора от Федеральной налоговой службы к оператору Фонда развития перспективных технологий. Здесь находится Михаил Дубин, генеральный директор этой компании. Он сможет ответить на вопросы, и может быть, прокомментировать с точки зрения готовности поставки российского оборудования, а также рассказать о том, как генерируется код.

Что касается ценовых категорий лекарственных препаратов, здесь также есть позиция, которую можно будет озвучить. Много было вопросов, связанных с необходимостью введения криптозащиты. Но я могу сказать, что когда мы разрабатывали и вводили модель угроз по всей маркировке (это не касается только лекарственных препаратов), нашими соответствующими органами было сказано о том, что необходимо в рамках этой модели угроз осуществлять криптозащиту.

Это как раз то, о чём говорил Владимир Вольфович Жириновский. Мы клеим акцизные марки на алкоголь, но при этом появляются двойные, даже тройные марки. Вот для того чтобы не было возможности сгенерировать вторичный код, то есть продублировать его, для этого вводятся как раз элементы криптозащиты, которые на самом деле никоим образом не усложняют те процессы, которые существуют.

Основной вопрос, который всегда задают нам коллеги: вот сейчас идёт «пилот» по маркировке табачной продукции, начался «пилот» по маркировке обуви, не будет ли вводиться в этом случае маркировка более высокого уровня, а именно, контрольными идентификационными знаками, так называемыми радиочастотными метками, то, что у нас запущено по меховым изделиям. Нет, на данную продукцию в данный момент это не предусматривается, достаточно будет действительно двумерного кода

для того, чтобы обеспечить и прослеживаемость, полноту информации, и для того, чтобы максимально убрать с рынков фальсифицированный и другой нелегальный товар. Вот то, что мы видим сейчас, в том числе, и по сигаретам. Там уже на самом деле крупные производители, чьи линии обладают большими скоростями и выпускают огромное количество продукции, спокойно реализуют этот проект, и мы не видим никаких сбоев.

То, что сейчас существует на лекарственном рынке, я не могу прокомментировать, потому что мы не участвуем в этом эксперименте, но Михаил, если позволите и дадите ему пять минут, об этом может коротко рассказать как профессионал.

Недавно нам Центр развития перспективных технологий продемонстрировал у себя в офисе как работает эта система. Никаких опасностей мы здесь не наблюдаем с точки зрения запуска, в том числе, обязательной маркировки с 2020 года по лекарствам. Единственный вопрос, который возникает: эксперимент у нас был намечен до конца 2018 года, а сама маркировка с 2020-го. То есть год получается фактически без регуляторики. Поэтому, наверное, надо будет продлить эксперимент на весь 2019 год для того чтобы нам проще было, во-первых, мониторить ситуацию, во-вторых, понять, что и производители, и продавцы готовы к тому, чтобы реализовывать это в обязательном порядке в полном объеме.

Председательствующий. Виктор Леонидович, нам действительно очень интересно.

Евтухов В. Л. Если вы позволите, то я скажу, что здесь коллеги из «СПРАВЕДЛИВОЙ РОССИИ» сказали о том, что это как бы анонимки. Естественно, код не является анонимным, как раз именно туда записана вся информация и о производителе, и о товаре, и о том, какой путь этот товар проделал. То, что касается меховых изделий, сегодня любой покупатель может на специальное приложение сфотографировать и получить всю информацию о товаре.

Я вот недавно с Федеральной таможенной службой участвовал в таких проверочных мероприятиях по торговым точкам. Но я могу сказать, что огромное количество немаркированного товара, меховых изделий до сих пор продаётся, эта продукция изымается, она подлежит уничтожению.

А с другой стороны, берут эти ... метки, перешивают на другие изделия... То есть на самом этом контрольном знаке информация о другом товаре находится. Это тоже изымается.

И плюс мы выявили большое количество продукции, которая покрашена ядовитыми красками, где есть личинки, где есть дырки, где есть брак. Нашли даже небольшие цеха в торговых комплексах, где срезается метка, что это китайский товар, навешиваются ярлыки что это произведено в Италии. В общем, в заблуждение покупателя вводятся в полном объеме. Это шубы, представляете, да, меховые изделия, которые не так сильно влияют на безопасность человека.

Что касается лекарственных препаратов, здесь мы вместе с вами, наверное, понимаем, что это другая абсолютно ситуация. Спасибо.

Председательствующий. Виктор Леонидович, вы предложили послушать выступление Михаила Дубина, мы три минуты дадим, нам действительно очень интересна генерация кодов.

Дубин М. Спасибо большое. Меня зовут Михаил Дубин, я представляю Центр развития перспективных технологий.

ЦРПТ является компанией группы «Ростех». И в соответствии с решениями Президента России и Правительства России создаёт единую унифицированную систему маркировки, которая предполагает возможность масштабирования гибкого и быстрого на большое количество товарных групп.

Основной целью является сокращение незаконного оборота. Помимо интересов государства это также защита жизни и здоровья потребителя. И важно, что интересы бизнеса должны учитываться в виде минимальных изменений бизнес-процессов и, в принципе, постоянного диалога с бизнесом.

Для того чтобы маркировка была не долгой и действительно эффективной, мало собственной маркировки и прослеживаемости, важно ещё гармонизировать и, возможно, внести определённые изменения в контрольно-надзорную деятельность, чтобы получить все те эффекты, о которых было сказано.

Предполагается, что реализовывать это будет не просто частный партнёр, как может звучать, а в формате государственно-частного партнёрства, то есть это специальный режим. Что он даёт? Он даёт сокращение сроков внедрения, первое. Второе – сокращение затрат государства. Так, только в маркировку фармацевтической продукции мы как операторы планируем вложить свыше 10 миллиардов рублей: помимо, собственно, создания и развития системы и её поддержки, это оснащение всех медицинских организаций в стране устройствами выбытия автоматизированными, а также затраты, связанные по оснащению производителей оборудованием по информационной безопасности.

Также должна быть предусмотрена финансовая ответственность оператора. Вот был аргумент про нечитаемость кода, про недоступность системы и прочее, предполагается, что это будет закрываться соглашением об уровне услуг. И помимо всего прочего этот режим сохраняет контроль государства, и, собственно, на прошлой неделе Президент России подписал закон, изменение в ГЧП, который открывает возможность для реализации как раз информационной системы по этому пути.

Параллельно у нас идут сейчас два «пилота» в соответствии с постановлением Правительства России – по маркировке табака и по маркировке обувной продукции. Соответственно, там можно тоже все узнать, там на открытом сайте вся информация выложена, эксперименты идут успешно, все работает

в штатном режиме, и там использованы все те технологические наработки, о которых идёт речь. Оператор получил все лицензии, связанные с информационной безопасностью.

Что важно? Что наша система применительно к маркировке лекарств не предполагает существенных изменений по сравнению с условиями действующего пилотного проекта. Важно, что внедряется единая система общественного контроля, и чтобы не было как раз множественности приложений, будет вводиться потребительский бренд, который называется «Честный знак», где можно проверить как легальность чеков, так и, собственно, подлинность всех товаров.

И так как моё время истекло, я хотел бы призвать производителей активнее устанавливать оборудование для маркировки по нанесению средств идентификации, потому что это самое долгое, что есть на пути к реализации системы. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо, Михаил Андреевич.

Я просто всему нашему высокому собранию хочу сказать, что когда мы обсуждали проект закона во втором чтении, многие это помнят, присутствовали, то одним из дискуссионнейших вопросов был такой: оператором будет являться федеральный орган государственной власти или лицо, уполномоченное Правительством России. И очень как раз резкой критике тогда подверглась тема частного бизнеса, вы все это помните.

Мы, безусловно, несём ответственность за те слова как депутаты, которые мы вам обещали, поэтому мы должны этот щекотливый вопрос вынести на публику. Вы знаете негативную реакцию общества на систему «Платон», а мы как раз после «Платона» двигались к этой теме, и это вызывало огромную дискуссию в регионах вплоть до протестов водителей.

И я знаю, какая реакция у профессионального фармацевтического сообщества по этому поводу. Мы говорили сегодня, что после принятия закона Правительство России должно было подзаконные акты направлять в Государственную Думу, особенно по тем дискуссионным вопросам, которых они касались. Это один из конкретных дискуссионных вопросов был. Сегодня в Государственной Думе у нас нет этого документа от Правительства России пока.

Мы с депутатами должны обязательно этот вопрос посмотреть для того чтобы мы могли честно смотреть друг другу в глаза. Мы понимаем, что, да, «Ростех» – государственная корпорация, но надо все это посмотреть внимательно. Это будет один из вопросов, который мы по результатам сегодняшнего парламентского слушания должны будем включить в резолюцию. Обязательно, иначе это будет нечестно по отношению к тем обсуждениям, которые у нас были.

Спасибо большое. Извините, пожалуйста, за комментарии.

(Аплодисменты.)

Чуть поменяли график выступающих, я извиняюсь перед теми, кого мы предупреждали. Я вижу, что профессиональное сообщество хочет выступить. Давайте.

Я хотел бы предоставить слово Шпигелю Борису Исааковичу, это один из ведущих экспертов в Комитете по охране здоровья и специалист в области фармацевтики в Российской Федерации. Поэтому, я думаю, это справедливо.

Шпигель Б. И. Уважаемые коллеги, добрый день!

Председательствующий. Пять минут.

Шпигель Б. И. Спасибо.

Я хотел бы, чтобы представитель Генеральной прокуратуры внимательно послушал то, о чём я сейчас буду говорить. Я, конечно, согласен с вами в том, что это проблемы вторичного вброса и с ними надо бороться. Но я хочу, чтобы вы внимательно проанализировали как с ними можно бороться не при помощи коммерческого проекта, которым сегодня является маркировка лекарственных средств, и которая выведет все препараты, особенно низкого ценового сегмента с рынка, если она будет внедряться без соответствующих нормативных актов.

Итак, сегодня действует закон № 425-ФЗ о введении маркировки лекарственных средств. Благодаря позиции депутатов срок обязательной маркировки был увеличен на один год, слава богу, и установлен с 1 января 2020 года, что на этапе принятия закона было всеми признано разумным решением. В ходе обсуждения законопроекта также затрагивался вопрос бесплатности, подчёркиваю, участия производителей в системе маркировки. И в законе отражено, что производители получают информацию из системы мониторинга безвозмездно. И никому в голову на том этапе не приходило, что может взиматься какая-либо плата за само участие в системе мониторинга, поскольку все расчёты возможного увеличения себестоимости лекарств не учитывали платность участия. Ни у кого не вызвало сопротивления и положение закона об ответственности участников рынка за производство или продажу без средств идентификации, поскольку эта норма вступает в силу с 1 января 2020 года. И все понимали, что эта ответственность распространяется только на свежепроизведённую продукцию, то есть с 1 января 2020 года, и не затрагивает продукцию, произведённую до срока обязательности маркировки.

Закон вступил в силу с 1 января 2018 года. А теперь давайте посмотрим, что произошло за эти шесть месяцев. Сначала срок проведения эксперимента продлевается до 31 декабря 2018 года, а сей-

час есть проект постановления Правительства России с продлением срока эксперимента ещё на год, до 31 декабря 2019 года. А с 2020 года начинается маркировка. То есть у нас нет того самого промежуточного периода для того, чтобы посмотреть, что всё-таки дал эксперимент, что даёт сегодня эксперимент.

В настоящее время система маркировки до сих пор работает в ручном режиме, что бы нам не показывали на красивых слайдах. В настоящее время проверка сведений по лекарственному препарату происходит, как я уже сказал, в ручном режиме на основании данных, содержащихся в государственном реестре лекарственных средств, ведение которого осуществляет Минздрав России. Позиции часто регистрируются через письма, а не автоматически. На регистрацию одной позиции уходит от нескольких недель до месяца. Техническая поддержка по любым вопросам реализации проекта слабая и осуществляется со значительной задержкой.

В апреле Правительство России издаёт распоряжение номер 791 об утверждении модели функционирования системы маркировки товаров, средств идентификации, где в корне меняется действующая концепция утверждённых Минздравом России методических рекомендаций по проведению эксперимента, появляется понятие «криптографического кода проверки», и вводится взимание платы за каждую единицу кода маркировки. Более того, проектом постановления Правительства России предусмотрена передача функций оператора информационной системы, как я уже говорил, от Федеральной налоговой службы к обществу с ограниченной ответственностью. И сегодня представитель новой службы об этом сказал...

Вдумайтесь, уважаемые депутаты и коллеги, общество с ограниченной ответственностью будет неофициальным регулятором такой чувствительной отрасли как лекарственное обеспечение всей системы здравоохранения страны. Не федеральный орган, а коммерческая структура. На фоне всего произошедшего за шесть месяцев остаётся только догадываться, что нас ждёт, когда появится долгожданное постановление Правительства России, на которое в федеральном законе есть семь отсылочных норм.

Как заявлялось в этой аудитории, проект постановления правительства должен был быть подготовлен к моменту принятия закона в третьем чтении, что предусмотрено Регламентом работы Государственной Думы. Однако его нет до сих пор.

Из всего происходящего можно сделать несколько выводов. Я очень быстро, потому что проблем много, но я их назову.

Первое. Мы не должны в необдуманных попытках создавать предпосылки для возникновения коллапса на рынке лекарств. Подумайте, на сегодняшний день на предприятиях низкого ценового сегмента выведено 168 позиций, которых лишены наши потребители в аптеках.

Председательствующий. Две минуты добавьте.

Шпигель Б. И. Нам никто этого не простит: ни бабушки, ни дедушки и так далее.

Я говорил на прошлых парламентских слушаниях также, когда речь шла о ходе эксперимента. Мне возражали: дескать можно будет вот этим смартфоном определить хорошее это лекарство или нет. Я до сих пор не увидел в ходе эксперимента ни одной бабушки и ни одного дедушки, которые могли бы это сделать. Покажите нам их хотя бы сегодня. *(Аплодисменты.)*

Я думаю, что сегодня будут, соответственно, показываться слайды некоторыми ассоциациями, и мы увидим бабушек и дедушек, которые не могут определить этого. Так давайте сначала проведём эксперимент.

Второе. Поэтому я предлагаю записать в рекомендациях – установить срок обязательно маркировки не ранее чем с 1 января 2023 года. Это позволит спокойно, в нормальном темпе отработать саму систему модели маркировки, снимет напряжённость подготовительной работы отрасли в целом.

Второе. Уже сейчас подготовить и принять поправки, допускающие возможность обращения на рынке препаратов, произведённых до срока всеобщей обязательной маркировки, до истечения их срока годности. Что мы будем делать с этими препаратами, это же на миллиарды рублей у нас попадут производители (миллиарды рублей!).

Третье. Законодательно установить, что участие в системе маркировки должно быть бесплатно на всех этапах, то есть на этапе формирования кода маркировки и передачи их данных в систему маркировки, получение также информации оттуда.

Четвёртое. Оператором информационной системы однозначно должен быть уполномоченный орган федеральной исполнительной власти.

Пятое. Вернуться к вопросу о препаратах нижнего ценового сегмента, их производство сейчас идёт на снижение или, как я сказал, на вывод из производства из-за принятой системы регулирования цен. Система маркировки окончательно поставит точку в этом вопросе и население останется без препаратов повседневного потребления. Вопрос: кому это выгодно? Уж точно не населению и нашему политическому руководству. Так может прекратить практику проведения рискованных инноваций, вывести эти препараты из системы маркировки. Надо вернуться к этому вопросу и законодательно исключить препараты ценой до 100 рублей из системы маркировки.

Спасибо за внимание.

Председательствующий. Борис Исаакович, спасибо.

Я бы хотел слово предоставить Александру Дмитриевичу Апазову, президенту Союза национальной фармацевтической палаты. Он представляет интересы огромной группы фармпредприятий.

Пожалуйста, Александр Дмитриевич. Пять минут.

Апазов А. Д. Спасибо.

Уважаемые коллеги, мы обсуждаем очень важные и, в первую очередь, для больных людей, для населения вопросы. И я думаю, всё то, что мы здесь говорим, безусловно, скажется на их здоровье.

Я согласен со многими выводами Бориса Исааковича. И, в первую очередь, с выводом о том, что эта программа не должна быть платной. А мы сегодня слышали в докладе, что уже внесены поправки и в ГЧП, и применение ГЧП возможно. ГЧП – это, извините, бизнес-проект. Это не бесплатный проект.

Это первое.

И я тоже согласен с тем, что нужно обязательно написать в наших рекомендациях, чтобы это было обязательно бесплатным.

Это первая часть.

Вторая часть. У нас большое количество розничных аптечных учреждений. У нас большое количество аптек в больницах, и даже без аптек большое количество медицинских учреждений. И всё это работает пока по непонятным для меня программам, потому что программ там уйма. Есть индивидуальные аптеки, вы знаете, которые вообще работают по собственным программам, которые нигде не зафиксированы.

Поэтому моё предложение – всё же вписать сюда, что сегодня нужно провести анализ аптечной системы на возможность применения и внедрения программы маркировки. Если даже 10 аптек останутся без этой программы, вы сами прекрасно понимаете, всё, что мы пытаемся сейчас сделать, всё пойдёт насмарку.

Мы просмотрели внимательно рекомендации, я считаю, что вот два момента, которые нужно обязательно отметить, и в конечном итоге это будет в дальнейшем работать. А так в рекомендациях отмечены очень многие вопросы, которые являются на сегодняшний день серьёзными и важными.

Спасибо.

Председательствующий. Александр Дмитриевич, огромное спасибо вам за выступление.

Я бы хотел дальше по плану предоставить слово тем, кто производит технологическое оборудование для маркировки.

Вот как раз Протасов Сергей Николаевич, исполнительный директор компании «ТрекМарк». Пожалуйста, вам слово. Пять минут.

Протасов С. Н. Добрый день, уважаемые коллеги.

Я кратко расскажу про оборудование, потому что с ним было связано много вопросов: где его брать, есть ли выбор на рынке этого оборудования, каковы сроки поставки, какова его стоимость и так далее.

Мы можем разделить всё оборудование, имеющееся на текущий момент на рынке, на оборудование импортное и оборудование отечественное.

Достаточно много на рынке присутствует импортного оборудования, производители которого участвовали в эксперименте, уже были доказаны возможности нанесения кодов маркировки, была доказана возможность их верификации, были проверены разные компоненты этого оборудования, потому что ключевые из них, это узел печати, который впечатывают и наносят на упаковку, и второй ключевой узел – это узел верификации. Это камеры технического зрения, которые производят верификацию и производят агрегацию в третичную упаковку.

Если мы говорим про отечественные аналоги, то на базе компании «ТрекМарк» было создано производство локализованного оборудования. И в настоящий момент на мощностях «Ростеха», на производственных площадках концерна «Автоматика» это оборудование производится.

Планируется в этом году произвести больше 300 станций сериализации и агрегации, которые сейчас уже готовы к поставке на предприятия, интеграция которых была протестирована с производственными системами. Ну понятно, что самая распространённая система – у нас это 1С.

И если мы говорим о том, в какие сроки может быть оснащено производство, то так как оборудование локализовано производится на территории нашей страны, то сроки поставки достаточно сжатые, и от момента размещения заказа срок поставки составляет от 10 до 14 недель.

И поэтому можно быть уверенным в том, что в достаточно сжатый период возможна установка, интеграция, тестирование, проверка и последующая валидация этого оборудования на производственных линиях, и нанесение кодов маркировки.

Производственные мощности в настоящий момент позволяют в случае необходимости и увеличить объём производства.

По нашим оценкам дефицита оборудования на рынке ни в этом году, ни в следующем не будет, ввиду того что это рынок достаточно конкурентный, и присутствуют разные производители и импортеры импортного оборудования, в том числе.

Более того, если мы говорим про доступность этого оборудования, то в настоящий момент у Фонда развития промышленности есть специальная программа, в апреле этого года они её запустили, эта программа даёт возможность производителям лекарственных препаратов на достаточно льготных условиях оснащать производственные линии.

Условия этой программы подразумевают возможность получения в рамках 50 миллионов рублей льготного финансирования на два года под процентную ставку всего лишь в один процент годовых, с погашением основного долга со второго года. На эти деньги можно оснастить в зависимости от типа оборудования, в зависимости от производителя, от двух до пяти производственных линий, что, собственно говоря, в значительной степени облегчает возможности оснащения производственных линий.

Кроме того, мы точно знаем и уже сотрудничаем с рядом лизингодателей, лизинговые компании тоже готовы предоставлять лизинговые продукты на оборудование по сериализации и агрегации, что тоже в значительной степени упрощает вход производителей в систему маркировки.

Поэтому если резюмировать сказанное, хочу подчеркнуть ещё раз, мы считаем, что дефицита оборудования на текущий момент нет. Есть отечественные аналоги этого оборудования, которые полностью соответствуют всем требованиям текущих методических рекомендаций.

Оборудование было протестировано, результаты печати, результаты верификации были доказаны, ряд производителей лекарственных препаратов принимали участие в этом эксперименте и техническая возможность маркировки, техническая возможность обеспечения этого процесса на текущий момент доказана. У меня всё.

Председательствующий. Да, спасибо большое.

Вот я бы хотел услышать комментарий Минпромторга России по этому оборудованию, особенно по обращениям производителей. Фонд развития промышленности, Алёхин Алексей здесь? Кто комментирует? Пожалуйста, директор департамента.

Кто-нибудь потом может рассказать, как заказывал, например, оборудование, что получается и что не получается. Три минуты.

Алёхин А. В. Добрый день, уважаемые коллеги! Алёхин Алексей Викторович, директор Департамента развития фарммедпромышленности.

Я краток буду. В Фонд развития промышленности поступило 27 заявок на сумму 905 миллионов рублей, из них одобрено семь проектов на сумму 310 миллионов рублей, все остальные готовятся к одобрению, проходят этапы экспертизы.

Работа ведётся в постоянном режиме непосредственно самим Фондом. Мы также направляем в Фонд развития промышленности коллег. На этот год предусмотрен общий объём финансирования в размере 1,5 миллиарда рублей.

Председательствующий. Отлично. Спасибо большое за лаконичный ответ. Я думаю, это устраивает всех производителей, с точки зрения возможности получения дополнительных финансовых средств на модернизацию оборудования для маркировки. И, я думаю, и парламентариев этот ответ устраивает. Спасибо вам за эту работу.

Я бы хотел слово предоставить Дмитриеву Виктору Александровичу, генеральному директору Ассоциации российских фармпроизводителей. Это ещё одна очень крупная ассоциация.

(Идёт демонстрация видеоролика.)

Председательствующий. Пожалуйста, комментируйте.

Дмитриев В. А. Добрый день, уважаемые коллеги!

Этот сюжет показал канал «Москва 24», мы к нему абсолютно никакого отношения не имеем, но, так сказать, обсуждая тему маркировки внутри ассоциации, коллеги когда его увидели, попросили показать этот сюжет на сегодняшних слушаниях для того, чтобы просто ещё раз подтвердить, что стабильно работающей и устойчиво работающей системы мы пока не увидели, к великому сожалению, хотя она, безусловно, нужна.

Но что касается выступления, то мне коллеги во многом облегчили задачу, потому что я фактически пойду по тому протоколу, который составлен по результатам нашего совещания.

Первое – это отсутствие подзаконных актов, о которых уже сегодня говорили, это просто тормозит движение вперёд и, соответственно, без этого мы не можем зайти в эту программу, потому что изначально мы базировались на методических указаниях, а сегодня мы слышим о криптографии, а это уже чуть-чуть другое. И, соответственно, многие производители, с которыми мы общались, говорят: мы просто боимся сейчас вложить деньги, что делать потом – неизвестно, надо будет систему дорабатывать. Это первый момент.

Второе – это предложение всё-таки дату полного внедрения назначить только после того, как вся система будет отвалидирована, отработана и будет принята какой-либо госкомиссией обязательно с участием участников рынка. Потому что сегодня мы на работу этой системы никоим образом повлиять не можем, и все общение у нас с операторами идёт в переписке в e-mail, порой ответы мы ждём по две недели. Вот этот момент, он никоим образом не регламентирован.

Второй момент, и об этом уже Борис Исаакович говорил: отсутствует переходный период, это всех беспокоит. Мы увидели, что в закон попала информация о том, что с 1 января производить и реализовывать препараты нельзя. Нас это, конечно, напугало, и мы настаиваем на том, чтобы все препараты, которые легально произведены и ввезены в страну до 1 января 2020 года, могли обращаться даже без маркировки до окончания сроков годности.

Что касается криптографии, о которой тоже уже сегодня много говорили. Позиция участников нашей ассоциации. Первое – увеличение сложности серийного номера (вместо 14 знаков – до 40) потребует дополнительных временных и материальных ресурсов, изменения регистрационных, логистических, IT и производственных процессов. Все это будет усложнять и удорожать конечную продукцию.

Нам непонятно, почему, вложив миллионные средства в закупку оборудования, мы сейчас должны идти по новому пути, что плохого было в предыдущей системе? Нам никто это не объяснил.

Третий момент. Криптограммы не гармонизированы с европейскими стандартами, и, соответственно, те, кто планируют развивать экспортный потенциал, столкнутся ещё и с этой проблемой.

По мнению участников, нанесение криптозащиты на упаковку существенно увеличивает отбраковку. На одном из наших предприятий как раз ЦРП проводил такой эксперимент, результат – 15 процентов отбраковки. То есть это препарат эффективный, безопасный, легальный, но вот по криптограмме он не проходит. 15 процентов, согласитесь, это немало. В этом нужно разбираться, мы сегодня об этом говорили, в общем, об этом необходимо думать.

Негативно, по нашему мнению, внедрение криптограммы отразится и на контрактном производстве. Уже поднимался вопрос отчётности и возможности доступа к информации по движению упаковок. К сожалению, опять же, в закон попало слово «или»: или партия, или упаковка. Изначально мы говорили именно о возможности получать информацию о движении упаковок, а не серий и партий, потому что это совсем разный объём и совсем разная информация.

Вопрос, связанный с ответственностью участников, он нас тоже беспокоит, потому что на сегодня определена ответственность только производителей, у нас нет ответственности операторов системы, а сегодня сбой в системе – это многомиллионные потери для производителя, это остановка, это дополнительное помещение и так далее. Кто за это будет отвечать, никто не знает, все руками разводят. Поэтому, на наш взгляд, до тех пор, пока мы не увидим стабильно и устойчиво работающую систему, масштабировать это нельзя, надо доводить этот момент до ума и только после этого уже принимать решение о дальнейшем движении вперёд.

Председательствующий. Я хочу обратить внимание федеральных органов исполнительной власти по выступлению господина Дмитриева, что вопрос криптозащиты необходимо детально довести до фармпроизводителей, потому что вы видите какие вопросы они задают по криптозащите, и на них необходимо дать ответы. Без ответов эти вопросы оставлять нельзя. Если это касается экспортной составляющей, никто не имеет право не выполнить поручение Президента России, 15 процентов должно быть направлено на экспорт. Это задача, которая стоит, и она не была решена, я обращаю на это внимание.

Слово предоставляется Шипкову Владимиру Григорьевичу исполнительному директору Ассоциации международных фармацевтических производителей.

Пять минут, пожалуйста.

Шипков В. Г. Спасибо, Александр Петрович, за возможность выступить. Спасибо за то, что мониторите процессы, это очень важно, поскольку в вашем лице, возможно, мы видим единственную надежду на принятие сбалансированных решений. Ведь если послушать представителей федеральных органов исполнительной власти, то ситуация настолько замечательна, что можно уже с 1 января этого года вводить маркировку и мы все будем счастливы.

Нас не надо агитировать в необходимости и важности маркировки, мы все участники рынка и проголосовали за это ещё в 2014 году, поэтому разговоры на эту тему не нужны. А надо говорить о том, как минимизировать риски. И риски надо минимизировать таким образом, чтобы были приняты сбалансированные решения.

И спасибо Борису Исааковичу, моему коллеге Виктору Александровичу за то, что они попытались поставить вопросы, на которые обязательно должны быть даны ответы и найдены сбалансированные решения.

Надо признать, что сегодня в пилотном проекте зарегистрировано только 1,5 процента, 1,6 количества субъектов в обращении лекарственных средств, 1,6.

3,5 процента лекарственных препаратов зарегистрированы, мы видим в показанном сюжете, как этот «пилот» «летает».

Мы имеем в виду не только необходимость обеспечения экспорта продукции, но мы должны обеспечить и обращение препаратов по импорту, а, к сожалению, нравится или не нравится, но у нас порядка 70 процентов препаратов импортируется, несмотря на то, что члены нашей ассоциации инвестировали свыше 5,5 миллиарда долларов в строительство современных фармацевтических заводов здесь, на территории Российской Федерации. Но тем не менее доля импорта ещё большая, и как встают вопросы технической стыковки тех параметров.

Мы просили в своё время определить это на уровне нормативного документа Правительства Российской Федерации, нам обещали, что ко второму чтению или в крайнем случае к третьему чтению вместе с законом постановление будет принято, которое легитимизирует условия «пилота», потому что сейчас, если послушать... Но до сих пор этого постановления нет.

Тем не менее все мы были едины во мнении и договорились, что надо идти в рамках гармонизации подходов к маркировке с учётом той специфической ситуации, в которой мы оказались.

Китайцы, между прочим, тоже хотели идти своим путём, однако отказались от этого и принимают решение о развороте к международным стандартам. Но мы сейчас не имеем постановления, которое зафиксировало бы условия, которые обговорены в пилотном проекте.

Представители федеральных органов исполнительной власти нас всё время уверяли, что все есть в методических рекомендациях. Но мы прожили уже два с лишним года в тех условиях, и нам сказали: а теперь мы условия поменяем. И вводится такая вот вроде бы новая тема элемента безопасности – криптозащиты. А как она будет стыковаться с международными системами? Кто-нибудь об этом подумал в условиях глобализации процессов и того объёма импортируемых лекарственных препаратов, которые обеспечивают лечебный процесс?

Борис Исаакович, при всём уважении к вашему предложению, если будет введена криптозащита, то ни к 2023-му, ни к 2025-му, я боюсь, эту задачу не решить.

Не решить, поскольку это слишком серьёзный вопрос, чтобы к нему подходить безответственно. И я просил бы Александра Петровича взять этот вопрос на парламентский, депутатский контроль, и вернуться к его обсуждению по мере того, как Правительство России формализует требования к техническому решению данного вопроса. Благодарю вас.

Председательствующий. Спасибо большое. *(Аплодисменты.)*

Я предлагаю ещё послушать участника пилотного проекта, того, кто находится рядом с пациентом.

Греднев Олег Владимирович, главный врач городской больницы имени Кончаловского, департамент здравоохранения, город Москва. Пожалуйста, участники эксперимента.

Греднев О. В. Добрый вечер, уважаемые коллеги. Кратко скажу, что наша клиника одна из самых крупных в департаменте здравоохранения Москвы. Входит сюда стационар на 800 коек, перинатальный центр на 200 коек, поликлиники.

Мы вошли в этот проект с расчётом того, что наша клиника уже была информатизирована, и мы понимали, что удастся интегрироваться в этот проект.

Когда мы начинали, то сначала делали это в рамках нашего стационара. Мы нашу информационную систему интегрировали с системой маркировки. Наша информационная система основана на базе «Паруса», возникли сложности для этой интеграции. Но в связи с тем, что у нас информатизация развита, мы эти сложности достаточно быстро преодолели.

Далее мы стали работать с центром компетенции для обучения уже других стационаров, особенно стационаров в других регионах. Потому что по правильному предложению Росздравнадзора в каждом регионе созданы центры компетенции на базе крупных стационаров, и наша задача была обучить их сотрудников уже этой системе маркировки и интеграции.

За этот период мы сформировали методические указания, целый план обучения. Мы подготовили памятку для всех аптек. Эта памятка есть на сайте Росздравнадзора, есть на нашем сайте. Мы всегда эту памятку раздаём приезжающим к нам коллегам.

На сегодняшний день мы уже провели обучение 75 регионов. У нас побывало 150 сотрудников, в основном это замы главных врачей и заведующие аптеками, они приезжали вместе с IT-специалистами. Мы проработали систему оценки их знаний по итогам этого обучения. Итоги таковы: 75 процентов сотрудников, которые прошли у нас обучение, в случае вхождения в систему маркировки могли бы успешно применить полученные знания, 25 процентов не смогли аттестоваться.

Вы понимаете, этот процесс обучения должен быть постоянным. Поэтому с одобрения Михаила Альбертовича мы организовываем это обучение уже на базе Первого медицинского университета. И постепенно этот процесс будет развиваться.

Я хочу сказать следующее: мы все здесь пациенты и должны это понимать. Правильно коллеги говорят, что после реализации программы, внедрения маркировки, возврата к прежнему не будет. Поэтому я, по сути, представитель пациентов, считаю, что все должно быть выверено, не будет давать сбоев. Потому что действительно, проблемы с поставкой препарата могут очень плохо закончиться для пациента. Но затягивать с этой программой тоже нельзя, потому что мы видим порой: вводятся какие-либо препараты, а должного эффекта они не дают. Вы понимаете эти последствия.

У меня всё.

Председательствующий. Спасибо большое. *(Аплодисменты.)*

Слово Игорю Анатольевичу Наркевичу, ректору Санкт-Петербургского государственного химико-фармацевтического университета. Здесь он? Вышел.

Всеволод Леонидович Аджиенко, директор Пятигорского медико-фармацевтического института. Здесь? Пожалуйста.

Аджиенко В. Л. Добрый день, уважаемые коллеги!

Действительно, очень ответственная задача, сложный эксперимент. Реализация программы такого объёма, масштаба, конечно, это даже не столько техническая задача, сколько необходимость вовлечь в участие в этой работе огромное количество людей, которых необходимо обучить, информировать, настроить на эффективную работу в системе.

Хорошо, что существует система центров компетенции и появились первые наработки, рекомендации, которыми может пользоваться медицинский фармацевтический вуз. И, по-видимому, задача переноса и тиражирования этой подготовки и переподготовки специалистов, она на сегодняшний день представляется наиболее насущной. Поскольку от подготовки десятков отечественных, медицинских организаций, представителей нужно переходить к обучению десятков тысяч специалистов, сделать это без системы региональных вузов, вероятно, будет тяжело.

Учитывая, что не единожды сегодня звучал тезис о необходимости бесплатного обучения, вероятно, было бы целесообразно подумать об источниках финансирования системы дополнительного профессионального образования для переподготовки работников отечественных медицинских организаций, чтобы и для специалистов, и для их работодателей такая подготовка была бесплатной.

Спасибо большое.

Председательствующий. Спасибо большое.

Я очень благодарен главному внештатному фармакологу Дальневосточного федерального округа, которая приехала к нам издалека.

Елисеева Екатерина Валерьевна, пожалуйста.

Елисеева Е. В. Глубокоуважаемый Александр Петрович, уважаемые коллеги!

Позвольте остановиться на тех организационных проблемах, которые, на наш взгляд, могут возникнуть у медицинских учреждений и уполномоченных фармацевтических организаций, участвующих в пилотном проекте.

Учитывать потенциальные сложности необходимо, дабы наши глобальные усилия не были бы нивелированы вот этими объективными и субъективными обстоятельствами.

Первое. Конечно, необходимо предусмотреть источники финансирования. Мы слышали сегодня о том, что современный сканер стоит порядка пяти тысяч рублей, стало быть необходимо установить порядок приобретения данного оборудования медицинскими бюджетными организациями. А кроме того, хотелось бы определить, простите за вот такой фармакологический слог, твёрдую конечную точку, а именно: как будет проводиться фиксация расходов препаратов в медицинском учреждении. И, если в аптеке это продажа препарата пациенту, то каким образом будет фиксироваться факт расходования единицы, упаковки, флакона, блистера в отделении медицинского учреждения, каким образом вот эта проводка будет осуществляться? Каким образом будет закупаться оборудование, будет ли единый производитель, будет ли их несколько? Если несколько, то каким образом в рамках федерального закона № 44-ФЗ должны будут контрактные службы работать, приобретая это оборудование?

Далее. В каждом медицинском учреждении, в каждой аптеке, как уже упоминалось ранее, существуют свои программы складского учёта.

На сегодняшний день разработчики нам не ответили на вопрос: каким образом столь разношёрстные программные продукты будут интегрироваться с системой «Маркировка», нужна ли будет разработка каких-то дополнительных программ субмаркировок для того, чтобы осуществлялась интеграция и не было бы системы ручного ввода этой информации?

Кроме того, не совсем понятно, каким образом данный проект будет реализован в удалённых и обособленных медицинских подразделениях. Сегодня мы говорим о необходимости выдачи, продажи и льготного лекарственного обеспечения в амбулаториях, в ФАПах. Каким образом эта программа будет работать в обособленных медицинских подразделениях?

Кроме того, учитывая объём предстоящей работы, хотелось бы понять, нужно ли предусматривать расширение штатного расписания, потому что это чрезвычайно трудозатратный процесс. И понадобятся ли дополнительные штатные единицы – провизоры, фармацевты в аптеке, клинические фармакологи или старшие медицинские сестры в отделениях.

Ну и конечно же, необходимо продумать порядок обучения в том числе и в формате дистанционных технологий, потому что иногда информация об очередном цикле обучения приходит, например, за 48 часов до его начала, и в столь короткие сроки обеспечить финансирование и техническую возможность оперативно командировать специалиста с Дальнего Востока на обучение не всегда представляется возможным.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое за те земные вопросы, которые у вас в ходе эксперимента возникли. Уверен, что мы просто обязаны ответить на эти вопросы, иначе у нас ничего не получится.

Я продолжаю дискуссию среди фармпроизводителей. Титова Лилия Викторовна, исполнительный директор Союза профессиональных фармацевтических организаций, пожалуйста, пять минут.

Иван Анатольевич Глушков, приготовиться.

Титова Л. В. Уважаемые коллеги! Нас Владимир Вольфович призывал начинать с выводов, а я всё-таки хотела начать с истории, потому что СПФО стал заниматься темой маркировки в 2014 году, и с 2015 года этот проект стал таким актуальным. И я хотела бы напомнить, что когда начали заниматься этим проектом, перед нами стояло два основных вопроса.

Первый – это выбор формата кодов. Тогда этот вопрос обсуждался на площадке Минздрава России, в частности департамента информационных технологий, представитель которого здесь присутствует. И я вот напомним, почему выбрали Data Matrix. Data Matrix выбрали только потому, что код унифицирован с международным, не будет проблем ни у российских, ни у международных производителей. И это, конечно, большой плюс для тех предприятий, которые занимаются экспортом. Экспорт – это основа программы «Фарма-2020» и основа готовящейся стратегии «Фарма-2030».

По поводу его уникальности вопрос тоже задавался, задавался не раз. И нам коллеги, в том числе и из Министерства здравоохранения Российской Федерации, и из других органов сказали, что код будет Data Matrix и он уникальный, он будет достаточно хорошо защищённый, то есть подделать его нельзя. Это я к тому, что дальше мы поговорим про криптокод.

И второй очень важный момент, что этот весь проект начался тогда, когда, по сути, не было международного опыта. То есть тот редкий случай, когда мы смотрим не на наших зарубежных коллег, а фактически на нас смотрит и ЕАЭС, ну и, в какой-то степени, Европа, то есть мы впереди планеты всей. Наверное, поэтому хочется не ударить лицом в грязь.

Дальше такой вот момент. Обычно выходит какой-то законопроект, а фармсообщество очень долго раскачивается. Здесь получилось наоборот: законопроекта нет, методические указания сформировались уже когда, по сути, был определён пул участников пилотного проекта. Но каким-то образом удалось всех убедить в том, что проект необходим и даже не только участники пилотного проекта, но и всё фармсообщество, а это производители, это дистрибьютеры, которых у нас ни много, ни мало – три тысячи, это аптечные и лечебные учреждения, все стали готовиться к его реализации. Были выделены люди, временные ресурсы и вложены огромные деньги. На сегодняшний день редко кто из производителей ещё не заказал оборудование, не проплатил, многие уже оборудование установили, дорабатывают и IT-программы.

Если опросить сегодня дистрибьютеров, то абсолютно все уже есть сделали выбор, есть уже люди, которые отвечают за реализацию этого проекта, в это вложены огромные деньги.

Конечно, большое спасибо участникам эксперимента, потому что это тот случай, когда сложилась такая команда единомышленников, и за эти полтора года проведено огромное количество семинаров, вебинаров, которые устраивали и Росздравнадзор, и Федеральная налоговая служба, и мы, Ассоциация, выпускали блок-схемы. Более того, я знаю, что и нами, и другими ассоциациями проводится очень большая работа: те, кто задействован в этом пилотном проекте, обязательно презентуют периодически свой опыт для того, чтобы коллегам было проще, чтобы они не повторяли те ошибки, через которые мы уже прошли.

И, конечно, очень важно, что рабочая группа, которая работала эти полтора года, она по сути выполнила не только те задачи, которые определялись в начале 2017 года, а выявила все узкие места, ну, или почти все, и предлагала, как можно выйти из этой ситуации.

То есть к чему я всё это говорю? К тому, что вот эта большая команда, которая была сформирована на базе Росздравнадзора и ФНС, она проделала огромную работу. И сейчас мы понимаем, что тот федеральный закон № 425-ФЗ, который вышел в конце года, в общем-то, оказался в определённом смысле рамочным. Поскольку правила, которые в нём записаны, либо были нечётко сформулированы, либо мы их так понимали, но эти правила можно поменять.

И таким образом мы понимаем, что сейчас идёт уже разговор о том, что должен быть ещё один такой «хвостик», как мы его называем, в виде криптокода. Это в той ситуации, когда идёт обсуждение изменения системы ценообразования. Все прекрасно понимают, что к 2019 году будет другая методика ценообразования, что большинству производителей придётся поменять свою ценовую политику. Но мы к этому относимся нормально, мы понимаем, что задача государства – более рационально расходовать деньги. И нужно находить с государством некое взаимопонимание.

Но мы хотим, чтобы и государство нас понимало. То есть если мы идём навстречу, то нужно понимать, что те правила игры, которые были обозначены в федеральном законе № 425-ФЗ и в методических указаниях, нужно не просто соблюдать, а соблюдать очень строго. Потому что бизнес, по сути, поверил государству, бизнес поверил Государственной Думе, бизнес поверил ФОИВам. И, наверное, это дорогого стоит, когда люди на одной вере вложили такие деньги и двигаются в этом направлении. Ещё раз хочу повторить, в отсутствие нормативной документации.

Поэтому какое предложение? Первое: всё-таки пусть каждый идёт своим путём. Государство хочет, чтобы был криптокод на разных товарах и услугах. Да, мы понимаем это желание государства. Но если всё-таки фармпромышленность пошла по поводу Data Matrix и вот этого формата, то давайте дадим не только закончиться эксперименту, но и поработать тому оборудованию, которое уже закуплено. Надо, чтобы оно поработало в этом формате несколько лет, пусть либо криптокодом маркиров-

ки производятся, либо ещё какими-то кодами, после этого нужно сравнить. Это будет очень хороший опыт. И посмотреть всё-таки, какая из этих систем более приемлема как с точки зрения финансовой, так и с точки зрения результативности и её защищённости. Это я к тому, что, в общем-то, сейчас пытаются доказать, что Data Matrix имеет некие изъяны, что это не совсем защищённый код.

И второе моё предложение. Оно адресовано Министерству промышленности и торговли Российской Федерации. Жалко, что заместитель министра уже ушёл. О том, что...

Председательствующий. Здесь достаточно представителей из Минпромторга России, поэтому я думаю, что будет кому услышать.

Титова Л. В. Есть такое распоряжение 791-Р, всем хорошо знакомое, от апреля этого года. Там есть такой пункт 3, где написано, что Минпромторг России обязан разрабатывать с привлечением заинтересованных федеральных органов исполнительной власти предложения о правилах маркировки средств идентификации для отдельных групп товаров с учётом их специфики и особенностей товарооборота и жизненного цикла. Мне кажется, как раз этот пункт про наши лекарства.

Председательствующий. Лилия Викторовна, огромное спасибо.

Иван Анатольевич Глушков, ОАО «Нижфарм».

Глушков И. А. Спасибо, Александр Петрович.

Добрый день, коллеги! С вашего позволения, я коротко попытаюсь озвучить несколько тезисов с позиции производителя, пионера «пилота». Сразу скажу, что значительная часть ситуации, с нашей точки зрения, была абсолютно корректно освещена руководителями ассоциаций чуть раньше. Но тем не менее попробую ещё раз прямо сказать, что именно сейчас интересует производителей на самом деле. Во-первых, как Владимир Григорьевич уже сказал, нас не надо заставлять реализовывать этот проект вместе с регуляторами из государства. Мы понимаем, какие могут быть выгоды для бизнеса, если проект будет реализован корректно, в рамках тех требований и правил, которые будут сформированы в рамках этого же проекта, то есть, для нас это выгодно.

Если помните третий слайд презентации Михаила Альбертовича, там был перечень некоторых выгод производителя. Этот список можно продолжить. Но я хочу отметить, что выгоды эти реализуемы только в том случае, если от деклараций, мы перейдём к каким-то конкретным действиям. Виктор Александрович Дмитриев это уже подчеркнул: закон нам предоставляет возможность доступа только к ограниченной информации из системы, а производители для того, чтобы смотреть на затраты на создание этой системы как на инвестиции, должны получить существенно больший объём этих данных. И эти данные должны быть не только закреплены на уровне закона, но и должны быть проверены технически.

По состоянию на сегодняшний день у нас в рамках проекта никак не тестируется обратный поток данных, и даже не планируется, к сожалению, такое тестирование.

Второе. Уже говорилось о сроках, и внутри сообщества, и в рабочей группе Росздравнадзора, и здесь сейчас, называются разные даты. Давайте мы с вами прямо скажем: федеральный закон № 425-ФЗ вступил в силу и там установлены определённые сроки, это правда.

Однако мы с вами понимаем, что федеральный закон № 425-ФЗ готовился и обсуждался ещё до того, как были сформулированы новые требования, которые мы видели в 791-м распоряжении Правительства России, и это тоже правда.

Производители были бы заинтересованы в том, чтобы система заработала без сильного переноса сроков. Но появление дополнительных требований по ходу реализации проекта, к сожалению, требует сначала отработки этих требований, получения уверенности в том, что система будет работать устойчиво, и только потом ответа на вопрос – с какой даты система должна работать в промышленной эксплуатации. Я, наверное, не ошибусь, если скажу, что никто в этом зале не заинтересован в том, чтобы с 1 января 2020-го или любого иного года, производители, дистрибьютеры аптеки, и самое главное, пациенты, имели бы какие-то проблемы по доступу к лекарственным препаратам в аптеках. Это точно то, что мы не должны допустить.

Последний тезис. Вот есть срок 18 месяцев. 18 месяцев примерно – это типовый план проекта для крупного производителя, которые ему необходимы для того, чтобы с момента определения всех технических требований создать нормальную работоспособную систему. Я предлагаю эти 18 месяцев начинать считать с момента, когда нормативно-правовые акты, устанавливающие требования к системе, будут подписаны и доступны всей отрасли. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Евгений Олегович Нифантьев, Координационный совет Российской ассоциации аптечных сетей, три минуты.

Нифантьев Е. О. Добрый день, уважаемый президиум, уважаемые коллеги!

Я ещё генеральный директор аптечной сети «Неофарм» и «Столички», и поэтому выступлю как участник пилотного проекта.

С февраля 2017 года мы являемся участником пилотного проекта, а 18 августа 2017 года была реализована первая упаковка лекарственного препарата, прошедшая все этапы информационной системы

«Маркировка»: от производителя – к дистрибьютеру и в аптечную сеть. И, собственно говоря, после того момента в пилотных аптеках реализуются лекарственные препараты, прошедшие в информационной системе «Маркировка». Собственно говоря, та аптека, в которой нашлись промаркированные лекарственные препараты, это наша аптека.

На самом деле препаратов на сегодняшний день – небольшое количество, но надо понимать, что для тестирования системы не так важно количество препаратов, сколько важно, чтобы система, в принципе, работала.

И могу сказать, что за то время, что мы являемся участником пилотного проекта, система претерпела серьёзные изменения. Например, изначально было запланировано два принципа передачи данных: это «личный кабинет» и УСОД (универсальная система обмена данными), но в процессе развития программы стало ясно, что система должна работать на АПИ (аппаратно-программный интерфейс). И на сегодняшний день мы и перешли на работу именно через АПИ.

Для того чтобы система заработала в аптеках, нужно сделать две вещи: поменять одномерные сканеры на двухмерные, а как уже здесь было сказано, хорошие сканеры стоят около пяти тысяч рублей. Также нужно доработать учётную программу.

Как и сказал Александр Дмитриевич, действительно, разнородные программы на сегодняшний день в Российской Федерации, но учитывая то, что у нас собственная программа, нам удалось её доработать для того, чтобы работать в информационной системе. Поэтому я уверен, что программы, которые профессионально используются в аптечных сетях, будут доработаны и с этим никаких проблем не возникнет.

Какие я вижу плюсы для аптечных сетей. Это более строгий партионный учёт. Нет необходимости распечатывать и наклеивать внутренние штрих-коды. Более жёсткий контроль за сроками годности. Сроки годности из электронных накладных заносятся не так корректно, как будет в информационной системе маркировка. Также появилась возможность оперативно отзывать забракованные серии. Будет полная прозрачность рынка, минимизация возможности попадания фальсифицированных лекарственных препаратов, контрафактных лекарственных препаратов, препаратов из системы... Будет решена проблема переливов лекарственных препаратов с использованием маркетинговых договоров, также будут выявлены недобросовестные аптеки, реализующие предметно-количественный учёт. Буквально несколько месяцев назад была ликвидирована аптечная сеть, которая продавала лекарственные препараты без рецепта. Также будет снижаться нагрузка на аптеки и регуляторные органы в вопросе соблюдения ценообразования лекарств, входящих в список ЖНВЛП. Вообще, в принципе, вернётся доверие к аптекам. Мы знаем, что процент фальсификатов очень низкий, но при этом СМИ показывают совсем другую информацию.

И мне бы хотелось затронуть, если можно два коротких вопроса. Мы бы хотели отметить, что лекарственные препараты, которые произведены и введены в систему обращения лекарственных препаратов, конечно же, должны иметь возможность быть реализованы до конца срока годности, потому что иначе, я вам гарантирую, все аптеки закроются. Никто не потянет таких убытков. И обязательно, мне кажется, нужно подумать на тему того, чтобы не вводить раньше препараты из списка ЖНВЛП.

И вот здесь был поднят вопрос о криптозащите. Мы видим, что криптозащита даёт один небольшой плюс для аптек: если у аптеки нет возможности передачи данных в онлайн, то при использовании криптозащиты это может происходить офлайн.

Спасибо за внимание.

Председательствующий. Скажите, ваша сеть готова с 1 января 2020 года к полномасштабной работе?

Нифантьев Е. О. Да. Я скажу, что мы на 100 процентов готовы. И более того: я могу сказать, что за полтора года, которые есть впереди, любая аптека или аптечная сеть может подготовиться. Но я говорю только за аптеки. Потому что, конечно же, нам гораздо проще, нежели производителям.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо.

Дараган Надежда Константиновна, Национальная ассоциация производителей фармпродукции и медицинских изделий. Три минуты, пожалуйста.

Дараган Н. К. Уважаемые коллеги, спасибо, что хоть в конце три минуты нашлось. Я хотела бы на нескольких моментах остановиться. Всё-таки я не согласна с Алёхиным Алексеем Викторовичем. Члены нашей Ассоциации просят увеличить до пяти лет срок возврата субсидии в рамках постановления № 189, потому что, собственно, субсидии – это кредит всего на два года. Вот мне дали расчёт, что кроме подготовки документов и одобрения в Фонде нужно получить гарантию банка на данный кредит. Это ещё плюс 1,5–2 процента. Также оформить залог в банке – это недвижимость или основные средства. По сути это субсидирование получается не такое льготное, как заявляется. По нашим подсчётам это 7–8 процентов годовых всего на два года. То есть взял кредит и сразу плати. А я имею в виду нашу Ассоциацию, в составе которой не только крупные предприятия, но есть и малые, и средние, для которых это существенно.

Теперь что касается сроков внедрения. Для реализации концепции по маркировке очень часто необходимо проводить реконструкцию зданий и сооружений. То есть оборудование достаточно габаритное и чтобы его вписать, нужны капитальные строительные работы. Это влечёт за собой подготовку определённого количества документов. Поэтому мы предлагаем для установления упрощённого порядка реконструкции произведённых зданий, дополнить перечень случаев, в которых оформление разрешения на строительство не требуется.

Теперь ещё такой момент. Поскольку не все предприятия участвовали в эксперименте, мы предлагаем ввести всё-таки трёхлетний переходный период на применение мер административной и уголовной ответственности в отношении нарушений, связанных с маркировкой лекарственных препаратов.

В настоящее время за оборот, в том числе и хранение немаркированных товаров предусматривается ответственность. Но иногда бывает, что дело просто в техническом сбое и также бывают проблемы, связанные с человеческим фактором.

В качестве альтернативной меры мы предлагаем ограничиться на этот период, например, такой мерой ответственности, как предупреждение. Это позволит выявить системные ошибки и сбои.

Теперь вот о чём. Мне непонятно, почему вторичный вброс уже проданных лекарственных препаратов называется появлением фальсификата на рынке? По сведениям Росздравнадзора, у нас фальсификат составляет 0,0 процента.

Председательствующий. Контрафакты – это точно, не фальсификаты.

Дараган Н. К. Теперь... Да, есть чёткое определение фальсификата и когда я слышу, что появляется фальсификат, я хотела бы как раз вас спросить: каким образом код маркировки позволит сократить количество некачественной продукции в низком ценовом сегменте?

Поскольку более половины выпускаемых нашим предприятием препаратов перечня ЖНВЛП в том числе и нижнего ценового сегмента, для нас это актуально. По сведениям Росздравнадзора, процент брака ничуть не выше, чем в других сегментах.

Председательствующий. Надежда Константиновна, спасибо.

Мы не будем сейчас затевать дискуссию, Михаил Альбертович в конце ответит. Если не ответит, то вообще по завершении сегодняшних слушаний каждый вопрос будет расписан и, я вас уверяю, по этим запросам будут получены ответы.

Я как раз хотел бы по дешёвому ценовому сегменту дать слово председателю Совета директоров «Марбиофарм» из Республики Марий Эл, Левицкому Григорию Васильевичу.

Пожалуйста, три минуты.

Левицкий Г. В. Спасибо.

Уважаемые товарищи, друзья, господа! Смотрите: на сегодняшний день мы говорим о маркировке и давно говорим, но если посмотреть, то сейчас есть только два документа, которые, непосредственно, говорят о маркировке лекарственных препаратов. Это документ начала 2017 года, который объявлял эксперимент и, соответственно, методические рекомендации и закон, который принят в конце 2017 года. Всё, больше ничего нет.

То, что сейчас появилось распоряжение относительно модели там товарных групп, которые попадают под эту модель, мы только можем проецировать, что, возможно, это отразится как бы и на лекарственных препаратах.

Но всё-таки если есть отдельный закон, который регулирует обращение лекарственных препаратов, хочется надеяться на то, что будет всё-таки и то постановление, на которое, как здесь отмечалось, семь ссылок в федеральном законе № 425-ФЗ.

Постановления нет и поэтому, по большому счёту, я просто склоняю голову перед теми участниками эксперимента, которые его продолжают, потому что, например, если так посмотреть с прагматичной точки зрения, то отсутствует документ, по которому работать. То есть имеется экспериментальный документ, а документа, по которому мы будем жить, ещё нет.

Поэтому закон у нас получился, как бы, спящий, уже полгода прошло, а закон ещё спит. Мы, например, производители дешёвых препаратов, не имеем ресурсов для того, чтобы участвовать в экспериментах, которые могут впоследствии, потребовать какой-то корректировки, а это всё деньги.

Я вам скажу, что мы, помимо тех обращений, которые были от лица Ассоциации, тоже подготовили своё обращение. Мы – это более 10 предприятий, которые (обращаю на это внимание) в месяц выпускают порядка 150 миллионов упаковок лекарств. Их ценовая категория до 50 рублей, тратить деньги и брать на себя риски по эксперименту мы просто сейчас не можем. Пример курганского «Синтеза», который вошёл в эксперимент и, потратив много денег на наладку оборудования и все прочее, вышел из него, тоже о чём-то говорит. Осталось полтора года до вступления в силу обязательных положений закона, и мы хотим, чтобы всё-таки продлили сроки начала действия этого закона, потому что без постановления никто, скажу я вам, тратить деньги вот не хочет и не может, даже при наличии программы субсидирования со стороны Фонда развития промышленности.

Нашему предприятию для того, чтобы оснастить наших 12 линий, нужно порядка 150 миллионов рублей. 50 миллионов субсидии, которую, дай бог, нам дадут, ну, вернее, это не субсидия, а кредит, о ко-

тором говорили, не спасает ситуации. Эта инвестиция, для нас, производителей дешёвых препаратов, некупаемая в целом.

Если мы говорим, что система маркировки поможет нам избавить от вторичных продаж, то давайте вспомним, что прежде, чем случится вторичная продажа, должна случиться первичная кража, то есть где-то кто-то ворует. Поэтому и предлагаем перенести сроки, по крайней мере, до 2023 года, чтобы отладить эксперимент, получить все нормативные документы. Второе. Криптокод, конечно, это излишнее, должна быть бесплатная система и оператором должен быть государственный орган. Вот Владимир Вольфович сказал, что надо вообще монополизировать отрасль. Но, по крайней мере, управление и регулирование отрасли через систему маркировки должно быть в государственных руках.

Спасибо.

Председательствующий. Григорий Васильевич, огромное спасибо.

Я искренне благодарен ректору Санкт-Петербургского государственного химико-фармацевтического университета Наркевичу Игорю Анатольевичу за то, что он с нами. И хочу ему предоставить возможность выступить.

Пожалуйста, ваше мнение по такому очень важному закону.

Наркевич И. А. Глубокоуважаемый Александр Петрович, уважаемые коллеги!

Здесь уже прозвучало мнение о том, что мы не обсуждаем маркировку, решение о ней уже принято и поддержано всем профессиональным сообществом, вопросы идут о её максимально удобном и эффективном для всех внедрении. Нас, вузовское сообщество, волнуют, прежде всего, конечно, вопросы подготовки специалистов, которые будут сопровождать эту систему. И здесь нам необходимо более тесное сотрудничество как раз и с разработчиками программного обеспечения, и с производителями оборудования и, соответственно, со всеми участниками рынка, потому что наши выпускники будут задействованы практически во всей цепочке.

На сегодняшний день в Петербурге ситуация такая, что для реализации пилотного проекта выбрано было несколько аптек сети «Петербургские аптеки», но студенты на сегодняшний день в полной мере не ознакомлены с механизмом, целеполаганием маркировки, как было показано в ролике, многие просто не понимают что это и зачем. И мы готовы к тому, чтобы оснастить свой «GMP ТРЕНИНГ-ЦЕНТР» соответствующим, по крайней мере, если не полноценным, то хотя бы модульным оборудованием для того, чтобы можно было начать подготовку и фармацевтов, и провизоров, и инженеров-технологов данному вопросу. Но, естественно, не хотелось бы, чтобы это делалось, как обычно, за счёт средств университета, а всё-таки было оказано некое содействие в приобретении программного обеспечения и соответствующих технических средств.

И второй момент, это привлечение обучающихся к самому процессу разработки.

Также кроме студентов есть ещё и большой контингент специалистов из отрасли, которые нуждаются в дополнительном образовании. И вузы – наш, например, в Пятигорске, в Перми, факультеты в других городах могли бы стать как раз вот такими центрами для подготовки этих специалистов.

Первый опыт маркировки, может, он и не полный, но мы видим, что там, куда нас привлекали, есть очень интересные аспекты, прежде всего, связанные с борьбой с двойной перепродажей лекарств. С тем, что маркировку при регистрации серии и упаковок в соответствующей системе, требование к наличию соответствующей маркировки можно включать в государственные контракты при закупках для государственных нужд. И тем самым получается, что отсутствие маркировки, например, или некорректная маркировка уже может стать основанием для расторжения контракта. То есть приобретаются заблаговременно вечные права. Потому что участия наших представителей в различных, так скажем, мероприятиях показывает, что обычно расследование дел, связанных с контрафактом или с фальсификатом, это достаточно длительный процесс. И к моменту окончания уже и сроки годности лекарств истекают, и, собственно, сам предмет расследования тоже, в общем-то, становится достаточно зыбким.

Вот здесь наличие маркировки для госзакупок может всё-таки позволить более оперативно, так скажем, и прозрачно создавать такую логистическую систему в различных регионах нашей страны.

Что касается криптокодов, я не специалист, но согласен с Михаилом Альбертовичем в том, что у нас страна большая, сеть «Интернет» до всех дойдёт не скоро, но там, где её нет, нам необходимо иметь какую-то систему, чтобы пакетно накапливать информацию, и потом её сбрасывать, например, не в онлайн режиме. Потому что компьютерная грамотность – это ещё всё-таки достаточно серьёзная проблема в удалённых регионах.

Спасибо.

Председательствующий. Игорь Анатольевич, скажите, пожалуйста, а вы посчитали сумму, например, сколько для вашего университета будет стоить симуляционный обучающий центр? Примерную смету вы имеете уже? Ведь практика была, уже наработано что-то.

Наркевич И. А. Если мы берём, скажем, просто симуляционное программное обеспечение и компьютер, то это, наверное, более 1 миллиона рублей. Если это просто оборудование и место с подключением к уже существующему, скажем, демонстрационному софту, это снижается, наверное, до 50–30 тысяч рублей. Точную сумму, например, демоверсии надо обсуждать с разработчиками и производителями.

Но таких мест надо иметь, как минимум, 14, а то и 30 на учебную группу, чтобы можно было не дробить учебный процесс.

Председательствующий. Психологически ваша команда – это ваш профессорско-преподавательский состав. Вы настроены уже быть центром компетенции для Северо-Западного округа?

Наркевич И. А. Мы никаких проблем не видим. Мы настроены. Мы сейчас активно занимаемся информатизацией и образования, и фармацевтической науки, тесно работаем с такими компаниями, как «Аскон», Comsol, планируем расширять эту активность. Поэтому проблем нет. Молодёжь сейчас ещё продвинет и...

Председательствующий. Мы готовы вам помогать с заявкой на средства федерального бюджета на 2019 год. Вы подали заявку? Сейчас время формирования заявок.

Наркевич И. А. Заявку мы ещё не сформировали до конца, потому что идёт только сбор по Министерству здравоохранения Российской Федерации. Мы готовы с вашей помощью и с помощью специалистов сформировать заявку. Для этого есть соответствующие площади, центры, мы можем обеспечить показ всей цепочки, начиная от производства: дистрибуция, аптечная сеть, клиника, население. Показать, как это работает в одном таком хабе.

Председательствующий. Спасибо вам большое за ваше выступление.

Я ещё раз хочу обратить внимание – без образования, без подготовки специалистов мы ничего с вами не сможем сделать, какие бы хорошие мы законы не написали. Вот первый шаг – это обучение. И спасибо огромное Санкт-Петербургу за желание в этой программе работать.

Я хотел бы предоставить слово Галямовой Веронике Викторовне, ЗАО «Катрен». Три минуты.

Мы скоро заканчиваем, мы должны все уложиться.

Галямова В. В. Добрый вечер!

Компания «Катрен» – это фармацевтический дистрибьютер. Собственно говоря, мы являемся участником пилотного проекта практически с самых первых дней, как только появился «пилот» и вкратце могу сказать, что сейчас сделано.

На данном этапе мы полностью автоматизировали все свои процессы, обмен данными с маркировкой. На базе московского нашего филиала отработаны первые процессы обмена данных и товародвижение с московскими, скажем, учреждениями, больницами, аптеками и мы сейчас вывели «пилот» в регионы.

Сейчас, например, уже проведены, скажем так, тестовые цепочки, но это на промышленном контуре с клиентами в Липецке, Улан-Удэ, Волгограде. И, в принципе, по мере готовности больниц или аптек, мы отработываем все вот эти процессы.

Также на базе «Катрен» проведено достаточно много обучающих вебинаров, у нас есть площадка для всех участников пилота и заинтересованных лиц по этому направлению.

Что ещё? Конечно же, хотелось бы отметить, что сейчас предлагается ставить криптозащиту на упаковку и мы это воспринимаем как усложнение проекта, возможно, даже в определённом смысле угрозу для проекта по срокам его запуска.

Непонятно, какие риски криптозащита решает, потому что в принципе легальность упаковки проверяется самомаркировкой, и это, на наш взгляд, самое главное и самое важное.

Ну в принципе, у меня все. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое за участие в эксперименте, я вижу, что вы, в принципе, готовы. С 1 января 2020 года ваша компания будет работать как часы.

Спасибо большое.

Я бы хотел предоставить слово необычному выступающему, это главный бухгалтер. Выступает главный бухгалтер НПО «Микроген» Олег Павлович Лычев. Пожалуйста.

Вот сейчас финансисты нам скажут, как с их точки зрения все это выглядит. Три минуты.

Лычев О. П. Я немножко разочарую, я не познакомлю вас с точкой зрения финансиста, я просто заместитель руководителя рабочей группы предприятия по внедрению маркировки. Мы участвуем в проекте маркировки, уже провели методом этикетирования маркировку одной серии лекарственных препаратов. На момент проведения пилотного проекта у нас не было доступного оборудования подходящего предприятию и программного обеспечения, поэтому мы выбрали наиболее простой метод.

С точки зрения оценки стоимости, мы оценили, что для оснащения современным оборудованием предприятия нужно порядка 400 миллионов рублей. С точки зрения...

Председательствующий. Вы их нашли?

Лычев О. П. Мы их пока не нашли, ищем методы снижения стоимости.

С точки зрения возможных проблем в законодательстве, которые нас волнуют. Значит, предприятие реализует продукцию, в том числе, в государственный федеральный резерв и информация о закупках лекарственных средств, осуществляемых государственным заказчиком, является, в данном случае, государственной тайной на основании пункта 6 статьи 11 федерального закона «О государственном материальном резерве» № 77-ФЗ. Соответственно движение лекарственных препаратов для медицин-

ского применения, поставка их в госрезерв строго регламентировано законом о государственном материальном резерве и исключает их бесконтрольное дальнейшее использование.

Наличие в системе маркировки информации о движении этих препаратов, относящейся к государственной тайне, существенно изменит требования к защите, как самой системы, так и каналов связи, что приведёт к сильному удорожанию системы как для государства, так и для соответствующих производителей.

Соответственно, мы предлагаем внести изменения в законодательство и отнести лекарственные препараты, производимые для поставок Росрезерву, как не подлежащие маркировке.

Председательствующий. Мы же вроде решили этот вопрос, да? Нет? Значит, это точно надо решить.

Лычев О. П. Можно разными путями решить, но это необходимо сделать.

Кроме того, с точки зрения практики, у нас прошло преобразование предприятий из ФГУПов в акционерные общества, в связи с чем мы имели проблемы с внесением новых данных в информационную систему, поскольку все лицензии и регистрационные удостоверения были сделаны, естественно, на ФГУП, и, соответственно, у нас налоговая в ручном режиме приводила данные в соответствие. Это я говорю к тому, что необходимо в процессе разработки системы смоделировать как можно больше ситуаций из жизни юридических лиц.

Председательствующий. Спасибо большое. Мы вопрос поняли.

30 секунд добавьте, пожалуйста.

Лычев О. П. Да, и ещё я что хотел сказать? Что сейчас при отсутствии установленных методических рекомендаций по системе маркировки идёт процесс изменения требований, в том числе в справочную систему. Это тоже может вызвать риски своевременного внедрения системы, и поэтому мы поддерживаем просьбу как можно меньше вносить изменений по сравнению с пилотными проектами.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

У нас предпоследний выступающий. Для всех, кто терпеливо досидел до конца слушаний, потом будут комментарии федеральных органов исполнительной власти.

Артёмов Андрей Александрович, исполнительный директор группы компаний «Р-Фарм». Три минуты.

Артёмов А. А. Добрый вечер, коллеги! Я постараюсь не повторять то, что было высказано моими коллегами ранее. Скажу, что основная наша проблема – это отсутствие нормативно-правовых актов, что существенно тормозит развитие и проекта в целом, и обучение персонала лечебных учреждений, и аптек. Именно с этим связан тот факт, что есть очень много зарегистрированных участников с этого сегмента, но они не являются активными пользователями системы.

Группа компаний, которые я представляю, являет собой пример вертикальной интеграции. У нас есть и разработка молекул, и производство субстанции, и производство препаратов, и дистрибуция, даже четыре аптеки имеем. Соответственно, это говорит о том, что нам придётся внедрять систему маркировки везде. Мы этому рады и всячески содействуем, потому что видим в этом для себя определённый профицит и сокращение расходов в конечном итоге на производство продукции. Тем не менее, соглашусь, надо делать систему качественно.

Мы имели возможность вместе с ЦРПТ протестировать последние разработки в части криптозащиты. Могу сказать, что это работоспособная система. Криптокод, внедрение криптокода внесёт обусловлено требованиями отраслевыми и государственными к стандартам безопасности. Боюсь, нам этого никак не избежать. Тем не менее у Центра перспективных технологий есть ряд наработок, в том числе в части оборудования, которое существенно облегчит производителям переход на маркировку с криптозащитой.

Председательствующий. Хорошо. Спасибо.

Было бы не правильно, если бы я не дал сегодня слово одному человеку. Его мнение для меня безусловный авторитет, потому что было время, 20 лет назад, он меня учил очень многому.

Слово Юрию Тихоновичу Калинину. Юрий Тихонович, спасибо, что вы с нами сегодня.

Пожалуйста, учителю пять минут.

(Аплодисменты.)

Калинин Ю. Т. Спасибо.

Успею? Потому что такое обсуждение, не требует, наверное, дополнения.

Уважаемый Александр Петрович, во-первых, спасибо вам за то, что вы такую тему в повестку дня сегодня включили. Когда мы позвонили месяц назад, у нас по плану работы Российского союза промышленников и предпринимателей (это комиссия по фармацевтической и медицинской промышленности) и Торгово-промышленной палаты, где имеется Комитет по предпринимательству в здравоохранении и медицинской промышленности, как раз 4-го числа должна была обсуждаться эта тема. И мы перенесли обсуждение на квартал, чтобы вернуться к этой теме после того, как мы здесь поработаем и ещё раз сверим вехи. Мы вернёмся к этому и тогда уже вас проинформируем.

Я полностью согласен с теми предложениями, которые высказали мои коллеги и руководители предприятий, надо их добавить в подготовленные проекты рекомендаций. Ну и я понял, что вы к этому отнесётесь положительно.

А вот в рекомендации, мне кажется, надо такое предложение записать для Министерства промышленности и торговли Российской Федерации – об увеличении срока возврата субсидий, повышении объёмов субсидий и увеличении сроков их возврата. Потому что те суммы, которые здесь называли... Когда Председатель Правительства России вносил проект федерального закона, он там предусмотрел, что примерно 23 миллиарда рублей будет стоимость программы перехода на маркировку. Этих денег явно недостаточно.

Мы пережили очень напряжённое время, когда переходили на GMP, все предприятия только что закончили эту работу, некоторые до сих пор рассчитываются за кредиты, которые на это брали. Вот тут вопрос по экспорту поднимали, я хотел бы ещё раз подчеркнуть, что нужно обязательно обратить внимание: мы должны до 2,5 миллиарда рублей довести поставки лекарственных средств. Я Алексею Викторовичу очень сочувствую, потому что он несёт за это персональную ответственность.

И второе. Правительству Российской Федерации – рассмотреть вопрос о внесении в законодательство изменения, допускающего отпуск и реализацию введённых в обращение до 2020 года лекарственных средств без средств идентификации после 1 января 2020 года до истечения срока хранения. И здесь, вот в этом же пункте, надо предусмотреть, чтобы была у нас возможность такая – внести предложения, вообще, по срокам. Потому что если мы вспомним то, что мы говорили, когда проходило второе чтение, вернее, готовились ко второму чтению, примерно всё совпало. Сейчас и предприятия работают, и цифры контрольные выполняются, и соответственно, и на GMP перешли. Так что большая просьба рассмотреть возможность такую формулировку внести.

Председательствующий. Спасибо, Юрий Тихонович. (*Аплодисменты.*)

По комментариям. Представитель федеральных органов власти Михаил Альбертович Мурашко.

Пожалуйста, комментарий не больше пяти минут.

Мурашко М. А. Да, я уложусь. Спасибо. В начале, честно говоря, не очень было понятно, какие есть проблемы, и я старался пометать в выступлениях те моменты, которые касаются деятельности Федеральной налоговой службы как оператора. Прозвучало мнение по поводу того, что передача функций оператора от налоговой службы коммерческому оператору его ОЦРПТ приведёт к подмене регулятора на рынке. Ну это, точно, ребята, давайте не передёргивать вот в этой аудитории... Регулятором останется там Минздрав России, Росздравнадзор, все правила будут издаваться Правительством России, а регулирование этого рынка, точно, останется за государством. Поэтому говорить о том, что что-то уйдёт к оператору, это не совсем верно.

Плюс к этому, если вы внимательно читали распоряжение Правительства России 791, то вы заметили, что над оператором тоже устанавливается, в общем-то, государственный надзор. Так что регулирование всё остаётся в руках государства, а федеральные органы исполнительной власти, точно так же, как и сейчас, будут получать из этой системы ровно ту информацию, которая им нужна для контрольно-надзорной деятельности.

Дальше, по поводу риска того, что система перестанет быть бесплатной. Она и сейчас не бесплатная. Я, мне кажется, об этом уже сказал, просто сейчас за это платите не вы, за это сейчас платят все налогоплательщики, содержат государство и федеральную налоговую службу на свои там отчисления.

Сейчас предполагается, что это всё-таки будет делать оператор. Плюс ко всему, я говорю, что часть сервисов, которые будет давать оператор, позволит в том числе и снизить издержки, потому что они вам могут давать аналитику, это как раз позволит частично снизить свои расходы.

И я ещё услышал тут комментарии по поводу того, что если что-то неправильно будет работать в системе, пусть ответит оператор. А кто ответит? Федеральная налоговая служба как оператор сейчас, или всё-таки такой же хозяйствующий субъект как и вы, который действительно перед вами может нести финансовую ответственность? Ну это точно не госорган, извините.

Потом то, что касается бабушки в аптеке, такое хорошее популистское высказывание.

Вы знаете, а вот сейчас может бабушка в аптеке проверить маркировку препарата или вообще легитимность этого препарата? Не может. Просто это дополнительная опция, которая, в принципе, может быть предоставлена.

Если вы содержите аптеку и вы добросовестный продавец, наверное, вы у себя можете поставить просто сканер, какой стоит сейчас в любом крупном магазине и позволяет считать информацию. Ровно также это можно сделать и в аптеке, сделать сканер публичным, ничего здесь такого сложного нет.

Дальше. По поводу криптозащиты. Ну собственно уже коллеги говорили по поводу того, что действительно есть определённые выгоды от использования криптозащиты, которая позволяет в режиме офлайн проверять легитимность препарата, маркирован он правильным образом или нет, и соответственно можно выявить, нелегитимность лекарства. У нас была дискуссия в Правительстве России на эту тему, это требование спецслужб, они считают, что и отсутствие криптозащиты всё равно позволяет использовать изъяны в системе маркировки, и тем не менее продавать нелегитимный товар.

Что касается непосредственно того, как отладить эту работу... Есть уже ряд коллег, которые эту работу провели. Мне кажется, большей должна быть активность со стороны скептиков криптозащиты, с тем чтобы отработать с ЦРПТ возможность или невозможность применения криптозащиты на своём производстве.

По импортным и экспортным поставкам. Что касается импорта, то многие ваши коллеги за рубежом уже достаточно активно занимаются маркировкой, часть индийских предприятий вообще гораздо больше уже промаркировала продукции, чем вся наша отечественная фармотрасль.

У нас сейчас в системе зарегистрирована 21 страна, 48 производителей, которые промаркировали уже порядка семи или восьми миллионов лекарств из тех 11 миллионов, о которых я сказал.

Что касается поставки на экспорт, то код групповой упаковки криптозащитой не защищается, устанавливать её просто нет никакого смысла, а поставка на экспорт такой продукции ничем не ограничена, потому что у вас будут те же самые поля считываться, что и в обычном случае.

И последнее, по поводу пожеланий перенести всё-таки срок внедрения закона. Ну это всё уже было в прошлом году, это неоднократно обсуждалось, назывался и 2023 год. И сейчас по прошествии этого времени опять рассуждения: давайте перенесём... Наверное, можно перенести, не вопрос, просто знаете, у нас вот есть такое замечательное словосочетание «русское «авось», вот мы всегда считаем, что чем дальше будет срок внедрения, тем мы к нему лучше подготовимся. Так не бывает. Вы знаете, это как со сборной России по футболу. Вот в контрольных матчах она всем проигрывала, а наступил Чемпионат мира и всё пошло по-другому. Поэтому на русское «авось» лучше не надеяться.

Председательствующий. Спасибо большое.

Шпигель Б. И. На каких законах будет избираться коммерческая организация...

Председательствующий. Борис Исаакович, я сейчас это дополню, и более того, вы включены в протокол вот с этим вопросом, я вам обещаю, что он будет направлен в Минздрав России.

Михаил Альбертович, пожалуйста, пять минут.

Мурашко М. А. Да, спасибо большое.

Многие страны реализовали подобный проект за полтора года. Я был категорический противник того, чтобы срок переносился на 2020 год. И я абсолютно чётко сейчас могу сказать себе, что мы когда перенесли срок на 2020 год, мы расслабились. Потому что если мы бы двигались в том же ритме, в котором двигались в 2017 году, скорость внедрения была по сравнению с сегодняшней в десятки раз быстрее.

Вопрос совершенно простой – вот криптозащита обсуждается, да? Коллеги, офлайн режим нужен или не нужен? Давайте попросим сейчас производителей руки не поднимать, а те, кто не относится к производителям – аптеки и медицинские организации должны иметь возможность работы в офлайне? Да или нет, поднимите руки. Вот те, кто считают, да. Теперь, кто считает, что нет, не должны. Единственный вариант, который позволяет это решать, проверку и накопление, это криптозащита.

Подождите минуту. Значит, у нас был проект, мы на нём рассчитывали риски, и мы на нём считали возможные варианты нарушения системы. Я не информанщик, но, извините, когда есть специалисты, которые погружены в этот вопрос детально, и они рекомендуют данную систему использовать, то в данной ситуации я прислушаюсь к мнению специалистов.

Председательствующий. Дорогие друзья, у нас нет сейчас дискуссии по тем или иным вопросам. Михаил Альбертович, пожалуйста.

Мурашко М. А. Вопрос не в количестве аптек, а вопрос во временном промежутке.

Председательствующий. Борис Исаакович, давайте не будем митинг устраивать здесь.

Мурашко М. А. Понимаете, я сидел, молчал, слушал многие заблуждения, которые высказывались здесь. И между прочим, фактически, один раз только попытался встрять.

Коллеги, абсолютно чётко: почему вы вдруг решили, что после 2020 года демаркированные препараты должны подлежать уничтожению? Как вы прочли закон, я не понимаю. Об этом разговор не идёт. Если кто-то не так понял, давайте сделаем корректировку в закон. Никакие непромаркированные до 2020 года препараты, находящиеся в обороте, уничтожаться не будут. Об этом никто не говорил, и никто не обсуждал.

Следующий момент. Программные продукты все дорабатываются. Абсолютно со всеми согласен в том, что нужно сейчас выпустить распоряжение. Это рекомендательный акт, распорядительный, вернее, акт, который относится ко всей системе. Нужно принять постановление по маркировке. Оно разработано, оно готово, согласно графику оно должно быть в июле внесено в Правительство России. Предварительные варианты все отправлялись, причём, коллеги, в методические рекомендации после принятия закона, точнее, перед принятием закона, внесены были изменения. Они были внесены и всем они доступны. Фактически постановление Правительства России, за исключением крипты, сохранилось ровно в тех же формулировках, ровно в той же идеологии, которая была.

Следующее. По списанию упаковок в медицинских организациях. Значит, коллеги, списываются лекарства на каждого персонафицированного больного. Мне, честно говоря, непонятно, почему такой вопрос задаётся, это внутренние системы учёта медицинских организаций.

Интеграции программ. У нас вводится контрольно-кассовая машина. Вы хотите сделать два раза сканирование в аптеке? Сканирование должно быть одно, оно должно быть с учётом контрольно-кассовой машины, и соответственно, должно вноситься сразу в систему, что, собственно, и делается. Нельзя производить двойные манипуляции, это удлиняет очередь, это увеличивает нагрузку, это увеличивает количество персонала, увеличивает расходы.

Следующий вопрос. Процент брака или фальсификата. На этапе отработки заметили: да, при настройке системы увеличивается количество брака. Именно то, что не читается. Поэтому в данной системе этот технический вопрос должен быть отработан в каждой организации. И чем быстрее это начнёт делаться, тем быстрее это будет реализовываться.

Следующий момент. Маленький пример. Курчатовский... Извините. Курганский «Синтез».

Председательствующий. Минуту.

Мурашко М. А. Они попытались сделать систему маркировки с лазерным принтерами. Получили просто пожароопасную ситуацию. Это совершенно про другое. Поэтому – печать. «Пилот» был для того «пилотом», чтобы попробовали всё что можно, даже поджечь упаковку. Поняли, что этого не надо делать, нужно переходить на другие типы печати.

Поэтому, коллеги, я считаю, что вы должны изложить свои предложения. Это действительно нужно обсуждать. Вопрос оплаты, я думаю, что вы его сформулируете, Правительство России должно рассмотреть. Я не компетентен комментировать этот вопрос, отвечать на него. Но вопрос в том, чтобы создать систему качественную, безопасную, чтобы она работала без сбоев, это вопрос принципиальный.

Председательствующий. Спасибо.

Уважаемые коллеги, можно мне три минуты? Не только как ведущему, но и как...

Дорогие друзья, сегодня состоялась непростая дискуссия по очень сложному закону. Нужно понимать, что для нашей фракции и в целом для других фракций это закон важный и животрепещущий. Мы вам обещали, что он останется на контроле, и он действительно останется на контроле.

Вопреки Регламенту Государственной Думы, к сожалению, я хочу сказать, что не появилось постановление Правительства России. Мы должны были сегодня обсуждать вопросы, которые могли бы с его выходом появиться. Никто сейчас, я вас уверяю, закон о маркировке менять не будет. У нас есть внутренняя договорённость во фракции. Если мы закон приняли, мы должны иметь правоприменительную практику. Пока её нет, закон менять нельзя. Мы не «бешеный принтер». Мы понимаем, что мы делаем, за что мы отвечаем.

Поэтому не нужно ждать от нас внесения больших изменений в законе. Если возникают сомнения по поводу тех лекарственных препаратов, которые выпущены до срока принятия закона, ну, давайте мы или пропишем такую строку или поклянёмся, я не знаю, что сделаем. Нет сомнений в том, что эти препараты должны быть на рынке. Кончится срок годности, всё, они уйдут с рынка. Даже если они без маркировки. После 1 января 2020 года.

По операторам. Ещё раз хочу пояснить: мы договорились, что оператор должен быть государственной структурой. Мы на это особо обращали внимание, в том числе и на пленарном заседании, когда мы выступали по этому закону. И тогда депутаты аплодисментами это встретили, потому что у всех было опасение, что оператор будет коммерческий. Безусловно, сегодня правильно Федеральная налоговая служба говорит: не будет смены оператора. Но мы должны будем посмотреть. И если хоть один учредитель будет частное лицо, или частное юридическое лицо, я первый стану выступать против того, чтобы передать эту функцию.

Завтра у нас будет министр здравоохранения Российской Федерации по вопросу маркировки, по итогам сегодняшних парламентских слушаний. Ей будут задаваться вопросы, в том числе по этим делам.

По криптозащите. Нужно понимать, что криптозащита нужна. У нас убеждение единое – криптозащита нужна. Но надо понять – какая криптозащита. Офлайн нужен. Мы в России без офлайна не справимся. И это серьёзная причина, чтобы была криптозащита.

Другой вопрос: должно ли это лечь на плечи производителя? Или мы должны найти другие источники финансирования? Мы должны понимать, что за всё, что мы с вами сделаем по этому закону, конечно, заплатит пациент, покупатель лекарств.

И мы должны пытаться найти те варианты, которые минимизируют его расходы. Иначе нас ждёт очередное повышение цен или с помощью ФПС мы задушим производителей. Сегодня опасная ситуация впервые сложилась на федеральных закупках. И вы знаете, что производители просто перестали заявляться при тех ценах, которые заявляются в конкурсах. Мы должны как депутаты проанализировать эту ситуацию, понять что происходит. Ценообразование очевидно нуждается в серьёзной модернизации.

Мы можем задушить российских фармпроизводителей, потому что многие из них только встали на ноги. Мы в 2014 году действительно ввели стандарт GMP. Я был одним из активных сторонников GMP, потому что это единственная гарантия безопасности. Но что у нас произошло? Тот, кто первый сделал GMP, попали в ситуацию экономического кризиса. Кто не торопился, тот выиграл, потому что

мы сгладили ситуацию, правильно сгладили, хотя Минпромторг России выдал больше 70-ти предписаний о возможном закрытии фармпроизводств. Но мы не должны сделать так ещё раз.

Безусловно, Юрий Тихонович прав, нужно нам посмотреть ещё раз на Фонд развития промышленности. Два года – это точно мало, даже если это со второго года. У нас модернизация под джи-эм-пи, конечно, под маркировку – это не такая большая модернизация с точки зрения реконструкции помещений. Если здание современное, то там модернизация для установки оборудования не такая существенная. Это я вам профессионально могу сказать.

И другой вопрос, что это оборудование, конечно, стоит денег. Это серьёзные деньги для предприятий. И мы должны ещё раз внимательно посмотреть ситуацию по каждому предприятию. При реализации этого закона ни одно фармпредприятие Российской Федерации не должно пострадать от наших действий. Поэтому мы будем самыми яростными защитниками фармпредприятий.

По итогам сегодняшнего заседания мы обязаны будем направить обращение в Государственную Думу, в Правительство России, Председателю Правительства России и председателю нашей партии по поводу задержки со сроками принятия постановления.

На основании этого, раз мы сегодня парламентские слушания провели без постановления Правительства России, без подзаконных актов, очевидно, что как только оно будет принято, нам с вами будет необходимо в течение одного-двух месяцев ещё собраться и снова провести парламентские слушания. Не упускать из поля зрения этот вопрос. Да, может быть, вы устали, может, вам трудно приехать, но надо ещё раз собраться и поработать над этим вопросом. Мы не должны сегодня поставить галочку и сказать: всё, с этим законом справились, всё нормально, двигаемся дальше. Не всё нормально.

По задержке внедрения. Ну, это опять вопрос русской хитрости. Зачем буду внедрять, погляжу, поди распадётся. Не распадётся.

1 января 2020 года обозначено. Да, может быть, надо посмотреть ситуацию по каким-то категориям лекарственных препаратов, да, могут быть сложности по каким-то особенностям, по маркировке, например, технических газов. Но это лишь некоторые особенности. Надо в ручном режиме смотреть: что можно, а что нельзя сделать. И, безусловно, каждый вопрос, который здесь был задан, необходимо оформить в виде обращения депутатов Государственной Думы, Комитета по охране здоровья, и запросить письменно ответы в положенные сроки. Это 30 дней.

Спасибо вам большое за внимание. Спасибо за терпение и, несмотря на эмоции, мы сегодня выполнили неслабую работу.

Спасибо. (Аплодисменты.)

СТЕНОГРАММА
«круглого стола» на тему «Клинические рекомендации
и протоколы лечения в современной медицинской практике».
9 июля 2018 года.

Председательствует председатель
Комитета Государственной Думы по охране здоровья
Д. А. Морозов

Председательствующий. Добрый день, уважаемые коллеги!

В первых словах мне хотелось бы выразить свою благодарность за то, что вы нашли возможность прийти сегодня. Наш «круглый стол» по большому счёту превратился в парламентские слушания: зарегистрировалось более 250 делегатов. И я уверен, что сегодняшний разговор получится конструктивным. Мы выходим ко второму чтению с законопроектом, посвящённым клиническим рекомендациям и протоколам, по которым было очень много замечаний и в Комитете по охране здоровья, и в профессиональном сообществе, и у докторов. Сегодня у нас есть возможность сверить позиции по ключевым вопросам, таким как дефиниция этого законопроекта, соотношение клинических рекомендаций и протоколов, соотношение с порядками оказания медицинской помощи, выбор профессиональных некоммерческих организаций для решения вопросов и создания собственных клинических организаций, роль министерства как регулятора и той государственной структуры, которая будет утверждать эти клинические рекомендации, и, конечно, ответственность докторов лечебных учреждений и собственных ассоциаций за те неудачи, которые могут сопровождать лечение.

У нас много докладчиков (24 доклада), два часа работы, поэтому я призываю всех к регламенту, ориентируясь на пять минут каждого выступления. Но я думаю, что выступление Евгения Геннадьевича Камкина, с которого мы начнём сегодняшний разговор, может быть и подольше.

Пожалуйста, Евгений Геннадьевич, расскажите о той работе, которую министерство проделало ко второму чтению.

Камкин Е. Г. Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемые коллеги! Добрый день!

Вы знаете, что в течение последних нескольких лет, начиная с 2013 года, при координации Министерства здравоохранения совместно с профессиональным экспертным сообществом ведётся планомерная работа по выстраиванию системы контроля качества оказания медицинской помощи. Сегодня мы поговорим о законодательной инициативе, о том законопроекте, который Минздрав разработал во исполнение ряда поручений правительства и президента касательно разработки и утверждения национальных клинических рекомендаций.

Законопроект разрабатывался в течение последних двух лет при плотном взаимодействии с главными внештатными специалистами, профессиональными экспертами.

Целью законопроекта является формирование системы управления качеством медицинской помощи, урегулирование вопросов порядка разработки, утверждения и применения клинических рекомендаций.

Наряду с уже существующими документами, регламентирующими организацию и оказание медицинской помощи, положениями об организации оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи законопроектом предусматривается включение клинических рекомендаций в систему организации оказания медицинской помощи.

В целях обеспечения унифицированных подходов к формату и структуре клинических рекомендаций министерство наделяется полномочиями по утверждению перечня заболеваний и состояний, для которых разрабатываются клинические рекомендации, порядка разработки, пересмотра и согласования клинических рекомендаций.

Важным разделом являются критерии оценки качества, которые будут разрабатываться в том числе на основе клинических рекомендаций и утверждаться соответствующими нормативно-правовыми актами Минздрава. И именно критерии оценки качества оказания медицинской помощи будут положены в основу регламентов экспертизы качества медицинской помощи, проводимой Росздравнадзором, территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями. Таким образом, будет сформирована замкнутая система управления качеством, обеспечивающая оказание медицинской помощи пациентам на основе единых критериев, что полностью будет соответствовать общемировой практике. Внедрение информационных медицинских систем позволит в ближайшей перспективе проводить контроль качества в автоматизированном ре-

жиге и поэтапно переходить на электронную систему управления качеством. Законопроектом также предусматривается работа, которая будет проводиться с применением клинических рекомендаций. Эта работа связана с разработкой и утверждением стандартов, которые будут иметь медико-экономическую сущность. Мы с вами понимаем, что по стандартам лечить нельзя, так что это документ для организаторов здравоохранения, для расчёта объёмов медицинской помощи, в том числе того, что ложится в программу государственных гарантий оказания медицинской помощи. Указанный законопроект был рассмотрен Государственной Думой в первом чтении и сейчас готовится ко второму чтению. В связи с этим на площадке Государственной Думы была сформирована рабочая группа по доработке законопроекта ко второму чтению. И сегодня «круглый стол», я надеюсь, позволит выслушать мнение большинства здесь сидящих, чьи конкретные предложения по доработке ко второму чтению, конечно, мы постараемся учесть. Большое спасибо.

Председательствующий. Евгений Геннадьевич, может быть, вы расскажете о той работе, которая была проведена с учётом замечаний к первому чтению, чтобы коллеги не повторялись, или вы в заключение выступите?

Камкин Е. Г. Основные замечания, которые уже были подготовлены и представлены в письменном виде к первому чтению, мы при доработке постарались учесть. Наверняка большинство здесь сидящих интересуют вопросы ответственности за невыполнение клинических...

Председательствующий. Не только ответственности. Я сейчас вынужден внести некое уточнение.

Первое. Соотнесение клинических рекомендаций и протоколов. Министерство предполагало, что протоколы будут разрабатываться медицинскими организациями. Мы обращали внимание на то, что их у нас более 11 тысяч, и возложить на их плечи разработку протоколов вслед за рекомендациями мы считали нецелесообразным.

Камкин Е. Г. Эти замечания мы учли. Протоколы будут разрабатываться также профессиональными некоммерческими организациями, и роль их в разработке клинических рекомендаций остаётся прежней, и в случае необходимости при определённых заболеваниях и состоянии протокол может являться неотъемлемой частью самой клинической рекомендации. Протоколы не разрабатываются каждой медицинской организацией в отдельности.

Председательствующий. Хорошо. Следующая принципиальная позиция касалась юридического веса клинических рекомендаций. Имеется в виду то, что это не является нормативно-правовым актом, мы не можем апеллировать к нему во время судебных разбирательств или разбирательств по оценке качества. И в этой связи мы предлагали решение, чтобы министерство в виде определённого консенсуса подводило итог в виде приказа по тем или иным рекомендациям, и, насколько я знаю, это будет на научном совете Минздрава.

И в продолжение темы скажу, что был непонятен ещё один важный вопрос, касающийся выбора некоммерческой профессиональной организации: почему та, а не другая, как им после этого прийти к согласию друг с другом, имея в виду в том числе многие региональные организации в числе общих? Как вы это решили?

Камкин Е. Г. Да, безусловно. В законопроект заложена процедура согласования клинических рекомендаций, которая будет осуществляться посредством рассмотрения их на научном совете министерства, научно-практическом, группой, которая будет создана при научном совете министерства из числа компетентных экспертов. Соответственно, эти вопросы будут регулироваться. А разработка клинических рекомендаций как оставалась прерогативой профессиональных экспертов, так и остаётся. Министерство не берет на себя полномочия по утверждению клинических рекомендаций.

Председательствующий. Вы начали говорить об ответственности. Мы уже обращали внимание на то, что дополнительная ответственность у нас, мягко говоря, нецелесообразна, имея в виду существующий уже Трудовой кодекс и многие-многие другие, не говоря уже об Уголовном кодексе. Вы работали этот вопрос, насколько я знаю.

Камкин Е. Г. Да, действительно, проработали вместе с экспертами Государственно-правового управления, Министерства труда. На сегодняшний день вся ответственность, которая возлагается на медицинского работника в соответствии с его трудовыми обязанностями и так далее, урегулирована в действующей законодательной системе и дополнительного урегулирования не требует, в том числе с точки зрения применения клинических рекомендаций. И самое главное – это критерии оценки качества, которые будут разрабатываться на основе клинических рекомендаций. Поэтому пока мы воздержимся от внесения изменений в статью, регулиующую эту дополнительную ответственность, которая предлагалась на этапе разработки.

Председательствующий. Большое спасибо.

Я вижу в зале огромное количество профессионалов, ведущих академиков, главных специалистов. Пожалуйста, коллеги, давайте мы сегодня детально, профессионально и открыто обсудим те проблемы, которые есть. И нам здесь стесняться нечего, мы здесь все единомышленники.

Я хочу предоставить слово Леониду Михайловичу Рошалю. Спасибо, Леонид Михайлович, что вы нашли возможность к нам прийти. Прошу вас. *(Аплодисменты.)*

Рошаль Л. М. Дмитрий Анатольевич, дорогие друзья! В первых словах я хочу поблагодарить работников этого проекта закона за работу: это нелёгкий был труд.

Мы на научном совете Национальной медицинской палаты, в которую входят выдающие отечественные учёные, в том числе и ряд главных специалистов Минздрава, и которую возглавляет академик Готье, присутствующий здесь, провели обсуждение проекта этого закона в присутствии помощника министра Ильи Юрьевича Шилькрота и руководителя «Центра экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Виталия Владимировича Омельяновского. После обсуждения проголосовали единогласно за наши поправки.

Нужно сказать, что мы сегодня начинаем не с пустого листа, мы живём не на пустом месте: среди многих тысяч написанных клинических рекомендаций много прекрасных и без нововведений. Будем честны и скажем, что один из первых, кто поднял вопрос о необходимости систематизации клинических рекомендаций и приведения их к международному уровню в новое время, был академик Александр Григорьевич Чучалин, кстати, вице-президент Национальной медицинской палаты, присутствующий здесь.

Вместе с тем анализ опубликованных клинических рекомендаций показал наличие в некоторых из них противоречий позиций, подготовленных различными ассоциациями, обществами на одну и ту же тему, и наличие вопросов, относящихся к лекарственному обеспечению.

Сегодня нашу практическую работу на основе 323-го закона оценивают коммерческие страховые компании, юристы, адвокаты, следователи, журналисты и политики по знаменитым стандартам. Мы не лечим по стандартам, и оценивать нашу работу по стандартам глупо, но до сих пор стандарты в законе есть.

Поэтому законодателям желательно в первую очередь решиться и убрать из 323-го закона стандарт как основу оценки качества оказания медицинской помощи. Это чисто экономическое понятие для наших расчётов и никакого отношения не имеет к качеству оказания медицинской помощи у конкретного больного. Хорошо бы ещё убрать из закона слово «услуга», так как мы оказываем медицинскую помощь, мы не парикмахеры, но это другая тема.

Нам говорят: вы хотите убрать стандарт, а как же тогда проверить, как вы диагностируете и как лечите, и как мы будем оценивать вашу работу? Мы понимаем, что коммерческие страховые компании стандартам очень полезны, есть на что жить, а мы говорим: вместо стандартов будут клинические рекомендации, а коммерческие страховые компании в нашем российском понимании в таком виде, как они есть, вообще не нужны.

Я не преувеличиваю роль и значение клинических рекомендаций в нашей практической работе. У нас зачастую клинических рекомендаций нет, а лечим мы неплохо и постоянно совершенствуем методы и диагностики лечения.

Например, аппендицит. Здесь недавно обнаружили и пристыдили хирургов, что нет клинических рекомендаций по острому аппендициту, тем не менее за эти годы резко снижена летальность и осложнения, внедрены лапароскопические методы не только при флегмонозном и гангренозном аппендиците, но и при сложнейшем перитоните, а клинических рекомендаций нет, и без табличных критериев качества оказания медицинской помощи, без уровня достоверности доказательств и уровня убедительности рекомендаций получен неплохой результат.

Дело в том, что источником наших знаний, умений и действий – и это должны понять политики, следственные органы, прокуратура – являются не только клинические рекомендации. Нас, между прочим, учат в институте, есть занятия, лекции, различные пособия, учебники, есть руководства, монографии, журналы, съезды, конференции, есть система последипломной переподготовки и образования, есть Интернет, и полно обучающих программ, есть постоянное обучение «из рук в руки» и совершенствование и рост в конкретном коллективе.

Не преувеличивая и не преуменьшая роли и значения клинических рекомендаций, мы говорим, что для нас очень полезно иметь срез последних сегодняшних достижений в конкретной области, и этим документом могут стать клинические рекомендации. Этот документ важен для нас и для тех, кто проверяет, и для судов. Я много этим направлением сегодня занимаюсь, поэтому небольшой акцент будет сделан на этом.

Кстати, если кто не знает, более демократичны в этом плане суды, в которые можно принести не только руководство клинических рекомендаций, но и статежку из журнала и на этом доказывать невиновность врача.

Одновременно на основании неверно сформулированных положений клинических рекомендаций можно засудить врача. Для того чтобы нам избежать неприятностей, в клинических рекомендациях должна быть палитра возможных решений и подходов, каждый из которых носит рекомендательный характер. Например, в проекте клинических рекомендаций детской хирургии по *(Не разборчиво.)* было написано... *(Микрофон отключён.)*

Председательствующий. Продлите время, пожалуйста.

Рошаль Л. М. ...что расправлять консервативное лечение через прямую кишку можно только через ректоскоп. А если я расправил инвагинат через катетер и получил такое осложнение, тогда меня засудят.

Подчёркиваю, что клинические рекомендации – это срез уровня наших знаний и умений в конкретной области на конкретный исторический период. Такого чёткого определения в проекте этого закона нет. Клинические рекомендации, как во всём мире, – это не закон, при нарушении которого нас отправят в тюрьму. Но могут и отправить, если в клинических рекомендациях не учтены возможные варианты диагностики лечения.

Недавно была попытка внести клинические рекомендации в закон, как обязательные к исполнению. Это было бы на руку коммерческим страховым компаниям и следственным органам, прокуратуре, юристам, юридическим компаниям, и тогда действительно пересажали бы многих из нас. Я благодарен Веронике Игоревне, которая услышала нас, встала на нашу сторону.

Мы пытаемся сейчас найти общий язык со следственными органами и в этом вопросе. Несколько дней тому назад председатель Следственного комитета Бастрыкин пригласил меня на совместный приём по поводу двенадцати медицинских жалоб. Это очень серьёзно, скажу вам. Не хватало ссылок на хорошие клинические рекомендации. Но мы всё же хотим попытаться, как говорил один из известных политических деятелей, поладить со Следственным комитетом, понять друг друга. Мы сейчас готовим совместный документ.

Итак, наша первая позиция: клинические рекомендации – это не закон.

Вторая позиция: для того чтобы нам избежать неприятностей, в клинических рекомендациях должна быть палитра возможных решений и подходов, каждый из которых носит рекомендательный характер.

Третья позиция (считаем, что это является одним из достижений нашего российского сообщества): мы ушли от администрирования в написании и утверждении клинических рекомендаций и законодательно закрепили, что клинические рекомендации разрабатываются и утверждаются, как во всём мире, подчёркиваю, не министерствами, а профессиональным сообществом. В настоящем проекте чётко прослеживается попытка ревизии этого положения, с чем мы категорически не согласны. Мы считали, что обо всем договорились с разработчиками этого проектного документа.

Мы с Минздравом создали рабочую группу по разработке и утверждению клинических рекомендаций, в которую входят на приоритетных началах представители Минздрава и Национальной медицинской палаты и которая должна выполнять только координирующую роль. Мы создали с согласия Минздрава три комитета при научном совете. Это междисциплинарный комитет, для того чтобы снимать разногласия между представителями разных специальностей, методологический комитет, который согласился возглавить (*Не разборчиво.*) и воскресили формулярный комитет, который возглавили клинические фармакологи – академики Петров и Сычёв. И правильно сделали.

Я попросил недавно дать мне несколько подготовленных, как эталон, клинических рекомендаций, прочитал их и скажу, что для эталона над ними ещё нужно работать. В представленном виде они стали громоздкими, заумными и не всегда понятными. Например, мы направили клинические рекомендации по гриппу клиническим фармакологам, получили достаточное число аргументированных замечаний. Теперь, я надеюсь, мы посадим за один стол представителей формулярного комитета и тех, кто писал эти клинические рекомендации, для того чтобы прийти к консенсусу. По такому же пути пойдём при рассмотрении клинических рекомендаций смежных специальностей. Казалось бы, мы обо всём договорились. А теперь прочитайте текст проекта закона. Ну ведь так нельзя!

Четвёртая позиция – по протоколам лечения, которые хотят сделать на законодательном уровне обязательными, и чтобы каждая организация самостоятельно их разрабатывала и включала их в клинические рекомендации. Мы об этом сейчас говорили.

Протоколы лечения – это чёткая последовательность действий при конкретной ситуации. Конечно, они не могут быть одинаковыми в лечебных учреждениях разного уровня, оснащения и квалификации. Они должны быть многоуровневыми и созданы едиными профессиональными сообществами, чтобы их можно было принять за эталон, а не выдумывать каждой организации самостоятельно. И если протоколы обязательные, если входят в клинические рекомендации, тогда получается, что клинические рекомендации тоже обязательные.

Далее, вызывает вопрос с моей точки зрения, как клинициста, исчезновение в рекомендациях по написанию клинических рекомендаций раздела «клиническая картина», так как именно клиническая картина болезни в динамике диктует тактику и диагностику лечения. Наличие его в прошлых клинических рекомендациях не делает их хуже.

Введение клинических рекомендаций и оценки качества оказания медицинской помощи в соответствии с приказом 203 или уровня достоверности доказательств, уровня убедительности рекомендаций в том виде, в котором они представлены, также представляется спорным. Для кого эта таблица? Для страховых компаний, для наёмных адвокатов? Правда, сейчас непонятно, кто кого на-

нимает. Мы даём в руки юристов, адвокатов основания для возбуждения уголовных дел и востребования с нас миллионов. А почему вы лечите, например, препаратом группы «Д», если эффективность не доказана?

На приёме у Бастрыкина была очень эрудированный адвокат-доктор. Мы должны были обсудить этот вопрос. Вообще, всё то, что там написано, перечислено в обязанностях врача, которые несложно проверить при оценке неудовлетворительных результатов лечения. Кроме того, большое значение имеет в учреждениях такого уровня, мы говорим. Это всё: что включать, а что не включать, – должно обсуждаться в профессиональном сообществе только в период подготовки клинических рекомендаций до принятия окончательного решения. И должны быть «ножницы» в клинических рекомендациях. По этому вопросу хорошо бы нам посоветоваться ещё с ФАСом.

Я понимаю простые определения качества лечения конкретного больного, выверенные ещё в советские времена: выздоровел, на улучшение, ухудшение, без перемен, стал инвалидом, умер – и всё. А вот почему он умер, почему возникли осложнения – это отдельный вопрос с разбором каждого конкретного случая на патологоанатомической конференции врачебными экспертами, в том числе: почему доктор не исполнил клинические рекомендации? Какое он имеет право так делать и, при наличии аргументированных объяснений, как это делает сам? И должно быть отражено в законе, что врач имеет право не следовать клиническим рекомендациям, если он в этом уверен. Врач может выполнить всё, а человек умрёт, а может что-то не исполнить, и человек весёлый ушёл домой. В медицине грести под одну гребёнку нельзя.

Статью 37 пункт 4 предлагаем изложить в следующем виде: координирует работу по подготовке и утверждению клинических рекомендаций и медицинской профессиональной некоммерческой организации соответствующее постановление Правительства Российской Федерации об утверждении критериев, при соответствии которым медицинским профессиональным некоммерческим организациям, их ассоциациям (союзам) может быть передано осуществление отдельных функций в сфере охраны здоровья граждан Российской Федерации.

Вне сомнения, над проектом ещё нужно работать, но времени у нас нет. Этот документ необходим нам уже сегодня. Считаю, что при интенсивной работе мы можем прийти к консенсусу за две-три недели. Конкретные замечания к проекту мы передадим в письменном виде. Мы просим подключения представителей Национальной медицинской палаты к активной работе над проектом этого закона. Нам нужно сделать такой закон, чтобы не мучить профессиональные сообщества каждые два-три года, меняя методологии, переделывая снова и снова клинические рекомендации. То, что их нужно упростить, у меня никакого сомнения нет, и нам не нужно постоянно изобретать велосипед. Международное сообщество уже сегодня имеет чёткие позиции, как писать клинические рекомендации и что в них должно быть.

Благодарю за внимание и извините за задержку. Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо, Леонид Михайлович, спасибо большое.

Слово предоставляется Татьяне Алексеевне Некусайко, члену Совета Федерации.

Некусайко Т. А. Спасибо.

Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемые коллеги!

Члены Комитета Совета Федерации по социальной политике поддерживают данный законопроект, внесённый Правительством Российской Федерации, потому как он вносит очень важные и давно ожидаемые врачебными сообществами изменения и уточнения в систему стандартизации здравоохранения.

Конечной целью законопроекта является повышение качества оказания медицинской помощи. Вместе с тем данную проблему невозможно решить без применения оправдавших себя в международной практике технологий комплексной оценки эффективности, в том числе экономической, и безопасности медицинских технологий, включаемых в клинические рекомендации, стандарты и порядки оказания медицинской помощи и другие нормативно-правовые акты в сфере здравоохранения.

Необходимость создания и структурного оформления института оценки технологий здравоохранения сегодня признают правительства всех развитых стран мира для обоснования принимаемых управленческих решений и повышения доступности новых методов лечения и в качестве сдерживания неэффективных затрат на здравоохранение.

Во многих странах инициатива создания института ОТЗ исходит от политиков и парламентариев, сомневающих в объективности принимаемых управленческих решений по расходованию бюджетных средств в сфере здравоохранения. В условиях дефицита бюджетных средств на оказание медицинской помощи, – а мы знаем, что такой дефицит имеется во всех системах здравоохранения, – средств обязательного медицинского страхования крайне важным является рациональное использование имеющихся средств.

Сегодня система комплексной оценки технологий здравоохранения применяется более чем в 65 цивилизованных странах. Комитет Совета Федерации по социальной политике продолжает начатую в 2014 году работу по внедрению системы комплексной оценки в Российской Федерации.

Законодательное регулирование внедрения оценки технологий здравоохранения в Российской Федерации началось с принятия Федерального закона от 22 декабря 2014 года номер 429 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств», статья 4, пункт 55, статья 5, пункт 5.1, статья 60, пункт 1. *(Демонстрируется слайд.)*

Я не буду перечислять для экономии времени, напомним только о том, что эти статьи дают полную оценку, комплексную оценку, понятие комплексной оценки лекарственного препарата, а именно оценки зарегистрированного лекарственного препарата, включающей в себя анализ информации о сравнительной клинической эффективности и безопасности лекарственного препарата, и в дальнейшем вы можете сами посмотреть.

Я бы хотела остановиться ещё на том пункте, что в настоящий момент следующим этапом внедрения системы ОТЗ в целом в систему здравоохранения Российской Федерации является распространение данной концепции на все технологии в здравоохранении, в том числе и на лекарственное обеспечение. Необходимы поправки в основной акт, а именно Федеральный закон 323. Целесообразно и логично для реализации основной цели внесённого Правительством Российской Федерации законопроекта «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»» по вопросам клинических рекомендаций, а это повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, в текст законопроекта включить дополнение в части введения в российскую медицинскую практику комплексной оценки медицинской технологии.

На данном этапе в определение комплексной оценки медицинской технологии предлагается включить кроме лекарственных препаратов медицинские изделия и биомедицинские клеточные продукты. В дальнейшем понятие медицинских технологий можно будет расширять, включая в него методы лечения и профилактики информационной медицинской технологии, и так далее. *(Демонстрируется слайд.)*

Итак, вы видите предложения, которые мы вносим. Это изменение и дополнение 1-й статьи пунктом 25 следующего содержания: «Комплексная оценка лекарственных средств, медицинских изделий и биомедицинских клеточных продуктов (далее – медицинских технологий) – это оценка технологии, включающая анализ сведений об их сравнительной клинической эффективности и безопасности, оценка экономических последствий их применения для принятия решений о возможности включения медицинских технологий в клинические рекомендации, стандарты и так далее».

Я хочу, чтобы вы посмотрели ещё один слайд, время моё заканчивается. *(Демонстрируется слайд.)* Мы бы хотели, чтобы вы их рассмотрели и приняли во внимание. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое, Татьяна Алексеевна.

Слово предоставляется Дайхесу Николаю Аркадьевичу, первому заместителю председателя комиссии Общественной палаты по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения. Пожалуйста.

Дайхес Н. А. Спасибо, Дмитрий Анатольевич.

Добрый день, уважаемые коллеги!

В профильной комиссии Общественной палаты мы внимательно рассмотрели предложенный закон и будем очень внимательно отслеживать вместе с пациентским сообществом, с нашими общественными организациями прохождение закона и тот документ, который мы в результате этого закона получим. Потому что вместе с теми коллегами – а здесь их большинство в зале, – которые ежедневно занимаются клинической работой, мы прекрасно понимаем, что, хотим мы того или не хотим, клинические рекомендации сегодня являются для нас в значительной степени руководством к действию. Это с одной стороны.

А с другой стороны, и об этом говорил Леонид Михайлович, они являются определёнными нормативными документами для проверяющих, следственных органов и тому подобных.

Например, мне, как главному специалисту Минздрава, по моему профилю минимум два раза в месяц приходит запрос со следующим содержанием: «Скажите, пожалуйста, вот доктор лечил так-то. Насколько соответствуют его действиям клинические рекомендации, которые предложены?» Потому что там коллеги наши тоже умеют читать вопросы, которые называются «клинические рекомендации». Поэтому я постараюсь быть краток и предложить какие-то конкретные вещи. Но я считаю, что нужно усиление ответственности за написание и за создание клинических рекомендаций. Потому что вот с чем мы сегодня сталкиваемся.

Некая национальная ассоциация по той или иной специальности несколько лет занималась и подготавливала клинические рекомендации, мы их вносим. Безусловно, если они утверждаются Минздравом, это должно быть законно. Но параллельно небольшая группа коллег, узкопрофильная, которая тоже регистрирует общественную организацию, тоже вносит свои рекомендации. Надо же как-то советоваться. С этой стороны все ведущие профессора, академики, с той стороны несколько человек, тем более это всегда делается в рамках какой-нибудь конференции, которая явно носит определённый характер заряженности в этом плане. С той стороны следует ответ: а мы тоже имеем право их вносить, потому что мы тоже являемся членами Национальной медицинской палаты. Неразрешимые противоречия. Поэтому здесь очень важно навести порядок и понимание и иметь ответственность. Это первое.

Второе. Мы, безусловно, поддерживаем, что первичные клинические рекомендации, стандарты оказания медицинской помощи должны быть, должны разрабатываться на основе клинических рекомендаций, это очевидно.

Очень важный вопрос о междисциплинарности. Мы постоянно сталкиваемся с ситуацией, когда заболевание одно, а лечат его разные специалисты. Я не буду сейчас называть какие-то конкретные примеры, чтобы никого не задевать, но пишем мы, наша национальная ассоциация, и коллеги из другой национальной ассоциации по одному и тому же заболеванию. У нас получается взаимопротиворечие. Значит, надо жёстко обязать всех нас, если мы выпускаем клинические рекомендации по какому-то конкретному заболеванию, нам надо приказать и сказать, что ни от нас, ни от них восприниматься ничего не будет, пока не будет подписано обоими с той стороны главными специалистами и председателем ассоциации.

Ещё была большая тема, которую мы готовили, но мы её снимаем. Это вопрос, который связан с лекарствами. Сегодня коллеги из Совета Федерации уже стали затрагивать эту тему. Нам и в Общественной палате известны ситуации. Нам нужно очень чётко понимать, каким образом проводят клинические испытания лекарственных средств, особенно зарубежных, в нашу страну попадающих, кто этим занимается, как именно и так далее, нужно больше открытости. Мы предложили Министерству здравоохранения определённый алгоритм разговора на эту тему, поэтому я не хочу специально углубляться. Нас услышали. И я очень надеюсь, Дмитрий Анатольевич, что мы к этому вопросу вернёмся или на площадке Общественной палаты, мы договорились в сентябре с Минздравом России, а может быть, и в Государственной Думе.

Поэтому, безусловно, нам нужно как можно шире инициировать проведение клинических исследований в России для получения собственных достоверных данных. Потому что сегодня в значительной степени то, что мы включаем в клинические рекомендации, а это является законом потом для наших коллег, мы пользуемся зарубежными источниками, зарубежными сравнениями, зарубежными оценками и так далее. Мне кажется, что в сегодняшней ситуации это недопустимо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Дайхес Н. А. Ещё много что хотелось сказать. Но я думаю, у нас огромное поле. И в заключение надо сказать спасибо нашему комитету Государственной Думы, что они нас именно в таком составе собрали. И вообще, Дмитрий Анатольевич, есть предложение по многим вопросам собираться именно в таком составе аудитории.

Председательствующий. Спасибо.

Пожалуйста, аппарат, запомните вот этот состав, так и будем собираться.

На самом деле мне хотелось бы поддержать вас, Леонид Михайлович, в отношении палитры клинических рекомендаций. Мы об этом говорили неоднократно на комитете. Они должны быть написаны настолько интеллигентно и тонко, чтобы мы не поставили в неудобное положение своих коллег в разных клиниках и в разных субъектах Российской Федерации.

Мне лично, уверен, как всем сидящим здесь, не раз приходилось сталкиваться с теми рекомендациями, которые выполнять совершенно не хочется: ты с ними не согласен всем своим внутренним миром, с этим не согласна твоя клиника. Как найти это согласие между разными ассоциациями, уважаемым академиком с одной стороны, другими уважаемыми профессорами и академиками с другой? И написать то, о чём говорил, приводя пример инвагинации кишечника, Леонид Михайлович, написать в рекомендации так интеллигентно и тонко, чтобы была возможность прибегать к разным способам диагностики лечения, но при этом идти в створе, или чтобы красной нитью проходило качество лечения и польза для пациента, – вот это, на мой взгляд, чрезвычайно важно.

Слово предоставляется Рамилу Усмановичу Хабриеву, директору Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Семашко. Пожалуйста, Рамил Усманович.

Хабриев Р. У. Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, я хотел бы остановиться на двух проблемах.

Первая, обсуждаемая сегодня, – о наличии конкуренции при подготовке клинических рекомендаций, когда есть две-три ассоциации, несколько лидеров, и как с этим быть, чью принять сторону.

Мне кажется, если в законе будет прописано: «некоммерческие медицинские организации организуют разработку и утверждают», – тогда исчезнет эта проблема. Чем хороши зарубежные клинические рекомендации, которые мы используем? Очень добротны сделаны. Дело в том, что в их разработке участвуют специалисты разных профилей, они работают над ними абсолютно открыто, и вот эта междисциплинарность присутствует.

Безусловно, утверждение должно быть определено палатой за какой-то из профильных организаций, но участие в разработке должно быть абсолютно свободным, без ограничения наличием членства в той или иной ассоциации. Это первое.

Второе. Мне кажется, что процедура её согласования достаточно громоздкая, и Леонид Михайлович здесь уже об этом говорил.

Если Министерство здравоохранения беспокоится о том, что эти рекомендации останутся без внимания, не будет возможности воздействовать, я бы хотел перечислить, что заложено в обязательствах нашего федерального органа и каким образом возможность влиять на процедуры и не допустить разработки низкокачественных рекомендаций вполне есть.

Министерство утверждает положение об организации медицинской помощи, утверждает порядки оказания медицинской помощи, утверждает стандарты медицинской помощи, перечень заболеваний, по которому разрабатываются рекомендации, порядок разработки и пересмотра согласования клинической рекомендации, порядок разработки и типовую форму протокола лечения, устанавливает порядок разработки стандартов медицинской помощи, издаёт или может издавать разъяснения по клиническим рекомендациям и так далее, определяет критерии оценки качества медицинской помощи, требования к организации и проведению внутреннего контроля.

Кроме этого, министерство...

Рошаль Л. М. Какое министерство в мире этим занимается, тем, что вы перечислили?

Хабриев Р. У. Я говорил про наше министерство, какие полномочия...

Рошаль Л. М. Нет. Я спрашиваю: где в мире вы такое видели?

Хабриев Р. У. Я не знаю, Леонид Михайлович, такого министерства.

Рошаль Л. М. А вы посмотрите.

Хабриев Р. У. И дальше. Какое воздействие может быть оказано на процедуру участия? Министерство требует информацию о наличии обстоятельств, способных привести к конфликту интересов среди разработчиков; отстраняет от дальнейшего участия человека, который не предъявил и не заявил о том, что у него есть конфликт интересов.

Далее министерство говорит о том, что это предложение убирается из рассмотрения. Неужели недостаточно для того, чтобы обеспечивать возможность влиять на процедуру? Мне кажется, что процедура согласования с министерством абсолютно лишняя, тем более что порядок его они сами разрабатывают. Поэтому, если есть необходимость компетентного мнения...

Рошаль Л. М. Беру свой вопрос обратно.

Хабриев Р. У. Хорошо. Мне кажется, Леонид Михайлович меня понял, и мы его поняли.

Рошаль Л. М. Министерство должно всё-таки утверждать?

Хабриев Р. У. Нет. Если оно утверждает, тогда зачем мы вообще здесь собрались? Для того чтобы совсем обезопасить себя?

Здесь речь идёт о порядке проведения комплексной оценки медицинской технологии, которая возлагается на федеральные учреждения, подведомственные министерству. А если эта технология не будет учтена в рекомендации, то она не может быть... вернее, рекомендации не будут приняты.

Коллеги, не слишком ли много вы планируете заорганизовать? Если таким образом будет построена работа, уверяю вас, клиническая рекомендация не получится, извините, пожалуйста.

Председательствующий. Спасибо большое.

Вот чем хороша Государственная Дума – здесь всегда можно сопоставить точки зрения, какими бы они ни были, поэтому, коллеги, пожалуйста, уважайте друг друга. Рамил Усманович, спасибо большое вам за ваше мнение.

Слово предоставляется Эдуарду Леонидовичу Гаврилову, директору Фонда независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья. Нет? Жалко.

У нас замена докладчика. Вместо Елены Анатольевны Жидковой, начальника центральной дирекции здравоохранения, мы заслушаем Лазарева Владимира Николаевича, руководителя медицинской службы центральной дирекции здравоохранения РЖД. Пожалуйста.

Лазарев В. Н. Добрый день, уважаемый Дмитрий Анатольевич, уважаемые коллеги!

Можно включить презентацию? Пожалуйста, будьте добры.

Председательствующий. Включите презентацию, пожалуйста.

Лазарев В. Н. Я начну презентацию с короткого обзора. Это сеть учреждений здравоохранения «Российских железных дорог». Мы находимся от Калининграда до Южно-Сахалинска, и у нас 170 юридических лиц. Среди них, вы видите, есть стационарная помощь, есть амбулаторно-поликлиническая помощь.

Почему для нас важны и нужны клинические рекомендации в том формате, который сегодня прописан в поправках к закону? Потому что на такой необъятной карте и на таком массиве учреждений разного уровня, разного профиля – учреждения от амбулаторно-поликлинических с минимальным количеством приписного населения и обслуживания железнодорожников до клинических центральных больниц многопрофильных, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, и практически все учреждения, работающие по реализации программы государственных гарантий, поэтому для нас единые подходы, единые требования к оказанию медицинской помощи нашим пациентам, а это не только железнодорожники, очень важны.

Мы на первое место сегодня ставим всё-таки клинические рекомендации и уже затем – протокол лечения, стандарты и порядки оказания медицинской помощи, и сегодня изменения в закон как раз

на новый качественный уровень выносят клинические рекомендации, на их основании уже идёт разработка протоколов. Это продукт анализа большого массива данных, оценка целесообразности использования тех или иных методик, решения принимаются ведущими экспертами не только Российской Федерации, но и европейского медицинского сообщества.

Клинические рекомендации обновляются каждый год два-три раза, а порой они выходят и чаще. К сожалению, стандарты оказания медицинской помощи сегодня значительно отстают, и они основаны лишь на возможностях наших учреждений для реализации конкретной медицинской помощи по конкретной нозологии.

На примере гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: что дают нам клинические рекомендации 2017 года и что нам даёт сегодня стандарт специализированной медицинской помощи? Вы видите, что клинические рекомендации дают гораздо больше для качественной диагностики и лечения пациента. А те лимиты, которые сегодня прописаны в стандарте, никоим образом не говорят о качественно излеченном заболевании, конкретной патологии.

Стандарты помощи, те, что не успевают за рекомендациями, показаны также здесь, вы видите применение кардиографии трёхмерной. Это кратный случай, от 0,1 до единицы на 10 человек. Это клинически рекомендовано, современный подход к лечению пациента. Но мы сегодня видим электрокардиографию с физическими упражнениями практически у каждого пятого человека. Насколько это эффективно и насколько это качественно сегодня в нашей практике?

Следующий момент, который подтверждает то, что клиническая рекомендация даст нам гораздо больше, если она будет стоять в основе. Мы говорим о больных с острым коронарным синдромом без подъёма сегмента ST. И мы чётко по клиническим рекомендациям можем прописать как сегодняшнюю медицинскую помощь в конкретном случае, так и прогноз ведения данного пациента на год.

Какие предложения мы вносим? Предыдущие докладчики уже касались этой тематики. Это уточнить положения, касающиеся механизма утверждения клинических рекомендаций. Они, конечно же, должны быть утверждены и иметь правовой статус, чтобы быть едиными на всей территории Российской Федерации и определить периодичность обновления стандартов для их соответствия клиническим рекомендациям.

Но здесь уже стоял вопрос о качестве и количестве тех медицинских организаций, которые будут заниматься разработкой и утверждением этих клинических рекомендаций. В предыдущей презентации этот вопрос также стоял третьим. Мы постеснялись такому большому собранию диктовать нашу волю, но я чувствую, что это тоже в тренде, действительно, нужен отбор, качественный отбор тех организаций, которые дадут нам сегодня возможность легитимно использовать и регулировать нашу медицинскую деятельность с помощью клинических рекомендаций.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Слово предоставляется Александру Григорьевичу Чучалину, председателю правительства Российского респираторного общества.

Пожалуйста, Александр Григорьевич.

Чучалин А. Г. Добрый день, уважаемые коллеги!

Я выступаю с позиции председателя комитета по этике, и поэтому первая часть моего выступления будет посвящена как раз анатомии тех документов, которые были представлены к сегодняшнему совещанию.

Слово «этика» не встретилось ни разу. В этих документах такое слово забыто, потеряно, не существует. Встречается слово «этический» один раз в прилагательном смысле и, конечно, не раскрывает сути этой проблемы. В документах, тех, которые представлены, есть слова «услуга, медицинская услуга». Комитет по этике, конечно, на дыбы встанет, когда прочитает такой документ.

Русские врачи внесли большой вклад в то, чтобы этика в мировом масштабе была на высоком уровне. В прошлом году мы праздновали юбилей Вересаева, в его «Записках врача» есть такая фраза: «Государство без врача не может жить ни одного дня». Войно-Ясенецкий в своём замечательном труде написал: «Душа и тело», – он показал как бы принципы организации здоровья.

С моим именем связана канонизация доктора Боткина. Он был канонизирован в феврале 2016 года. У Боткина есть замечательная лекция, которую он читал в Мариинской больнице Санкт-Петербурга. На эту лекцию собирался весь Санкт-Петербург: слушатели Военно-медицинской академии, Высшие медицинские женские курсы, молодые врачи, а он читал лекцию, которую ни до него, ни после него никто не читал: «Как любить большого человека».

Вместе с отцом Сергием из Санкт-Петербурга мы разыскали эту лекцию, опубликовали. Большой вклад, конечно, внёс Углов. Поэтому первое моё предложение – подвергнуть этической экспертизе те документы, которые сегодня представлены, тем более что такой экспертизы не было.

И моё предложение в этой связи – использовать официальный документ ЮНЕСКО «Декларация по биоэтике», пятую статью, где изложена защита прав пациента. Это очень серьёзная вещь, тем более мы обсуждаем такой серьёзный документ, которым являются вот эти клинические рекомендации.

И нам здесь ничего не надо. Я стал представлять нашу страну в ЮНЕСКО и на это действительно активно реагирую.

Вторая моя тема – 20 лет в России мы бьёмся над клиническими рекомендациями. 20 лет. Некоторый вызов, который произошёл, в нашем случае интерпретировался в виде конгресса «Человек и лекарство». Собственно говоря, сам конгресс, на котором выросли много-много министров, много наших ведущих учёных. И я думаю, что это действительно большой вклад.

Но основной-то инструмент – это была методология клинических рекомендаций. И за это время историческое это шестая версия клинических рекомендаций, которая будет рассмотрена 15 сентября 2018 года в Манчестере на международном конгрессе, который посвящён как раз клиническим рекомендациям. Ничего выдумывать не надо. Надо взять этот материал, который есть, и, собственно говоря, там всё это прописано чётко и ясно.

Это сильный документ. Такой пример: в 1995 году молодой Омеляновский подавал блестящие надежды вырасти в одного из перспективных наших учёных, он принял участие в этом: астма, мы астму.. с 1995 года это перестало быть проблемой.

Несколько позже проблема, которая надвигалась на нас, – муковисцидоз. Наши граждане жили короткой жизнью, 12–14 лет. Сейчас они живут дольше, самому старшему сегодня 65 лет. Мы единственная область, которая генотипировала всех больных с муковисцидозом. За счёт чего? Вот за счёт этого инструмента, который был создан по муковисцидозу.

Очень серьёзная проблема, к которой Омеляновский тоже имеет прямое отношение, – это проблема, связанная с хронической обструктивной болезнью органов дыхания.

Работая совместно с Всемирной организацией здравоохранения, с международными организациями, я хотел бы, чтобы меня правильно поняли: без международного сотрудничества мы только наломаем дров.

Председательствующий. Добавьте время, пожалуйста.

Чучалин А. Г. Понимаете, мы не достигнем никогда хороших результатов.

Четыре года назад мы «на блюдечке с голубой каёмочкой» преподнесли России членство в организации «Джин». Какие там интриги пошли! Почему это все разрушено? Мы подготовили 30 молодых перспективных докторов, которых научили, как делать систематический обзор, как подготовить мета-анализ, без этого никакого документа быть не может, вы это хорошо понимаете. Клинические рекомендации начинаются с этого инструмента. Спасибо большое.

И я хотел бы подарить вам книгу, которую я написал, это «Страстотерпец врач Евгений». Вы здесь найдёте эти замечательные лекции, о которых я сказал, вы найдёте действительно тот материал, который сегодня нам просто остро необходим, потому что на следующей неделе, во вторник, такая печальная дата – 100 лет назад был расстрелян доктор Боткин. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое.

Позвольте предоставить слово Валентине Александровне Петерковой, заместителю директора Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии Минздрава России.

Петеркова В. А. Клинические рекомендации в нашей практике имеют очень большое значение, это понятно, они должны обновляться, но есть очень много моментов юридических, которые никак не прописаны.

Дмитрий Анатольевич задал вопрос: а кто отвечает? Да, действительно, врач скажет: я следовал вот этим клиническим рекомендациям. А где результат? Результат плохой, да, и Леонид Михайлович об этом говорил, что врач подсуден, и то, и другое.

Например, такая ситуация: надо поменять ребёнку пол. То есть проблема врождённая, ребёнок родился, у него гермафродитизм, у него есть и мужские, и женские органы. На протяжении всех лет мы работали таким образом, что консилиум врачей, психологов и прочих специалистов решает, и по месту жительства проводят операции.

Выходит приказ, по которому можно сменить пол только через суд. Понимаете, и мы, и родители в шоке. Вот эти юридические моменты, то есть наши клинические рекомендации и выходящие приказы – они не соответствуют друг другу.

Или, например, мы не имеем права в клинических рекомендациях написать, как специалисты, лекарства, которые не зарегистрированы в России юридически. На самом деле мы пишем, потому что мы сообщество, и мы понимаем, что вот это лекарство должно быть для выбора, особенно при редких заболеваниях, но оно не зарегистрировано. Как быть? У нас раньше ввозили его компании, которые помогают, спонсоры, и это прекрасно, нам помогали, лекарствами обеспечивали наших детей.

Но вдруг выходит приказ, что нельзя спонсорам купить зарубежное лекарство, если есть аналог отечественный и если он зарегистрирован. Прекрасно, он зарегистрирован, но от регистрации до того, как он будет доступен больному, проходит несколько месяцев, иногда год. И если это рак, например рак надпочечника, когда промедление смерти подобно, то тогда мы в безвыходной ситуации. Мне кажется, нашему комитету по здравоохранению обязательно нужно найти какие-то юридические решения, которые должны быть прописаны: не если оно зарегистрировано, а если оно есть

в наличии и в продаже или доступно для больного. А если оно только зарегистрировано, но его нет, то, конечно, больной остаётся в такой вот безвыходной ситуации.

Много таких мелких юридических несостыковок между приказами, между клиническими рекомендациями и между стандартами... Да, есть стандарт, но нет у региона возможностей его выполнить. Надо вот столько-то тест-полосок, чтобы измерять сахар крови. Но регион не может обеспечить каждого больного именно по этому стандарту. Как здесь быть? Судятся. Кто судится, тот выигрывает, а кто не судится, остаётся в проигрыше. Вот мне кажется, что нашему комитету, который очень много делает, действительно это собрание очень полезно, такие юридические вопросы, которые каждодневно в нашей практике встречаются, должны быть как-то урегулированы.

(Аплодисменты.)

Председательствующий. Спасибо большое, Валентина Александровна.

Уважаемые коллеги... Уважаемая Валентина Александровна, конечно, комитет старается все контролировать, но есть подзаконные акты. Я очень рад, что Министерство здравоохранения слышит все ваши вопросы, посылы, потому что не всё прописывается в законе, равно как и то, о чём сегодня мы говорим, – о клинических рекомендациях. Изменения в законодательстве, в 323-м законе, только показывают то шоссе, по которому нужно двигаться, и, разумеется, очень многое потом решается в подзаконных актах.

Пожалуйста, слово предоставляется Николаю Фёдоровичу Герасименко, члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья. Пожалуйста, Николай Фёдорович.

Герасименко Н. Ф. Спасибо, Дмитрий Анатольевич.

Уважаемые коллеги, мы сейчас находимся на парламентских слушаниях. Я бы хотел сначала остановиться на роли и месте рекомендаций и стандартов. Если вы видите, здесь изображена иерархия нормативно-правовых актов: Конституция, кодексы, федерально-конституционные законы, федеральные, затем идут нормативно-правовые акты, указы президента, постановления правительства, стандарты, дальше СНиПы, и далее уже нормативно-правовые акты субъектов Российской Федерации.

Клинические рекомендации не имеют статуса обязательности исполнения. И сами по себе, даже лингвистически, рекомендации – это рекомендации, они не являются обязательными к исполнению. Рекомендации пишут очень много учёных, прежде всего, для клиник, а речь идёт, вообще-то, о качестве медицинской помощи. А для чего это все задумывается – клинические рекомендации и все остальное? Чтобы улучшить качество медицинской помощи. Здесь очень многое зависит от этапов оказания помощи. Ведь клинические рекомендации большинство пишут для клиник, для центров и тому подобных. Но есть догоспитальный этап: ФАПы, участковые больницы, центральные больницы, скорая помощь и так далее, и так далее, и так далее.

Поэтому надо разделить клинические рекомендации и стандарты. Предыдущий докладчик от железной дороги показывал свою иерархию. Там написано: сначала клинические рекомендации, потом протокол, а потом стандарты. Все наоборот, сначала должны быть стандарты, и в соответствии с международными нормами и правилами эти стандарты пишутся на основе клинических рекомендаций, именно такая очерёдность. Клинические рекомендации должны создаваться на основе утверждённых правил Всемирной организации здравоохранения и Ассоциации «Джин», о которой говорил Александр Григорьевич, куда входят 57 самых крупных объединений. Стандарты... У нас, к сожалению, стандарты превратились из стандартов медицинской помощи в так называемые медико-экономические стандарты. Загубили сам принцип оказания медицинской помощи. Потому что ещё основоположник стандартизации, великий наш хирург Николай Иванович Пирогов говорил о сортировке и этапности оказания помощи, о том стандарте, который потом взяли ряд стран, включая Финляндию и ряд других.

И должны быть в стандартах расписаны по этапам объём обследования, объём лечебной помощи, транспортировка, техническое обеспечение, то есть чем должно быть оборудовано, чтобы выполнить этот стандарт, требования к квалификации кадров на основании знаний и умений, технология оказания помощи на этапах, критерии качества, информационное обеспечение, как это все обеспечить.

Я хочу показать организационно-медицинские технологии управления качеством медицинской помощи на региональном уровне. Они были утверждены ещё в 1989 году, то есть им почти 30 лет. Это опыт Алтайского края, я в то время был главным хирургом и возглавлял группу разработчиков этих стандартов. И у нас здесь находятся консультанты: Александр Григорьевич Чучалин, Виктор Сергеевич Савельев, мой учитель, и многие другие выдающиеся деятели. Поэтому очень важно сейчас это, может быть, не сразу решить, но необходимость создания стандартов медицинской помощи действительно есть, потому что когда ввели стандарты, летальность в Алтайском крае при острых заболеваниях снизилась очень сильно, например, при аппендиците почти в три раза. И когда Виктор Сергеевич был у нас, я спросил, почему летальность высокая в Москве, 0,5 процента, у нас была 0,1. Потому что, говорит, разные клиники, разные школы, они по-своему совершенно лечат. Допустим, подвесная энтеростома ещё была и ряд других заболеваний. А в стандартах отработаны рекомендации, то, что обяза-

тельно нужно делать, то, что доказано на практике не только в России, но и в других странах. Пусть они не будут всё охватывать, они могут дополняться.

Поэтому у меня предложение – всё-таки надо разделить стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации.

(Аплодисменты.)

Председательствующий. Спасибо, Николай Фёдорович. Спасибо.

На самом деле действительно задача в рамках страны очень объёмна, потому что у нас много клиник, много территорий, много мнений. Но хотелось бы подчеркнуть ещё раз – вот то, что Евгений Геннадьевич сказал в отношении ответственности доктора, и тот сегмент, который из законопроекта в принципе на сегодняшний день удаляется, – это очень важно. Мы приходим к некой гармонии, когда клиническая рекомендация рекомендацией и является, рекомендацией профессионального сообщества. И не раз мы приводили в этой аудитории примеры зарубежных практик. Если вы обратите внимание, клинические рекомендации всегда имеют автора. Рекомендации, допустим, общества торакальных хирургов. Это именно оно несёт ответственность. Вы можете с ним конкурировать, выпустить рекомендации мини-торакального общества или торакального общества, к примеру, какого-то города, но вряд ли вы это сможете сделать, потому что они эксперты, и они это доказывают своей практикой.

Слово предоставляется Анатолию Алексеевичу Кулакову, главному внештатному специалисту по челюстно-лицевой хирургии Минздрава Российской Федерации. Пожалуйста, Анатолий Алексеевич.

Кулаков А. А. Я думаю, не надо презентацию, потому что тогда я точно не уложусь.

Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич! Глубокоуважаемые коллеги!

Хотелось бы остановиться на некоторых вопросах. В частности, очень много говорилось о не до конца определённом юридическом статусе клинических рекомендаций. В то же время приказ Фонда обязательного медицинского страхования номер 230 совершенно определённо отмечает, что экспертиза качества медицинской помощи осуществляется на основании анализа соблюдения порядка оказания, стандартов оказания и клинических рекомендаций. То есть для лиц, которым оказывалась помощь в рамках обязательного и добровольного медицинского страхования, это является основанием клинической рекомендации.

Те рекомендации, которые уже разработаны и приняты, подчас вступают в некоторое противоречие с новыми нормативными документами. Например, утверждение Минздравом новой номенклатуры медицинских услуг – там произошло расширение целого ряда позиций, появились новые коды и возникло несовпадение этих кодов, которые есть, в номенклатуре и уже утверждённых клинических рекомендациях. Соответственно, нужно их достаточно оперативно актуализировать, потому что иначе возникнут проблемы.

Надо сказать, что по разделу «Стоматология», например, ассоциация стоматологическая совместно с главным специалистом по стоматологии профессором членкомом Янушевичем Олегом Олеговичем разработали 14 клинических рекомендаций. По челюстно-лицевой хирургии мы разработали 17 клинических рекомендаций, но всё равно этого, конечно, недостаточно. Конечно, не все позиции закрыты, не на все вопросы есть ответы.

Николай Аркадьевич говорил о том, что несколько общественных организаций претендуют на то, чтобы разрабатывать эти клинические рекомендации. В проекте закона говорится, что Минздрав будет определять, скажем так, приоритетность тех нозологий, по которым в первую очередь должны разрабатываться клинические рекомендации. Наверное, было бы целесообразно, чтобы Минздрав на конкурсных основах определял и ту организацию, которая наиболее компетентна в той или иной форме в патологиях, нозологиях, с тем, чтобы это была действительно профессионально подготовленная клиническая рекомендация.

Клинические рекомендации, естественно, часто используются и в судебной практике. При этом отношение к ним далеко неоднозначное. Надо сказать, что недостаток объективных, измеряемых, воспроизводимых многократно критериев приводит к наличию в заключениях судебно-медицинских экспертов фраз типа «могла бы быть возможность предотвратить негативные последствия», «могут состоять в причинно-следственной связи», «невозможно конкретизировать степень влияния». Решение о выплатах принимается на основании вероятно возможных последствий.

Низкая квалификация экспертов подчас приводит к тому, что в некоторых случаях лечение признаётся качественным, несмотря на наличие явных нарушений и отклонений от целого ряда стандартов и клинических рекомендаций. А также существуют ситуации, когда признаётся вина врача, несмотря на то, что были соблюдены все требования клинических рекомендаций и стандартов.

Надо сказать, что анализ судебной практики за последние пять лет, допустим, по вопросам стоматологии показал, что количество решений, где иски пациентов были признаны обоснованными, составляет порядка 54 процентов. При этом выплаты достаточно существенные. Скажем, по хирургической стоматологии 90-кратное превышение стоимости лечения составляют компенсационные выплаты,

по терапевтической стоматологии – в 18 раз. За последние пять лет на 50 процентов возросло количество дел, где моральная компенсация превышает 100 тысяч, и в настоящее время 97 процентов пациентов требуют выплаты моральной компенсации.

Говоря об экспертах, надо сказать, что Александр Иванович Бастрыкин, председатель Следственного комитета, говорил о необходимости создания нового департамента, который будет заниматься расследованием преступлений в области здравоохранения, и он же отметил, что необходимо принципиально повысить качество подготовки экспертов, потому что без этого мы не сможем говорить об объективности.

Есть ещё одна проблема. К сожалению, в проекте закона говорится о том, что в тех случаях, когда врач нарушит требования клинической рекомендации, стандартов, может быть поставлен вопрос о его досрочной аккредитации.

Председательствующий. Прибавьте, пожалуйста.

Кулаков А. А. В настоящее время далеко не все наши врачи знакомы с порядками оказания помощи, со стандартами оказания помощи и с клиническими рекомендациями. Те, кто их разрабатывает, те, кто их контролирует, главные врачи, которые занимаются оформлением лицензий работ у клиник, они с этим, конечно, знакомы. А вот что касается практических врачей, то здесь все далеко не так благополучно, и здесь предстоит много поработать.

Я выражаю уверенность, что такой формат работы, с законодательной инициативой министерства и с такой позицией комитета по здравоохранению, с привлечением широкого круга специалистов, в конечном счёте, позволит принять тот закон, который ответит на многие вопросы, которые волнуют наше профессиональное сообщество.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое.

На самом деле мы уже поставили вопрос о введении таких медицинских основ законодательства при обучении студентов. Я говорил уже Леониду Михайловичу, ваш покорный слуга подготовил лекцию «Детская хирургия в вопросах права», с которой мы знакомим наших студентов, поскольку не то что там порядки и стандарты, 323-й закон для очень многих является неизвестным.

Что и говорить, у нас в нашем законодательстве врач не является субъектом права, и когда мы сегодня обсуждаем в том числе его юридическую ответственность, это ответственность, которая разделена между медицинской организацией и медицинским работником как членом медицинской организации, не более того, а все остальное – это та дорога, которую нам нужно пройти.

Юрий Константинович Янек, президент национальной медицинской ассоциации отоларингологов, пожалуйста.

Янек Ю. К. Глубокоуважаемый председатель! Глубокоуважаемые коллеги!

Я, как президент российской ассоциации отоларингологов, хочу сказать, что мы в апреле обсуждали все те вопросы, которые сейчас поднимаются на этом большом собрании.

Я могу сказать только одно: нужны нам рекомендации? Да, нужны. Нужны нам протоколы? Да, нужны. Они нам нужны, как рабочий инструмент.

Поэтому принятие рекомендаций и протоколов должно быть однозначно сделано. В каком виде это будет? Вот мы подали все Леониду Михайловичу, он нам в феврале разослал во все ассоциации рекомендации Национальной медицинской палаты о том, что мы должны делать. И все свои замечания по рекомендациям и по протоколам мы представили, и мы активно их продвигали, и я уже увидел в проекте решения, увидел те поправки, которые были сделаны.

Уважаемые товарищи, Александр Григорьевич здесь правильно сказал, что мы должны использовать мировой опыт, но и у нас медицина, и если говорить об этике, у нас этика врача, я считаю, самая передовая в мире. Вот здесь сидят врачи – это лицо и гордость нашей отечественной медицины, это продолжатели дела того же Синевского, продолжатели Боткина. Я очень часто встречаюсь с врачами и вижу все помыслы врачей: как помочь? Как помочь больному, как помочь себе, врачу, понимаете? И вот это вот у нас стоит на первом месте.

Да, мы должны использовать опыт медицины, но у нас медицина самая лучшая, представители здесь самые умные и самые грамотные, и мы не должны никого копировать. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Давайте поаплодируем сами себе.

Янек Ю. К. Уважаемые товарищи, Николай Аркадьевич мне подсказывает, у нас сейчас много форм рекомендаций, которые советуют какие-то коммерческие организации, какие-то устраивают междусобойчики и делают, какие-то проводят какие-то экспертные советы. Это в каждой специальности такое есть. Они представляют их и говорят: вот наши такие рекомендации, они должны действовать. Товарищи, это нонсенс. Мы должны ориентироваться на медицинское сообщество, на ассоциации специалистов. Как решит ассоциация специалистов, это, будем так говорить, ум всех людей, которые работают в специальности. Я говорю, что вот здесь вы самые умные сидите и себе ещё не знаете цену, но скоро узнаете, когда будут эти рекомендации.

Дальше. Товарищи, надо помнить только одно – там, где больной становится товаром, на врачевании можно поставить крест. (*Аплодисменты.*) Понимаете, это уже не будет врачевание. Вот поэтому квинтэссенция всех рекомендаций как должна быть направлена? Больной – врач, больной – врач. И они не должны быть 50 на 50 процентов. Клинические рекомендации для врача. Мы должны в первую очередь думать о себе. Нет, вы сейчас скажете: и о больном мы должны думать. Но эти рекомендации для врача, и там все должно быть про врача и за врача.

Большое спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое.

Рошаль Л. М. Я просто хочу сказать, что у нас сидят здесь представители пациентских организаций, которые внимательно слушают.

Председательствующий. Они получают слово, конечно.

Слово предоставляется Юрию Анатольевичу Шельгину, президенту ассоциации колопроктологов России.

Шельгин Ю. А. Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич, глубокоуважаемые коллеги!

Я нарисовал такую схему, но вы знаете, я просто устанавливаю историческую правду. Потому что здесь многие выступали, но не вспомнили, что ещё, по-моему, в начале 2014 года Вероника Игоревна Скворцова собрала всех главных специалистов, представителей общественных организаций, пригласила академика Чучалина, у которого уже были клинические рекомендации и был сделан доклад. Эти клинические рекомендации были использованы как эталон по тем временам. И то, что мы имеем сейчас больше тысячи рекомендаций, во многом, конечно же, заслуга Минздрава. Потому что были эти совещания достаточно часто и требовали много, но никто не диктовал для профессиональных сообществ со стороны Минздрава, как это должно быть написано. Поэтому, конечно же, мы основывались на эталоне, но эталоне-то, написанном тоже общественной организацией во главе с академиком Чучалиным.

И, соответственно, здесь всем понятно, как это всё сделать, но с моей точки зрения всё равно здесь координационная роль Минздрава должна быть. Это готовая структура, зачем она тогда нужна, если мы здесь отрицаем её роль, отнюдь не законодательную, а стимулирующую, и может быть некая помощь во внедрении этих клинических рекомендаций? Если они и мы потратили сумасшедшее время, сумасшедший труд, но, так скажем, многое получилось неплохо. И, конечно же, для каждого, я так представляю, сидящего здесь в зале, это защита и врача, и пациента, потому что это некая путеводная звезда, это некая концентрация мысли. Я хотел бы сказать, что мы должны, наверное, использовать уже те возможности, в том числе некие административные рычаги, чтобы эти документы не были мёртвыми и неизвестными врачебному сообществу. Иначе какой смысл в них, и где тогда руководство к действию?

Здесь это уже прозвучало тысячу раз, что в основе клинической рекомендации – концентрация мысли. Они должны постоянно обновляться, потому что медицина очень активно развивается. Я могу сказать, что имел счастье работать во время конгресса по онкологии, который только что прошёл. Это совершенно фантастическое событие! Более 4,5 тысяч делегатов было. Более 150 мировых звёзд, которые участвовали в работе этого конгресса. И что мы обсуждали? Обсуждали новые методы. Когда мне поручили прочитать доклад «Состояние и проблемы лечения рака прямой кишки в XXI веке», я сказал, что не могу за весь XXI век, давайте только то, что мы можем сейчас обсуждать, в 2018 году, потому что настолько быстро меняются различные подходы.

Положим, если раньше обсуждалось только одно: нужна лучевая терапия, химиотерапия, хирургическое лечение при раке, в основном это на сегодняшний день во многих странах так и остаётся, – то сейчас уже обсуждаются и вводятся такие вещи, например, совершенно немыслимые в наших клинических рекомендациях по онкологии, по раку прямой кишки, которые разработаны с участием и нашей ассоциации. Уже написано, что возможно ранний рак прямой кишки лечить, это узаконено, вспомните, в микрохирургии, то есть местное удаление локальной опухоли. Но вы можете оставить этот метод как окончательный только в том случае, если у вас нет таких неблагоприятных прогностических признаков после гистологического исследования, как лимфоваскулярная инвазия и так далее. Если она есть, прописано, что извольте тогда предложить пациенту потом или какое-то дополнительное лечение, или химиотерапию и лучевую терапию, или уже стандартную операцию.

Поэтому, конечно же, это основа основ, я абсолютно в этом уверен, это живой организм, который нужно менять. И надо сказать, и об этом уже говорилось, что это обязательно и в аккредитации врачей, и это должно внедряться, эти принципы из современных, исходя опять же из концентрации мысли и знаний, и накоплений, и в непрерывном образовании, и в образовании студентов и так далее.

Мы разработали 23 клинические рекомендации, некоторые из них мы приняли в первый раз в 2014 году. Но уже по некоторым позициям, в частности, по язвенному колиту – болезни Крона – мы уже дважды вносили изменения, потому что это очень быстро и сложно развивающаяся болезнь, которая требует постоянно каких-то изменений в рекомендациях. И это опять же, ещё раз говорю, что происходит и что требуется.

Я здесь привожу эту схему, что мы смогли сделать, я горжусь этим. Потому что, если мы берём, положим, язвенный колит (болезнь Крона), это совместная работа двух ассоциаций – колопроктологов и гастроэнтерологов. Не должно быть различий в подходах и в представлениях.

Всё равно, конечно, в лечении этих заболеваний основными врачами являются гастроэнтерологи, но хирург должен стоять рядом, и должно приниматься всё-таки совместное решение, когда есть сложные формы, тяжёлые формы, молниеносные течения язвенного колита, и в этом случае требуется принятие решения о необходимости операции вместе с хирургом и эндоскопистом, как делается сейчас во многих колопроктологических клиниках.

Тяжёлый больной – тут же колоноскопия, тут же оценка: мы его лечим или сразу на стол, потому что все очень непросто. И в равной мере это произошло, например, с онкологическими заболеваниями, в частности, колоректальным раком, это наша совместная работа с ассоциацией онкологов. Или, предположим, очень сложная проблема – лечение острой кишечной непроходимости, обусловленной колоректальным раком. Здесь чаще всего больной попадает в общую хирургическую клинику, и мы разработали рекомендации совместно с онкологами и хирургами, и получился неплохой документ.

При этом я хотел бы подчеркнуть: во всех клинических рекомендациях, которые мы разрабатывали, написана ключевая фраза: «Основное решение принимает лечащий доктор, исходя из конкретной ситуации». Мы этими словами даём свободу выбора врачу, и мы, конечно, даём варианты.

Разумеется, на основе клинических рекомендаций мы должны разработать модели лечения, то, что уже сделали, кстати, онкологи. И действительно эти модели лечения позволяют врачу выбирать разные схемы лечения различных онкологических заболеваний, и это, наверное, путь для организаторов здравоохранения к финансированию разных этих схем, и на фоне нынешней ситуации, когда есть обращение президента к Федеральному Собранию, уже выделяются достаточные деньги и будут применяться те схемы, включая таргетную терапию, и это уже вытекает из тех клинических рекомендаций, которые есть.

Здесь обсуждался вопрос о том, откуда брать критерии качества. Только из клинических рекомендаций! И да, это мы должны разработать критерии качества, и тогда нашу работу должны оценивать уже на уровне законов и различных постановлений, но только то, что разработали профессиональные сообщества, тогда этим мы тоже защищаем не только себя, но и пациента в равной мере.

Поэтому я всё-таки считаю, что участие Минздрава в этом должно быть, но чисто организационное и помощь. Они и не претендуют на разработку этих текстов и документов, это задача профессиональных сообществ, ничего другого.

Благодарю за внимание. Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Я уже вижу, Дмитрий Юрьевич Пушкарь спускается. Главный внештатный специалист-уролог Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Пожалуйста, Дмитрий Юрьевич.

Пушкарь Д. Ю. Добрый день, дорогие коллеги!

Согласен с каждым выступающим. Все врачи ждут клинических рекомендаций, и согласен абсолютно с академиком Дайхесом: а кто же их пишет, эти рекомендации?

Я не буду про урологию, я просто буду говорить про статистику. Вот интересно, что европейские рекомендации, например, по раку предстательной железы в Европейской ассоциации урологов, в которой 29 тысяч членов, пишут 11 специалистов. Кто эти специалисты? Кто их выбрал и на каком основании они пишут эти клинические рекомендации? Это наиболее цитируемые специалисты. Где цитируемые? Конечно, не у себя в стране. Это наиболее цитируемые специалисты во всей Европе.

Можем мы просто перевести европейские клинические рекомендации? Можем.

Сможем мы соединить стандарты, рекомендации, порядки? Нет. Почему? Будет конфликт. И об этом академик Чучалин много раз говорил, потому что многие препараты не утверждены. Такого пути нет.

Кто может писать у нас книжки и рекомендации? Наиболее цитируемые авторы. Где? В нашей стране. В нашей стране есть исследования класса «А» в достаточном количестве, чтобы быть цитируемыми и вынесенными на уровень «А» клинических рекомендаций? Нет. Проблема это? Проблема.

Сколько потребуется времени? Николай Аркадьевич, вы сказали, потребуется 20 лет, в лучшем случае.

Поэтому Минздрав сделал действительно огромное-огромное усилие, знаете, двинув нас, извините за вульгаризм, вот на эти клинические рекомендации. Мы вынуждены были, как это было модное слово, помните, «гармонизировать», помните, нам было сказано «стармонизируйте»? То есть как-то возьмите европейские рекомендации вместе с нашими реалиями и дайте вот продукт. Продукт дан.

То есть сегодня мы отталкиваемся не от нуля, и это очень важно, понимаете?

Хотел бы я, как главный специалист, чтобы Минздрав указал мне, нашей ассоциации, урологическому сообществу – у нас семь тысяч урологов в стране, – что нужно писать об этих нозологиях? Хотел бы. Почему? Во-первых, это было бы легче, не ругали бы, что написал не то, что нужно. Это первое. А второе – а зачем тогда нужен Минздрав? Конечно, чтобы указать на то, на что мы должны обратить

внимание. Почему? Потому что, например, имея 2,5 тысячи страниц клинических рекомендаций европейских, мы сегодня имеем статистику, – она 2016 года, правда, но 2017-го просто нет, – что они используются у 85–87 процентов пациентов. То есть 12, 13, 15 процентов больных лечатся вне рекомендаций. Почему? Потому что не все рекомендации покрывают эти заболевания.

Поэтому сегодня вопрос не о том, нужны ли рекомендации, – это вопрос, который имеет ответ, а сегодня вопрос, как соединить всю эту цепочку. Почему? Потому что порядки сделаны? Сделаны. Они работают? Работают. Конфликтуют? Конфликтуют. Ищем мы способы взаимодействия? Ищем. Например, урологи и онкологи, мы ищем и находим способы взаимодействия. Большое это дело? Большое это дело. Живой это организм? Живой это организм.

Протоколы и рекомендации пока не могут найти какого-то симбиоза. Почему? Видимо, кто-то из этих организмов не такой живой, как необходимо. Может быть, это рекомендации, может быть, это протоколы, неизвестно что, надо об этом подумать, но стандарты имеют место быть, рекомендации есть.

И последнее, что я хотел сказать. Давайте как-то стандарты оставим для себя, оставим, не будем выносить это в газеты, во все эти обсуждения, потому что люди простые, им нравится больше слово «стандарт», а не «рекомендация», потому что рекомендация – какая-то такая необязаловка, а стандарт – «мы должны сделать», понимаете?

Поэтому «стандарты» – это такое слово очень хорошее, но они превратились в медико-экономические. Я считаю, что их оставить надо ДСП, знаете, помните, да? Для служебного пользования. А рекомендации, хотя на самом деле это guidelines, они неправильно переведены. Guidelines – это методическое пособие, которое, в общем-то, нужно выполнять, это не какая-то такая штука, от которой вы можете отойти влево-вправо.

И последний момент. Сколько уголовных дел в Европе в 2016 году возбуждено по неисполнению стандартов? Виноват, рекомендаций. Ответ – ни одного. Таких уголовных дел нет. Это тоже нужно понимать. Почему? Потому что... (*Микрофон отключён.*)

Председательствующий. Прибавьте, пожалуйста.

Пушкарь Д. Ю. Действительно, это может быть в рамках «вот именно, вот сегодня». Мы много раз обращались к Бастрыкину, думая о том, что дело будет возбуждено именно на основе рекомендаций. Это не так.

Большое спасибо за внимание.

Председательствующий. Спасибо большое.

(*Аплодисменты.*)

Позвольте предоставить слово Александру Михайловичу Лиле, директору Научно-исследовательского института ревматологии имени Насоновой. Пожалуйста.

Лила А. М. Глубокоуважаемый президиум, глубокоуважаемые коллеги!

Ревматологическая служба, которая была создана более 60 лет назад академиками Нестеровым и Насоновой Валентиной Александровной, способствовала тому, что практически с того времени все ревматологи Советского Союза и Российской Федерации пользуются едиными рекомендациями.

Так как в настоящее время и главным специалистом Минздрава, и председателем ассоциации ревматологов России является академик Насонов Евгений Львович в одном лице, соответственно, те обсуждения, о которых говорил Юрий Константинович, проводятся и в нашем сообществе. И, в принципе, мы приходим к выводу, что есть только вопросы имплементации этих клинических рекомендаций, но, по сути, то, что там изложено, принимается всем ревматологическим сообществом.

Поэтому, с нашей точки зрения, необходимо внесение изменений в целях обеспечения преемственности и оптимальной последовательности оказания медицинской помощи, потому что на местах очень часто хотя и есть клинические рекомендации, их некому внедрять, потому что в поликлинике нет ревматолога и далеко не всегда главному врачу поликлиники это необходимо. И, соответственно, терапевты и врачи общей практики не могут их реализовать, несмотря на то, что они существуют. Поэтому, с нашей точки зрения, нужна такая эффективная маршрутизация пациентов, которая будет включать в себя эти три этапа, о которых уже сегодня говорили.

Мы столкнулись с тем, что когда мы говорим о современных методах лечения и появлении генно-инженерных биологических препаратов, это очень дорогостоящий вид лечения, и так как они появляются в виде подкожных инъекций, таблетированных препаратов, то эта высокотехнологическая помощь начинает опускаться на более низкие ступени, что, с нашей точки зрения, недопустимо, потому что это именно высокотехнологическая, а не дорогостоящая помощь, так как очень просто принять решение о назначении того или иного препарата, а самое сложное – это не назначить его, а может быть, найти другие методы лечения, которые будут так же эффективны.

Поэтому, с нашей точки зрения, необходимо очень большое внимание уделять образованию врачей. Должно быть единое образовательное пространство, и в принципе оно реализовано в ревматологической службе, потому что это залог того, что эти рекомендации будут выполняться именно таким образом, как это в них прописано.

Естественно, очень большой вопрос – это вопрос диспансеризации, который мы не можем обойти. И в этом плане, с моей точки зрения, в клинических рекомендациях мы должны более чётко прописать и вопросы диспансеризации.

Соответственно, я согласен с теми коллегами, которые говорят о том, что не может быть нескольких центров принятия решений. И когда мы говорим об идеологии, например, или применении той же высокотехнологической помощи, мы должны совершенно чётко понимать, что главный специалист Минздрава, главные внештатные специалисты должны работать в одном ключе. И я ещё раз хочу подчеркнуть, что для нас эта проблема не стоит, но тем не менее те организационные моменты, о которых я сказал, будут способствовать тому, что хорошо написанные рекомендации будут внедряться в практическое здравоохранение с большей эффективностью.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое, Александр Михайлович.

(Аплодисменты.)

Слово предоставляется Игорю Владимировичу Молчанову, главному внештатному специалисту по анестезиологии и реаниматологии Минздрава.

Молчанов И. В. Спасибо.

Глубокоуважаемый президиум! Уважаемые коллеги!

Мы, наверное, самая молодая специальность и, пожалуй, самая востребованная. Совсем недавно было совещание в Центре экспертизы и контроля качества оказания медицинской помощи. Мне очень понравилась там табличка, которая была показана, она состояла из специальностей вертикальных – это практически все нозологические специальности – и горизонтальных, одна из которых – наша, которая проходит через все. Как показал опыт подготовки порядков оказания медицинской помощи (их больше 30 тогда было), 17 профильных специалистов прописали у себя оказание анестезиолого-реанимационной помощи отдельным удобным для себя вариантом. Это, конечно, не дело.

Нам часто задают вопрос: а где же ваше место? Ну, мы специалисты нахальные, мы говорим так: терапевты занимаются органной дисфункцией, хирурги – органной деструкцией, а мы занимаемся органной недостаточностью.

Если мы так расставим все на свои места, то, наверное, нам проще будет с клиническими рекомендациями, которых мы на сегодняшний день приготовили свыше 30. А 17 из них уже пересмотрели под новые требования, и если мы будем тянуть, у нас ничего не выйдет.

Вот, на мой взгляд, самое важное, то, что сейчас происходит. Выстроена иерархия, такая чёткая последовательность нормативного распределения. Это 323-й федеральный закон, то, что мы упустили, это профстандарты. Затем на основании профстандартов мы с вами должны сделать образовательные стандарты. Вот здесь очень важный момент – это отношение к клиническим рекомендациям как к материалу для постдипломного образования. И как это делать? Наверное, надо на регулярной основе и обязательно вносить в наши перспективные планы. Мы должны преподавать нашим слушателям самые современные представления профессиональных общественных объединений по своему конкретному вопросу.

После порядка – клинические рекомендации. Когда Леонид Михайлович говорил о клинических рекомендациях (протоколах), как-то не сразу я с этим согласился. И вот здесь есть ещё один аспект, который надо обязательно предусмотреть, – что протоколы должны определять маршрутизацию. И вот тогда мы с вами сможем определять применимость клинических рекомендаций в разных лечебных учреждениях. То есть маршрутизация на сегодняшний день – это один из важнейших компонентов реализации клинических рекомендаций.

Есть одна очень коварная вещь – вероятность превратить действительно протоколы в стандарты лечения. Мне повезло, моя шеф Елена Алимовна Дамир позаботилась о моем международном образовании. В 1989 году я был на годичной стажировке в Лос-Анджелесе, в Калифорнийском университете Лос-Анджелеса. Первые три месяца, пока у меня не было сертификата, стоял за спиной у резидента. Чудовищная картина. Тотальное протезирование коленного сустава, кровопотеря чудовищная. Я говорю: пора посмотреть гемоглобин, переливать. Нет. Почему нет? В стандарте прописано: если гемодинамика стабильная, никаких анализов. Я говорю: но у тебя в банке бог знает сколько крови. Нет. Я говорю: пригласи своего шефа. Нет, все стабильно. Ты будешь его на переводе экстубировать? Да. Почему? Все стабильно. В итоге после экстубации геморрагический шок, обратная интубация, потом доливание и так далее. Стандарт? Да, стандарт. Я думаю, клиническое мышление и решение лечащего врача всё-таки должны стоять на первом месте. *(Аплодисменты.)* А все остальное – это организующая составная часть.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое.

Позвольте представить слово Игорю Евгеньевичу Тюрину, главному внештатному специалисту по лучевой инструментальной диагностике Минздрава. Прошу вас.

Тюрин И. Е. Спасибо за возможность выступить.

Прежде всего, я должен сказать, что я совершенно согласен с идеей о том, что клинические рекомендации не могут быть нормативным документом ни в каком виде и тем более не могут ввести за собой какую-то юридическую ответственность медицинских работников. Это очевидно, этого не происходит ни в одной стране. Мы должны понимать, что существует ещё понятие о приверженности клиническим рекомендациям, о котором очень много говорят наши коллеги – лечащие врачи. И в нашей стране приверженность к исполнению клинических рекомендаций очень невысока на сегодняшний день. Потому что, даже учитывая, что эти клинические рекомендации существуют с 2014 года, вот с этого импульса, который был задан Минздравом, тем не менее мы не совсем, мне кажется, адаптированы к реальному клиническому использованию этого инструмента в нашей повседневной жизни.

Второе. Я ещё раз хотел бы повторить, что, конечно, протоколы лечения больных должны разрабатываться и осуществляться профессиональными общественными организациями, но никаким образом не лечебными организациями, это совершенно исключено.

Что мне бы хотелось сказать как главному специалисту и как врачу-рентгенологу. Я занимаюсь диагностикой, и я должен сказать, что для меня и для моих коллег, которые занимаются диагностикой (а это примерно 10–12 процентов нашего профессионального врачебного сообщества, между прочим), вопрос клинических рекомендаций – это вопрос участия врачей, занимающихся диагностикой, в составлении, разработке и клиническом применении этих самых клинических рекомендаций.

К сожалению, на сегодняшний день, как мне представляется, есть две очень важные вещи, которые не решены на сегодняшний день.

Первая – об этом здесь уже говорилось, – это междисциплинарное взаимодействие при составлении, при формировании клинических рекомендаций. Мы ориентированы на то, что клинические рекомендации – это форма профилактики, диагностики и лечения отдельной нозологической формы или патологического состояния. Но в каждом из этих патологических состояний, естественно, есть диагностика. И мне представляется, что сегодня в клинических рекомендациях существует некий уклон в сторону лечебной процедуры, в сторону лечебной деятельности, нежели в сторону диагностических процедур и организации диагностического процесса. Это важно, потому что если подобного рода клинические рекомендации не получают необходимого согласования со специалистами в какой-то конкретной диагностической области, от этого никто не выигрывает – ни те, ни другие. Потому что сообщество врачей, которые занимаются диагностикой, должно быть привержено к исполнению этих клинических рекомендаций. Если они об этом не знают или не участвуют в их разработке, в любой нозологической форме, естественно, это не становится полезным. А на сегодняшний день такого понятного, очевидного для всех процесса взаимодействия между различными специалистами, в том числе в области диагностики, к сожалению, не существует, и мне бы очень хотелось, чтобы он появился. Это не только вопрос согласования, может быть, это слишком сложно, но привлечения этих специалистов.

Я вчера потратил вечер на то, чтобы посмотреть клинические рекомендации, которые размещены на сайте Минздрава. Это, согласен, огромная работа, но если посмотреть на рабочие группы, которые создавали эти клинические рекомендации на протяжении последних пяти лет, к сожалению, там практически нет ни врачей-рентгенологов, ни врачей-эндоскопистов, ни врачей функциональной диагностики, ни других специалистов в этой области. Страдает в этом смысле, с моей точки зрения, конечно, качество самих клинических рекомендаций. У меня нет времени приводить здесь многочисленные примеры того, каким образом это происходит в реальной клинической практике.

Второе: с моей точки зрения, очень важно то, что клинические рекомендации могут и должны разрабатываться не только по профилю конкретной болезни. Мы сегодня часто сталкиваемся, говорим и обсуждаем международный опыт, но, послушайте, мы открываем сайт любого рентгенологического общества зарубежного, например, сайт канадского общества рентгенологов, канадского общества радиологов, там клинические рекомендации по диагностике ишемического инсульта. Кто их написал? Врачи соответствующего профессионального общества, именно так, как профессор Пушкарь об этом говорил, на основании элементов доказательной медицины, этики и всего, что с этим связано. Но это возможность не усложнять клинические рекомендации, а может быть, их структурировать в какой-то степени в области профилактики, в области диагностики, в области лечения патологических состояний, и тогда мы не будем усложнять и загромождать клинические рекомендации огромным количеством информации, а сделаем их более структурированными.

Спасибо за внимание. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое.

Позвольте предоставить слово Кокушкину Константину Александровичу, директору Научно-практического центра клинических исследований Департамента здравоохранения города Москвы.

Пожалуйста.

Коллеги, мы немножко вышли из регламента, поэтому всех к нему призываю.

Кокушкин К. А. Добрый день, уважаемые коллеги!

Моё выступление будет достаточно кратким, потому что часть, значительную часть наших предложений коллеги уже учли в процессе подготовки предварительного документа, и по сравнению с тем, когда мы готовили свои предложения, на сегодняшний момент уже многие замечания сняты, основная их часть, поэтому я буду предельно краток.

Департамент здравоохранения города Москвы приветствует данную инициативу, приветствует те нормы, которые включены в новую редакцию закона вводимого.

Со своей стороны мы бы хотели сказать следующее. Мы предлагаем коллегам учесть то, что мы живём в большой стране, возможности регионов которой, их особенности очень разные. Разные территориальные особенности, разная концентрация населения, очень разные финансовые возможности регионов.

Поэтому мы бы хотели акцентировать внимание коллег на том, что, на наш взгляд, необходимо было бы к данной работе, к работе по подготовке клинических рекомендаций, протоколов и так далее привлечь ресурсы регионов.

Москва обладает подобными ресурсами. У нас ведётся большая организационная и научная работа в этом плане. И мы хотели бы, со своей стороны, внести минимальное предложение в текущую редакцию закона. Мы хотели бы пункт 8 новой редакции статьи 37 Федерального закона № 323-ФЗ дополнить абзацем вторым следующего содержания:

«В целях единообразного применения порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи при необходимости уполномоченным федеральным органом исполнительной власти могут издаваться соответствующие разъяснения. Высший исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации вправе принять решение об утверждении протоколов лечения, протоколов ведения пациентов, создаваемых на основе порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи в медицинских организациях, в подведомственных органах исполнительной власти субъекта Российской Федерации, правовыми актами органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья с учётом имеющихся в регионах организационных, материальных и финансовых возможностей».

Мы говорим о том, что те регионы, которые имеют по сравнению с другими большие технологические и финансовые возможности, не сужая рамок принятых на федеральном уровне, могли бы расширить объёмы оказания медицинской помощи, предусмотренные на федеральном уровне, в частности федеральными клиническими рекомендациями.

Спасибо большое. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо.

Слово предоставляется Власову Василию Викторовичу, профессору кафедры управления экономики и здравоохранения Высшей школы экономики. Прошу вас.

Власов В. В. Уважаемый господин председатель! Уважаемые дамы и господа!

Позвольте обратить ваше внимание на то, что законопроект, который сегодня лежит перед нами, немножко шире, чем вопрос клинических рекомендаций. В частности, в этом законопроекте вводится дополнительный документ высокого уровня – положение об оказании вида медицинской помощи, которого раньше не существовало. 15 лет назад у нас не было порядков, да? Жили как-то без порядков, появились порядки.

Теперь у нас возникает большая проблема с уточнением взаимоотношений в этой иерархии документов. И сама иерархия этих документов является следствием печальной традиции русского легализма. Возникает совершенно очевидная картина выстраивания в 323-м законе некоторой иерархии документов, которые, в конце концов, должны предписывать врачу, что он конкретно должен делать, и если он этого не делает, бить его по голове.

Совершенно очевидно, что такую систему нельзя создать. И если она будет создана, она будет плоха для медицины. И все аргументы, которые были здесь приведены многократно насчёт того, что клинические рекомендации – это рекомендации и они не могут быть обязательными, укладываются именно в это. Нельзя создать такую систему документов, которая будет предписывать все до мелочей.

Это отражается, в частности, и в тексте. Вот посмотрите, клинические рекомендации – это документы, в которых описана последовательность действий. Но в клинических рекомендациях самое главное – это принятие врачом решений, а не действий. И обучение врача – это не практические навыки, не освоение практических навыков, а это обучение принятию решений, знаний. И вот это здесь прослеживается везде.

Позвольте обратить ваше внимание, что в этой аудитории (те, кто постарше, может быть, это помнят) в 2012 году, в сентябре, по-моему, состоялось заседание, на котором обсуждали вопрос о том, что с 1 января 2013 года надо будет стандарты выполнять, а выполнять их нельзя. Предложили сначала передвинуть срок введения этого положения. Потом решили: нет, мы что-нибудь такое подкрутим – и подкрутили. Вместо «помощь оказывается в соответствии со стандартами» стало «на основе стандартов».

Этот документ предлагает нам ещё одну подкрутку: слова «на основе» заменить на «с учётом стандартов». Решает это какие-нибудь проблемы? Нет, это не решает проблем. Потому что проблема состоит в том, что клинические рекомендации должны быть рекомендательными документами, в которых предписывается принятие решений, а ответственность должна наступать так, как она наступает нормальным образом. Уже было сказано Пушкарём: на основании рекомендаций в суд не тянут. Да? Правильность действий врача подтверждается в суде экспертами. Экспертное мнение и оказывается решающим.

Для того чтобы быть хорошим выступающим, я на этом закончу.

Спасибо вам за внимание. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое.

Позвольте предоставить слово Юрию Александровичу Жулеву, сопредседателю Всероссийского союза пациентов. Пожалуйста, Юрий Александрович.

Жулев Ю. А. Спасибо огромное за приглашение.

Леонид Михайлович правильно заметил, что в зале присутствуют представители пациентского общества. Может быть, моя позиция прозвучит неким диссонансом общему тону выступающих, но позвольте всё-таки посмотреть на эту проблему с нашей точки зрения – с точки зрения пациентов.

Во-первых, я хочу сказать, что мы изначально приветствовали усиление и роль протоколов клинических рекомендаций. Мы считаем, что это очень важный документ, и пациентское сообщество очень внимательно следит за разработкой данных документов.

Мы хотели бы обратить внимание (очень коротко, здесь уже об этом говорилось), что мы, конечно, хотели бы видеть очень чёткую, стройную систему подготовки этих клинических рекомендаций, чтобы избежать появления параллельных документов, противоречащих друг другу. И обратим внимание на необходимость междисциплинарного подхода. Мы сталкиваемся с этим. Я думаю, что Министерство здравоохранения и профессиональная ассоциация должны выработать какую-то методологию. Потому что иногда мы ходим между специалистами, и каждый отправляет нас, так сказать, на другой профиль.

Теперь по сути. По сути, данная правовая конструкция вызывает у нас определённую серьёзную обеспокоенность. Здесь никто в зале не сказал крайне важную для нас фразу. Всюду говорилось очень обоснованно о критериях качества и эффективности. А программа госгарантий? Это объёмы в том числе.

Так вот, вы знаете, здесь было сказано, что мы очень любим (пациенты, я имею в виду) слово «стандарт». Безусловно, это обоснованно. Мы должны от чего-то отталкиваться. Вот мы понимали, что есть стандарт оказания медицинской помощи. Да, там есть частота применения определённых методик, лекарственных препаратов. Но на этом стандарте зиждется в том числе тарифная политика. И самое главное для нас – понимание какого-то гарантированного государством объёма оказываемых медицинских услуг.

Теперь нам говорят, что роль стандартов понижается, в частности, оценка. Критерии оценки качества и эффективности поднимаются к клиническим рекомендациям. Мы все письма пишем. Я не представляю здесь группу, которая в основном занимается судебными вопросами. Мы отстаиваем право пациента на бесплатную медицинскую помощь, вот этот аспект я освещаю.

Мы всегда ссылались на стандарты. Нам ссылаться на клинические рекомендации? Здесь уже неоднократно сказано, на то и название их – «рекомендации», они носят рекомендательный характер. Значит, мы реально в этой правовой конструкции боимся оказаться не у дел. Все дискуссии нас пока не устраивают. Мы не видим тот базис, на котором мы можем основываться и защищать права пациентов. Это серьёзнейший момент.

Вы понимаете, мы можем прийти к ситуации, когда невозможно будет (я сомневаюсь, что такая ситуация будет) обратиться в суд. Хорошо ли это? Я считаю, что нет, нехорошо. Потому что это нормальный, цивилизованный механизм разрешения определённых споров, и такой механизм в том числе подталкивает систему здравоохранения, органы исполнительной и законодательной власти к отладке этого механизма.

Самое главное для нас – жизнь пациента. Вы знаете, конечно, я больше был настроен говорить о том, что клинические рекомендации должны быть обязательными. Я понимаю, что, скорее всего, это маловероятно. Хотя как можно оценить качество оказываемой помощи на основании документа, который не является нормативно-правовым актом? Не является.

Если будет принята данная схема, я уверен, что мы вернёмся к этой правовой коллизии. Мы потом будем пересматривать, мы будем какие-то «костыли» пристраивать к этой всей ситуации. Это крайне опасно.

Мне очень импонировало выступление Николая Фёдоровича Герасименко, который, собственно, об этом говорит. Нужно ли нам так сразу ликвидировать стандарт как основу оценки качества медицинской помощи? Второй вариант. Давайте распределять тогда в клинических рекомендациях обязательные вещи. Вот сейчас звёздочкой помечают препараты в ЖНВЛП, например, по которым мы бу-

дем понимать, что это базис, и рекомендуемые вещи, которые сверху, что должно быть: новые методы лечения, новые препараты и так далее. Вот второй вариант. Но данная правовая система, то, что предлагается, нас в этой части не устраивает. Мы видим очень большие риски, и я прошу, это официально наша позиция. Мы обсуждали это на совете пациентской организации, мы ждали этот проект, и, к сожалению, те озабоченности, которые мы высказывали, мы этих решений не увидели. Поэтому просто предупреждаем. Мы считаем, что когда мыотрегулируем этот вопрос, это защитит не только пациента, это защитит и врача. Это очень важный момент.

Председательствующий. Добавьте, пожалуйста.

Жулев Ю. А. Буквально секунду. Очень осторожно относимся к протоколам ведения медицинских организаций. Мы не понимаем, что это такое, и хочу сказать, мы боимся, что сейчас все бросятся делать такие протоколы ведения, ограничивая в том числе и объёмы. Потому что вот по перечням у нас есть позиция: пожалуйста, делайте какие хотите перечни, но уже не федерального уровня. Мы не видим здесь фраз о том, что организация, если она богата, имеет дополнительные возможности, может сделать что-то дополнительное. Мы видим обратное. Мы боимся, что это будет массовый характер урезания наших прав, объёмов и права на программу государственных гарантий.

Спасибо.

Рошаль Л. М. Извините, пожалуйста. Вопрос есть.

Во-первых, предложение. Приезжайте. Я вам расскажу, что такое протоколы. Хорошо? Это первое.

Вопрос такой. В новых клинических рекомендациях сейчас каждая рекомендация кончается обращением к пациентам. Вы знаете об этом?

Жулев Ю. А. Да, знаем, и мы настаиваем, что должно быть информированное согласие и школа пациентов.

Рошаль Л. М. Подождите. Вы читали обращение? Вас удовлетворяет такое обращение к пациентам?

Жулев Ю. А. Типовые я не видел. Я видел то, что сейчас готовится. Они разные.

Рошаль Л. М. Откройте сайт, посмотрите. Это новое специально для вас.

Жулев Ю. А. Леонид Михайлович, вы должны понять и нашу позицию.

Рошаль Л. М. Кстати, это обращение к пациентам.

Жулев Ю. А. Мы ведь не против клинической рекомендации.

Рошаль Л. М. Иногда обращение к пациентам лучше, чем сама клиническая рекомендация. Спасибо.

Жулев Ю. А. Леонид Михайлович, я о другом аспекте этих отношений говорю. Понимаете? О другом аспекте.

Председательствующий. Спасибо. Юрий Александрович, присаживайтесь, пожалуйста.

На самом деле я не очень, честно говоря, понял. В современной редакции сохраняются стандарты наряду с клиническими рекомендациями. Они там, как уже было сказано сегодня, гармонизируются. Но, естественно, ваше замечание мы учтём.

Слово предоставляется Александру Владимировичу Саверскому, президенту Общероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов». Пожалуйста.

Саверский А. В. Добрый день, уважаемые дамы и господа! Уважаемый президиум!

На самом деле то, что сейчас предложено, это не правовая конструкция, и это порождает проблемы не только с ответом на вопрос, а на что вправе претендовать пациент при обращении за медицинской помощью, но это порождает вопрос: а что может сделать врач при оказании этой медицинской помощи? Леонид Михайлович, когда вы говорите о том, что врач не обязан – он может, должен руководствоваться, но как бы не обязан, это рекомендация, – тогда вся система оказания помощи становится неопределённой, и непонятно, что просить у Минфина, потому что когда вы в клинической рекомендации... Их пять штук появилось, например, по одной нозологии.

По поводу всего мира: я считаю, что отечественное здравоохранение в советский период было сильнее, чем здравоохранение всего мира на сегодняшний день, и учёные нашего здравоохранения, академики, которые там выросли, блестящие учёные, которые создавали свои школы. И поэтому административная модель управления, скажем так, ничем не хуже, чем та, которая во всём мире сейчас существует. Это ответ на эту сентенцию. Правильно Юрий Александрович говорит: в чем состоит право пациента? Где оно? На что он имеет право? Вот я пришёл в больницу, и что? А там врач взял одну – то ли он взял, то ли не взял, обязан он, не обязан её смотреть. И что это? А дальше за спиной стоит действительно с этой клинической рекомендацией Минздрав, у которого стоит за спиной Минфин, который: слушай, это дорогой препарат, давай уберём его. Вы в иллюзиях витаете? Вы думаете, вы со своими клиническими рекомендациями будете указывать Минфину, сколько он даст денег? Но такого не будет.

Я уже не говорю о том, что протоколы лечения по тому, что написано в проекте закона, должно каждое учреждение (поликлиника) в объёме всех нозологий разработать. Это просто немыслимо.

Председательствующий. Убрали уже.

Саверский А. В. Убрали, просто сейчас в рамках существующего.

Я хочу, чтобы вы для себя понимали, доктора и особенно разработчики клинических рекомендаций: на Западе в судах разрешается вопрос, как обычный врач должен был действовать в определённой ситуации. Не академик, не профессор, а обычный врач, грубо говоря, ЦРБ. Понимаете? То есть на самом деле для меня, как для пациента, важно не то методологическое, соответствующее современным представлениям пособие, которое вы написали. Это очень важно, как научный журнал. Но мне важно, что дойдёт до обычного врача на месте и что он обязан сделать. И здесь я опять соглашусь с Юрием Александровичем – разделите клинические рекомендации на обязательную часть, потому что когда я вижу, что у пациентки стоит диагноз сепсис, а ей не дают антибиотик, я считаю, что это нарушение базовых принципов в медицине, и они должны быть каким-то образом отражены.

Различие между клиническими рекомендациями и протоколами породит различие прав пациентов. А у нас равенство – это основа конституционного регулирования.

Меня очень интересует вопрос, за счёт каких средств создаётся этот пул рекомендаций, который существует? Я считаю, что это какой-то очень закрытый процесс, и если на это не выделяются открыто деньги, нет каких-то ТЗ и так далее, то я не знаю, как ведётся вся эта работа, и я начинаю подозревать, что это за счёт фармкомпаний, лоббирования и так далее.

И я хотел бы обратить внимание на то, что стандарты на сегодняшний день в поликлиниках практически не применяются, с точки зрения... (*Микрофон отключён.*)

(*Аплодисменты.*)

Из зала. Я хочу вас отправить к приказу Минздрава 802-Н, где есть ответы на все ваши вопросы, что должен конкретно делать доктор.

Председательствующий. Спасибо, коллеги.

Продолжим. Таевский Андрей Борисович, руководитель ассоциации «Врачи – организаторы здравоохранения».

Таевский А. Б. Добрый день, уважаемые коллеги!

Внесу ясность: руководитель проекта «Здрав.Биз», но так сложился проект «Здрав.Биз», что информация, которая выходит, публикуется, проходит через наши профессиональные закрытые соцсети, и есть определённая обратная связь. Собственно, о чём я и хотел бы сегодня поговорить.

Уважаемые коллеги, уважаемый председатель, благодарю вас за приглашение.

По поводу обратной связи можно констатировать следующее: у нас по поводу самих клинических рекомендаций спектр мнений достаточно широк. Звучат подозрения, скажем, в том, что не будут найдены оптимальные решения для того, чтобы предотвратить воздействие фармбизнеса, производителей медизделий, то есть интересы какие-то сторонние, что у нас слабая научная база, что у нас клинические рекомендации исходят из центральных институтов и слабо учитывают реальность практического здравоохранения в первичном звене. В общем, все это звучит.

Но вот самый основной вопрос, болезненный – это, конечно, внедрение обязательности. Причём мы знаем, что была версия законопроекта, в которой напрямую шла обязательность исполнения. Другая версия позже родилась – посредством протоколов лечения и протоколов ведения пациента.

Это, если разобраться, противопоставляет клиническое мышление доказательной медицине, чего быть в принципе не должно. То есть медицинская помощь у нас – это всё-таки процесс, основной процесс, в котором основное место занимает лечебно-диагностический процесс. В него входят врач и больной, то есть двое (иногда больше), и двое выходят (к сожалению, иногда меньше). И на стороннего наблюдателя он производит впечатление чёрного ящика. Что там происходит – это разжигает любопытство. Если это какие-то негативные результаты, это разжигает стремление разобраться, подозрение в том, что что-то не так. Значит, дайте нам инструменты, которые мы можем приложить и измерить медицинскую помощь, качественная она была или некачественная.

То есть у нас попытка, по сути, взлома содержания лечебно-диагностического процесса посредством запрашиваемых документов: каких-то стандартов, клинических рекомендаций с обязательными позициями. Это критерии оценки качества с дихотомическим принципом оценки «да – нет». Получается, что система пытается... Вот появляется у нас третья сторона в таких спорах (обычно юристы, адвокаты, страховщики и так далее), пытается взломать этот «чёрный ящик» и разобраться непосредственно путём механистического сопоставления того, что было сделано, тому, что должны были сделать.

Но процесс оказания медицинской помощи – это вероятностный процесс. И каждое решение принимается. То есть он состоит из принятия решений, вернее, выработки решений врачом, принятия совместно с больным, их реализации, то есть применения, осуществления медицинских вмешательств непосредственно, контролируемой причём реализации, динамика состояния отслеживается, и на выходе мы получаем результаты, которые сами по себе тоже являются совокупностью характеристик.

Получается, что законопроект, по сути, игнорирует эти вещи, которые не вписываются в какую-то идеальную конструкцию. Каждое решение имеет способы и расчёты целесообразности математические, в том числе вероятности и целесообразности. Но в основном врач принимает их на основе знаний и опыта.

И, конечно же, клинические рекомендации абсолютно необходимы, для того чтобы принимаемые решения были обоснованными. Но когда вы делаете обязательные документы как предписания какие-то, у нас выпадают риски, выпадают вероятности. Выпадают. Как будто «нажми на кнопку – получишь результат». Такого не будет в жизни. Получается, что игнорируются многие важные вещи: те больные, которые не вписываются в какие-то стандартные модели типовые. Игнорируются врачи, которые не... (*Микрофон отключён.*)

(*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Вам нужно ещё время?

Таевский А. Б. Не вписался.

Председательствующий. Вот видите, насколько вариабельна наша жизнь.

Пожалуйста, включите ещё время.

Таевский А. Б. Да. Статьи популярны, потому что это хорошая аналитика. Доклад – это тоже хорошая аналитика. Коллеги, не расстраивайтесь, мы его опубликуем, все можно будет прочитать.

У нас есть целый ряд положений и очень интересных предложений по поводу законопроекта, не конкретно, не формулировки юридические (мы не юристы), а то, что там желательно было бы отразить. Это, прежде всего, что подготовка специалистов должна включать в себя их научение именно принятию решений, а это сегодня уже звучало. Принятие решения с учётом расчёта рисков, вероятностей, поиск информации, оценка достоверности информационных источников. Это важно.

Организаторы здравоохранения должны научиться встраивать практическое применение клинических рекомендаций в систему управления качеством, экспертизы качества и контроля качества.

Технология экспертизы должна быть. Это тоже очень важно, потому что дихотомический принцип «да/нет» не будет работать никогда. Это контроль исполнения, это не экспертиза качества. Экспертиза качества – это профессиональные исследования, где эксперт оценивает действия врача, правильно или нет врач поступил в конкретной клинической ситуации, которая всегда уникальна. Да, но мы знаем, что часть может прокатиться по типовому сценарию, а часть требует именно поиска решения. Мы знаем, что у нас результаты исследования могут не быть достоверными. И это тоже надо учитывать.

(*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое. Благодарю вас.

Коллеги, слово предоставляется Константину Эдуардовичу Соболеву, главному врачу Красногорской городской больницы номер 1. Пожалуйста.

Приготовиться Юдину, завершающий доклад. И потом мы, если кто-то захочет.

Соболев К. Э. Наверное, главные врачи всё время говорят про деньги, но кажется, что деньги нужны для реализации клинических рекомендаций.

Мы сегодня останавливались на этом, и основополагающее – это, конечно, клинические рекомендации. Они должны быть всеобъемлющие, важные, нужные и разрабатываемые, и мы их ждём. (*Демонстрируется слайд.*)

Мне кажется, мы прошли уже этап, когда мы оценивали деятельность врача и клинической организации только по стандартам медицинской помощи. Это механизм реализации клинических рекомендаций, где есть средний набор медицинских услуг.

Работаем мы все по клиническо-статистическим группам, исключением является Москва, где работают мэссы, но надо отдать должное, что это единственный, наверное, регион, и ещё, по-моему, Санкт-Петербург, где просчитаны медико-технологические карты на каждую манипуляцию. Это даёт возможность оценить необходимые финансовые ресурсы, например, в Москве, но не даёт возможности оценить это в других регионах.

Поэтому мне бы хотелось сказать, что на сегодняшний момент нет связи между представленными компонентами, нет возможности оценить размер ресурсного и финансового обеспечения в целом по России, и отсутствует средний набор услуг, медикаментов и медизделий.

Поэтому нам бы хотелось предложить внесение в 323-ФЗ понятия «тариф на оплату медицинской помощи».

Вводится новое предложение, это протокол лечения. Честно говоря, до сегодняшней дискуссии не очень было понятно. Протокол разрабатывается лечебной организацией, и тогда какой смысл так много уделять ему внимания. Да, это мы внутри.

Другое дело, что на сегодняшний момент мы бы хотели, чтобы этим занимался федеральный Минздрав. Это даёт возможность маршрутизации, в том числе и трехуровневой.

Понимаете, не звучит на сегодняшний момент, поскольку главные специалисты заняты вопросами оказания высокотехнологической и специализированной медицинской помощи. Тут должен быть чётко прописан трехуровневый порядок, и определены под это финансовые затраты. (*Демонстрируется слайд.*)

Поэтому наше предложение: конечно, стандарты должны быть адаптированы к трехуровневой системе оказания медицинской помощи в России. Она реальна, она работает, и это нужно ставить во главу угла для качества оказания медицинской помощи. Это очень важно.

Конечно, протоколы. Нужно понимать чётко прописанную законодательную функцию протоколов, которые могут быть снабжены формированием калькуляции затрат. И на основании этого мы с вами можем ввести, наконец-то, тариф оказания медицинской помощи.

Поэтому наше предложение: тариф на оплату медицинской помощи нуждается в чётком определении в 326-м законе, это даёт возможность анализировать финансовые, и рассчитывать финансовые ресурсы как страны, так и регионов.

Спасибо за внимание. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое.

Слово предоставляется Юдину Дмитрию Константиновичу, врачу-хирургу больницы имени Боткина, Москва. Прошу вас.

Юдин Д. К. Глубокоуважаемые коллеги, разрешите представить вашему вниманию доклад, посвящённый теме острой необходимости внедрения клинических рекомендаций на всех этапах лечения различных заболеваний, и не только клинических рекомендаций, которые включают в себя протоколы и алгоритмы лечения непосредственно заболевания, но и также клинических рекомендаций, направленных на устранение таких тяжёлых и специфических осложнений (подчеркну, именно осложнений), как бисфосфонатный остеонекроз челюсти. Это очень яркий и показательный пример необходимости данной проблематики.

До сих пор считается, что бисфосфонатный остеонекроз является побочным эффектом приёма препаратов золедроновой кислоты. На мой взгляд, как специалиста, который сталкивается с этим заболеванием и кумулирует этих пациентов в своей практике, я считаю, что это не что иное, как осложнение лечения основного заболевания.

Итак, основная группа пациентов, которая попадает в группу риска, – это пациенты, которым ставится диагноз рак предстательной и молочной железы, осложнённый метастазами. Итак, золедроновая кислота на сегодняшний день является золотым стандартом лечения. Препарат проверенный, имеет хорошие результаты. Но 12 процентов всех пациентов попадают в группу риска и имеют такие грозные осложнения в виде бисфосфонатного остеонекроза. По данным мировой литературы, в нашей стране эта цифра примерно одинаковая, около 12 процентов.

Что происходит? Что общего у всех этих пациентов, которые попадают в эти 12 процентов? Им всем проведена хирургическая санация полости рта либо через полтора года парентерального введения золедроновой кислоты, либо через три года парентерального. Весь смысл назначения этого препарата и заключается в том, чтобы предотвратить распространение метастазов в костях. Челюсть человека невероятно гипериммунна и намного быстрее реорганизуется и восстанавливается при различных травмах.

Так вот именно в этом и заключается вся суть, что не преждевременная санация полости рта по каким бы то ни было причинам является основной причиной того, что возникает такое грозное осложнение. Например, если мы возьмём среднестатистического пациента, ортопантограмму пациента, который приходит к врачу-стоматологу на профосмотр, мы можем обнаружить ряд проблем, с которыми пациент может спокойно жить. Это хронические периодонтиты, различные перикоронариты, нависающие края пломб. Но для пациента, которому выставлен диагноз рак предстательной и молочной железы с метастазами, который длительно принимает бисфосфонаты, это может стать причиной довольно серьёзных осложнений.

В чем заключается суть проблемы? Что в большинстве своём онкологи, зная об этой проблеме, недостаточным образом мотивируют пациента и не направляют его своевременно на лечение к врачу-стоматологу. Сами же стоматологи в большинстве своём (я не беру отдельно взятых специалистов) не знают об этой проблеме вообще категорически ничего и начинают проводить лечение уже тогда, когда это поздно. Притом что при своевременно начатом лечении, если бы это было указано в качестве алгоритма и маршрутизации пациентов, этого бы не возникало.

И челюстно-лицевые хирурги сталкиваются с этой проблемой, они знают о ней, но ничего с этим не могут сделать, потому что хирург должен оперировать. Но любое хирургическое вмешательство у этих пациентов категорически противопоказано, потому что сам процесс начинается именно после травмы, как правило, хирургической, которую наносит в результате лечения и удаления зубов стоматолог.

И, безусловно, сами пациенты, есть ряд пациентов, которые знают о проблеме, но недостаточно мотивированы, возможно, порой недостаточно запуганы этим возможным процессом. Как правило, онкологи говорят: мы подарили вам 10 лет жизни. А пациенты в ответ им отвечают: это не жизнь, потому что течение этого осложнения тяжёлое, сопровождается существенным болевым синдромом, который не купируется практически никак и ничем.

И вот вам представлены пути решения этой проблемы, в том числе разработка и проработка алгоритмов, в которые должны быть включены клинические рекомендации, в том числе это техническое совершенствование специалистов на базе дополнительного профессионального образования и так далее, также маршрутизация пациентов, создание базы пациентов – это все можно отнести к включению

в клинические рекомендации, в алгоритмы и протоколы. И именно такой подход может исключить бисфосфонатный острый некроз в принципе в корне. Это та проблема, которая не должна существовать, и она не будет существовать, если клинические рекомендации будут строго проработаны всеми специалистами.

Спасибо за внимание. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо.

Уважаемые коллеги, мы завершили нашу повестку дня. Кто хочет принять участие в дискуссии, пожалуйста, есть микрофоны. Вот стоят в зале, кому удобно. Но только коротко. Хорошо? Две минуты.

Омельяновский В. В. Добрый день, уважаемые коллеги.

Моя фамилия Омельяновский, которую вы склоняли недавно по поводу разных моментов. Я хочу сказать, что наше учреждение действительно стоит в центре той работы, о которой мы сегодня говорим, и я с вами хотел поделиться своим видением этой ситуации, поскольку мне кажется, что это всё-таки будет интересно.

У нас есть две точки зрения. Одна точка зрения – врачебная, о том, что врачу нужно право выбора в рамках клинических рекомендаций, и об этом говорит врачебное сообщество.

Вторая точка зрения понятная – для пациентов, что надо максимально прописать, как должен себя вести врач, чтобы с него можно было это требовать. Это позиция пациентов, чтобы было от чего отталкиваться.

Уважаемые коллеги, мы с вами говорим о гармонизации с международным сообществом. При этом мы пытаемся для России создать какие-то свои правила игры, которые невозможны для системы здравоохранения, для клинической практики. Клинические рекомендации – рекомендательный документ, как и во всём мире. По клиническим рекомендациям нельзя конкретно проверять действия врача, это идеология лечения. Но клинические рекомендации в сегодняшней конструкции прописывают критерии качества.

Сегодня почему-то никто не говорил о том, что критерии качества – это тот минимум, по которому должны проверять врачей, и Министерство здравоохранения, прописывая это своим приказом, будет требовать от врачей, и пациенты могут проверять, выполнены ли эти критерии качества. Что такое критерии качества? Это ключевые реперные точки, которые должен соблюсти врач, чтобы отвечать требованиям адекватного лечения конкретного заболевания. Но мы не можем прописать последовательность абсолютно полную и по ним проверять, потому что человек – сложная структура, и вы никогда не подгоните его, как ту машину, которую мы можем смотреть, правильно ли она работает или нет. Есть некоторая точка зрения, что надо медицине приравнять к армии: дал команду сверху – и все так же сделали. Коллеги, это невозможно. Поэтому я должен сказать, что... *(Микрофон отключён.)*

Председательствующий. Спасибо большое.

Прошу вас. В рамках минуты. Хорошо?

Из зала. Коллеги, 323-й федеральный закон достался нам в наследство, и, в общем, очень многие дефиниции там уже были. Леонид Михайлович, мы с вами обсуждали. Были обозначены и клинические рекомендации, и стандарты, и протоколы лечения. Действительно проделана огромная работа. Но вот я хочу поддержать сейчас доктора Омельяновского в какой части. Мы сегодня собрались не для того, чтобы обсуждать, как писать клинические рекомендации, как они должны быть структурированы. Это должен быть инструмент (про поощрение я не говорю), но это инструмент контроля, это где-то палка для сотрудников Росздравнадзора, которые приходят к нам, так сказать, в учреждения. А сегодня из документов, которым мы интуитивно очень хотим придать более легитимный статус, рождается, в общем, нормативный документ 203-й, приказ Министерства здравоохранения о критериях качества оказания медицинской помощи, о которых говорил доктор Омельяновский.

Председательствующий. Добавьте, пожалуйста.

Из зала. Хотелось бы, чтобы статус этих рекомендаций, если он остаётся тем, каким он остаётся, очень жёстко и нормативно был бы проработан вот этот приказ о критериях качества, и он должен быть сквозной. Потому что разные критерии качества оказания медицинской помощи в лечении той же пневмонии, например, на уровне ЦРБ или на уровне федерального учреждения. Но мне кажется, очевидно, что эта работа должна быть продолжена. Эта инициатива должна быть поддержана, а закон – это живой организм, и мы можем, так сказать, с учётом того, как мы проживём определённый период времени, вносить соответствующие правки. Спасибо.

Рошаль Л. М. Я могу вам, несмотря на время, задать короткий вопрос?

Из зала. Конечно, да.

Рошаль Л. М. Когда вы работали в Минздраве, вы были руководителем департамента...

Из зала. Мы начинали эту работу.

Рошаль Л. М. Я помню, когда мы все собрались вместе и обсуждали вопрос, вы сказали таким образом, что Минздрав к клиническим рекомендациям отношения не имеет, этим делом должны заниматься профессиональные организации.

Из зала. Абсолютно, я до сих пор так считаю.

Рошаль Л. М. Спасибо.

Председательствующий. Вы знали ответ, Леонид Михайлович. (*Аплодисменты.*) Это прямо такой ход опытный.

Прошу вас. Одна минута, пожалуйста.

Пивень Д. В. Спасибо, я буду очень краток. Профессор Пивень, город Санкт-Петербург.

Коллеги, я хочу обратить внимание на ещё одно узкое место законопроекта. Если это узкое место будет расширено и реализовано, то, я вас уверяю, все медицинские организации на несколько ближайших лет забудут о проблеме клинических рекомендаций вообще. Поясню, о чём я говорю.

Законопроектом предлагается внести изменения в статью 90. Статья 90 закона 323 регламентирует порядок внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Регламентирует очень скромно. Там написано сегодня, что этот самый внутренний контроль осуществляется в том порядке, в каком его создаст главный врач. Не самый идеальный вариант, но все медорганизации страны работают по этой схеме уже семь лет. Что предлагает законопроект?

Законопроект предлагает изменить статью 90 и, казалось бы, внести туда нужную фразу, чтобы внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществлялся в порядке, утверждаемом Минздравом. Казалось бы, все хорошо. Единый порядок, всё ясно. Возникает вопрос: какой это порядок? Я сделал соответствующий запрос, Дмитрий Анатольевич, получается, через вас, через Комитет по охране здоровья, в Минздрав. Минздрав ответил, что они планируют ввести требования к системе внутреннего контроля, чтобы это была система менеджмента качества.

Коллеги, «система менеджмента качества» – если это словосочетание появится в требованиях, в этом году с 1 января Росздравнадзор начнёт все организации при лицензионном контроле напрягать на систему менеджмента качества. Самых ходовых систем сегодня в России известно две: ISO и GCI. Это системы добровольной сертификации, я ничего против не имею, но представьте, если это будет требоваться с каждой организации. Это безумный коммерческий проект (коммерческий, подчёркиваю, проект). Невозможно создать, сертифицировать систему GCI сегодня в той же ЦРБ, если она не заплатит 200 тысяч той организации, которая уполномочена это делать.

Моё предложение. Не надо менять статью 90 в той редакции, в которой предлагается. Не надо её трогать вообще. Концентрируемся на клинических рекомендациях, то, что сегодня обсуждали. Иными словами, из законопроекта я предлагаю убрать пункт 14 статьи 1, изменяющий редакцию статьи 90. Позиция Минздрава известна, она есть в Комитете по охране здоровья, где написано о системе менеджмента качества. Соответствующий запрос с предложением подробно рассмотреть это на рабочей группе я сделал.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо вам большое. Очень весомо. Прошу вас, третий микрофон включите, пожалуйста.

Вайсман М. А. Уважаемые коллеги, я коротко. У меня предложение ко второй статье, пункты 23–24. Там мы говорим о диагностике, лечении, профилактике и реабилитации. Но почему-то мы упустили паллиативную медицинскую помощь. Я забыл представиться. Моя фамилия Вайсман Марк Азриельевич, я являюсь доцентом кафедры паллиативной медицины МГМСУ и членом правления Ассоциации паллиативной медицины.

Это очень важный момент, потому что на сегодняшний день у нас создалось такое впечатление, что паллиативный больной – только умирающий больной. Это далеко не так. И нам необходимо расставить все точки над и, чтобы правильно заниматься этими пациентами. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо. Включите второй микрофон, пожалуйста.

Из зала. Глубокоуважаемый президиум, глубокоуважаемые коллеги!

Я по поручению директора нашего центра академика Лео Антоновича Бокерии, который, к сожалению, не смог присутствовать на сегодняшнем заседании.

Я очень коротко скажу, что мы активно ведём работу по разработке клинических рекомендаций по профилю «Сердечно-сосудистая хирургия». Разработано 32 клинических рекомендации. Но мы полностью согласны с сегодняшними замечаниями, которые были высказаны представителями медицинского сообщества.

И, кроме того, я хочу прямо зачитать то, что просил сказать Лео Антонович, о том, что главная проблема врачебного сообщества на сегодняшний день заключается в том, что у нас не застрахован врач. Мы говорим о пациентах. Мы полностью отдаём все силы для того, чтобы помочь пациенту. Но ни один документ сегодня не оказывает, так сказать, какую-то страховую поддержку, защиту врача. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое. Прошу вас.

Фёдоров А. В. Профессор Фёдоров, генеральный секретарь Российского общества хирургов.

Первое. Национальные клинические рекомендации должны разрабатывать профессиональные сообщества национального уровня. Это у нас называется общероссийская общественная организация. Это позиция не только президиума Российского общества хирургов, но и Российского общества вра-

чей. Такую позицию мы приняли, и мы предлагаем это внести. Всё-таки это должна быть общероссийская общественная организация.

Второе. Мы поддерживаем инициативу Минздрава. Если это не будет сделано, мы все останемся беззащитными, беззащитными перед судебными органами.

И третье. Леонид Михайлович, хочу сказать, национальная клиническая рекомендация по острому аппендициту есть и работает уже в течение трёх лет.

Всё, спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое. Ну что, коллеги? Будем завершать наш разговор или кто-то ещё хочет выступить? Пожалуйста.

Пожалуйста, Лариса Константиновна Мошетева.

Мошетева Л. К. Спасибо большое.

Дмитрий Анатольевич, огромное спасибо за сегодняшний огромный, огромный «круглый стол». По-моему, все мы получили от общения много информации и удовольствия от того, что мы действительно болеем душой за наше здравоохранение, хотим, чтобы врачи получили защиту, чтобы пациенты получили здоровье.

Если говорить о том, как надо реагировать на различные мнения, скажу, что документы, о которых говорили, клинические рекомендации, протоколы, стандарты, порядки – это разные документы. Они разные и несут разную смысловую нагрузку и разную юридическую платформу. Поэтому мне кажется, что эти документы нужны и должны корреспондироваться и дополнять друг друга. Наверное, в процессе работы это все встанет на свои места.

Второе, что хотела сказать как врач-клиницист. Я за то, чтобы клинические рекомендации были. Мы работаем по клиническим рекомендациям, офтальмологи тоже много подготовили. Понимаем их необходимость особенно для молодых врачей. Весь мир работает по клиническим рекомендациям. Нам нельзя отставать, и опыт работы нашего конгресса «Человек и лекарство» говорит, что дело это нужное.

Что такое клинические рекомендации? Клинические рекомендации – это документы, содержащие основанную на научных доказательствах, структурированную информацию по вопросам и так далее. Вот те научные достижения, которые сейчас активно внедряются в практику через трансляционную медицину, должны стать основой клинических рекомендаций. Сейчас идёт огромная работа по разработке различных федеральных программ, национальных проектов. Мы только что заслушивали в Академии наук всех руководителей программ, которые будут реализовываться для выполнения указов президента, и вот оттуда как раз и должны через трансляцию в практику пойти те наработки, которые станут основами вот этих клинических рекомендаций. Они не должны быть зашорены. Они должны быть стандартными, это мы все прекрасно понимаем. У врача должен быть какой-то люфт для принятия решений. Они не просто для механизма действия, это прописано в других документах, а для принятия решения. Всё-таки надо помнить, что медицина – это не ремесло, медицина – это в определённой степени искусство, основанное на науке.

Я всегда вспоминаю слова Святослава Николаевича Фёдорова, который очень хорошо рассказывал, что такое ремесло в медицине, что такое наука и что такое искусство. Вот оно должно быть искусством для нас, для души и для больного, для его здоровья.

И последнее. Всё это крайне необходимо для образовательного процесса. Система дополнительного образования, подвижная, динамичная система, быстро реагирующая на новации, должна иметь в программах вот эти клинические рекомендации. Потому что профессиональные стандарты, на основе которых сейчас делаются вот эти все программы, это всё-таки статическая ситуация, это то, что на сегодняшний день есть, но требует дополнения, потому что компетенции, функции – это все стандарт. А здесь та клиника, которая мне как врачу понятна и должна быть. И мне представляется, конечно, что профессионалы должны готовить эти рекомендации, но Минздрав – это наш орган, который отвечает за здоровье населения России, и говорить, что Минздрав не должен принимать в этом участие... Здесь сидят крупнейшие специалисты, внештатные специалисты Министерства здравоохранения, они разработчики этого. Как же это можно обойти?

Мне представляется, без Минздрава такие вопросы, которые выходят и на судебные органы, не должны оставаться в стороне, и принятие решений должно быть в определённой мере с ними.

Может быть, кто-то не согласен, но моё мнение таково. Я всё-таки, наверное, чиновник в определённой мере.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое. Уважаемый Евгений Геннадьевич, вы приняли к сведению многие замечания. Мне кажется, они разумные. Если вы позволите, я скажу несколько слов.

Уважаемые коллеги, на самом деле мне кажется, сегодняшний разговор наш состоялся, и ещё раз искренне всех благодарю, потому что проблема может только с первого взгляда показаться частной. На самом деле любые проблемы системы могут быть решены только надсистемно. Я хирург, детский

хирург, но я благодарен Государственной Думе во многом за то, и в первую очередь за то, что она дала мне возможность посмотреть на ситуацию с другой стороны – с той стороны, с которой в наших ежедневных буднях просто нет возможности осмысленно взглянуть, и мы не раз об этом говорим во врачебном сообществе. Каждый из вас скажет: ну как же, мы общаемся с больными, мы с людьми-то общаемся ежедневно. Да, но только в том соотношении, что вы доктор, а они пациенты. Это другое общение. Общество родило медицину, а не наоборот. И нам нужно к этому относиться совершенно спокойно. Общество диктует требования, и это нормально. Мы на самом деле не всегда к этому готовы были. Я в этом глубоко убеждён и понимаю, о чём идёт речь. И вот клинические рекомендации – это хороший, важный, нужный шаг в достижении гармонизации социума. Мы должны готовить личность? Конечно же, да.

Есть хороший пример – авиация. Как готовят лётчика? Это же личность. Это он принимает решения о посадке, о взлёте, о работе, о погоде, обо всем. Но тем не менее вы вспомните, как он читает книжку перед началом взлёта, друг с другом два пилота с двойным постоянным контролем. Двигатель включён, кнопка нажата, это сделано. Это для чего сделано, коллеги? Для качества. Ведь в любой популяции, в любой профессиональной группе число отличников и двоечников одинаково, и среди лётчиков, убеждён, такое же соотношение: пять процентов идеальных, от бога, пять процентов, скорее всего, так же, как и в наших специальностях, кто мог бы и не быть лётчиком, но они все взлетают и садятся. Почему? Система качества отработана, и это чрезвычайно важно, это не давит на клиническое мышление и не давит на душу лётчика, он всё равно остаётся пилотом со свободной душой, но он просто слушается правил, по которым нам не всегда удавалось жить.

Сегодня вспоминали острый аппендицит. Коллеги, я не знаю, приводил ли Леонид Михайлович мою основу. Действительно, рекомендации есть и в детской хирургии. Кстати, боюсь забыть. Наши студенты каждый день смотрят клинические рекомендации. Они задают на занятиях вопросы, а в рекомендациях по-другому. Почему? А потому что это самый свежий ресурс по времени. Он первый открывается в поисковике. Клинические рекомендации ассоциации. Поэтому тем, кто за них отвечает, я хочу лишний раз напомнить об ответственности. Наши молодые ребята учатся сейчас по клиническим рекомендациям.

И возвращаясь к тому, о чём я сказал. Мы определяем клиническое мышление доктора или ограничиваем его ответственность. Возвратимся к той же самой аппендэктомии. Возьмём аппендикулярный перитонит, пусть даже трехсуточный. Вы найдёте клиники, которые сегодня делают лапаростому, а в соседнем субъекте это разрешат с помощью лапароскопии и с маленьким трубчатым дренажем, если мы возьмём детишек. Как же так? А вам ответят: это школа такая, мы так считаем. Я подхожу на конференции к одному из стендов. Стоят ребята и омфалоцеле подвязывают ниточками к стеночкам кювеза. Это их позиция, в то время как вопрос об аллопластике передней брюшной стенки давно уже решён. Так вот как найти эту гармонию, чтобы сохранить возможность мыслить и принимать определённые решения и в то же время быть, работать в рамках установленных нормой стандартов, по крайней мере, качества лечения и сроков выздоровления пациентов, и минимизации осложнений?

Я хочу спросить, кто должен делать эту рекомендацию? Конечно, самая уважаемая ассоциация. Её знает Минздрав, мы все хорошо друг друга знаем. Вспоминая опять же близкую мне тему аноректальных мальформаций. Весь мир знает, что это сложилась Крикенбекская классификация, которую писали 20 самых выдающихся, уважаемых детских колопроктологов мира. Я бы здесь не очень согласился с коллегой Пушкарём относительно высокой цитируемости, тем более в нашей стране. Критерий весьма сомнительный.

А вот самые уважаемые коллеги, которые являются (все их хорошо знают) экспертами в этой области, они должны писать эти рекомендации. И не могу не поделиться, поскольку здесь все делились своим опытом по созданию одной из рекомендаций: я автор восьми, одна по аноректальным мальформациям. Я прекрасно понимал и видел, что профессиональные сообщества не слушаются неких рекомендаций, которые пришли сверху.

По какому пути мы пошли? Речь шла о приверженности рекомендациям. Мы объединили 28 российских хирургических центров на одну задачу. В течение трёх лет, подчёркиваю, три года, проведя девять симпозиумов и конгрессов, включая с Европой и с миром, несколько анкетирований онлайн и в аудитории, 28 клиник делились своим опытом, несколько раз мы снимали по позициям диагностику и лечение.

Параллельно создали экспертное сообщество ведущих колопроктологов и затребовали их знания многократно. Вышли на рекомендации. Прошёл год. Как поступали статьи с неправильной классификационной системой, так и поступают. Как выходили диссертации с неправильной, так и выходят. Почему? Вот вопрос, который я оставляю, но именно он привёл к той ситуации, в которой мы сегодня находимся. У нас уровень доверия, комплайнса такого между пациентами и врачами, к сожалению, сегодня, мы об этом не раз говорили, немножко соответствует кризису. Это та ситуация, в которой мы должны честно себе признаться, и выходить из этой ситуации шаг за шагом.

Я глубоко убеждён, что клинические рекомендации обязательно должны быть созданы. Они покажут, насколько состоятельны и компетентны наши профессиональные сообщества, лидеры, профессиональные некоммерческие организации. Я глубоко убеждён в том, что ответственность коллеги, который не выполняет по тем или иным соображениям рекомендации, по сути, одна – он не может быть членом профессиональной ассоциации. Так это есть во всём мире – и в Европе, и везде. Это не судебное преследование, это не административное преследование. Если ты член своей профессиональной ассоциации и дорожишь этим именем, то и должен его выполнять. В противном случае ты просто не член ассоциации, а в некоторых странах это автоматически говорит о том, что тебя на работу никуда не примут, если ты не член своей профессиональной ассоциации. Вот и весь регламент.

Мне бы хотелось завершить словами Боткина, одной из самых выдающихся старинных медицинских фраз, по крайней мере, для меня. Она звучала так: «В диагностике заболевания симптомы не перечисляют, а взвешивают». Это тонкая материя – врачевание, и клинические рекомендации должны быть написаны так же тонко и интеллигентно.

Спасибо вам большое.

(Аплодисменты.)

СТЕНОГРАММА
парламентских слушаний на тему «Онкологическая помощь
в Российской Федерации. Законодательные аспекты».
24 сентября 2018 года.

Председательствует председатель
Комитета Государственной Думы по охране здоровья
Д. А. Морозов

Председательствующий. Онкологические заболевания, злокачественные опухоли – это, на мой взгляд, такой серьёзнейший вызов человечеству, вызов, потому что есть шанс победить. Если бы этих шансов не было, то и вызовом это было бы трудно назвать.

Но за последнее десятилетие мы научились все вместе побеждать отчасти, и, конечно же, понятно желание этот успех увеличивать и закреплять.

Современная онкология, – я скажу это для тех, кто не является профессионалом, – это космос, космос из новейших технологий, из генетики, из новых хирургических технологий, из новых лекарственных препаратов, иммунотерапии, типирования опухолей и много-много другого.

Но нас как Государственную Думу, и я это всё время подчёркиваю, интересует главное. Всё, что мы сегодня можем в онкологии, включая новые центры, технологии, это доступно всем нашим гражданам.

Уверен, что даже в начале разговора ответ понятен далеко не всем.

Что нам нужно делать? Сколько на это нужно средств? На какие направления необходимо сосредотачивать максимум усилий? Что является важным, принципиально важным? Это обучение и создание первичного звена, первичной диагностики, это скрининги, это кадровые проблемы, это внедрение новых лекарственных препаратов, производство отечественных препаратов. Что из этого всего?

Следуя известному римскому принципу «всё или ничего», всё имеет значение. Абсолютно всё.

И, конечно же, я повторюсь, критерии успеха также требуют нашего осмысления, поскольку развитие онкологии, и доктора это прекрасно понимают, будет сопровождаться вначале увеличением заболеваемости, по сути связанной с увеличением диагностики.

И конечно, отдельного внимания требуют и солидные опухоли, и гемобластозы, и онкогинекология, и детская онкология, везде есть свои особенности, которые, по сути, определяют успех. Но ясно одно – что это ещё один вызов всем нам, и он требует солидарной ответственности, работы командой, от профессионалов (врачей и профессионалов-онкологов) до законодательной власти, или наоборот, это непереносимое условие нашего успеха.

И давайте послушаем друг друга. Я прошу вас сегодня сконцентрироваться на проблемах и задачах, и на своих предложениях для того, чтобы мы с вами двинулись вперёд в преддверии нового бюджета здравоохранения, реализации национальной программы по лечению онкологических заболеваний, как нам поручил это президент.

Спасибо большое.

И я предоставляю слово заместителю Председателя Государственной Думы Российской Федерации Ольге Николаевне Епифановой. Пожалуйста.

Епифанова О. Н. Уважаемые коллеги, добрый день.

Я очень признательна нашему профильному комитету и абсолютно замечательному председателю комитета Дмитрию Анатольевичу Морозову за возможность мне участвовать сегодня в парламентских слушаниях, которые посвящены очень острой, очень больной для людей и очень драматичной теме – онкологическим заболеваниям и законодательной поддержке борьбы с ними.

Мы рады приветствовать здесь ведущих онкологов, руководителей отрасли, руководителей и организаторов медицинского обслуживания населения и законодателей.

По сложности и важности для человечества проблема рака не имеет аналогов. Ежегодно на земном шаре от злокачественных опухолей умирают миллионы человек, я не буду вдаваться в статистику, вы все здесь специалисты и лучше меня знаете статистику и весь масштаб этой проблемы.

Скажу лишь, что онкология находится на втором месте по смертности и на одном из первых по стоимости лечения. И хотя очень часто из уст докторов звучит, как мантра, «рак – это не приговор», но для пациента, как только он слышит, что у него онкология, рак – это приговор.

О печальных историях мы слышим часто, об успешных забываем говорить, и СМИ наши об этом молчат и не рассказывают, и поэтому хочется, чтобы всё-таки вот эти слова: «рак – это не приговор» – со всей нашей общей помощью становились для людей реальностью.

Не случайно и наш президент в своём Послании Федеральному Собранию уделил этой проблеме особое внимание.

Президент поставил задачу реализовать специальную общенациональную программу по борьбе с онкологическими заболеваниями.

Нужно активно привлекать к решению этой задачи науку, отечественную фарминдустрию, провести модернизацию онкоцентров, выстроить современную комплексную систему от ранней диагностики до эффективного лечения, которая позволит защитить человека. Эта задача им поставлена.

Все эти вопросы должны найти, в том числе, и своё законодательное подкрепление у нас здесь, в Федеральном Собрании.

Как вы хорошо знаете, решение этой проблемы требует очень серьёзных финансовых вложений. В связи с этим одна из наших задач – сделать всё для того, чтобы доступ к этой национальной онкологической программе имели абсолютно все без исключения пациенты, независимо, живут ли они в Москве, в Санкт-Петербурге либо в самом дальнем посёлке в тундре. И, конечно, особое место в этой программе должно быть уделено детям.

Коллеги, очень больно читать письма, которые нам присылают избиратели, это буквально письма отчаяния от людей, которые считают, что они уже умерли. И они жалуются на то, что их бы спасли, если бы они вовремя получили помощь в первичном звене. И очень часто вся проблема – в отсутствии ранней диагностики. И оборудование есть, и хорошее оборудование, но часто не хватает тех же специалистов, кто может хорошо и эффективно на этом оборудовании работать.

Особенно тяжело в отдалённых и малонаселённых районах. Я, как депутат, представляю наши северные регионы, где плотность населения от одного до полчеловека на квадратный километр, и постоянно поднимаю вопрос медицинского обеспечения в этих районах. И хотя у нас с Минздравом и лично с Вероникой Игоревной Скворцовой полное взаимопонимание, как и с нашим Комитетом по охране здоровья, но до решения проблемы ещё далеко. И об этом тоже надо говорить.

Уважаемые коллеги, проблема огромная, и, как говорил Дмитрий Анатольевич, одни онкологи её решить не могут. Нам всем надо собраться в кулак, всем надо объединиться для её решения, и я предлагаю подумать над созданием какой-то специальной площадки, неважно, как она будет называться – совет, комиссия, рабочая группа, но это должна быть специальная площадка, на которой должны объединиться все, от врачей всех уровней до чиновников, законодателей, общественных экспертов, научных институтов, и мы должны достойно принять вызов, который стоит перед всей страной, и с ним справиться.

Желаю всем хорошей работы сегодня!

Председательствующий. Спасибо большое, Ольга Николаевна.

(Аплодисменты.)

Уважаемые коллеги, позвольте предоставить слово первому заместителю министра промышленности и торговли Российской Федерации Сергею Анатольевич Цыбу.

Пожалуйста, Сергей Анатольевич.

Уважаемые коллеги, я вынужден всем напомнить о регламенте.

Цыб С. А. Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемые члены президиума! Уважаемые коллеги!

Во-первых, позвольте поблагодарить за возможность принять сегодня участие в этом очень важном мероприятии, учитывая, что мы как Министерство промышленности и торговли сегодня ориентированы на стратегические документы, которые принимаются в нашей стране в области государственной политики в здравоохранении в Российской Федерации. И, конечно, для нас важна реализация национального проекта здравоохранения и всех составных частей этого национального проекта здравоохранения, и онкологическая программа является одним из федеральных проектов в составе нацпроекта здравоохранения. Для нас, конечно, это своего рода и ориентир для промышленников, ориентир для компаний, которые занимаются разработкой и производством лекарственных препаратов и медицинских изделий. Отдельное направление, которое сейчас активно получает свою нормативно-правовую базу, касается разработки и производства биоклеточных медицинских продуктов, которые тоже активно получают своё внедрение, в том числе и при лечении онкологических заболеваний.

Мы сфокусировали сегодня работу в нескольких направлениях. Одно из этих направлений – это разработка и производство современных онкологических препаратов. Здесь было уже сказано, что развитию фарминдустрии уделяется особое внимание, и за последние семь лет нам удалось создать серьёзные компетенции в области разработки и производства онкопрепаратов. И в этом плане у нас уже есть лидеры в онкологическом сегменте. Сегодня одним из основных поставщиков, производителей лекарственных препаратов в области онкологии является российская компания, она по итогу 2017 года заняла первое место. Это компания «Биокат». Это впервые в истории вообще нашей страны и, более того, в десятку вошли ещё две российских компании, компания «Натива» и компания «Верофарм», которые сегодня являются производителями и поставщиками онкопрепаратов структуры здравоохранения России.

Все это потребовало значительных инвестиций, достаточно продолжительного времени для того, чтобы мы получили современное производство, получили современную научно-исследовательскую базу, в которой принимало участие и государство, и, конечно же, частные компании, которые активно инвестировали в область. И здесь уже при разработке стратегии «2030», – вы знаете, что мы сейчас активно находимся в обсуждении этого стратегического документа с экспертным сообществом, – мы большое внимание уделяем инновационному блоку, а именно поддержке собственных разработок, в том числе и в области онкологии. И в этой части есть уже определённого рода заделы, чтобы можно было говорить в ближайшее время о выходе наших собственных онкологических продуктов не только на рынок Российской Федерации, но и со значительным экспортным потенциалом. Уделяем внимание в этой области таким направлениям, как иммуноонкология, и тем передовым медицинским технологиям, которые используются сегодня в мире при лечении онкологических заболеваний.

Второе направление, которое Минпромторг России сегодня держит в фокусе внимания, – это развитие инфраструктуры и разработка, производство оборудования, как ранней диагностики онкологических заболеваний, так и для оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Это всё, что касается методов ядерной медицины, методов радиолучевой диагностики и лучевой терапии. Здесь большой блок нашего внимания сосредоточен в рамках реализации проектов, которые касаются организации производства высокотехнологичного оборудования с высокой степенью визуализации. И здесь в определённых сегментах мы достигли некоторых успехов. У нас уже на территории России производятся и компьютерные томографы, производится, конечно, рентгеновская аппаратура, производятся маммографы. Кстати, очень интересная информация: по итогам 2017 года более 50 процентов маммографов в Российской Федерации было поставлено с российских площадок, это в том числе площадки, которые организованы с участием крупнейших иностранных компаний-производителей медицинской техники. И в этом плане, конечно же, кооперация с ведущими компаниями – это один из основных моментов, которые в последующем мы могли бы активно использовать для размещения производства сложной медицинской техники на территории России. Это ещё одно направление, которое в фокусе внимания.

Конечно же, здесь мы опираемся на активное сотрудничество и взаимодействие с медицинским сообществом, с ведущими медицинскими центрами, на базе которых оказывается высокотехнологичная медицинская помощь, и есть уже примеры, где это реализовано, в том числе и с активным привлечением наших специалистов в этой области. Уже созданы центры высокотехнологичной медицины с участием и российских компаний-инвесторов, которые сегодня активно инвестируют в инфраструктуру, создавая для медицинских учреждений возможности оказывать такую высокотехнологичную помощь. И мне кажется, вот эта модель, когда инвестор активно инвестирует в капиталы, создаёт соответствующие возможности как имущественного характера, так и закупают высокотехнологичное оборудование государства, потом за счёт тарифа поддерживает оказание высокотехнологичной медицинской услуги, – это хороший пример такого государственно-частного партнёрства, которое, на наш взгляд, нужно активно развивать. И здесь тоже есть определённого рода успехи на базе различных центров, где такая модель была реализована. Не так давно был открыт такой центр в Балашихе. И вообще, если как пример приводить развитие центров позитронно-эмиссионной томографии, то мы видим, как активно инвестируют частные компании в создание соответствующей инфраструктуры и каким образом происходит развитие оказания такой высококачественной медицинской услуги на наших территориях. Это и Обнинск, это и ближайшие открытия, и активная работа, связанная с центром в Димитровграде, и многие другие высокотехнологичные центры, которые сегодня в своей инфраструктуре имеют все возможности для того, чтобы оказывать целый комплекс медицинских услуг с помощью инфраструктуры, которая исторически была создана ещё в советское время и потом реализована в России, и, конечно же, за счёт реализации новых инвестиционных проектов на базе крупнейших наших медицинских центров.

Это могут быть и федеральные высокотехнологичные медицинские центры, это могут быть и крупнейшие онкологические диспансеры регионального значения. И мы видим, каким образом сейчас эта фаза переходит в активное взаимодействие с профессиональными медиками в этой среде, учитывая, что нужно правильно выбрать направление, по которому оказывается медицинская услуга, нужно экономически все просчитать и с помощью мер, которые сегодня государство предполагает принять в отношении борьбы с онкологическими заболеваниями в стране, эффективно реализовывать такие проекты. Это и реализация государственной онкологической программы в рамках национального проекта «Здравоохранение», и множество других факторов, которые повлечёт за собой в том числе развитие промышленного сегмента в этой области.

Конечно, большое внимание уделяем отдельно развитию производства радиофармпрепаратов, и здесь тоже это происходит в сотрудничестве с крупнейшими медицинскими центрами в нашей стране и с центрами, которые имеют компетенции в области развития атомных технологий. Здесь активно ведём работу с государственной корпорацией «Росатом», с компаниями, которые в этой области работают. Мне кажется, что это тоже очень перспективное направление, учитывая, что сегодня Российская

Федерация обладает всем базовым сырьём для разработки и создания препаратов, в том числе и онкологических препаратов с использованием радионуклидов практически по всей цепочке.

И третье направление, которое мы сегодня активно развиваем, – это направление, которое связано с оказанием в том числе и паллиативной помощи, оно напрямую связано с развитием возможностей для борьбы с онкозаболеваниями. Здесь мы формируем практически всю цепочку российских препаратов для обезболивания. В этой части государство активно помогает развитию этого сегмента для производства полного цикла препаратов на территории России. Отсюда наши предложения о внесении изменений в законодательство Российской Федерации, которое бы нам позволило обеспечить полную лекарственную независимость в части производства обезболивающих и сильнодействующих препаратов. Поэтому в этой части мы тоже сосредоточили своё внимание и максимально формируем законодательную базу, за что, пользуясь случаем, хотел сказать огромное спасибо нашим законодателям, Государственной Думе, за то активное участие, которое они принимают в рамках реализации наших инициатив по развитию этого сегмента.

И, конечно же, активное взаимодействие у нас сейчас идёт с коллегами из Министерства здравоохранения, учитывая, что для нас на ближайшие пять-шесть лет национальный проект «Здравоохранение» будет таким основным таргетом, в том числе и по активному включению и участию российских компаний, разработчиков и производителей медицинской продукции, учитывая, что для нас формируется огромный заказ, который необходимо максимально эффективно и доступно для нашего населения исполнять, в том числе с участием российских компаний-производителей.

Поэтому ещё раз от имени Министерства промышленности и торговли позвольте поблагодарить за возможность участвовать в этом мероприятии. Желаю всем успешной работы.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое, Сергей Анатольевич.

На самом деле развитие именно онкологии требует нашего содружества, как нигде.

Слово предоставляется Дайкису Николаю Аркадьевичу, первому заместителю председателя комиссии Общественной палаты Российской Федерации по охране здоровья и развитию здравоохранения.

Дайкис Н. А. Большое спасибо, Дмитрий Анатольевич, за приглашение и за возможность поделиться нашими соображениями от имени Общественной палаты Российской Федерации.

Для нас очень отрадно, что Общественная палата Российской Федерации за последние годы стала площадкой диалога между пациентскими организациями, общественными организациями, медицинским сообществом и руководителями здравоохранения.

В этом году мы провели отдельную, одну из наших семи общероссийских площадок, она была посвящена медицинской проблематике, и там были все вопросы, связанные с онкологией, и все то, что мы слышим в первую очередь от наших пациентов, а это те люди, ради которых мы работаем и которые нам дают главные основные оценки. Мы сегодня готовим ежегодный доклад Общественной палаты, ждём приезда президента в начале ноября на наш заключительный форум, и, безусловно, эти соображения будут представлены там, в том числе и итог нашего сегодняшнего обсуждения.

Конечно, я за неимением времени не буду долго говорить, потому что нам всем, большинству в этом зале, предстоит три дня возможности общения на онкологическом конгрессе, который завтра начинается, под руководством академика Каплина, и там все наши мысли будут высказаны более подробно.

Но, тем не менее, хочу сказать: на наш взгляд, помимо роли и задач, и услышанности общественных организаций, пациентских организаций на сегодняшний момент, очень отрадным является подготовка концепции, которой мы сегодня все увлечены, потому что мы должны создать и отредактировать в значительной степени тот документ, который сегодня есть в открытом доступе, и мы об этом говорим вместе с Министерством здравоохранения. Я думаю, что таким лейтмотивом является то, о чём сказала Ольга Николаевна в своём выступлении, что проблема онкологии – это проблема и вызов не только для всей страны, но для всей нашей медицины, для всех специалистов. И мы, наконец, услышали это слово – междисциплинарность, мы очень долго ждали, чтобы так нам сказали, я тоже всю жизнь онкологией занимаюсь, наверное, последние 25–30 лет мы ждали этих слов. И вот когда мы услышали, у нас возникает понимание того, что вместе нам удастся это сделать, потому что цифры, которые сегодня есть в открытом доступе и в понимании: 40 процентов 3-й и 4-й стадии первичной выявляемости. Это цифры, которые говорят только о том, что, безусловно, нам нужно поднимать первичное звено в первую очередь. Нам нужно, чтобы в поликлинике любой узкий специалист сидел с онкологической настроженностью и понимал, что лучше перестраховаться.

Мы сегодня поддерживаем создание центров первичной диагностики, которые предлагаются. Мы сегодня поддерживаем понимание развития такого термина, как группы риска. И это очень важно. Мы понимаем, что нам нужно расширить и развивать вопросы скрининга по онкологии, причём скрининга не только дорогостоящего, а скрининга и при визуальных образованиях, которые не требуют такого финансирования.

У нас есть понимание того, что мы вместе должны готовить кадры, потому что у нас 60 процентов всего лишь насыщения онкологии, и никогда не будет, вряд ли будет больше. Поэтому мы должны пересмотреть систему подготовки онкологов, в значительной степени здесь тоже есть понимание у нашего руководства. Мы должны готовить онкологов из подготовленных специалистов того или иного профиля, и понятно, что человеку, который ежедневно оперирует онкологическое заболевание, проблематично будет объяснить, что для того чтобы получить доступ к онкологии, он должен ещё два года ординатуры учить с учениками. Поэтому это тоже тема.

У нас очень важный вопрос помимо первичной темы и диагностики – вопрос реабилитации. Если сегодня нашими коллегами-онкологами и нашей медициной достигнуты очень серьёзные высоты в плане лечения, комбинированного лечения, то то, что я сказал, выявляемость первичная – проблема, и реабилитация. 17 процентов наших пациентов после комбинированного лечения, успешного лечения идут к теме реабилитации. Это естественно. Сегодня мы вылечиваем огромное количество людей, и, конечно, они требуют реабилитации при самой разной локализации, они хотят жить полноценной жизнью. Как Ольга Николаевна сказала, сегодня действительно мы говорим, что это не приговор. Люди у нас, мне не дадут соврать, сегодня и детей зачинают, если можно так сказать, и работают, и развиваются и так далее. Поэтому реабилитация для нас – очень важный момент.

Безусловно, полностью поддерживаем предложение Ольги Николаевны, которое прозвучало, о том, что нам нужна какая-то общая площадка: совет ли при правительстве, при Думе, при Минздраве, где угодно, – на которой мы могли бы все вместе встречаться, и специалисты разных профилей, и наши пациенты, и законодатели, и все, кому эта проблема необходима в ежедневной нашей работе.

Поэтому я ещё раз говорю, что у нас впереди три дня онкологического конгресса, мы все будем обмениваться, будет профильная комиссия. Наша задача сегодня – сформировать полноценную программу, по которой мы будем жить. Но главное, ещё раз повторяю, произнесено: мы должны быть вместе и мы вместе должны над этим работать.

Спасибо большое. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое, Николай Аркадьевич.

Уважаемые коллеги, слово предоставляется Евгению Геннадьевичу Камкину, заместителю министра здравоохранения Российской Федерации. Мы начинаем обсуждение грядущей программы.

Камкин Е. Г. Уважаемые коллеги! Уважаемые Дмитрий Анатольевич, Ольга Николаевна!

В первую очередь разрешите поблагодарить за возможность сегодня обсудить столь важный для нас федеральный проект, который был подготовлен в рамках национального проекта.

Одной из целей и стратегических задач развития Российской Федерации до 2024 года, определённых в указе президента, является повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет. Смертность от новообразований занимает второе место в структуре смертности после болезней системы кровообращения. Большинство людей ещё не доживают до возраста развития онкологических заболеваний, а преждевременно умирают от сердечно-сосудистых патологий. Увеличение средней продолжительности жизни до 80 лет выведет онкологические заболевания, как и во всём мире, на первый план.

В целях снижения бремени онкологических заболеваний Министерством здравоохранения совместно с заинтересованными ФОИВами подготовлен федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями». Основной целью федерального проекта является снижение смертности от новообразований, в том числе от злокачественных. Основным показателем достижения данной цели является снижение смертности до 185 случаев на 100 тысяч населения в 2024 году. Дополнительными показателями является увеличение доли лиц со злокачественными образованиями, выявленными на первой, второй стадии, и увеличение удельного веса больных, состоящих на учёте пять и более лет, а также снижение показателей одногодичной летальности.

Для достижения указанных целей необходимо пересмотреть организационную структуру онкологической службы, реализовав целый комплекс мероприятий, которые затрагивают не только онкологическую службу, но и всю систему здравоохранения в целом, в связи с чем большая доля мероприятий по совершенствованию онкологической помощи будет реализовываться в рамках других проектов, которые являются сателлитными.

Реализация мероприятий федерального проекта, как, например, формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, направлена на снижение потребления табачно-алкогольной продукции, формирование культуры здорового образа жизни, в том числе профилактику и предупреждение развития онкологических заболеваний. На ранние выявления онкологических заболеваний направлены мероприятия по проведению медицинских осмотров и скринингов по выявлению ранних онкологических состояний и заболеваний. В целях сокращения срока диагностики и повышения её качества на базе многопрофильных больниц предполагается создание центров амбулаторно-онкологической помощи, обладающих полным спектром оборудования и специалистов, необходимых для комплексной и быстрой диагностики основных видов новообразований. Данное

мероприятие невозможно рассматривать отдельно от развития системы оказания первичной медико-санитарной помощи. И здесь мы будем говорить о проекте развития системы оказания первичной медико-санитарной помощи.

Одним из основных направлений федерального проекта является повышение качества, эффективности лечения онкологических заболеваний путём модернизации материально-технической базы нового строительства и реконструкции онкологических диспансеров, в том числе иммуногистохимических, генетических лабораторий, а также объектов ядерной инфраструктуры. Совершенствование качества оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями будет реализовываться также в рамках федерального проекта развития сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрения инновационных медицинских технологий. При помощи национальных медицинских исследовательских центров будут внедрены клинические рекомендации, протоколы лечения больных с онкологическими заболеваниями в целях обеспечения на всей территории Российской Федерации применения высокоэффективных хирургических, химиотерапевтических, радиологических и других методов лечения. На их базе будет создана сеть центров. Кроме того, национальные медицинские исследовательские центры занимают лидирующие позиции по разработке новых методов диагностики и лечения онкологических заболеваний, в том числе при разработке отечественных лекарственных препаратов.

Реализация федерального проекта и его региональных сегментов поставит новые системные задачи по кадровому обеспечению структурных подразделений медицинских организаций, участвующих в оказании онкологической помощи.

И если за последние годы удалось закрепить положительную динамику в численности врачей по специальности «онкология», «детская онкология», «рентгенология», для многих регионов достаточно остро стоит проблема специалистов по специальности «радиотерапия», «радиология», «патологическая анатомия». Более того, реализация мероприятий проекта будет невозможна без специалистов с немедицинским образованием.

Реализация проекта также будет сопровождаться параллельным обновлением образовательных стандартов программ, разработкой образовательных модулей, постоянным повышением квалификации специалистов в первую очередь первичного звена по вопросам онконастороженности и раннего выявления рака, будет постоянной составляющей кадрового блока программы, который будет реализован в рамках федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций... (Микрофон отключён.)

Председательствующий. Добавьте, пожалуйста.

Камкин Е. Г. ...здравоохранения квалифицированными кадрами».

Отдельно хочу сказать про федеральный проект создания единого цифрового контура, который обеспечит создание региональных информационных систем организации оказания помощи больным с онкологическими заболеваниями и обеспечит создание единого цифрового контура и системы учёта оказания онкологической помощи пациентам онкологического профиля.

Таким образом, реализация федерального проекта носит межпроектный, системный характер, что позволит обеспечить достижение национальных целей, обозначенных в указе президента.

Уважаемые коллеги, в завершение хотелось бы ещё раз поблагодарить Государственную Думу, наших главных внештатных специалистов-экспертов, всех, кто принимал участие в разработке концепции федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями». Кроме того, в рамках предстоящих нескольких дней работы онкологического форума, я надеюсь, также будут выработаны новые предложения, которые мы сможем учесть при разработке федерального проекта. Ну и, соответственно, сегодняшняя дискуссия также позволит сделать ряд каких-то дополнительных положительных выводов, которые мы учтём в дальнейшей работе.

Спасибо большое. (Аплодисменты.)

Председательствующий. Спасибо большое, Евгений Геннадьевич. Я уверен, что в выступлении коллег прозвучат вопросы, поскольку у нас нет такого времени, чтобы мы рождали дискуссию.

Я ещё раз хочу сфокусировать ваше внимание, уважаемые коллеги, на том, что разговор неслучайно проходит в Государственной Думе, чтобы мы к нему приступили, взирая на проблему сквозь призму реалий простого человека, той обыкновенной модели пациента, живущего в селе или на окраине города, в свете доступности для него всех тех цифровых, технологических способов лечения, диагностики. Вот об этом мне хотелось бы вам всем напомнить.

Буквально позавчера ко мне обратились за помощью женщине с раком, с установленной злокачественной опухолью молочной железы, и, созвонившись с регионом, с онкологическим отделением, поговорив с онкологом, который, скажем так, является звездой для своего региона, я услышал, что диагностирована опухоль средней степени, никаких исследований, естественно, и планируется операция. На мой вопрос о химиолучевой терапии, о протоколах было сказано: «мы их не придерживаемся». Вот это сегодняшний день. Позавчера. И это не самый худший регион.

Слово предоставляется Михаилу Александровичу Меню, аудитору Счётной палаты Российской Федерации. Пожалуйста, Михаил Александрович.

Мень М. А. Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемый президиум! Уважаемые коллеги!

Благодарю за приглашение принять участие в парламентских слушаниях. Сделано много, но вы знаете, что Счётная палата обычно говорит о тех проблемах, которые имеются в той или иной отрасли, поэтому я сосредоточусь на основных проблемных аспектах обсуждаемой темы.

Фундаментальные основы обеспечения доступности и качества медицинской помощи являются обязательными для исполнения всеми медорганизациями порядков оказания медицинской помощи, а также стандартов медицинской помощи.

Вы все знаете, что в 2013 году 317-м Федеральным законом роли стандартов медицинской помощи в конкретной клинической практике были значительно либерализованы, и в настоящее время учреждениями здравоохранения применяется система клиничко-стационарных групп. Однако эффективность указанного механизма должна обеспечиваться оперативными перманентными решениями по его постоянному совершенствованию.

Проиллюстрирую на конкретном примере. Методическими рекомендациями Фонда ОМС оплата специализированной медицинской помощи по сложному онкологическому заболеванию у детей осуществляется в условиях стационара по 11 клиничко-статистическим группам. Однако соответствующий норматив финансового обеспечения в несколько раз ниже необходимого финансирования и недостаточен для оказания действительно результативной медицинской помощи указанной категории пациентов.

Вот конкретный пример.

Мы недавно в Счётной палате проверяли Центр Дмитрия Рогачева, и здесь выявлено, что финансовое обеспечение лечения пациентов с данным заболеванием было осуществлено за счёт средств Фонда ОМС на выполнение госзадания по оказанию медицинской помощи, не включённой в базовую программу ОМС, предусматривающей применение хирургического метода лечения.

В результате предусмотренное этим направлением финансирование позволило провести полный комплекс обследований и закупку всех необходимых медикаментов для лечения детей без применения хирургического вмешательства. Но учреждения мы были вынуждены привлечь к ответственности за нецелевое расходование средств.

Данная ситуация требует оперативной системной работы и Минздрава, и Фонда ОМС по актуализации соответствующих действующих нормативов финансовых затрат в зависимости от уровня медицинской организации.

Другим критичным аспектом является обеспечение контроля и эффективности использования бюджетных средств в сфере здравоохранения.

В настоящее время Счётной палатой проводятся контрольные мероприятия по проверке обоснованности показателей проекта бюджета Федерального закона о бюджете ФОМСа на 2019-й и на плановый период 2020–2021 годов. Так вот на 2019 год, как и в текущем году, на оказание медпомощи больным с онкологическими заболеваниями предусмотрены дополнительные субвенции в размере более 70 миллиардов рублей. Однако порядок распределения указанной субвенции, утверждённый ещё в 2012 году, не учитывает такие значимые показатели, как распространённость и заболеваемость злокачественными новообразованиями по различным субъектам Российской Федерации. Это очень важно.

Распределение дополнительной субвенции осуществляется исходя из численности застрахованных в системе ОМС, подушевого норматива и коэффициента дифференциации для каждого региона, учитывающего и экономико-территориальные особенности данного субъекта Российской Федерации.

В результате субъекты, имеющие низкую распространённость и заболеваемость злокачественными новообразованиями, получают планово больший размер субвенций на одного пациента этой категории. Безусловно, это нужно дорегулировать.

Кроме того, Фондом ОМС не предусмотрен порядок отчёта регионов о целевом использовании выделяемых средств. Указанные факторы формируют дополнительные негативные управленческие риски, и всё это необходимо отрегулировать, для того чтобы нам выполнить те параметры, которые заложены в указе президента от мая 2018 года.

Дополнительно хочу отметить, что проводимый Счётной палатой в ходе реализации контрольных мероприятий анализ результата мониторинга централизованных закупок лекарственных... *(Микрофон отключён.)*

Председательствующий. Добавьте время, пожалуйста.

Мень М. А. ...Россия показывает, что ежегодно в регионах списывают лекарственные препараты с истёкшим сроком годности на сумму 80 и более миллионов рублей. Может быть, на первый взгляд, для всей страны и небольшая сумма, но всё равно за каждым списанным лекарством стоят судьбы и жизни людей.

Основная часть из этих списанных лекарств и средств должна быть направлена на лекарственное обеспечение пациентов, страдающих данным заболеванием.

Минздраву России необходимо надлежащим образом реализовывать полномочия по мониторингу движения и учёту лекарственных препаратов, обеспечивать доведение до уполномоченных органов

исполнительной власти субъектов Российской Федерации полученных по результатам мониторинга данных и оперативно принимать решения о перераспределении лекарственных препаратов между регионами. Это позволит обеспечить большее количество пациентов лекарствами, а также сэкономит средства федерального бюджета.

Очень важно, я просил бы это зафиксировать.

Третье. При проведении Счётной палатой в 2016–2017 годах контрольных мероприятий, затрагивающих вопросы реализации федеральной программы госгарантий и бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, установлено, что регионы, пользуясь правом устанавливать дифференцированные нормы объёма медицинской помощи, утверждают их в количественных и стоимостных значениях ниже установленных на федеральном уровне.

Вот цифры. В 2016 году 58 регионов утвердили терпрограмму госгарантий с дефицитом в общем размере более 125 миллиардов рублей.

Территориальные программы на 2017 год с дефицитом 81 миллиард рублей. На 2018 год – более 65 миллиардов. Утверждены территориальные программы по 44 субъектам Российской Федерации.

Счётная палата ежегодно выявляет факты нарушения норм финансирования обеспечения медицинской помощи и направляет материалы в Генеральную прокуратуру. Однако существующие механизмы реагирования ограничиваются протестами прокуроров и признанием судами территориальных программ госгарантий недействительными в части нормативов финансирования, не вызывая практических последствий. Это очень важно.

Сложившаяся ситуация приводит к уменьшению соответствующих подушевых нормативов финансирования, снижению финансового обеспечения терпрограмм, что ограничивает доступность медицинской помощи и отрицательно влияет на показатели здоровья населения.

Исходя из изложенного, вопрос установления на законодательном уровне ответственности региональных властей за недофинансирование медицинской помощи в рамках терпрограмм госгарантий требует внимательного рассмотрения. И я хотел бы, чтобы в сегодняшних парламентских слушаниях это было отмечено.

Спасибо. Извините, что задержал время.

(Аплодисменты.)

Председательствующий. Спасибо большое, Михаил Александрович.

Уважаемые коллеги, я хотел бы ещё обратить ваше внимание, что по итогам наших парламентских слушаний мы издадим материалы отдельной такой книгой со всей стенограммой, и все ваши мысли, пожелания в резолюцию парламентских слушаний, конечно, будут учтены.

Позвольте предоставить слово Андрею Дмитриевичу Каприну, генеральному директору Национального медицинского исследовательского центра радиологии. Пожалуйста.

Каприн А. Д. Уважаемая Ольга Николаевна, Дмитрий Анатольевич, члены президиума и, конечно, дорогие коллеги!

Я сначала построил своё выступление так, что у меня в конце были предложения, но в связи с недостатком времени, потому что про онкологию и про проблемы, конечно, трудно вот так рассказать, я хотел бы попросить вас, чтобы я в середине сказал, а то у меня ещё будут несколько слайдов по европейскому опыту, перенимать который нам или нет, мы с вами подумаем.

Я хотел бы на этом слайде показать вам, что 30 апреля 1945 года был подписан указ о формировании онкологической службы в СССР, да, в 1945 году, за 10 дней до окончания войны. Как будто в большой стране нечего было делать, кроме как подумать об онкологической службе. Это говорит о мудрости наших с вами учителей. Не будем останавливаться и делать выводы. Посмотрите на те вещи, которые предлагались в тот период. Они будут очень схожи с теми вещами, которые мы с вами продолжаем пытаться решить.

Заболеваемость. В некоторых регионах, к сожалению, пытаются её снизить, не понимая того, что это невозможно. Это демографический показатель. И тем горячим головам, которые говорят, что надо у нас снизить заболеваемость, надо вменить, что у нас заболеваемость не может быть ниже, чем в Дании или в других странах, вплоть до законодательного понимания того, что при падении показателя заболеваемости ниже, чем в развитых европейских странах, туда надо просто выезжать комиссией и исследовать ситуацию с онкологической службой.

Минздравом сделано очень многое за эти годы. Посмотрите, удаётся при таком росте заболеваемости удерживать смертность, снизить летальность – все те индикаторы онкологической службы, которые являются в Европе нужными и которые подлежат анализу для понимания. Вот то, что у нас происходит сейчас. И мы с вами можем анализировать данные только 2017 года, потому что обычно два-три месяца после оценки регистра, который ведёт институт, который мне доверена честь возглавлять. С 1948 года ведёт регистр Институт имени Герцена, и вёл достаточно успешно. Однако его надо, наверное, совершенствовать.

Ещё раз обращаю ваше внимание на то, о чём сегодня все говорили и с чего начала своё выступление многоуважаемая Ольга Николаевна, – с тех поручений, которые даёт нам президент.

С одной стороны, конечно, это проще, потому что это всё уже описано, всё, что нам надо делать. С другой стороны, конечно, этого нужно достигнуть. А чтобы достигнуть, нужна вооружённость и кадровая, в том числе.

Вероника Игоревна Скворцова лично держит контроль за теми событиями, которые происходят вокруг национальной программы и внутри национальной программы. И вы знаете, что это достаточно большая группа исследователей, учёных и в том числе экспертов, которые принимают участие в разработке национальной программы. Евгений Геннадьевич очень чётко все это изложил, по моему мнению. Вот, собственно, наши партнёры, которые участвуют, и, конечно, мы не можем обойти, прежде всего, без законодательной поддержки инициатив. И впервые, наверное, за эти годы признано с 2015 года, что это наша проблема национальной безопасности, в том числе и онкологические заболевания, судя по указу нашего национального лидера.

Национальные проекты Минздрава России были доложены Евгением Геннадьевичем, но следует отметить, что создаются профильные комиссии. И говорили о том, что нужно создавать какие-то группы. Действительно, профильная комиссия должна существовать. Мы сейчас с Иваном Сократовичем пытаемся её формировать. Приглашены практически все руководители из параллельных отраслей, которые занимаются развитием онкологии, и группа Николая Аркадьевича, и Евгений Владимирович, и всех ведущих институтов, извините, что не все перечислил, но практически все приглашены в эту многоуважаемую профильную комиссию, которая, будем надеяться, будет работать хорошо. Теперь у нас просто другого выхода нет, потому что это поручение нашего национального лидера.

Итак, что же, какие предложения возникли? Они могут быть подвергнуты критике или дискуссии, но тем не менее, мы считаем, что назрело в плане законодательства в области организации канцеро-регистра. Конечно, канцеро-регистр не может работать без законодательной базы, не может быть отсутствия работы профильной комиссии. Должно формироваться нормативно-правовое закрепление региона, специфического подхода. Мы с вами прекрасно понимаем, что все регионы у нас разные.

Председательствующий. Добавьте время, пожалуйста.

Каприн А. Д. Гармонизация нормативно-правовых актов, федеральные уровни и уровни субъектов регионов Российской Федерации, совершенствование нормативно-правового обеспечения для системы контроля качества и доступности диагностики и лечения онкологических заболеваний и совершенствование нормативно-правового регулирования системы контроля работы главных региональных специалистов. Вот здесь тоже мы просим поддержки, так же, как и канцеро-регистр, потому что мы с вами понимаем, что эта вертикализация должна быть, это всё равно, что присоединить командиров полков и дивизии к губернаторам, и они будут подчиняться министру обороны собственно. А эта дисциплина военная. Мы же говорим о национальной безопасности.

Разрешите, я пропущу законодательную базу. Скажу, что ведутся сейчас два регистра. Один регистр, который находится под контролем лично Владимира Владимировича Путина. И все регламенты были подписаны лично президентом. Это эпидемиологический регистр, с радиационной безопасностью. У нас есть возможность, конечно, совершенствовать институт Герцена, регистр, если он будет поддержан законодательно, если мы будем получать средства, которые позволяют это делать.

Теперь к международному опыту. Я должен вам сказать, что наши сотрудники посещали эти все конференции. Действительно, сейчас в мире телемедицина мобильности и облачный доступ, носимые устройства, вот это очень важно в том числе и для проведения скрининговых программ. Искусственный интеллект Big Data, безопасность использования технологий блокчейн... Это сейчас те вызовы, которые современная онкология нам даёт. И если мы будем говорить о цифровизации, то не зря установили в европейских странах практически с 2017 года, а именно с 2017 года. Если мы сейчас за ними не успеем, то мы будем опять отставать. Вот сейчас мы идём с одинаковыми мыслями в этом направлении. Они в 2017 году хотят сделать единый канцеро-регистр, я на него ссылаюсь, до 30 миллионов человек объединённой Европы. И мы сейчас это можем сделать и развить, понимая и общаясь с ними, как это нужно будет сделать в том числе и в нашей стране. И я вам сейчас хотел показать, что, конечно, есть ещё одна проблема, которую очень трудно нам решать, – проблема вооружённости центров тяжёлой техникой.

К сожалению, мы не выпускаем пока ни одной тяжёлой машины для лучевой терапии. И здесь, конечно, нужно просить, и я знаю, насколько Сергей Анатольевич и, собственно, Минпромторг переживает за эту тему. И мы знаем, что у нас идут постоянные переговоры, но крайне сложно обслуживать технику, в том числе на местах, и перевооружаться. Это всё равно, что солдаты без артиллерии, которые стреляют из иностранных пушек, извините за такое сравнение, но опять же мы говорим о национальной безопасности и такой полувоенной стратегии. И мы вынуждены обращаться, так как любое ограничение запчастей может вывести всю радиологическую службу Российской Федерации из-под нашего контроля.

Поэтому спасибо вам и извините, что в середине пришлось дать эти предложения и спасибо вам за внимание.

Председательствующий. Спасибо большое. (*Аплодисменты.*)

Позвольте предоставить слово Владимиру Викторовичу Уйбе, руководителю Федерального медико-биологического агентства.

Уйба В. В. Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич, Ольга Николаевна, коллеги, я понимаю, что впереди ещё 30 выступающих, пролистаю все слайды, они, в общем, есть в материалах, кому интересно, их можно посмотреть.

Я хочу сказать, что и доступность, и смертность от онкологии, выявляемость и пятилетняя выживаемость, она, конечно, на территории подведомственных учреждений ФМБА России ниже, чем в целом по стране. Но это абсолютно понятно, потому что наши города более цивилизованны, компактны в части просто оказания медицинской помощи, наличия диагностических и других технологий, наличия врачей, доступности к этим врачам в первую очередь и участковым, и онкологам, поэтому я эти диаграммы показываю, но, как я сказал, учитывая всё-таки дефицит во времени, я бы хотел сказать о том, о чём сказал Дмитрий Анатольевич: а какой это будет для народа, для человека бонус? Так вот бонус-то в том, что мы в ближайшее время, а конкретно в конце 2018 года, заканчиваем и открываем первый в стране высокотехнологичный центр медицинской радиологии, это сегодня Сергей Анатольевич уже упоминал, это Димитровград, Ульяновская область. Я бы хотел ещё раз сказать, что таких полномасштабных аналогов, каким является центр в настоящий момент, в России не существует, и в нем будут оказываться все виды помощи с использованием ядерной медицины, как амбулаторно, так и стационарно. Ну, и, естественно, все новые технологии, это химиогормоиммунотерапия и так далее, лучевая протонная, радионуклидная, ПЭП и так далее.

Вот в целом уникальность этого центра состоит в объединении на одной площадке технологий на основе позитронно-эмиссионной томографии, радионуклидной диагностики и протонного центра. Кроме того, что очень важно и об этом сегодня тоже говорилось, на одной площадке с оказанием медицинской помощи будет и реабилитация. Вот это крайне важно, потому что сегодня, к сожалению, этот блок зачастую пациенты ищут по всем весям. Здесь будет на этой же площадке реабилитационный центр, причём очень мощный.

И поскольку онкология сегодня вторая после сердечно-сосудистых заболеваний по причине смертности, то введение центра протонной терапии позволит, конечно, качественно диагностировать и лечить как онкологию, так и сердечно-сосудистые заболевания, в том числе и на ранних стадиях. Ожидаемый эффект – я уже неоднократно это говорил – более 31 миллиарда сэкономленных в стране денег в год, притом что стоимость центра сегодня на выходе равняется порядку 20 миллиардов.

И я, конечно, хочу всех коллег пригласить в ближайшее время посмотреть на это сокровище, действительно, сокровище российской медицины и путь для лечения наших пациентов. Мы открываемся в конце года, но независимо от этого всегда рады показать уже сегодня, потому что мы заканчиваем работу, и можно сегодня посмотреть и протонные центры, и все остальные.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое, спасибо.

Уважаемые коллеги, позвольте предоставить слово директору Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук Чойнзонову Евгению Лхамцыреновичу. Пожалуйста.

Чойнзонов Е. Л. Добрый день, уважаемые члены президиума, дорогие коллеги!

Я сразу, как говорят, быка за рога. Не буду говорить об успехах современной клинической онкологии, скажу о том, что есть ряд препятствий, барьеров, которые мешают нам достигнуть более высоких результатов. Дело в том, что все, о чём мы здесь говорим: новые технологии, новое оборудование – может буквально завтра встать, и мы с этими барьерами, если не преодолеем эти барьеры. И вот сегодня я хотел бы сказать о том, что национальная стратегия по борьбе с онкологическими заболеваниями принимается на долгосрочный период. Она была разработана и рассмотрена большим коллективом онкологов, практикующих онкологов, и представлена на совещании профильной комиссии. Основная масса разработчиков сегодня присутствует в этом зале и следит за тем, как этот проект будет внедрён в жизнь.

Здесь необходимо говорить о совершенствовании нормативно-правового регулирования в онкологической практике, без этого совершенствования успехи наши будут скромны. Необходимо расширять перечень высокотехнологичной медицинской помощи и создавать национальную систему биобанков. Дело в том, что без достижения определённых успехов в экспериментальной онкологии клиническая онкология будет сегодня тормозить.

И вот группа барьеров, которые сегодня существуют, научные продукты, медицинские продукты – это представляет барьер первый, второй и третий. Установлено, что большая часть технологических и образовательных барьеров влияет на первый и третий этап реализации продукта. Барьеры социально-политического типа – на четвёртый и пятый. А вот законодательные барьеры затрагивают все этапы реализации тех разработок, которые мы сегодня ведём в наших научно-исследовательских коллективах.

И вот наиболее значимые законодательные барьеры. В этой просвещённой аудитории нет необходимости говорить обо всех, но несовершенство законодательной базы и подзаконных нормативных актов в области разработок в медицине и здравоохранении является очень важным и существенным тормозом. И вот сегодня мы, к большому сожалению, в присутствии представителей разных министерств должны сказать, что у нас существует разобщённость в деятельности ведомств. Мы не договорились сегодня говорить на одном языке: министерство, Минпромторг, Министерство здравоохранения и другие структуры, которые должны вывести отечественную онкологию, новые лекарственные препараты, новые технологии на рынок онкологической практики.

Отсутствие единого нормативного документа, регламентирующего проведение инновационных разработок в здравоохранение. К сожалению, нет сегодня единого реестра новых разработанных медицинских технологий, которые успешно могли бы быть внедрены в практику онкологических клиник. И ряд других проблем, которые сегодня мы должны, наверное, решить достаточно быстро.

И вот, говоря о финансировании академических институтов, научно-исследовательских институтов, я должен сказать о том, что вакуум финансирования на приобретение современного медицинского оборудования для клинических учреждений, академических институтов привёл к существенному отставанию в оснащённости ведущих академических институтов от учреждений практического здравоохранения. И, как результат, новые медицинские технологии разрабатываются с использованием морально и физически устаревших приборов и аппаратуры. Но это, как говорится, самая малая часть наших проблем. Отсутствие преемственности при разработке новых медицинских технологий. И вот наша задача как раз устранить эти проблемы. Мои коллеги, уже сегодня выступая, много говорили о том, что должен быть новый регистр, отсутствие которого очень серьёзно сказывается на нашей повседневной работе. Нормативная база должна быть переработана.

Председательствующий. Добавьте, пожалуйста, минуту.

Чойнзонов Е. Л. Я должен сказать о том, что создание сети биобанков России и развитие сотрудничества между биобанками даст возможность участвовать в глобальных национальных и межгосударственных проектах. И вот мы сегодня говорим о том, что достаточно большое количество ПЭТ-центров новых технологий в области ядерной медицины будет внедрено. Но подготовка кадров, к сожалению, не ведётся достаточным образом. Будут запущены ПЭТ-центры, центры ядерной медицины, а кадры подготовлены не будут. Эту работу надо начинать вести параллельно со строительством, с разработкой, проектированием этих ПЭТ-центров.

И вот посмотрите, достаточно большая география, достаточно большое количество центров ядерной медицины, но, к сожалению, нет учебных центров подготовки и профессиональной переподготовки врачей, радиотерапевтов, радиологов и медицинских физиков. Такие центры должны быть созданы в ведущих наших учреждениях в Москве, Санкт-Петербурге, Томске. И мы можем в этом отношении помочь с подготовкой кадров. Я думаю, что такая проблема должна решаться законодательно на уровне Государственной Думы Российской Федерации. Если сегодня медицинский физик должен иметь профессиональное образование по специальности «медицинская физика», высшее профессиональное образование по специальности «физик атомного ядра и частиц», дополнительное образование он должен опять-таки получить по медицинской физике. И вот на сегодняшний день в системе российского высшего образования, которое в 2011 году перешло на новый уровень подготовки – бакалавриат и магистратура, возможность обучать студентов по указанным специальностям отсутствует.

Нам необходимо пересмотреть квалификационные требования, включив в них физические и химические направления магистерской подготовки. И дело в том, что эти специалисты, работая в клинических учреждениях, получают значительно меньше, чем врачи-практики. Это немаловажный аргумент, который отталкивает специалистов от работы в онкологических учреждениях нашей страны.

Я думаю, что это не полный перечень моих предложений, но тем не менее это дополнение к тем замечаниям и предложениям, которые прозвучали с этой трибуны.

Я хочу вас поблагодарить за внимание. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое, Евгений Лхамациренович. (*Аплодисменты.*)

Мы обязательно учтём эти замечания.

Позвольте, многие вопросы, которые вы обозначили, лежат в плоскости или в сфере ведения Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения. Я прошу выступить Михаила Альбертовича Мурашко. Пожалуйста.

Мурашко М. А. Глубокоуважаемый президиум! Глубокоуважаемые коллеги!

Я остановлюсь коротко на тех проблемах, которые мы видим по результатам контрольных мероприятий, обобщённо, чтобы не затягивать время.

Первое. Это, конечно, то, о чём сегодня сказал Евгений Лхамациренович: скорость диагностических исследований. Сегодня в порядке оказания медицинской помощи предусмотрено, что до начала специализированного лечения на специализированной койке должно пройти не более двух недель. Поэтому то, что в национальный проект входит развитие сети диагностических амбулаторных подразделений, это, на наш взгляд, как раз будет снимать ряд проблем, которые сегодня существуют.

Вторая, наиболее значимая проблема, которую мы видим, – это качество диагностики, в том числе гистологической диагностики, и стандартизация этих методов во всех регионах Российской Федерации. Безусловно, именно качество гистологической диагностики, использование генетических методов, исследований и так далее – это наиболее значимая проблема для постановки диагноза, и, конечно, она в рамках национального проекта должна быть решена, в том числе с учётом референс-центров.

Следующий момент, принципиально важный, – это регистры, которые должны формироваться сегодня не по статичному принципу, а именно регистры как методология сопровождения пациента на этапе получения им лечения.

Сегодня есть очень хороший опыт реализации таких регистров в акушерстве и гинекологии. Есть ряд регионов, которые реализовали это по онкологическим программам, в частности, Свердловская область сегодня наиболее успешный проект, который реализуется. Поэтому без онлайн-сопровождения пациентов на всех этапах диагностики, лечения и реабилитации ведение этих пациентов будет менее эффективно. Это факт. Поэтому в национальный проект этот раздел также погружается.

Следующий момент – это изменение требований в порядке оказания медицинской помощи по вопросам лицензирования. Не хотел называть большое количество цифр, но одну цифру всё-таки назову.

Стационарную помощь сегодня имеют по онкологическому профилю 1303 организации. К сожалению, эти медицинские организации всё-таки нужно пересматривать так же, как мы по ряду видов работ и услуг уже пересмотрели, нужно требования по ним... не хотел такое слово произносить, но тем не менее, ужесточать. Потому что стационарная помощь является одним из ключевых этапов, когда пациент получает хирургическую помощь, лучевую и так далее. И необходимо будет разделять для определённых видов помощи, в частности химиотерапевтическая – там нужно будет сделать, видимо, более лояльный подход к лицензированию, по лучевой терапии – отдельный блок. То есть порядок оказания медицинской помощи должен в ближайшее время быть пересмотрен совместно со специалистами и в том числе специалистами нашей службы, осуществляющей надзор. С Министерством здравоохранения мы имеем общее понимание.

Ещё один момент – это принципиально важная лекарственная терапия и лекарственное обеспечение. Конечно, национальный проект однозначно при тех объёмах финансирования решит массу проблем, которые связаны с лекарственной терапией. Но не знаю, случайно это или специально, но в средствах массовой информации, как в отечественных, так и в зарубежных, прошла буквально в последние два дня информация, полученная рядом учёных, о 30-дневной летальности после начала химиотерапии.

Качество химиотерапии зависит не только от отбора химиотерапевтического препарата, что тоже важно, и развития инновационных методов диагностики для подбора лекарственной терапии, но и непосредственно от самих подходов фармаконадзора и так далее. Поэтому имеются такие данные, что до 50 процентов летальных исходов после начала химиотерапии связаны с неправильным подбором химиотерапии. Поэтому мы видим сегодня эту проблему в медицинских организациях: подготовка препаратов, выбор препаратов, сопровождение пациента и так далее.

И ещё один принципиально важный подход, который, на наш взгляд, тоже требует отдельного внимания: это вопрос касаясь популяционной профилактики. Сегодня в рамках медицины, основанной на доказательствах, есть десять принципов, которые позволяют популяционно снизить количество злокачественных заболеваний. При ожирении, например. Доказанным фактом является, что ожирение повышает риск развития более 12 видов онкологических заболеваний. Понятно, с какими процессами это связано, углубляться сейчас не будем.

Ещё один принципиальный момент – это использование на сегодняшний день биологически активных добавок и витаминов, бесконтрольный их приём. Сегодня даже появился такой современный термин, как биохакинг, когда пациенты пытаются с помощью тех или иных добавок улучшить своё физическое или умственное когнитивное состояние, которое в конечном итоге в том числе повышает определённый риск развития заболевания. Сегодня уже эти данные также есть.

Ещё один важный момент – это ряд профилактик, связанных с активностью, с кормлением грудью и так далее. То есть популяционные мероприятия, касающиеся снижения онкологических заболеваний, также имеют принципиальное значение. Сегодня, к сожалению, пока в устоявшемся варианте у населения это не сформировано.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое. *(Аплодисменты.)*

Уважаемые коллеги, позвольте предоставить слово Елене Николаевне Сучковой, заместителю председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Сучкова Е. Н. Спасибо, Дмитрий Анатольевич.

Уважаемые коллеги, сегодня уже у многих выступающих прозвучали в докладах те проблемы, которые на сегодняшний день существуют.

Я хотела бы рассказать о тех мерах, которые приняты федеральным фондом совместно с Министерством здравоохранения по урегулированию ситуации с онкологическими заболеваниями в пер-

спективе на 2019–2021 годы и рассказать о том, что нами сделано уже в этом, текущем году. И учитывая, что федеральный фонд является неотъемлемой частью, так сказать, финансовой составляющей системы здравоохранения в целом, я перейду сейчас к формированию программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 и плановый до 2020 года, в которой предусмотрено увеличение размера субвенций на 21,5 процента на 2018 год, что позволяет повысить тариф на оплату медицинской помощи, в том числе на одно из приоритетных направлений по профилю «онкология».

По предварительной оценке, объём средств обязательного медицинского страхования на оплату онкологической медицинской помощи в 2018 году достигнет более 138 миллиардов рублей, что практически на 37 процентов выше уровня 2017 года, в том числе на химиотерапию эти средства составят 78 миллиардов, что на 27,8 процента выше уровня 2017 года.

Одновременно, с целью совершенствования медицинской помощи пациентам с онкозаболеваниями, в 2018 году предусмотрены следующие изменения. Уровень госпитализации по профилю «онкология» увеличен на 40 процентов, по сравнению с 2017 годом. Осуществлена детализация клинико-статистических групп по случаям, связанным с проведением химиотерапии, дифференцированной по 425 схемам лечения в зависимости от назначаемого лекарственного препарата. При этом предусмотрен коэффициент затратоемкости, который составляет в круглосуточном стационаре от 0,56 сотых до 11,02, в дневном стационаре от 0,45 до 18,44 единиц.

В рамках реализации мероприятий во исполнение указа президента, о котором сегодня здесь говорили, номер 204, по программе «Борьба с онкологическими заболеваниями» продолжено развитие новых технологий, в том числе в части проведения противоопухолевой лекарственной терапии пациентам. Предусмотрены изменения по профилю «онкология» на 2019–2021 годы в следующем. Дополнительно запланировано на лечение пациентов с онкозаболеваниями методом химиотерапии 70 миллиардов рублей, о чём говорил сегодня Мень Михаил Александрович. На 2019 год – 70 миллиардов, на 2020 год – 120 миллиардов, 140 миллиардов на 2021 год.

В программе госгарантий на 2019–2021 годы выделены отдельно нормативы объёма медицинской помощи и нормативы финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи по профилю «онкология» как в стационарных условиях, так и в условиях дневного стационара.

На 2019 год запланирован более существенный рост расходов, до 216,8 миллиарда по профилю «онкология», что на 56,5 выше планируемых затрат 2018 года, в том числе в стационарных условиях на 28,7 процента и в условиях дневного стационара на 178,1 процента. Из них на проведение химиотерапии 152,6 миллиарда рублей, что на 95,7 выше планируемой оценки 2018 года.

В целях контроля исполнения нормативов объёма финансовых затрат медицинской помощи по профилю «онкология», не допуская снижения, вносятся следующие изменения в статистическую форму 62, и там же будет осуществляться ежемесячный мониторинг федеральным фондом за исполнением норматива объёма финансовых затрат медицинской помощи по профилю «онкология».

Кроме того, хотела бы сказать, учитывая ограниченность времени, что уже сейчас в реестр счётов, который мы получаем в соответствии с приказом 79 федерального фонда, внесены дополнительные поля, которые позволяют контролировать на всех этапах, от начала постановки диагноза...

Председательствующий. Добавьте, пожалуйста.

Сучкова Е. Н. ...до применения медицинской помощи для онкологических больных. Этим вопросом будут заниматься страховые представители третьего уровня, для которых уже созданы методические рекомендации по проведению и осуществлению данного контроля.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое. (*Аплодисменты.*)

Уважаемые коллеги, позвольте предоставить слово Юрию Александровичу Шельгину, руководителю Государственного научного центра колопроктологии.

Пожалуйста, Юрий Александрович.

Шельгин Ю. А. Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич, глубокоуважаемые коллеги!

Я должен сказать, что, конечно, ни у кого в этом зале нет сомнения, что та программа, которую сейчас разрабатывают, даёт реальный шанс улучшить результаты лечения всех онкологических заболеваний. Но я хотел бы использовать, с моей точки зрения, оптимальную модель, которая вполне реально может улучшить результаты. И мы знаем, я не случайно об этом говорю, что по данным ВОЗ у женщин по частоте колоректальный рак занимает второе место, у мужчин – третье место, и такая же ситуация у нас в стране, поскольку в 2015 году было выявлено 68 тысяч вновь заболевших колоректальным раком. Соответственно, каждые 15 минут у нас в стране появляются два новых случая рака. К сожалению, один пациент умирает. И мы все понимаем, что прежде всего результаты лечения зависят от стадии. То есть при первой и второй стадии возможно спасти более 80 процентов пациентов. Но вот до настоящего времени у нас в стране более чем у 50 процентов пациентов рак диагностируется в третьей и четвёртой стадии, поскольку начальные формы рака практически не имеют никаких клинических проявлений. И совершенно понятно то, что уже предусмотрено в программе: прежде всего ключом для решения этой проблемы является скрининг всех заболеваний и в том числе колоректального рака.

Но если применительно к этой локализации, то, конечно же, ключевыми методами является прежде всего тест на определение скрытой крови в кале, который необходимо делать ежегодно, и колоноскопия, которая является здесь золотым стандартом. Её рекомендуется, как у нас в стране, так и в большинстве стран, выполнять каждые пять лет в возрасте старше 45 лет. Соответственно, при семейном анамнезе – ежегодно.

Но вместе с тем этот метод не только предназначен для диагностики ранних форм, но является и профилактикой. Поскольку мы все понимаем, что у значительного числа больных, по нашим данным, минимум у 12,5 процента выявляются полипы, и они тут же подлежат удалению и, соответственно, прерывается вот эта закономерность: в 95 процентах случаев аденома, аденокарцинома – прерывается этот момент. Поэтому здесь выгода двойная. Я взял и использовал из той программы, которая разработана Минздравом, вот этот слайд, который показывает, действительно осознанно, что эту проблему возможно решить практически представителям всех специальностей. Вы видите, что здесь, в этих центрах амбулаторной онкологической помощи, именно на их базе возможно решить эти проблемы скрининга. Хотя мы убеждаемся, уже отработывая эту модель в регионах, что, конечно, встретятся определённые сложности. Сумасшедшая нагрузка ляжет на эндоскопистов. Поскольку понятно, что это будет скрининг, там требуются очень значительные инвестиции в развитие этой службы. И мы здесь уже предусмотрели в наших профстандартах возможности переподготовки специалистов в колопроктологии, например. Эту функцию необходимо обязательно оставить, я тут полностью разделяю точку зрения Николая Аркадьевича.

В равной мере, как и вменение в функцию колопроктологов выполнение эндоскопии, поскольку мы знаем, что чаще всего колоректальный рак локализуется в левых отделах. И мы готовы сказать, что пытались отработать в нескольких регионах эту модель и столкнулись ещё с одной проблемой: да, всё великолепно, вот мы, мои сотрудники осмотрели 546 пациентов. И вы видите, что уже у 27 были выявлены полипы, и они были удалены у всех больных, то есть произведена профилактика. И посмотрите, удивительные вещи – у 13 пациентов выявлен рак, но по сути дела у 70 процентов это была 1 и 2 стадия, то есть это обязательно сработает. На базе нашего центра располагаются две кафедры: кафедра колопроктологии и кафедра эндоскопии – и мы готовы проводить переподготовку специалистов. По сути дела, не ограничены мы, готовы выезжать. У нас только в этом году 22 таких выезда в различные регионы уже запланированы и большая часть их осуществлена.

Я хотел сослаться на мировой опыт, конкретно опыт английских коллег. Вы видите, что было возвращено более миллиона тестов кала на скрытую кровь, положительными они оказались у 17 518 пациентов. Этим пациентам сделали колоноскопию и выявили практически у каждого десятого с положительным тестом опухолевый процесс злокачественный. Обратите внимание, по сути дела, совпадение данных: у 72 процентов 1-я стадия заболевания, и, соответственно, прогнозируется улучшение выживаемости от колоректального рака на 16 процентов. Казалось бы, все хорошо. Маленькая деталь: было роздано 2 миллиона тестов, вернули 1 миллион тестов.

И вот задача: я считаю, что мы должны подумать, каким образом мотивировать наших пациентов отдать самое дорогое, что они имеют почти каждодневно. Здесь нужно каким-то образом законодательно воздействовать и мотивировать, потому что я боюсь, что у нас может быть этот показатель существенно ниже, чем, положим, у наших британских коллег. Необходимо подумать законодателям, каким образом мотивировать пациентов и заставить их – работодателей, самих пациентов, может быть. Некоторые горячие головы высказывают предложения, что если не прошёл это обязательное обследование, тогда заставлять оплачивать не за счёт федеральных фондов, а может быть, из собственного кармана. Но каким-то образом в этом направлении нам, несомненно, потребуется работать. И я тут полностью согласен со всеми коллегами, что эту проблему возможно решить, но решить совместными усилиями и медицинского сообщества, и законодательной власти, и, конечно, масс-медиа, каким-то образом попытаться заставить больных быть дисциплинированными. Я не знаю, как это решить.

Спасибо за внимание. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое.

Позвольте предоставить слово Николаю Фёдоровичу Герасименко, члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья. Пожалуйста, Николай Фёдорович.

Герасименко Н. Ф. Уважаемый Дмитрий Анатольевич, уважаемые коллеги!

Главная задача парламентских слушаний – это выявить актуальность проблемы для государства, понять, какое необходимо законодательное регулирование и сколько это будет стоить. Это основные задачи, которые мы ставим.

И здесь много уже услышали, что необходимо законодательно регулировать. Вот то, что Владимир Владимирович поставил амбициозно такие цели – увеличение продолжительности жизни до 80 лет к 2030 году, и к 2024 – до 78, я думаю, это не очень обрадует онкологов, поскольку они прекрасно понимают: чем старше возраст, тем больше онкологических заболеваний. И при этом правильно абсолютно говорил Андрей Дмитриевич: не надо бояться увеличения заболеваемости. В той же Австралии выявляют 600 заболеваний, и ничего страшного не происходит.

Самое основное – не то, что много заболеваний регистрируется. Самое главное, первое – это профилактика. Учить онкологов, как выявлять, как лечить? А многие вещи от них, собственно говоря, не зависят. Уже говорили: курение – это рак лёгких, трахеи, 60 процентов. Уже говорили о питании, которое вызывает 12 форм рака. Мы проводили парламентские слушания об ожирении, питании.

Кроме того, загазованность городов, те свалки, которые радиацию излучают – не зависит от онкологов это все. Это дело и работа государства в государственном масштабе. Сейчас действительно занялись свалками немного, занялись водой, занялись снижением, допустим, загазованности. Но этого все ещё недостаточно.

Вопрос следующий – выявление, профосмотры. Мы вот недавно приняли закон в первом чтении о том, что работающее население необходимо хотя бы раз в году подвергать диспансерному наблюдению, потому что многие работающие не проходили осмотр. И здесь очень важный вопрос работающей первичной сети, потому что у нас нехватка врачей первичных сетей, как нехватка онкологов. Но первичная сеть должна выявлять и иметь онкологическую настороженность.

Здесь уже говорили о мотивации граждан к ведению здорового образа жизни и ответственности гражданина за своё здоровье. У нас ответственность гражданина за своё здоровье реально никаким образом практически не регулируется. И вот мы планируем провести «круглый стол», на который хотим пригласить работодателей, медицинские страховые организации, юристов, медицинских работников, пациентские организации, чтобы обсудить то, о чём недавно только передо мной выступали, говорили: каким образом мотивировать человека на ведение здорового образа жизни. И опять же, с одной стороны, закон горячей печки: сделал неправильно – наказан, сделал правильно – получаешь какие-то преференции. Эти проблемы очень серьёзно нужно будет обсудить и выйти на определённое законодательное регулирование.

Также говорили о крайней важности нашей прессы. Пресса у нас ударила в рекламу нездорового продукта, который есть нельзя. Дальше – больше, реклама оккультно-мистическая всех этих чародеев, магов, волшебников. Я вспоминаю, когда был на той же Каширке и в других местах, все оклеено, зовут объявления «мы вас вылечим», «мы вам поставим диагноз» и так далее. А поскольку люди уходят от настоящей диагностики и лечения, то, естественно, смертность увеличится. У нас уже несколько лет лежит закон об ограничении рекламы этих колдунов, магов, чародеев, но, к сожалению, мы не можем решить эту проблему, потому что нет определения, что такое оккультно-мистические науки.

И ещё, на чём я хотел остановиться: у нас есть межведомственные согласования. Вот есть стратегия формирования здорового образа жизни, которую Минздрав разработал, значит, сейчас стратегия борьбы с онкологическим заболеванием. И раннее выявление и борьба с онкологическим заболеванием. И вот раннее выявление, профилактика, предупреждение должны стыковаться. Зачастую идёт нестыковка между работой Минздрава, социального блока и блока экономического: когда, например, Минздрав выступает против курения и нужно формировать мнение об этом у населения, многие в том же правительстве выступают о тех же электронных сигаретах, что они должны регулироваться отдельным законом, это послабление. Или, допустим, когда говорим о цветовой маркировке продуктов питания, чтобы не было ожирения и так далее, позиция у экономического блока правительства: вы нарушаете права производителей, это влияет на их прибыль, экономику и так далее. И поэтому решение этой важной задачи, которую поставил президент, не должно возлагаться только на одних медиков, должны только вместе, объединив все усилия правительства, Государственной Думы, специалистов, только тогда можем мы достичь положительных результатов.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое.

Наверное, нужно научиться мотивировать не только граждан, но и экономический блок правительства. Поощрять, если они на нашей стороне.

Слово предоставляется Геннадию Тихоновичу Сухих, директору Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии.

Сухих Г. Т. Уважаемые коллеги, уважаемый президиум! Спасибо огромное за возможность сказать несколько слов от имени центра и академика Ашрафяна, который сидит в зале.

По праву ли мы претендуем и захватили часть онкологии в нашей стране? Мы с вами видим рак молочной железы, шейки матки, рак тела матки, рак яичников, заболеваемость голубым цветом и смертность. Мы с вами видим только нарастание этих цифр и их не снижение. Наши коллеги из Томска блестяще говорили о новых современных необходимых методах, конечно, мы должны быть готовы, Дмитрий Анатольевич, к увеличению общей заболеваемости. И мы это хорошо все понимаем.

Если взять общую онкологическую заболеваемость в стране, то вычлененное, вот четыре наши области: молочная железа, матка, яичники, 38 с лишним процентов. Это 125 тысяч ежегодно. А если мы говорим о смертности, то мы каждый год теряем 45 тысяч женщин в нашей стране.

Смертность женского населения от злокачественных новообразований: мы с вами видим число погибших женщин до 40 лет. Почему мы приводим эти цифры? Да потому что каждый губернатор, приезжающий к нашему лидеру, знает о детской и материнской смертности. Мы потеряли совсем неболь-

шое количество в этом году, и мы теряем по сути дела вот это дикое, семь с половиной тысяч людей, женщин, которые потенциально могли бы родить. Это женщины репродуктивного возраста.

Не останавливая здесь ужасающие цифры, разница, кажется 201 погибший или 185, это минус 25 тысяч сохранённых жизней. Мы сегодня с таким оптимизмом говорим здесь, но надо отдать себе отчёт – все ли, что делается в мае 2018 или 2012 года, реально можно выполнить? Вот почему мы должны искать пути решения. Обозначенные – это вещи, которые подлежат скринингу. А вот рак яичника, кроветворная система, поджелудочная железа, они фактически не подлежат какому-то скринингу, какому-то управлению.

Роль федеральных центров гигантская, и мы с вами видим, что реорганизация первичной медицинской помощи увеличит число больных первой и второй стадии на 50 тысяч. Достигаемо ли это? Я не хочу говорить, может быть, я сейчас остановлюсь в какой-то степени. Дмитрий Анатольевич, вот наш коллега из ОМС говорил о сумасшедших цифрах, о деньгах. Мне даже стало страшно, потому что на наш центр перинатальный ушло два миллиарда. И мы восемь с половиной тысяч рождем суммарно каждый год.

Куда уходят эти деньги? Эти деньги уходят на закупку лекарств, эти деньги уходят на молекулы, которых у нас нет, эти деньги могли бы остаться в стране, если бы наша великая химическая промышленность и мы изменили менталитет этого безумного марафона испытаний. Почему мы? Мы говорили об этом с Сергеем Анатольевичем в Геленджике. Почему нам не создать fast-track? Почему нам эти молекулы, которые мы знаем, мы не хотим экспортировать, почему не создать лекарства на этой основе? Почему принципиально не изменить порядок нашего движения? Мы не вылечим больше опухолей, но мы переведём так называемое хроническое состояние, мы продлим жизнь на пять, десять лет и так далее.

Что для этого нужно? Конечно, профилактика метастатической болезни – тяжелейшая международная задача. Кадры, наука. За восемь лет до указа президента мы создали отдел инновационной онкологии. Четыре года тому назад создали программу молочной железы. Год тому назад, за год до майских постановлений создали институт онкогинекологии, банк биологического материала, эпигенетику и много, много всего разного.

Председательствующий. Добавьте, пожалуйста.

Сухих Г. Т. Значит, 10-летняя выживаемость требует колоссальных усилий, она требует нового. Мы показываем новое, например, жидкостную биопсию за счёт масс-спектрометрии. Это наши исследования нашей страны. И в связи с этим я хотел сказать, что впервые сделано.

Мы имели на начальном этапе не самое прямое отношение: два препарата эпигенетических для лечения молочной железы и рака шейки матки. С изменением эпигенетики эти наши препараты прошли все испытания. Они прошли весь этот путь. Используем их, производим их.

И последнее. Дмитрий Анатольевич, ну, нельзя же так поступать и делать, чтобы препараты, чтобы химические препараты, техника, которые, к сожалению, не зарегистрированы у коллег и у Михаила Альбертовича, это он инициатор новых инициатив, ему огромное спасибо за это. Создать лаборатории опережающего развития, разрешить 22 национальным центрам внедрять все современное, и мощное, и нужное и не ждать каких-то одобрений классического пути.

Хорошее было время. Я родился в 1947-м. Почувствовал Сталина только в то время, когда носил в это замечательное 5 марта его портрет. Создать площадку, огромная программа, должен быть орган, управляющий этим. А внутри органа должны быть люди, как в то время. Вот там ГУЛАГ, а там тройка.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое.

Такая у вас философия в завершение. Про «шарашкины конторы», которые были, да? Я думаю, что в наше время мы можем себе позволить более гуманные площадки, но постараемся быть такими же эффективными все вместе.

Позвольте предоставить слово Валерию Анатольевичу Елыкомову, члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья. Пожалуйста, Валерий Анатольевич.

Елыкомов В. А. Добрый день, уважаемые друзья, коллеги!

Я хотел бы сегодня остановиться на сравнении. На сравнении, понятном всем тем, кто занимается государственным здравоохранением не один десяток лет. Вот я смею вам напомнить, покажите, что мы, собственно говоря, получили в Российской Федерации с введением региональных сосудистых центров. (*Демонстрируется слайд.*) Это реально первая вещь, которая вывела нашу смертность на более низкий уровень. Это все прекрасно понимают. За счёт чего? За счёт того, что создали региональные сосудистые центры. И вот там есть положительное влияние, есть отрицательное влияние. Положительное в том, что мы не остановились на уровне просто региональных сосудистых центров, мы пошли вглубь, мы пошли в первичное звено. И только тогда, когда компьютерные томографы и ангиографы были поставлены в маленькие города, только тогда, когда мы научились работать со скорой помощью и с медициной катастроф, только тогда, когда мы научились передавать больных из реанимации после инсультов, только после этого у нас пошли результаты. Вот сейчас та же ситуация.

(Демонстрируется слайд.)

У нас появляется мечта, национальная мечта. Мы хотим снизить смертность от онкозаболеваний. Хорошо, давайте обопрёмся на тот опыт, который есть. У нас есть великолепные региональные центры, я уже не говорю про федеральные. Это сегодня не обсуждается. Это уровень мировой. Где проблема? А проблема в том, что между региональными центрами, какие бы они у нас развитые ни были, и первичным звеном пропасть. А в чем, собственно говоря? Ведь в онкологии, в отличие от кардиологии либо ОНМК, есть одна вещь: есть время между тем, когда выявлено заболевание, и тем, когда начнём лечить. И вот тут начинаются круги ада. Выявили рано, больной два месяца побегал кругами и перешёл в третью стадию. И совершенно другие результаты.

Значит, первый вопрос, принципиальный, который нам предлагает программа: давайте создадим онкологические поликлиники. Совершенно правильная идея. Где она сработает? Она сработает там, где есть структура, где есть кадры. Вот я себе представляю так: у нас есть фактически в нашей родной гематологии дневные стационары. Они занимают почти половину от того, что мы лечим на стационарных койках. И химиотерапия там идёт, потому что там есть подготовленные кадры. И там есть взаимосвязь со стационаром и диагностикой, и все остальное.

Теперь давайте представим многопрофильную поликлинику при крупной клинической больнице, там есть гастроэнтеролог, пульмонолог, кардиолог.

А где там онкологи по специальностям? То есть мы в любом случае вынуждены будем опираться на специалистов узкого профиля из онкодиспансера, а вот этого взаимодействия нет, а на сегодняшний день мы готовим их более трёх лет. То есть мы сейчас говорим о будущем и чётко понимаем, что создать вот такие онкологические поликлиники из-за кадровой проблемы сейчас будет очень сложно.

Следовательно, сразу вопрос нашему Минздраву. Наверное, если мы хотим получить скачок, надо сделать скачок в нашем сознании в отношении преподавания этих специальностей, а иначе доходит до того, что человек, который занимался параллельной специальностью, должен ещё лишний раз учиться в ординатуре после 40 лет. На это никто не пойдёт, мы должны реально стоять на ногах.

Следующий вопрос в отношении выездной работы. Правильно, выездная работа – очень серьёзный путь. И я просто на примере нашего Алтайского края скажу: если мы вместе с онкодиспансером выезжаем в «Поезде здоровья», мы с каждой тысячи пациентов, которые живут в селе, находим два рака. Это страшная статистика. Поэтому эта работа должна быть обязательна.

И третий вопрос, который я хотел бы поднять, – это лекарственное обеспечение. Вы понимаете, все хорошо, у нас 21,5 процент увеличения по ОМС на следующий год. Очень хотелось бы, чтобы у нас тарифы увеличились в соответствии с тем, сколько нужно на одного больного, а сейчас по факту получается, в начале года проведите конкурс на все...

Председательствующий. Добавьте время.

Елькомов В. А. А в последующем мы не можем купить препарат на одного больного, а когда мы его купим, поезд уже уйдёт.

Поэтому, может быть, наряду с комиссией, которая будет общей, надо подумать о том, чтобы вообще был закон об оказании онкологической помощи в Российской Федерации.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое. *(Аплодисменты.)*

Коллеги, позвольте предоставить слово Валерию Григорьевичу Савченко, директору Национального медицинского исследовательского центра гематологии. Пожалуйста.

Савченко В. Г. Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич, члены президиума, гости и наблюдатели!

Прежде всего, хочу начать не с анекдота, а просто с того, что было. В 2006 году была опубликована статья одного очень серьёзного исследователя из Принстонского университета, и он начинал её словами: «В 1971 году Президент Никсон объявил борьбу с онкологическими заболеваниями Соединённых Штатов Америки и с помощью сената выделил какие-то (ну, во сне не приснятся) деньги на борьбу с этими заболеваниями». 1971 год.

Через 30 лет посчитали и ужаснулись: смертность как была 200 на 100 тысяч населения, так и осталась, а технологии развились фантастические. Как это объяснить? Недоумение.

А в это время кардиологи уменьшили смертность с 600 до 300 на 100 тысяч населения, и таким образом те, кто не умер от инфаркта и сопутствующих подобных заболеваний, стали доживать до рака, то есть популяция стала старше и стали до него доживать. В этой связи нас ждёт, конечно, много интересного в нашей программе, потому что популяция пополняется новенькими, но и неизбежно будет стареть, поэтому число раковых заболеваний будет увеличиваться. Мы должны это понимать. Причём в возрасте старше 60 лет она будет увеличиваться логарифмически, а не линейно, и это все прекрасно понимают. Поэтому нужно представлять себе, что будет, если мы будем иметь популяцию, живущую до 80 лет.

Теперь в отношении учёта всех наших действий. Об этом сегодня много было сказано, и я полностью разделяю эту концепцию. Называть теперешнюю заболеваемость, распространённость

и смертность регистром, наверное, не следует, хотя это очень важная информация. В справочнике замечательная есть цифра, очень важная.

Но там какой-то анекдот иногда бывает. Почему? Потому что считаем инцидентность, по сути дела, и результаты, которые мало кого интересуют. Пятилетние переживания, пережитие пятилетнего рубежа, годовичную смертность... Михаил Альбертович, я с вами полностью согласен, считать нужно от момента воздействия и всю оставшуюся жизнь биологического объекта и контролировать. Вот это есть в ФМБА. Там, кстати, очень ярко это показано. Пока мы биологический статус больного не знаем и не знаем, что с ним произошло, мы не имеем права это оценивать.

И в этой связи можно взять суррогатный маркер, не брать выживаемость реальную. Бог с ней, но годы спасённой жизни... Хронический миелолейкоз – восемь тысяч пациентов благодаря программе «семь нозологий» прожили за последние 12 лет 10 тысяч лет. Только так можно оценивать эффективность работы любого учреждения по длительности спасённой жизни, продлённой жизни, если хотите, чтобы не считать эту реальную выживаемость.

Поэтому регистры федеральные с оценкой жизни биологического статуса больных всех, которые проходят через службы, – это должен быть федеральный серьёзный регистр без всяких подкручиваний в статистике, которая неизбежна.

Я хочу согласиться с Геннадием Тихоновичем Сухих. Гематология – это та область, где запасов времени на диагностику просто нет, где-то ещё есть, а там просто нет. Там можно умереть в течение двух дней или двух недель, и этого запаса нет. Поэтому логистику диагностики лейкоза, то есть самых агрессивных опухолей человека, текущих очень быстро, необходимо развивать отдельно. И теперь нужна логистика, потому что там нет времени.

Я глубоко убеждён в том, что на базе современных областных больниц и онкодиспансеров будет очень сложно сделать гематологические отделения. Они не смогут развиваться в полной мере, потому что нужна очень мощная диагностика. Я убеждён в том, что нужно построить во всех округах, во всяком случае, значимых округах, те центры федеральные, которые похожи на наш центр, но меньше по размерам, меньше подобной инфраструктуры, тогда вся первичная терапия, диагностика, молекулярная диагностика, генетика и иммуногистохимическое исследование будут в одном регионе, а дальше все это перераспределять по округу, тогда это будет эффективно. Сейчас лечение этих больных неэффективно. Я с вами согласен, Михаил Альбертович, месячная летальность бывает от 20 до 50 процентов.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, пожалуйста предоставьте слово Дмитрию Николаевичу Майстренко, директору Российского научного центра радиологии и хирургических технологий.

Наш комитет очень активно занимается проблемой онкологических заболеваний. Я после этого попрошу продолжить ведение Николая Фёдоровича Герасименко и после этого – Валерия Анатольевича...

Майстренко Д. Н. Глубокоуважаемый президиум! Глубокоуважаемые коллеги!

Прежде всего, разрешите поблагодарить за предоставленную возможность выступить перед вами. Наш центр занимается проблемами ядерной медицины с момента его создания сто лет назад. Технологический прогресс в этом направлении начался 25 лет назад, четверть века назад.

В настоящий момент уровень материально-технической базы достиг довольно приличного состояния. Это позволяет только в петцентре нашего центра ежегодно обследовать шесть тысяч пациентов. Также на неплохом уровне находится производственная база радиофармпрепаратов. Это позволяет не только заниматься рутинной работой, но и разрабатывать новые радиофармпрепараты.

Далее, чтобы не задерживать ваше внимание, я пролистаю слайды, на которых вы поймёте то многообразие радиофармпрепаратов и методов их применения, которые объяснят актуальность поднятого нами вопроса, хотя он будет казаться, в отличие от предыдущих, довольно частным. Я не буду задерживать ваше время, просто представлю вашему вниманию списки радиофармпрепаратов, их 11, которые в рутинной работе используются, остальные идут в рамках госзаданий по науке, то есть количество их непрерывно растёт. (*Демонстрируются слайды.*)

И вот мы переходим к нашим правовым проблемам.

Первая – общего характера. В Федеральном законе «Об обращении лекарственных средств», кстати, утверждённом приказом Министра здравоохранения Российской Федерации, отсутствует непосредственно указание на то, что медицинское применение радиофармпрепаратов не требует специального разрешения либо Минздрава, либо другого уполномоченного федерального органа исполнительной власти. Как ни странно, это создаёт основание для вольной двойственной трактовки положений этого закона и определённые препятствия для развития производства радиофармпрепаратов.

Ну и, наконец-то, теперь станет понятно, для чего я листал те слайды, которые иллюстрировали многообразие радиофармпрепаратов. Обратите внимание, в настоящее время существуют два действующих СанПиНа, один от 2008 года, второй от 2009 года. В разделе «О нормах радиационной безопасности» в СанПиН от 2008 года указано, что мощность дозы фантомного излучения на расстоя-

нии одного метра от тела пациента с введённой активностью радиофармпрепарата на выходе из-под разделений радионуклидной терапии не должна превышать трёх микрозивертов в час, что полностью противоречит таблице, которая находится в составе СанПиН от 2009 года, где цифры совершенно другие – 10, 20, 100 и 80.

А теперь хотелось бы обратить ваше внимание на первый столбик этой таблицы. Здесь перечислено всего четыре радиофармпрепарата, притом что я в качестве иллюстрации показал огромное количество нужных, современных радиофармпрепаратов. Здесь нет ни лютеция, ни иттрия, ни других широко используемых у наших потенциальных противников на Западе. Поэтому у нас такая простая просьба, она не требует больших вложений денежных средств. Просим решить эту казуистику в правовом вопросе. Это нам значительно поможет в нашей работе. Спасибо огромное.

Председательствующий. Уважаемые коллеги, у нас ещё 24 доклада, а время работы один час. Если вы не возражаете, есть предложение перейти на трехминутный регламент и в основном говорить о предложениях, которые потом пойдут в рекомендации. Нет возражений? Иначе просто не успеть всем.

Слово предоставляется Шляхто Евгению Владимировичу, директору научно-медицинского исследовательского центра имени Алмазова. Пожалуйста, Евгений Владимирович.

Шляхто Е. В. Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич, глубокоуважаемые коллеги, члены президиума! Прежде всего, спасибо за приглашение не онколога на парламентские слушания по онкологии. Я думаю, что это в целом отражает ту тенденцию, что спасение ситуации – это дело всего профессионального сообщества. И мне кажется, вместе с парламентариями мы должны найти выход и решить те задачи, которые стоят перед отраслью.

Хотел просто сказать, что онкологическая патология и судьба онкологического больного, безусловно, зависят от того короткого этапа, когда он общается с онкологом, с хирургом, но это только миг в его жизни. Дальше он попадает в реальную клиническую практику со своими сопутствующими заболеваниями, со своими проблемами, с реабилитацией, с теми социальными потерями, которые возникают в результате того сложного и тяжёлого диагноза. Поэтому вопрос исхода для пациентов и тех затрат, которые будут потрачены на стоимость услуги, далеко выходит за рамки онкологии. Поэтому я поддерживаю ту позицию в том, что мы нуждаемся в большей координации в работе, и пациент вправе рассчитывать на более скоординированную помощь со стороны медицинского сообщества.

Нужно сказать, что мы поддерживаем тот тренд на пациентоориентированную помощь, который есть сегодня в здравоохранении России, и мы должны быстрее передвигаться от ситуации, когда у нас ключевым индикатором являются деньги, к ситуации, когда ключевым индикатором будет результат, тот пациентоориентированный подход, который сегодня есть в мире и внедряется во многих отраслях, в том числе должен внедряться и в онкологии. Пациент должен быть в центре внимания, он должен принимать участие во всех этапах оказания медицинской помощи.

В этой связи, я думаю, абсолютно к месту было замечание Дмитрия Анатольевича о том, что есть известная в мире обособленность онкологических центров, которые живут отдельной жизнью и не всегда оценивают пациента в целом – те сопутствующие заболевания, показания, противопоказания, последовательность, логистика вмешательств, недооценка для пациента последствий онкологических вмешательств, особенно у женщин онкофертильности, беременности. И ещё очень важный вопрос – это гиперконцентрация онкологических пациентов в отдельных стационарах и степень моральной травмы.

Поэтому, мне кажется, что подход, нацеленный на интеграцию помощи, ценностный подход, мультидисциплинарный подход – это тот путь, который действительно позволит улучшить качество доступной помощи. Весь мир сегодня говорит о том, что помощь должна оказываться в лучших центрах по профилю. Накопление опыта, большое количество больных, целевая подготовка специалистов, эффективность, экономия ресурсов и денег, ускорение инноваций на этом фоне – это тот цикл, который позволит в рамках лучших центров развивать лучшие практики и сделать их доступными для наших пациентов. Как это будет на межрегиональном и крупнофедеральном уровне, я думаю, что это все должно решаться в рабочем порядке.

Безусловно, крайне важно измерение исходов. Любые программы, если они не будут мониториться, если мы не будем отслеживать исходы, обречены на неудачу. Поэтому вопрос снижения расходов предполагает, безусловно, измерение тех затрат, которые мы реализуем на лечение.

Посмотрите, что дают системы больших данных? Десятки и сотни миллиардов долларов экономии на всех этапах оказания онкологической помощи. Поэтому модель пациента, которая нацелена на интеграцию помощи, по данным наших немецких коллег, приводит к существенным экономиям с ресурсоуменьшением смертности и улучшением, самое главное, качества жизни наших пациентов на примере рака предстательной железы.

И последнее, что хотел сказать: безусловно, онкология очень сложная дисциплина, я думаю, что это мультидисциплинарная дисциплина, к этому нужно именно так и относиться, а не только как к отдельному этапу оказания помощи, будь то биопсия, удаление или паллиативная операция.

Я думаю, что, в общем, должно быть заключение о том, что у нас сегодня есть все возможности для решения тех задач, которые поставлены президентом, вопрос только в правильной маршрутиза-

ции и в интеграции помощи. Мы должны создать систему пациентоориентированной помощи, которая обеспечит её своевременность, адресность, персонифицированный подход, интеграцию усилий и конечный оптимальный результат.

Благодарю за внимание.

Председательствует член Комитета Государственной Думы по охране здоровья Н. Ф. Герасименко

Председательствующий. Спасибо, Евгений Владимирович. *(Аплодисменты.)*

Уважаемые коллеги, Евгений Владимирович затронул как раз пациентоориентированную модель оказания помощи. У нас здесь есть представители, два представителя пациентов, и я хотел бы предоставить слово Жулеву Юрию Александровичу, сопредседателю Всероссийского Союза пациентов.

Жулев Ю. А. Спасибо огромное за возможность выступить. Очень кратко.

Первое. Мы готовы активно взаимодействовать с комитетом на тему, как же мотивировать наше население на диспансеризацию и раннее выявление онкологических заболеваний. Не готов обсуждать кнут, готов обсуждать пряник. У нас есть похожая методика и механизмы, в том числе поощрение донорства крови, мы это знаем, она законодательно закреплена, поэтому мы считаем, здесь нужно подключать Фонд обязательного медицинского страхования и страховые медицинские компании, потому что на них в том числе возложено сейчас информирование населения о диспансеризации и так далее.

Хочется очень много говорить и о маршрутизации, о сроках, здесь совершенно правильно говорили о том, что здесь каждая минута дорога. И, к сожалению, действующий механизм оказания медицинской помощи не вполне этому соответствует. Я уже не хочу упоминать, хотя, наверное, придётся, федеральный закон 44-й. Я не представляю, насколько оперативно в рамках этого закона органы власти и медицинские учреждения могут реагировать и закупать необходимые лекарственные препараты, так что все это серьёзнейшие проблемы.

Хочу откомментировать очень важный момент. Радует, безусловно, дополнительное финансирование Фонда обязательного медицинского страхования. Но тоже просим обратить внимание насчёт тарифов, насколько эти сами тарифы и КСГ соответствуют сегодняшнему дню. Поэтому нужно, чтобы это дополнительное финансирование всё-таки имело выхлоп, реальный выхлоп в тех объёмах, необходимых достаточных объёмах медицинской помощи.

И, наконец, заключительное, но и очень важное, – это прямой наш посыл, называется регистры. Мне крайне неприятно, даже на этом заседании мы выясняем, что центральной, основной онкологической регистр не имеет достаточной нормативно-правовой базы. Я, как юрист, не только от пациентского сообщества, заявляю, что в нашем секторе – я имею в виду здравоохранение – тема регистров упущена и нет нормальной нормативно-правовой базы по любому регистру, конечно, включая онкологию. Поэтому эта тема серьёзнейшая, я призываю комитет на неё обратить внимание.

Спасибо огромное.

Председательствующий. Спасибо.

Слово предоставляется Саверскому Александру Владимировичу, президенту Всероссийской общественной организации «Лига защиты пациентов».

Пожалуйста, Александр Владимирович.

Саверский А. В. Спасибо, Николай Фёдорович!

Уважаемые дамы и господа, тема чрезвычайно важная. Люди умирают, люди жалуются на недоступность помощи, на недоступность лекарств, на то, что не вовремя ставятся диагнозы, и это боль семьи, страх в обществе.

И есть одна очень важная проблема, о которой я хотел бы с вами посоветоваться и предложить, может быть, её решение. Я обратил внимание, что есть такая тенденция, об этом говорилось много раз и в этом зале, когда один из губернаторов ещё лет 10 назад сказал, что ему дешевле купить квартиру в Москве, чем лечить дорогостоящих пациентов. Эта проблема сохраняется. На сегодняшний день сотни судебных разбирательств идут в регионах, когда власть субъекта начинает судиться со своими пациентами, то есть обращается против своего народа.

И я подумал, что на самом деле, наверное, что-то не так в самой системе, раз это так, потому что изменить это невозможно. То есть субъект, если на нем ответственность и расходы, будет стараться эти расходы сокращать.

Решением может быть передача систем здравоохранения федеральному центру, я понимаю, что это сложно, и только тогда у вас субъект встанет на сторону своего населения. Я благодарен предыдущим выступающим, Каприну Андрею Дмитриевичу и Сухих Геннадью Тихоновичу, как раз за риторику в стиле военных действий, потому что онкология, те вызовы, которые мы сегодня с вами получаем, – это реальная война, причём война с действующей армией. Вы, онкологи, – это действующая армия.

Но представьте, что она разделена на 89 субъектов Федерации, где каждая дивизия решает, как она будет воевать со своими стандартами: то ли она его предпринимает, то ли нет, то ли закупает. Разница в ценах на лекарство до сорока раз доходит, мы с вами знаем. И получается, что на самом деле надо сегодня попытаться поговорить о том, чтобы создать централизованную систему управления этими процессами.

Да, Минздрав должен иметь административные полномочия, иначе чем он управляет? Как можно управлять армией, которая ему не подчиняется?

Здесь и планирование закупок, и очень важный момент: говорили, что уже пора создать какое-то агентство по оценке новых технологий и внедрению их, потому что дальше двигаться невозможно без этого.

У нас с вами есть закон «Об обращении лекарственных средств», и это приводит к тому, что лекарства обращаются где-то отдельно, а пациенты – отдельно, и не всегда пересекаются. У нас нет закона об обеспечении лекарствами населения. Невозможно двигаться дальше в той архаичной системе, которая создана за 30 последних лет и растянута во времени, и там идёт перетягивание одеяла, каждый на себя, и просто много противоречий, которые можно устранить только созданием такого закона.

И такая мелкая деталь, казалось бы: сейчас речь идёт о создании клинических рекомендаций, реформировании всей этой системы. Но посмотрите, у нас перечень ЖНВП не гармонизирован со стандартами, соответственно, не будет и с клиническими рекомендациями гармонизирован. Как это можно? То есть в стандарт не входит лекарство, которое по протоколу положено? Вот так и лечим все, так оно и происходит.

И последнее, что нужно сделать, на мой взгляд. Нужно придать понятию «здоровье» понятие экономического фактора, в конце концов. Потому что без здоровья труд невозможен, здоровье – это способность трудиться, кроме всего прочего. Только тогда, когда мы поймём, что здоровье создаёт экономику – нездоровые люди не могут создать экономику по определению – и научимся это все считать: считать эффекты от лекарства, от вашего лечения, в трудоднях, вызовах скорой помощи и так далее, это большая важная работа, – тогда у нас здравоохранение превратится в инвестиционное. И все то, что вы сейчас делаете, это не чёрная дыра, а реальное подспорье всей нашей экономической модели.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо.

Много выступали представители центра Москвы, но хотелось бы послушать регионы. Я хотел бы слово предоставить Веретянкину Сергею Викторовичу, главному внештатному специалисту-онкологу Министерства здравоохранения Саратовской области. Пожалуйста, Сергей Викторович.

Веретянкин С. В. Спасибо за возможность выступить.

Уважаемые коллеги, вкратце. Много говорилось о том, что необходимо реализовывать общенациональную программу по борьбе с онкологическими заболеваниями, и представлялись пути её реализации. Есть совершенно ясные и понятные пути, которые можно запрограммировать, спланировать по времени и реализовать. Это и строительство, и оснащение, и переоснащение. Здесь все более или менее ясно и понятно. Но мне хотелось бы заострить вопрос на совершенствовании кадрового обеспечения онкологической службы.

Как уже было сказано, сама по себе онкология – сосредоточение максимального количества совершенно различных технологий под одной крышей. В настоящий момент по Саратовской области укомплектование онкологических кадров врачами 76–78 процентов из года в год. По прогнозам, на ближайшие пять лет будут востребованы ещё 730 единиц, из них 90 врачей.

С одной стороны, у нас есть вуз в регионе, которому 110 лет, есть кафедра онкологии с 45-летней историей, третья в Советском Союзе, тем не менее есть проблемы с кадрами в самом вузе. Хирурги наиболее долго воспитываются, тяжело хирурга воспитать, вырастить. И, соответственно, требования к самим преподавателям. Одно из требований – это наличие сертификата по хирургии, наличие сертификата по онкологии, это оказание лечебной помощи, так как все кафедры клинические располагаются на базах собственных или других клинических учреждений. Но, с другой стороны, данные преподаватели по трудовой книжке являются преподавателями высшей школы. Эта запись не даёт им право на досрочное назначение трудовой пенсии, как остальным хирургам. Во многом это объясняет сейчас недоукомплектованность врачами высококвалифицированными, которых мы хотели бы заполучить на кафедры для ведения преподавательской деятельности, но такой возможности не имеем.

Поэтому, наверное, имеет смысл рассмотреть вопрос о включении преподавателей высших учебных заведений, преподающих на клинических кафедрах хирургию, гинекологию, лор и любые инвазивные вмешательства, чтобы они попадали также под назначение льготной пенсии.

И, столкнувшись сейчас с изучением нормативной документации по строительству новых и реорганизации старых онкоцентров, обнаружилось, что нигде нет в предусмотренной документации обязательного наличия учебных площадей, аудиторий, учебных классов для обучения и повышения постдипломной квалификации.

Председательствующий. Спасибо, Сергей Викторович. (*Аплодисменты.*)

Слово предоставляется Лазареву Александру Фёдоровичу председателю комитета Алтайского краевого Заксобрания по здравоохранению и науке, заведующему кафедрой онкологии Алтайского государственного медицинского университета, главному онкологу Алтайского края.

Лазарев А. Ф. Уважаемый президиум, уважаемые коллеги!

Онкология – очень дорогостоящая дисциплина, поэтому необходима объективная оценка эффективности тех больших финансовых вложений, которые планируется внести. Отдельные показатели, такие как заболеваемость, смертность, не годятся для этой цели: во-первых, они мало зависят от состояния медицинской помощи, а во-вторых, они связаны со структурой онкологических заболеваний.

Мы видим невысокий уровень заболеваемости, а точнее, это выявляемость, соответственно, и смертность. Нельзя объективно их принимать к сведению. Нами предложена комплексная оценка эффективности, которая оценивает удельный вес критерия позитивного ряда по этой формуле, она представлена, и когда мы оценили, регионы получили картину совсем другую. И когда пошли вливания солидные, программы заработали, смотрите, как стала изменяться картина в России в 2010–2017 годы. Поэтому все регионы дают позитивную динамику, но разное отступление, и это зависит от того, какие аспекты, какие направления развиваются в этих регионах.

Поэтому, мы считаем, необходимо определение эффективности качества онкологической помощи одновременно по совокупности ряда негативных и позитивных критериев, и это определит, насколько эффективны оказались вложения в данном направлении.

Второй вопрос тоже сегодня прозвучал очень сильно – это профилактика злокачественных новообразований. Должен сказать и Мурашко, и всем остальным, что на сегодняшний день популяционная профилактика имеет ограниченное значение, она имеет значение, надо заниматься, но в мире не продвинулись ни на йоту.

На примере рака молочной железы, видите, новые методы обследования, но не улучшилась особенно диагностика, не улучшилась профилактика, заболеваемость продолжает расти, смертность тоже. Можно поставить диагноз рано только с помощью очень дорогостоящих методов, таких как МРТ, ПЭТ, а они долго ещё не будут доступны всему населению нашей страны так же, как и за пределами.

Нами предложен двухэтапный подход к ранней диагностике и профилактике злокачественных образований. Вначале отбирается в группу онкологического риска индивидуальная карта риска рака молочной железы, это учёные сегодня хорошо отработали, мы знаем по каждой локализации эти риски, а вторым этапом формируется таблица влияния рисков. Это тоже сегодня методика определена, она запатентована. Определяем риск. Если мы определяем 80 процентов до третьего уровня – нет рака и не будет, достоверность 95 процентов. Если мы регистрируем 4–5 уровень, он присутствует в субклиническом состоянии, определена диспансеризация, профилактика мероприятий. И в нашем диспансере создан регистр 540 пациентов, на этой основе включены пациенты высокого риска, 153 выявлены в первой и второй стадии, 97,5.

Поэтому данный подход позволяет резко снизить контингент пациентов на дорогостоящие и углублённые исследования, повысить эффективность профосмотров и профилактировать.

И должен сказать, что сегодня, уважаемые коллеги, программа переключается на смартфон, на смартфоне это можно тестировать, каждый пациент способен заниматься самопрофилактикой.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо, Александр Фёдорович. (*Аплодисменты.*)

Слово предоставляется Пушкарю Дмитрию Юрьевичу, главному специалисту-урологу Министерства здравоохранения Российской Федерации. Пожалуйста, Дмитрий Юрьевич.

Пушкарь Д. Ю. Глубокоуважаемые коллеги! Слайд я буду сам быстренько делать. Мне нужна одна минута, потому что мы говорим о взаимодействии. Вот сказали про войну. Урологи давно на войне, и война эта была определена таким образом, что мы должны воевать за онкологию и мы должны всех урологов наделить возможностью заниматься онкологией.

Это было в начале 90-х годов, и мы с Олегом Борисовичем Лораном, дай бог ему здоровья, привезли в страну простат-специфический антиген, Андрей Дмитриевич прекрасно это помнит, потому что все мы, присутствующие урологи и хирурги из онкологов, и стали онкологами из урологов и хирургов, как, в общем, большинство специалистов, здесь присутствующих, и мы привезли ПСА.

ПСА – дешёвый маркер, который позволил изменить полностью диагностику рака предстательной железы в стране. 37 тысяч сегодня рака простаты, в США – 170 тысяч, мы понимаем, что путь ещё долгий, но тем не менее, и сегодня мы видим в три, четыре, пять раз увеличение диагностики онкоурологических заболеваний, которая выполняется урологами на 110 процентов.

О чём это говорит? О том, что мы уже начали выполнять то, о чём мы сейчас говорим, много-много лет назад, и мы считаем, что до сих пор существует низкий уровень активного выявления, который должен быть отдан урологам. Нам не нужно строить областные маленькие, большие центры, тратить огромные деньги, нам нужно просто урологов наделить знаниями, что мы сегодня делаем в рамках профильных комиссий и будем делать совместно с академией при муниципалитете в рам-

ках двух профильных комиссий и в рамках Московской урологической школы совместно с главным онкологом Москвы профессором Хатьковым.

Мы наделяем специалистов знаниями, это недорого. Почему? Потому что известно, кто этим занимается, мы сегодня говорим про рак простаты. 110 процентов этим занимаются урологи. Сегодня, к сожалению, в Москве ситуация лучше, чем в России, и сегодня, к сожалению, 40 процентов – это действительно Т 3, Т 4. Сегодня средний возраст пациента на 15 лет старше, чем тот, в котором нужно определять ПСА. К сожалению, на постсоветском пространстве есть пять стран, где вообще ПСА нет. Вот там действительно совсем-совсем другая история.

Что касается нашей помощи: мы имеем примеры Свердловской области, где действительно эта мужская программа работает много лет. Мы имеем примеры Краснодарского края, мы имеем примеры Ленинградской области, где 50 на 50, где урологи нашли возможность взаимодействовать. Опухоль почки, простое ультразвуковое исследование – это простой скрининг, им тоже занимаются урологи в кабинете, а не в каком-то специально построенном центре, абсолютно спокойно, экономя государственные деньги. И опять же, что касается хирургического лечения – это основное лечение, и выполняют его те специалисты-урологи, которые сегодня все считают себя онкологами и правильно делают.

То же самое с мочевым пузырём, не буду останавливаться. Как же быть? Что же делать? В мире нет разделения на урологию и онкологию, а онкологии мы рекомендуем, прежде всего, выпускать врача-уролога с сертификатом онколога. Мы абсолютно точно доказали Веронике Игоревне, прекрасно об этом знает Евгений Геннадьевич, что мы выпускаем сегодня уролога за три года, полгода это будет гинекология, полгода будет онкология, он выпускается с сертификатом онколога, и он готов помогать во всех регионах нашей страны. Это задача всех специалистов.

Вот такое наше предложение, очень простое – сделать всех специалистов-урологов специалистами-онкологами, как во всём мире, которые будут заниматься ранней диагностикой и в дальнейшем, если необходимо, маршрутизацией, а те, кто может лечить сами, будут лечить сами, это уже мы решим по стандартам качества.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо.

Я хотел бы предоставить слово Кекелидзе Зурабу Ильичу, директору «Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии». Хотелось бы понять, какая связь психиатрии, наркологии и онкологии, это будет интересно.

Кекелидзе З. И. Несмотря на то, что при многих формах рака после врачебного вмешательства наступает улучшение состояния, и в части случаев пациент вообще умирает не от этого заболевания, а от другого, само по себе население заболевание рак воспринимает как фатальное, полагает, что это связано с невыносимой болью и обязательно заканчивается летальным исходом. И эти случаи нередко являются причиной суицидальной попытки.

Онкопсихиатрия – странное вроде бы название, но на самом деле оно имеет право на существование. Почему? Потому что как только человек получает информацию о том, что он болен раком, это стресс, это острая реакция на стресс, это чрезвычайная ситуация для индивида.

А это определение ВОЗ чрезвычайной ситуации, и она касается не какого-то обязательно масштабного события, но оно может быть у индивида любого. И поэтому само собой, что она поражает любого вне зависимости от прежнего опыта или социального положения.

Факторы, влияющие на тяжесть, – это предварительная оценка личностью стресса, то бишь прогностическая оценка грядущих событий, совпадение индивидуального прогноза с реальным и, что очень важно, изменение социальной значимости личности в окружающей среде. Среда весьма своеобразно реагирует на человека, который болен раком. Фактически при раке возникает и другое расстройство, но психическое.

Какой вид стресса возникает? Континуальный стресс, то есть он присутствует постоянно, пока присутствует угроза самого заболевания раком. И вот этот стресс протекает по-разному. Есть гендерные отличия, у детей особенности имеются и особенности проявления стресса у пожилых людей. Это тоже следует учитывать.

Реакция на стресс сопровождается моторным возбуждением. Вот здесь могут быть реакции по типу короткого замыкания, и суициды наступают, но в большинстве случаев эта реакция сопровождается психомоторной заторможенностью. Вот это длится три-четыре дня, эта острая реакция на стресс, а потом развивается то, что называется «посттравматическое стрессовое расстройство». Здесь нарушение сна, изменение пищевого поведения, изменение веса тела, давления и так далее. Часто это приписывают развитию основного заболевания, но на самом деле оно является проявлением посттравматического стрессового расстройства. Изменение поведения, стремление к выявлению достоверных признаков. Это хождение к гадалкам, прорицателям и так далее, нахождение лиц, которые могут помочь, стремление к посещению церкви, и так далее, и так далее.

Что для этого нужно, и что мы уже начали осуществлять с Институтом Герцена? Это совместные программы для врачей-онкологов, чтобы они знали об этом. Второе – чтобы родственники знали, как обращаться и как работать. И третье – отношение самих больных. Я подчёркиваю, это не работа психологов – это психическое заболевание, международная классификация – болезнь МКБ-10, и этим должны заниматься психиатры и психотерапевты.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Зураб Ильич, вот я неоднократно встречался с пациентскими организациями перенёсших рак. И они все тоже говорят о стрессе и просят введения медицинских психологов в состав онкодиспансеров. У нас нет в составе онкодиспансеров медицинских психологов, а это...

Кекелидзе З. И. Медицинские психологи не лечат, я подчёркиваю, не лечат острую реакцию на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство и так далее – все, что я перечислил. Это должен быть врач. Врач, имеющий образование, окончивший ординатуру по психиатрии, а потом по психотерапии должен получить образование. Психологи к этому отношения не имеют.

(Аплодисменты.)

Председательствующий. Ясно. Хорошо.

Слово предоставляется Шароеву Тимуру Ахмедовичу, профессору кафедры педиатрии Московского областного научно-исследовательского института имени Владимирского.

Пожалуйста, Тимур Ахмедович.

Шароев Т. А. Моё основное место работы – Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В. Ф. Войно-Ясенецкого. Вот этот красавец-центр, который вы видите, вот там моё основное место работы.

Ну, прежде всего я хочу поблагодарить Дмитрия Анатольевича за предоставленную возможность выступить в столь представительной аудитории.

Мне придётся полностью свой доклад переделать, и я буду только вносить те предложения, о которых сейчас говорили.

Мы много говорим о статистике. В 60-х годах смерть от злокачественных опухолей у детей занимала второе место, уступая лишь несчастным случаям. В 70–80-х годах статистика не изменилась. И сегодня эти показатели точно такие же. Вот на этом слайде вы видите: первое место в структуре смертности у детей – несчастные случаи, это экономически развитые страны. Второе место занимают злокачественные опухоли.

И вот тогда возникает вопрос: а почему же это происходит, если дети болеют злокачественными опухолями в десятки раз реже? Вот здесь представлены данные. Сегодня это где-то 16–17 человек на 100 тысяч населения, если брать мировые данные, и примерно так же ситуация обстоит в России.

А умирают дети по-прежнему так же часто. Кроме того, эти цифры соответствуют показателям смертности у взрослых. На мой взгляд, вот здесь корень всего зарыт.

Посмотрите, дети поступают в онкологические учреждения, 76,5 процентов детей с запущенными стадиями – третьей и четвёртой, и только лишь 23,5 процента при первой, второй стадии.

Так в чем же причина, если вы слышите о том, что детские онкологи говорят: сегодня практически мы можем гарантировать выздоровление детей от злокачественных опухолей почек, но при первой, второй стадии не менее 95–98 процентов детей выздоравливают?

Это же касается гемобластозов, например, лимфомы, лимфогранулематоза. Так в чем же тогда дело? На мой взгляд, основная причина зарыта в отсутствии связей между врачами-онкологами, детскими онкологами и врачами неонкологических специальностей.

И вот здесь, читая лекции врачам, детским хирургам и педиатрам Московской области, я вижу вот эту колоссальную пропасть – отсутствие базовых знаний, абсолютное отсутствие знаний по детской онкологии.

Поэтому главное внимание, на мой взгляд, следует обратить на подготовку врачей, будущих врачей, студентов медицинских вузов (в Москве их пять, занимающихся такой подготовкой), на то, чтобы присутствовали эти базовые знания.

Вот если эту ситуацию мы изменим, то, я думаю, эти показатели начнут меняться в лучшую сторону, а то мы варимся в собственном соку, мы говорим об онкологии среди онкологов.

Вот такие поступают дети, вот эти ужасики, которые я вижу, приходится это пролистать. Вот, на наш взгляд, вот этим определяются, этим положением успехи в детской онкологии, вот они здесь перечислены. *(Демонстрируется слайд.)*

Нет возможности остановиться на отдельных моментах, но очевидно то, что технологии сегодня занимают колоссальное место, например, компьютерное моделирование до операций. Сегодня есть возможность построить модель операции, которая полностью соответствует операционным находкам. Для этого нужны современные технологии, это то, что есть у взрослых обязательно, а в детских учреждениях... пожалуй, наш центр является уникальным, с точки зрения технологий.

Посмотрите, ведь детская онкология – это не только онкология детей до 16 лет, это онкология новорождённых, это дети до 28 дней жизни. *(Демонстрируется слайд.)*

Иногда мне приходится слышать о том, что в нашей стране занимаются опухолями новорождённых. Это не совсем так. Для того чтобы заниматься этой проблемой, нужны совершенно другие условия – это совершенно другая онкология.

Пройдитесь по онкологическим детским отделениям регионов, где вы работаете, и посмотрите, сколько кувезов располагаются в онкологических отделениях.

И, завершая своё выступление, я просто последний слайд хочу показать, весь этот кошмар и ужасы, но это то, что может сегодня хирургия. Мы сами говорим, что хирургия может сегодня так много, что, кажется, почти все – это эндопротезирование, это... *(Демонстрируется слайд.)*

Посмотрите, что может сегодня пятидневный ребёнок, посмотрите только этап и операцию, вот вам, пожалуйста, пересадка лица, вот то, что сегодня может детская хирургия, онкохирургия. *(Демонстрируется слайд.)*

И вот схема последняя. Пожалуйста, результаты химиотерапии. Вот эта схема представлена здесь – это последний слайд, собственная стратегия здесь не представлена вся, не должно быть горизонтальных связей в самой верхней таблице: родильный дом, районная поликлиника, – дети сразу должны поступать в специализированные онкологические учреждения, поликлиники. *(Демонстрируется слайд.)*

У нас, например, трехуровневая поликлиника, где второй и третий уровни – специалисты-онкологи и третий – профессорские консультации, где эта помощь моментально может оказываться, в том числе и с колёс.

Я благодарю вас за внимание. Вот здесь представлен сайт prsmed.ru, все остальное можно прочитать на этом сайте. Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо.

Слово предоставляется Решетову Игорю Владимировичу, заведующему кафедрой онкологии и реконструктивной хирургии Первого Московского медицинского университета имени Сеченова.

И, наверное, теперь нужно Валерию Анатольевичу председательствование передать.

Решетов И. В. Уважаемый председатель! Уважаемые коллеги!

Спасибо, что дали возможность затронуть сейчас ещё раз проблему образования в онкологии, она прозвучала, эта тема, в нескольких выступлениях.

Дело в том, что развивалось все: развивалось общество, развивались технологии, – и, таким образом, мы сейчас, очевидно, вошли в определённое несоответствие с теми базовыми знаниями, которые мы преподаём нашим не только будущим онкологам, но и студентам в этом важном разделе.

Если мы вспомним основную систему медицинских факультетов и медицинских университетов, это были три базовых факультета: лечебный, педиатрический и санитарно-гигиенический. Сейчас произошло дальнейшее разветвление этой возможности специализации, возникли факультеты высшего сестринского образования, возникли, соответственно, факультеты, связанные с преподаванием отдельных локализаций, такие как стоматологический и так далее.

И когда мы начали знакомиться с проблемами преподавания на них, то выяснилось, что для этих, вновь возникших в ответ на запросы здравоохранения факультетов, вообще отсутствуют базовые программы по онкологии.

Выяснилось, что у стоматологов нет в базе нашего образовательного стандарта программы обучения онкологии. И это касается остальных. А мы удивляемся, откуда 60 процентов в третьей и четвёртой стадии, – то, о чём говорил профессор Шельгин.

Соответственно, это одна проблема, которую нам необходимо разрешить, и в этом, я думаю, поддержка будет полная, как со стороны нашего парламента, так и Министерства здравоохранения.

И вторая – это, конечно, назревшая необходимость в ревизии двухгодичной ординатуры по онкологии. Николай Аркадьевич и ряд других говорили о том, что, мол, давайте мы поручим образование по онкологии любой хирургической специальности. Да нет, конечно, потому что количество знаний и технологий накопилось такое, что нам, дай бог, за три года, а то и в перспективе пятилетней ординатуры удастся подготовить специалиста нужного требования.

И здесь как раз необходим диалог междисциплинарный и между коллегами по правильному выявлению. Что за эти три года будет? Это уже на последней завершающей фазе будет специалитет «онкологорадиотерапевт», «специалист по лекарственной терапии» или «онкохирург», либо действительно отхождение от этой парадигмы послышного, постепенного развития специалистов высокого уровня. И мы идём по пути того, что какую-то часть онкологии отоларинголог получит и пойдёт дальше лечить.

Это очень сложный вопрос, поэтому одно из предложений – как раз создание такого совета по образованию, рабочей группы для того, чтобы учтены были как чаяния и потребности закрыть срочно кадровую проблему в регионе, в каком-то из госпиталей, равно как и развитие с получением специалистов действительно загоризонтного уровня перспектив, которые смогут одновременно работать в аспектах молекулярной биологии, в аспектах высокотехнологических и физических методов лечения, и так далее.

Спасибо большое. *(Аплодисменты.)*

Председательствует
член Комитета Государственной Думы по охране здоровья
В. А. Елыкомов

Председательствующий. Спасибо.

Уважаемые коллеги, надо переходить, видимо, к химиотерапии. Поэтому я хотел бы предоставить слово Хабриеву Рамилу Усмановичу, научному руководителю Национального института общественного здоровья имени Семашко. Пожалуйста.

Хабриев Р. У. Я только не понял в отношении химиотерапии. Поскольку нас призывали здесь всё-таки попытаться от имени реальных пациентов обратиться за какими-то законодательными действиями, что могло бы способствовать улучшению ситуации с выявляемостью, с лечением и так далее.

Общеизвестно, в общем-то, для здесь сидящих, что по мере насыщения терапии той или иной локализации, направленности мы видим совершенно конкретные положительные сдвиги и, в том числе, снижение смертности годичной и кумулятивный риск смертности. Это в данном случае наши специалисты на большом статистическом материале сделали по раку лёгкого. *(Демонстрируется слайд.)*

Аналогичные данные и по ракам другой локализации здесь представлены и везде, чем больше регистрируется препаратов для лечения той или иной локализации рака, вот эта зависимость достоверная. *(Демонстрируется слайд.)*

Теперь посмотрим, каковы сроки, когда заявленный препарат поступает реально в клиническую практику. Вот здесь данные этапы: ожидание проведения инспекции занимает до года, 6–12 месяцев – локальные клинические исследования дополнительные для иностранных препаратов и самого рассмотрения досье. И таким образом до трёх лет растягивается ожидание регистрации отечественного лекарственного средства и трёх-пяти – зарубежных лекарственных средств. *(Демонстрируется слайд.)*

За период с 1997 по 2017 год посмотрели всю линейку лекарственных препаратов, используемых в онкологии. В среднем мы получаем препарат, выпускаем для медицинского применения через три года после регистрации в Европе или четыре года после регистрации в Соединённых Штатах Америки.

Повлияло ли введение обязательного проведения локальных клинических исследований на регистрацию препаратов? Вот, пожалуйста, срок введения этого обязательного проведения локальных клинических исследований, и насколько сразу с 2012 года упали показатели регистрации лекарственных средств. *(Демонстрируется слайд.)*

Поэтому просьба вернуться к той схеме. Есть предложение ускорить процесс регистрации лекарственных средств в том случае, если препарат прошёл международные клинические исследования, на верное, нет этой необходимости, но это, конечно, только в руках наших законодателей.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо.

Давайте вернёмся к детской онкологии. Слово предоставляется Киргизову Кириллу Игоревичу, заместителю директора Института управления традиционной медицины гематологии и онкологии имени Дмитрия Рогачева. Пожалуйста.

Киргизов К. И. Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, уважаемые собравшиеся! Для меня большая честь представить здесь наше сообщение по поручению президента нашего центра, президента Национального общества детских гематологов и онкологов академика Александра Григорьевича Румянцева.

Детская онкология, заболеваемость детскими онкологическими заболеваниями не так высока по сравнению с взрослыми, как правило, это не более четырёх тысяч детей в год, однако именно эта специальность очень благодарная в том плане, что восстановление последующее позволяет не только излечить пациента, но и дать нашей стране гражданина, который не только успешно живёт, но и потом рождает сам детей.

И, конечно, такая работа невозможна без вовлечения всей страны, не только федеральных национальных центров, но и широкой сети детских отделений, которые, как правило, находятся на базе многопрофильных стационаров.

Сегодня наша работа по оптимизации вопросов лечения детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями проходит совместно и в формате национального проекта «Онкология», и в формате национального проекта по развитию детского здравоохранения, основные шаги и пути представлены на слайде. *(Демонстрируется слайд.)*

И очень приятно, что в контексте этой работы тот шаг, о котором мы очень долго говорили, стал возможен, и с 23 августа этого года академик Александр Григорьевич Румянцев стал первым в стране главным детским специалистом онкологом-гематологом. Ведь вся наша работа шла рука об руку с детскими онкологами, теми, кто работает в области гематологии для детей в детских стационарах. И, конечно, эта работа невозможна без национального центра и национального общества. С 1 сентября наш центр возглавляет Галина Анатольевна Новичкова.

Говоря о тех мерах, которые мы предприняли для реализации в рамках этого национального проекта, это и маршрутизация пациента, оптимальная модель маршрутизации, и выстраивание картогра-

фической потребности для каждого из регионов Российской Федерации. Говорили очень много о ранней диагностике, она возможна и в педиатрии, и невозможно без неё добиться результатов, поэтому наши предложения на слайде. (*Демонстрируется слайд.*)

Кроме того, это не только образовательный проект среди педиатров, но и среди узких специалистов, соответственно, образование идёт, вот цифры. Это выездные проекты в регионах Российской Федерации, цифры также представлены на слайде, это и международная работа, и работа под эгидой Всемирной организации здравоохранения, не только чтобы взять лучшую мировую практику, но и чтобы потом уже транслировать наш опыт в другие страны. Профессиональные стандарты, телемедицинские технологии, которые жёстко завязаны на референс, и наши предложения по этому вопросу также указаны на слайде, и ряд других базовых вещей по улучшению доступности лекарственного обеспечения для детей, в том числе и по незарегистрированным лекарственным препаратам. И наши предложения, которые мы также передавали, представлены на слайде, основным из которых хотелось бы отметить предложение для комитета Государственной Думы – введение института кураторства по детской онкологии, гематологии по федеральным округам или регионам, чтобы это способствовало дополнительно привлечению внимания к проблеме и, надеемся, дальнейшей успешной борьбе.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо, Кирилл Евгеньевич.

Разрешите предоставить слово Поддубной Ирине Владимировне, заведующей кафедрой онкологии в Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования. Пожалуйста.

Поддубная И. В. Глубокоуважаемый президиум! Глубокоуважаемые коллеги!

Каждое цивилизованное государство во главу угла своего развития ставит образование. Подготовка по клинической онкологии, разным аспектам клинической онкологии врачей всех специальностей сразу позволяет нам говорить о роли вузовской науки.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования – это академия, которая имеет пять представительств в Москве и академии в Иркутске, Казани, Новосибирске, Новокузнецке и Пензе, она имеет центр подготовки педагогов, она имеет академический центр фундаментальной и трансляционной медицины и специальный референсный патологоанатомический центр для определения качества выполнения иммуногистохимических исследований. Все входящие в нашу академию образовательные учреждения – традиционные, они существуют более 80 лет, и это даёт нам право сейчас высказать некие предложения, основанные на опыте работы нашей академии.

Что изменилось в последнее время и каковы требования сегодняшнего дня?

Первое – это увеличение практико-ориентированных программ, причём эти программы должны быть мультидисциплинарными, они должны содержать стажировки, то есть тот компонент, когда врач не только приобретает теоретические знания, а для этого, для информационного поля в образовании есть несметное количество разных видов и форм преподнесения этой информации, а именно наработка и получение навыков. И надо сказать, что это должно сказываться на выработке учебно-производственного плана любого образовательного учреждения в зависимости от региональных потребностей. Потому что только в контакте с местными органами здравоохранения, понимая дефицит кадров, понимая те недочёты, которые есть в оказании медицинской помощи, можно строить планомерную, логичную и, надо надеяться, эффективную стратегию.

Потому что если есть регион, где почти 90 процентов констатируется отказ женщин от выполнения маммографии, значит, педагоги, готовя врачей, наверное, должны сделать определённый уклон в психологические аспекты этого вопроса.

Ещё один очень важный аспект, это мы хорошо понимаем, – роль участковых терапевтов и врача общей лечебной практики. Действительно, именно на них, на их плечах лежит ответственность за выявление ранних стадий. Сейчас есть очень эффективные возможности преподнесения программ для врача общей лечебной практики, но нужно учесть, что всё, что преподаётся, должно быть обеспечено на месте материальной базой поликлиники, где всё то, что должен выполнить врач общей практики, реализуя эту онконастороженность, должно присутствовать. Это есть не везде.

Второй аспект этой же задачи. Совсем не только врач-терапевт и врач общей практики ответственны за раннее выявление. Ошибочно считать, что только эта специальность ответственна в этом аспекте. Нужно помнить, что должно быть большое количество узких специалистов, нацеленных на онконастороженность. Невозможно сейчас видеть больного, который с некой язвочкой на языке ходит от стоматолога к отоларингологу и только потом приходит к онкологу. Это должно быть разделено между большим числом узких специалистов, и они известны.

И ещё один, на наш взгляд, момент. Мы хотели поддержать Игоря Владимировича Решетова по поводу этого некоего, так сказать, комитета по образованию. Но здесь нужно помнить только одно: что, во-первых, мы должны совершенно чётко разделять вузовское образование и базовое и дополнительное. И во-вторых, наверное, назрело время для разработки порядка подготовки врача-онколога.

Образовательное сообщество наверняка это сможет сделать.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо.

Уважаемые коллеги, Каганов Олег Игоревич, начальник управления научных исследований Самарского государственного медицинского университета.

Я прошу ещё ускориться, если возможно. Основные предложения.

Каганов О. И. Постараюсь.

Глубокоуважаемый президиум, глубокоуважаемые коллеги!

Хотелось бы осветить тот момент подготовки именно студентов по дисциплине «онкология».

Президент Российской Федерации Владимир Владимирович Путин предложил программу борьбы с онкологическими заболеваниями. Её, безусловно, возможно реализовать, но при качественно новом подходе в подготовке специалистов со студенческой скамьи.

Кафедра онкологии уже была организована в 1974 году и сейчас активно развивается под руководством нашего ректора Геннадия Петровича Котельникова. В 2006 году кафедра въехала, начала работать в стенах нового диспансера, оснащённого новым оборудованием и технологиями, я подчеркну, что это очень важно, потому что именно качество обучения студентов зависит от уровня того клинического учреждения, где проходит обучение.

Наши основные принципы подготовки студентов по дисциплине «онкология» – это профилактика заболеваний, ранняя диагностика (скрининг) и, самое главное, онкологическая настороженность, которая важна для специалиста любого профиля.

Кафедра обеспечена современной инфраструктурой образовательного процесса. Наши студенты отрабатывают свои мануальные навыки в Центре мануальных навыков Самарского медицинского университета, который оснащён, к слову, инновационными методами, которые разработаны в институте инновационного развития СамГМУ.

Также наши студенты активно принимают участие в мастер-классах, которые совместно проводят с ведущими учреждениями, такими как Московский научно-исследовательский институт имени Герцена, институт имени Блохина и Первый институт имени Сеченова.

Хочется остановиться на следующих моментах. Самарский медицинский университет состоит из пяти лечебных факультетов. Именно дисциплина онкологии преподаётся на трёх этих факультетах: лечебном, педиатрическом и медико-профилактическом.

Количество часов, которое выделяется непосредственно на дисциплину «онкология», не превышает 70. Для углублённого изучения именно дисциплин онкологии сейчас в вариативной части федеральных стандартов в Самарском медицинском университете выделяются дополнительные элективы, названия которых представлены на слайдах. Это позволяет увеличить количество часов до 120, и это очень важно, так как по каждой локализации есть отдельные разделы, которые необходимы как онкологу, так и специалисту других специальностей.

И существует мнение, что больной, прежде чем ему поставят диагноз «злокачественное образование», посещает шесть-восемь специалистов, при этом задерживается постановка основного диагноза.

Что мы предлагаем для решения этой проблемы? Первое. Проведение занятий со студентами на всех клинических факультетах вузов с целью выработки онкологической настороженности у будущих врачей, увеличение часов на преподавание дисциплины онкологии при необходимости за счёт элективов для углублённого изучения диагностики и лечения онкологических больных. Проведение занятий со студентами на базах клинических онкологических учреждений, оснащённых самыми современными технологиями и оборудованием. И с целью улучшения качества образования и оказания помощи онкологическим больным рекомендуем сотрудникам кафедры онкологии совмещать преподавательскую деятельность с клинической работой на базах лечебных учреждений.

Благодарю за внимание.

Председательствующий. Спасибо.

Коллеги, надо посоветоваться. У нас реально осталось семь минут. Или мы остаёмся потом работать до 20 или я предлагаю ваши доклады поставить по-другому – сначала предложения, а потом как бы мотивация.

Я пока предоставляю слово Мещерякову Андрею Альбертовичу, замгендиректора Национального медицинского исследовательского центра онкологии. Очень коротко, пожалуйста.

Мещеряков А. А. Добрый день!

Спасибо большое за предоставленное слово.

Мы хотели бы вернуться к проекту национальной онкологической программы и поддержать, прежде всего, две части этой программы, касающиеся референсных центров.

Профессор Пушкарь сказал, что можно выявлять рак предстательной железы с помощью скрининга ПСА и рак почки при УЗИ, но это не вся онкология. Существует ещё рак молочной железы, где нужно делать маммографию. И скрининг, и маммография – это отдельная программа подготовки специалистов по лучевой диагностике. И так вся онкология, достаточно много заболеваний, и каждое заболевание требует индивидуального подхода, не только как подходят неврологи, но ещё есть много других специальностей.

Кроме того, референсные центры по лучевой диагностике позволяют решить проблему образования врачей, потому что есть так называемая программа возможности второго мнения, когда есть первичная лучевая диагностика и второе мнение, которое получается более опытным специалистом одновременно. Специалист более молодой, скажем так, обучается правильной диагностике. Существует много программ.

И вторая часть – это референсные центры по патоморфологии и молекулярно-генетической диагностике. Кстати, и первая программа, и вторая связаны с дефицитом кадров, проблема которых много раз уже освещалась сегодня, и есть возможность за счёт референсных центров, и в том числе для диагностики редких онкологических заболеваний необходимы такие центры.

Кроме того, с финансовой точки зрения, мне кажется, для диагностики редких заболеваний, для редких опухолей применяются реактивы, которые, если разделять их по небольшим учреждениям, используются крайне редко. Так вот, референсные центры, в частности, по патоморфологии нужны именно для того, чтобы и врач видел эти нозологии достаточно часто, а, кроме того, и все необходимые составляющие, реактивы использовались достаточно часто, а не выбрасывались в связи с тем, что срок годности истёк, и молекулярно-генетическая диагностика опять же для того, чтобы заниматься точной на сегодняшний день диагностикой и делать то, что необходимо. Нужен большой объём морфологического материала, нужно делать часто что-то. Поэтому с этой точки зрения что-то нужно делать ближе к больному, а что-то нужно делать в реперных центрах, что делается в наших предложениях. Спасибо большое за внимание.

Председательствующий. Спасибо большое.

Косоруков Вячеслав Станиславович, замдиректора по научной работе в Центре имени Блохина, пожалуйста. Тоже коротко.

Косоруков В. С. Добрый день, коллеги!

Я являюсь директором Института экспериментальной диагностики и терапии опухолей в составе НМИЦ онкологии имени Блохина. Наш доклад будет практически именно по разработке лекарственных средств и клеточной терапии. Так как времени у нас нет, поэтому перейду сразу к предложениям.

Всем понятно, что рак – это достаточно широкое понятие, это больше 100 заболеваний. Методов, которые применяются, огромное количество, как в диагностическом, так и в терапевтическом плане: технологические методы, о которых уже коллеги докладывали, иммунологические методы, методы клеточных технологий, которые также развиты. Все методы, особенно последние высокотехнологичные, очень дорогие, очень сложные. И можно сказать, что в стране не существует ни одной частной клиники или частной организации, которая обладает возможностью работы со всеми терапевтическими и диагностическими методами. К чему я это говорю? Таких центров в стране буквально несколько штук, пять-семь, это федеральные научные центры, которые обладают всем спектром. И это большая наша ценность.

Мы переходим к законам. Раньше был закон по GLP, там 199-й приказ, сейчас закон по клеточным технологиям, который у нас ждут в будущем. Они являются универсальными, но необходимо их развитие. Теперь мы понимаем, что есть некая регламентирующая для них основа – 180-ФЗ, но он написан примерно по кальке западных законов и содержит достаточно строгую регламентацию. Как и в случае с GLP, мы имеем закон, имеем регламентацию, имеем Росздравнадзор, который через несколько лет будет нас проверять и очень строго за это наказывать. Но мы не имеем системы, как федеральному центру, обладающему огромной компетенцией среди онкологических учреждений, все эти требования ввести. Потому что, как государственное учреждение, мы имеем ограничения и по 223-ФЗ по расходованию средств, и по 44-му. Любое расходование – это не месяц, как у любой частной компании, а три-четыре, до шести. Многие, может быть, и по году получают с использованием этих законов. Мы получаемся в вилке. Соответственно, хотелось бы ввести предложение, кроме всех остальных, которые здесь есть, о том, чтобы регламентирующие законы, такие как GLP, GCP, GTP, делались совместно с программами, которые позволяют федеральным центрам под эти законы дорасти. У нас этого сейчас нет. Мы даже не имеем статей бюджета, которые бы позволяли нам, условно говоря, перестроить виварий, приобрести оборудование, чтобы мы этому соответствовали, а с нас будут требовать. И мы сейчас уже с этим сталкиваемся, потому что Росздравнадзор, естественно, имеет регламентацию, и его не касается, что мы не имеем возможности.

И, соответственно, наверное, стоит создать некие объединяющие направления клинических и доклинических исследований – центры, например, как я говорил, на базе НМИЦ онкологии имени Блохина, который позволяет координировать весь спектр клинических исследований, которые есть у нас сейчас в стране, потому что он разрозненный, каждый занимается своими делами, в рамках одного центра с участием групп из всех компетентных центров.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Слово предоставляется члену Комитета Госдумы по охране здоровья Алексею Владимировичу Куриному. Пожалуйста. Очень коротко, если можно.

Куриный А. В. Добрый день, уважаемые коллеги!

Действительно, очень коротко. Дело в том, что сейчас сошлись три таких важных проблемы в одну точку. Первая – это финансирование онкологии, точнее, лечение онкологических заболеваний – 70 миллиардов на следующий год в рамках национальной программы. Второе – это, безусловно, разработанность именно на уровне онкологических заболеваний протоколов лечения. На сегодня и международные рекомендации, и в данном случае разработки отечественных наших специалистов говорят о том, что по большинству онкологических заболеваний выстроены чёткие модели лечения.

И третий момент – это информатизация. На мой взгляд, сегодня существует уникальная возможность соединить все эти три момента в одну систему, для того чтобы получить единый механизм контроля за лечением, в том числе контроля на каждом этапе.

Грубо говоря, каждый пациент в первичном звене, когда выявляется подозрение на опухоль, заносится в систему, и контролем его лечения, контролем его сопровождения будет заниматься не только заведующий отделением, как это обычно происходит, который заинтересован в том, что что-то скрыть, что-то недоговорить, а сама система красным цветом будет вычерчивать соответствующие сроки.

Появился больной с подозрением, появилась красная строчка, через неделю на контроле у заведующего соответствующим отделением возникает необходимость дообследования, ещё через неделю, по срокам приказа, который издан, появляется необходимость уже у заведующего поликлиники вывести его на онколога соответствующего регионального центра, и так дальше по цепочке. На каждом этапе информационная система будет фиксировать, сделано или не сделано, почему не сделано.

Во-первых, это избавит нас от проблем разного лечения, о чём говорил Дмитрий Анатольевич, когда одному специалисту-онкологу где-нибудь в далёком регионе кажется, что надо лечить так, а другому кажется, что надо лечить так. Единая система и единый подход.

Второй момент – это всё-таки статистика, которую мы должны получить единой. Не как сегодня, когда в Ингушетии смертность от онкозаболеваний 51, а, например, в Пермском крае или в других краях 360 – естественно, это не соответствует действительности, не может быть в стране такого огромного разрыва в шесть, а то и в семь раз по этой статистике.

И третье – это будет универсальным подходом к самому подбору лечения, к финансовым затратам, то, что сегодня мы отдельными блоками пытаемся создать. Мы говорим сегодня о регистре, который создаёт одна структура, мы говорим об информационном контуре, который пытается создать ОМС в рамках модели лечения того или иного заболевания. Но вот соединения этого всего в единый механизм, оцифрованный соответствующим образом, к сожалению, нет.

И на мой взгляд, сегодня у Министерства здравоохранения, у Комитета Государственной Думы по охране здоровья есть возможность в рамках такого пилотного проекта создать единый механизм выявления, лечения, ведения и реабилитации в последующем каждого пациента с онкологическим заболеванием, и, естественно, получать прозрачные и чёткие результаты на каждом этапе.

Мы можем это сегодня сделать, для этого есть все ресурсы. Это в качестве предложения, спасибо.

Председательствующий. Спасибо.

Уважаемые коллеги, мы с вами время исчерпали. У кого есть абсолютное желание выступить, мы все потерпим.

Представьтесь, пожалуйста.

Борова И. В. Борова Ирина Валерьевна, онкологическая пациентка, руководитель Ассоциации онкологических пациентов «Здравствуй». То есть я как раз представляю тех самых, для кого сегодня всё это говорится, делается и, надеюсь, получит законодательную основу.

Мне бы очень хотелось поддержать, во-первых, повышение квалификации наших докторов, здесь очень много прозвучало на эту тему. Абсолютно точно пациенты видят это и чувствуют, что это необходимо сделать. Абсолютно точно нужно поднять тарифы КСГ. Не надо быть финансистом, чтобы видеть, сколько стоит лечение пациентов и какая тарифная сетка существует, сколько денег выделяется в реальности на это.

Очень бы хотелось, чтобы была выстроенность, та чёткая выстроенность в онкологической структуре учреждений, чтобы априори рекомендации НМИЦов были в регионах приняты как золотой стандарт, потому что пациент, получив второе мнение у профессоров ведущих онкологических институтов, приезжает в регион, где, к сожалению, мы видим, нарушаются рекомендации. Регионы не придерживаются рекомендаций, а придерживаются того, какие препараты есть в наличии, какие технологии есть в наличии, и именно исходя из этого выстраивают тактику лечения. Увы, пациент – заложник такой вот некрасивой, негативной ситуации, притом что наши федеральные учреждения все прописывают рекомендации для медиков, по сути дела, всей страны.

Здесь очень много говорилось о лечении, и мы поддерживаем наших докторов, но вообще не звучало слово «реабилитация». Наши доктора замечательно лечат пациентов, наши доктора проводят хирургическое лечение, проводят лекарственное лечение, но когда пациент сталкивается с моментом реабилитации не медицинской, а уже вне медицинского учреждения, то он находится в полном ауто, потому что он не может получить тех средств, которые ему необходимы, допустим, голосообразующий

аппарат тот же самый. Он не может получить питание лечебное, которым, например, наши дети все – здесь есть детские онкологи? – питаются несколько лет после пересадки костного мозга. Он не может получить занятий с логопедами, фонопедом и так далее, и так далее, он не может войти обратно в ту социальную нишу, в которой он должен находиться. То есть качество жизни пациента при этом страдает колоссально.

Здесь очень много говорилось про профилактические меры. Надо сказать, что мы ни единым словом не обмолвились о СМИ и о наших телемедицинских технологиях, о наших смартфонах – уже сейчас в мире есть технология, когда человеку в смартфон приходит сообщение, как у нас сейчас приходит от МЧС, мол, будьте добры, будет плохая погода, точно так же человеку может приходиться сообщение, что нужно сделать маммографию, нужно сделать УЗИ, нужно сделать прививки.

Прививки. У нас до сих пор есть, на мой взгляд, эта антинациональная прямо кампания, потому что в родительском сообществе идёт огромный спор, делать прививки или нет. И уввы, лагерь тех, кто не делает прививки, растёт со скоростью света. В развитых странах, вот в Германии мы были, наше общество было, прививки внесены в обязательный порядок. В Швеции, вот в субботу мы были в шведском посольстве, – точно такой же обязательный порядок.

Борьба с курением. Мы вошли в рамочный договор ВОЗ, но дальше никаких шагов не совершается по запрету курения. Очень бы хотелось, чтобы в стандарты были внесены поправки в 323-й закон в статью.

Очень бы хотелось, чтобы было внесено такое понятие, как «смертность в трудоспособном возрасте». Сейчас в онкологическом профиле такого, к сожалению, нет.

Требуется, чтобы законодательная база, которая сейчас существует в нашей стране, реально работала, потому что в реальности наш пациент не может, не имеет права выбирать лечебное учреждение, его с той самой 057У регион удерживает максимально у себя.

Если средства будут действительно распределены грамотно, денежный поток будет следовать за пациентом, у нас не будет этого удерживания пациента и увеличения срока до эффективности лечения, в онкологическом профиле это очень важно.

Председательствующий. Хорошо.

Коллеги, я могу только по полминуты дать, больше все, мы заканчиваем.

Пожалуйста.

Черняев А. П. На две секунды буквально.

Уважаемые коллеги! Здесь собрались врачи, онкологи, я физик-ядерщик, я заведующий кафедрой московского университета.

Мы в течение почти двух десятков лет готовим специалистов, которые работают в онкоцентрах, и кафедра за эти годы подготовила, наверное, уже более полсотни специалистов, которые реально работают в онкоцентрах. *(Демонстрируется слайд.)*

Как мы видим из слайда, количество специалистов даже по минимальным потребностям надо примерно раз в пять больше, и мы понимаем, что чтобы решить столь сложную проблему, без медицинских физиков нам точно не обойтись.

Кто их готовит? Фактически готовят несколько центров – МГУ, МИФИ и Томский политехнический на регулярной основе. Есть ещё ряд вузов, которые готовят, но у них меньше специалистов регулярно выпускается именно в онкологические учреждения.

Поэтому сейчас возникла очень серьёзная проблема.

Председательствующий. Александр Петрович, мы договорились: предложения и все.

Черняев А. П. Сейчас я предложение скажу. Предложение заключается в следующем. Несколько лет назад Минздравом был издан приказ, в котором было установлено, что медицинским физиком в онкоцентрах может работать человек, у которого в дипломе указано «медицинский физик», а буквально некоторое время назад Минобром был изменён закон «Об образовании», и все специалисты получают специальность не как здесь написано – «физика атомного ядра и частицы», как я получал, а специальность получает физик, химик получает «химик», и эти ребята в результате этого непонимания стали переводиться на должности инженеров, техников и так далее.

Мне бы хотелось, во-первых, чтобы это обязательно было учтено и поправлено, об этом сегодня говорили.

И второе. Нами разработан и работает ряд программ переподготовки, мы видим, что специалистов готовят для страны мало, и программы переподготовки нужны. Такая программа нами разработана, она действует, но дело в том, что это программа дополнительного обучения и, естественно, она должна быть платной. Поэтому очень бы хотелось, чтобы государство учло и профинансировало эту программу, чтобы вузы, не только МГУ – могут и в Томском политехе, и в МИФИ по этой программе работать, – чтобы вузы не занимались коммерцией, а учили по госпрограмме, по госзаказу, переподготавливали медицинских физиков.

Председательствующий. Спасибо.

Пожалуйста, первый микрофон включите на минуту, мы на этом заканчиваем.

Пронин И. Н. Уважаемые коллеги, благодарю, что вы даёте возможность выступить. Меня зовут Игорь Николаевич Пронин, я замдиректора по науке Центра нейрохирургии имени Бурденко.

Безусловно, здесь у нас много есть своих предложений, они, в принципе, нашли своё отражение в предыдущих докладах. У меня буквально короткое предложение. Мы все говорим о высокотехнологичном оборудовании и применении КТ, МРТ, позитронно-эмиссионной томографии. Переоснащение, безусловно, это огромная и важная задача, но после покупки оборудования любой центр сталкивается с очень важной проблемой технического обслуживания и ремонта оборудования.

Так вот, конкретное предложение. Может ли Министерство здравоохранения или другие органы предусмотреть некий резерв для центров, которые оснащены таким оборудованием, для экстренного ремонта и технического обслуживания? Это огромное бремя для любого центра, особенно если есть десятки единиц оборудования. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо.

И заключительное слово. Дмитрий Анатольевич, пожалуйста.

Морозов Д. А. Глубокоуважаемые коллеги, во-первых, низкий поклон вам всем за этот разговор, за ваше участие и, конечно же, в первую очередь за вашу работу.

Я под большим впечатлением. Казалось бы, не новенький в медицине, но, выслушивая этот консолидированный опыт, понимаешь, слава богу, что в стране есть вы и ваши коллективы. Хотелось бы поблагодарить их завтра утром на утренней конференции от всех нас.

Конечно, хотелось бы, чтобы мы приступали к решению этой задачи в условиях, например, переизбытка онкологов или уже давно построенных, почти пустующих современных центров, полностью модернизированных и с ежегодно обновляемой техникой, но условия другие.

И понятно, что задачи перед нами огромные. У меня устойчивое впечатление, что мы вообще переходим в новую эру, когда охрана здоровья станет национальной идеей – а по-другому уже нельзя, об этом говорили.

Сегодня с экономической точки зрения мы переходим в эру осмысленного бытия, когда каждый (и мы это сделаем!) будет отвечать за своё здоровье, и работодатель будет в этом заинтересован, и только потому, что иначе, по-другому уже просто невозможно.

Я сегодня для себя, и уверен, мои коллеги тоже вынесли самое главное, то, что требует устойчивого финансирования – регистр в первую очередь, цифровизация в первую очередь, инновационные препараты и облегчение их продвижения, их регистрация, в первую очередь.

Я сразу же хочу сказать, что все мы, разумеется, не определяем онкополитику государства, для этого есть министерство, но мы, с точки зрения граждан, депутатским корпусом, чувствуя вот эту ситуацию на Земле, если позволите, мы стараемся расставить акценты в понимании того, правда-то что?

Поскольку я, как хирург, глубоко в этом убеждён: без правды, без осознания того, кто мы, где мы находимся, мы не можем двигаться вперёд. Мы можем себя успокаивать многочисленными докладами, и я уверен, вы опытные люди, год от года они будут всё лучше, но суть состоит в том, чтобы мы правды достигали.

И мы, Комитет по охране здоровья, заверяю вас, в круглосуточном режиме будем стараться помочь всем вам в достижении наших общих целей. Ставьте задачи, звоните, пишите мне лично, любому из нас, и мы будем стараться не давать покоя и органам исполнительной власти, и будем объяснять Министерству финансов, разнообразным фондам и всем, всем, что это не чье-то дело – это наше общее дело.

Благодарю вас. Спасибо. *(Аплодисменты.)*

СТЕНОГРАММА
«круглого стола» на тему «Медицина старшего поколения».
8 октября 2018 года.

Председательствует председатель
Комитета Государственной Думы по охране здоровья
Д. А. Морозов

Председательствующий. Глубокоуважаемые коллеги, добрый день! Прошу, присаживайтесь.

Я благодарю вас всех за то, что вы нашли возможность прийти сегодня на наш весьма серьёзный разговор. Я не буду долго говорить, поскольку у нас впереди реализация серьёзной повестки дня, заявлено 25 докладов, у нас впереди три часа. Но мне кажется, что, если вы все будете придерживаться регламента где-то около пяти, максимум семи минут, то мы как раз уместимся в отведённое время.

Президент Российской Федерации Владимир Владимирович Путин неоднократно, обращаясь с высоких трибун, говорил о необходимости активного долголетия, и мы это за прошедшие месяцы неоднократно повторяли, и речь идёт не только об увеличении продолжительности жизни людей, но именно об увеличении продолжительности здоровой жизни.

Что мы можем сделать для людей старшего поколения? Условиями сохранения здоровья является то, что это здоровый новорождённый, здоровый подросток, здоровый зрелый человек и только тогда здоровый человек старшего поколения. Без сомнения, это диспансеризация и активные профилактические осмотры, и активные выявления страданий. Это лечение на должном уровне, это высокотехнологичная медицинская помощь на должном уровне по всем направлениям здравоохранения. И, конечно же, это реализация многих медико-социальных программ, это реализация расширения национального календаря прививок, который с 2020 года будет включать вакцинацию против пневмококковой инфекции – это чрезвычайно важно для предупреждения тяжёлых пневмоний у людей старшего возраста.

Отрадно, что в семи субъектах Российской Федерации уже запущен пилотный проект «Территория заботы», который соединяет и медиков, и социальные службы.

Но так или иначе, мы в этом направлении делаем если не первые шаги, то первые шаги, осмысленные в новых реалиях, когда мы должны сконцентрировать внимание, ресурсы и помочь развитию гериатрии, геронтологии в целом и вообще совершенно иному отношению к людям старшего поколения.

Я призываю вас сегодня к открытому, честному разговору.

И мне приятно первое слово предоставить Геннадию Андреевичу Зюганову.

Прошу вас, Геннадий Андреевич. *(Аплодисменты.)*

Зюганов Г. А. Добрый день!

Я буду выступать от имени пожилых людей и депутатов одновременно.

Нам с вами от отцов-победителей досталось 15 процентов территории суши, где сосредоточена почти треть стратегических ресурсов. Самое большое богатство, которое есть у нас, – это черноземы, лес и вода. Если мы их уберём и будем активно охранять и перерабатывать, мы будем самыми состоятельными людьми на планете. Но от Чёрного и Балтийского моря до Тихого океана нас осталось два процента от населения планеты. Это соотношение продолжает ухудшаться. Таким составом населения в 145 миллионов нельзя ни охранить, ни обеспечить будущее подрастающему поколению.

Поэтому вопрос безопасности, вопрос состояния здоровья, вопрос качественного образования и науки сейчас самый главный для нашей державы, и он стоит ребром.

За последние 25 лет – вот только что отметили 25 лет, когда расстреляли советскую власть и парламент, – мы потеряли девять миллионов населения. Прибежало к нам примерно семь миллионов мигрантов, за последнее время даже приток мигрантов не компенсирует убыль населения.

До недавнего времени мы ещё говорили, что идёт процесс восполнения населения, но в этом году за восемь месяцев мы потеряли безвозвратно 170 тысяч, и этот процесс нарастает.

Поэтому возникает очень острая проблема, каким образом, с одной стороны, обеспечить достойную жизнь пожилому населению, а с другой стороны, как решить проблему, чтобы на нашем материке, в нашей стране было минимум 200 миллионов, в противном случае мы не будем конкурентоспособны, и в XXI веке у нас будут жуткие трудности и проблемы. Как только мы ослабим свою демографию и безопасность, не дай бог, у нас вырвут и ядерный зуб, то нас разорвут похлеще, чем Югославию, Ирак и Ливию вместе взятые.

Поэтому ту проблему, которую обозначил комитет, я считаю, мы должны вместе осмыслить, но вы – специалисты, а я её осмыслю под углом своей депутатской ответственности перед избирателя-

ми. У моего сына пять сыновей, у дочери трое, так что и перед своими внуками, и перед своей профессией. В моей семье десять педагогов, пять врачей и примерно столько же военных.

На мой взгляд, эта проблема имеет решение при одном жёстком условии, оно сформулировано в Послании президента: если мы выйдем в ближайшее время на мировые темпы развития, а не 3,5 процента, и если мы сумеем войти в пятёрку наиболее успешных государств, а для этого надо решить технологические проблемы и проблемы здорового крепкого населения, где старшее поколение передаст свои знания и умения новому.

Здесь, в Государственной Думе, работал Маслюков, недавно мы ему открыли доску на том здании, где раньше было Министерство вооружений, потом там Устинов работал – самый молодой министр вооружения у Сталина, ему всего 32 года было, когда его назначили. Не случайно эту доску открыли, потому что когда он возглавлял комитет, то мы с ним решили задачу, которая нам спасла безопасность. Мы вместе собрали 650 заводов, которые обеспечили производство «Тополя-М», системы «Ярс» – это то, что сегодня нас прикрывает по всем направлениям и на ближайшие 15–20 лет обеспечит нашу безопасность.

Что касается безопасности здравоохранения, на мой взгляд, она, прежде всего, лежит в области бюджетного планирования. Наш бюджет примерно 16 триллионов. Чтобы был бюджет развития будущего, надо иметь 25. Когда президент представлял Медведева, я сказал: если мы в ближайшие год-два не нарастим бюджет до 25 плюс ещё примерно 10, мы не выполним ни одного вашего поручения и ни одного вашего нового указа. Я обосновал, почему так будет. Есть золотое сечение, золотые пропорции. Хотите иметь безопасную страну? Вы должны вот это иметь. Хотите иметь здоровое население? Вы должны вкладывать минимум шесть-семь процентов от расходной части бюджета. А у нас десять лет подряд не поднимается выше 3,5. Можете о чём угодно рассказывать, но у вас этих средств не хватит на содержание ни ФАПов, ни больниц новых, ни на обновления и так далее. Я вот три года хожу, слава богу, Морозов поддерживает, уговариваю, я помогал построить онкоцентр, новое отделение в ведущем центре. Четыре корпуса построили, огромные средства вложили. Третий год не могу добиться 3,5 миллиарда для того, чтобы детскую онкологию оснастили суперсовременными технологиями и аппаратурой. Решив эту задачу, мы спасём семь-восемь из десяти больных детей. Это совсем другая картина будет.

На мой взгляд, сейчас Дума вступила в стадию рассмотрения этого бюджета. Мы готовы максимально поддержать все ваши просьбы и предложения. На мой взгляд, задача абсолютно решаема. Но она находится в области политической воли, даже не экономики. Валовый продукт страны 97 триллионов. Если прибавляем по темпам один процент, будет один триллион, два процента – 2, 3–3,5 – мировые темпы. Три триллиона можно получить за один год. Никакой нет проблемы выйти на эти темпы. Никакой. У нас хватает кадров, ресурсов, есть деньги, есть талантливые люди. У нас полтора миллиона работают за кордоном в чужих лабораториях. У «Боинга» уже в некоторых лабораториях не надо учить английский, там в лаборатории наши ребята из Московского авиационного, Харьковского, Куйбышевского и так далее. Мы можем это решить.

Вот я хотел, чтобы наши сегодняшние слушания максимально помогли нам решить проблему, связанную с доступностью медицины, с качеством медицины и бесплатностью медицины. Все ваши предложения на сей счёт нами будут активно поддержаны. Мы предложили программу «Десять шагов к достойной жизни», которая предусматривает полноценный бюджет, честное распределение и максимальное внимание образованию, здравоохранению и науке. Успехов вам в этом деле! (*Аплодисменты*).

Председательствующий. Спасибо большое, Геннадий Андреевич.

На самом деле развитие здравоохранения, охрана здоровья людей интернациональна, не имеет границ, не имеет оттенка вероисповедания, национальности. И мы всё время подчёркиваем, что только все вместе мы добьёмся тех результатов, о которых мечтаем.

Позвольте предоставить слово заместителю директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации Вергазовой Эльмире Камильевне. Пожалуйста.

Вергазова Э. К. Добрый день, глубокоуважаемый президиум, уважаемые коллеги!

Позвольте от лица Министерства здравоохранения Российской Федерации приветствовать участников «круглого стола» и выразить огромную благодарность за интерес к столь серьёзной и важной теме.

Я хотела бы остановиться коротко на этапах работы, которую проводит Министерство здравоохранения Российской Федерации в целях улучшения качества жизни лиц старшего поколения. Те демографические показатели, которых нам удалось достичь в последнее время, вы видите на слайде. Ожидаемая продолжительность жизни увеличилась до 72,7 лет и достигла своего исторического максимума. При этом традиционно женщины живут дольше, чем мужчины: женщины живут 77,6 лет, мужчины, к сожалению, 67,6 года. (*Демонстрируется слайд.*)

При этом наблюдается устойчивый тренд к снижению общей смертности, и впервые она достигла за 12 месяцев 2017 года 12,4 на тысячу населения. И, что особенно приятно, смертность снижается во всех возрастных группах, и вы видите на данном слайде, что смертность населения старше трудоспособного возраста также имеет устойчивый тренд к снижению. На сегодняшний день она составляет 38 на тысячу населения.

В структуре населения на сегодняшний день доля лиц старше трудоспособного возраста составляет 25,9 процентов от общей численности населения. Но по всем данным прогнозов мы к 2030 году данную долю получим в количестве 30 процентов. И это, конечно же, ставит перед нами определённые задачи, которые необходимо будет решать в ближайшее время. Это большая доля населения, это треть населения Российской Федерации, которая должна будет получить достойную и качественную медицинскую помощь. И, конечно же, мы все помним послы нашего Президента Владимира Владимировича Путина, что к 2030 году мы все должны вступить в общество «80 плюс». Эту задачу, конечно же, мы будем обязаны решить.

Для этого созданы законодательные предпосылки в Конституции Российской Федерации, в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан» зафиксирована недопустимость отказа в оказании медицинской помощи в зависимости от возраста. Мы все равны перед законом, и все имеют равный доступ к медицинской помощи.

Вопросы организации медицинской помощи гражданам пожилого возраста всегда находились в центре внимания нашего правительства и лично президента. По результатам Госсовета, который состоялся 5 августа 2014 года под председательством Владимира Владимировича Путина, мы получили перечень поручений. Одно из них звучит следующим образом: «Правительству Российской Федерации создать систему совершенствования охраны здоровья граждан пожилого возраста, развития гериатрической службы, включая подготовку и повышение квалификации специалистов в этой сфере».

Была создана рабочая группа, в состав которой вошли представители Правительства Российской Федерации, Министерства здравоохранения, Министерства труда, Фонда обязательного медицинского страхования, главные внештатные специалисты, представители общественности и некоммерческих организаций. При Министерстве труда и социальной защиты была создана группа по разработке стратегии действий в интересах граждан старшего поколения. Результатом данной работы явилось Распоряжение Правительства Российской Федерации от 5 февраля 2016 года 163МР. Была создана стратегия действий в интересах граждан старшего поколения.

Цель стратегии – увеличение продолжительности жизни и повышение уровня и качества жизни людей старшего поколения.

Для реализации данной стратегии был подготовлен план её реализации, и один из разделов, раздел № 2, полностью посвящён мероприятиям по совершенствованию медицинской помощи пожилым гражданам, а именно предполагалось совершенствование системы охраны здоровья граждан старшего поколения по профилю «гериатрия», включая подготовку специалистов, организацию оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия»; совершенствование деятельности Федерального научного центра геронтологии и гериатрии; разработка стандарта оказания медицинской помощи при старческой астении; разработка стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля, включая граждан старшего поколения; повышение информированности граждан этой возрастной группы по вопросам охраны здоровья; разработка профессиональных стандартов «врач-гериатр» и «врач паллиативной медицинской помощи»; проведение научных исследований в области гериатрии, геронтологии, а также совершенствование профессиональных образовательных программ при подготовке врачей и медицинских сестёр.

И в ходе нашей деятельности мы неуклонно следуем данному плану, и многие пункты данного плана на сегодняшний день уже реализованы, и мы вам покажем нашу работу в ходе всего «круглого стола».

Статьёй 37-й 323-го федерального закона определено, что обязательным для исполнения на всей территории Российской Федерации являются порядки оказания медицинской помощи, и такой порядок по профилю «гериатрия» был принят 29 января 2016 года. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» представляет собой единую систему долговременной медицинской и социальной помощи за счёт преемственности ведения пациента между различными уровнями системы здравоохранения.

На сегодняшний день в рамках правоприменительной практики мы уже имеем определённый опыт, мы получили определённые предложения, видим проблемы, которые требуют нашей корректировки. И на сегодняшний день мы уже готовим изменения в этот порядок в ближайшее время, буквально на следующей неделе, я думаю, он будет размещён на сайте regulation.gov.ru для общественного обсуждения. Мы корректируем количество медицинских геронтологических коек, количество врачей-гериатров в стационарах, в амбулаторных условиях, и что особенно важно, мы планируем создание мобильной гериатрической бригады, что повысит доступность геронтологической, гериатрической помощи непосредственно жителям отдалённых районов и в первую очередь жителям сельской местности. Так выглядит трехуровневая система оказания геронтологической помощи.

Гериатрическая служба Российской Федерации представляет собой первый уровень. Это гериатрические отделения, кабинеты, поликлиники для взрослых. На сегодняшний день у нас есть врачи-гериатры, есть кабинеты гериатров, и вот в эту структуру должны будут вписаться мобильные гериатрические бригады.

На втором уровне у нас гериатрические отделения и койки многопрофильных медицинских организаций. На сегодняшний день существуют 63 госпиталя ветеранов войн, которые (и мы это очень приветствуем во всех регионах) принимают на себя роль гериатрических центров в своём регионе, и три гериатрических центра. 1 тысяча 880 геронтологических коек в системе сегодня.

И третий, высший уровень – это Федеральный научный центр геронтологии и гериатрии. Ольга Николаевна Ткачева, наш главный гериатр, сегодня в зале, будет тоже выступать. Она возглавляет нашу гериатрическую службу.

Как выглядит медицинская помощь гражданам старшего поколения? Мы понимаем, что на самом деле это, конечно, не только гериатрия... не столько гериатрия, но и все виды медицинской помощи должны быть доступны гражданам Российской Федерации старших возрастных групп – и скорая медицинская помощь, и первичная медико-санитарная помощь, и специализированная, включая гериатрию, и высокотехнологичная медицинская помощь, и, конечно же, паллиативная.

На сегодняшний день мы видим, что посещаемость населением медицинских организаций в амбулаторных условиях гражданами старшего поколения составляет в 2016 году 31 процент, в 2017 году 32 процента амбулаторных посещений. Вызовы скорой помощи несколько снижаются на протяжении последних трёх лет – с 19,3 миллиона до 18,9 миллиона в 2017 году. Увеличивается количество лиц в возрасте старших возрастных групп, поступивших на гериатрические койки, что, собственно, характеризует развитие геронтологической и гериатрической помощи. И высокотехнологичная медицинская помощь, мы видим самый последний сегмент, 55 процентов – это лица старших возрастных групп, что, наверное, тоже является вполне объяснимым, потому что именно с возрастом возникают проблемы и эндопротезирования, и офтальмологической высокотехнологичной помощи, и других различных видов высокотехнологичной медицинской помощи.

Особо хотела бы остановиться на диспансеризации. С 2013 года стартовала широкомасштабная диспансеризация определённых групп взрослого населения. На сегодняшний день пошёл уже второй цикл, начиная с 2013 года, раз в три года проходит каждая возрастная группа. То есть у нас уже по второму кругу пошли граждане Российской Федерации, и приятно отметить, что в структуре лиц, прошедших диспансеризацию, количество граждан старших возрастных групп также увеличилось, оно было 21,5 процента в 2013 году, в 2017 году данный показатель составил уже 29,5 процента.

При этом постоянно совершенствуется порядок диспансеризации. На сегодняшний день с 2013 года это уже третий порядок. Чем характеризуется наш последний приказ 869Н, который вступил в силу с 1 января 2018 года? В нём наряду с тем, что усилены скрининги на выявление самых распространённых в локализации онкологических заболеваний, таких как рак молочной железы, рак шейки матки, колоректальный рак и рак предстательной железы, второй важнейший акцент делается на раннем выявлении возраст-ассоциированных заболеваний, гериатрических синдромов. Методические рекомендации по профилактическому консультированию пациентов старше 75 лет разработаны под руководством нашего Центра гериатрии и геронтологии и направлены во все регионы Российской Федерации.

Очень хотелось бы остановиться подробно на том, что на сегодняшний день в целях реализации Указа Президента Российской Федерации, «Майского указа» номер 204 будут организованы национальные проекты, они будут реализовываться до 2024 года. Один из таких проектов – это демография. Проект реализуется Министерством труда Российской Федерации, но Министерство здравоохранения активно работает в рамках реализации федерального проекта, разработки и реализации программы системной поддержки повышения качества жизни граждан старшего поколения. Данный проект коротко называется «Старшее поколение».

Цель проекта – увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет, а вы прекрасно знаете, что данный показатель включён впервые. Показатель здоровой жизни у нас в Российской Федерации ранее оценивался, скорее, в научных целях, теперь он получает широкое распространение и будет оцениваться уже широкомасштабно.

Показатели проекта. Охват граждан старше трудоспособного возраста профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию. И если на сегодняшний день по базовому значению 2017 года данный показатель составлял 16,6 процента, то к 2024 году мы должны охватить старшее население профилактическими осмотрами в 70 процентах случаев.

Второй важный показатель, который будет оцениваться в рамках национального проекта и федерального проекта «Старшее поколение», – это доля лиц старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния, стоящие под диспансерным наблюдением. И мы рассчитываем к 2024 году 90 процентов лиц старшего населения, которые имеют какие-либо заболевания, охватить диспансерным наблюдением и сократить тем самым количество осложнений.

Задачи и результаты федерального проекта выглядят следующим образом, вы видите их на слайде. *(Демонстрируется слайд.)* В 2019 году мы должны охватить семь субъектов Российской Федерации, где будет создана гериатрическая помощь, идеальная модель гериатрической помощи, 11 тысяч граждан старше трудоспособного возраста должны будут быть пролечены на геронтологических койках,

разработаны и внедрены в практику клинические рекомендации по ведению шести наиболее распространённых заболеваний, связанных с возрастом.

К 2020 году 68 субъектов Российской Федерации развивают геронтологическую службу, и уже 130 тысяч пациентов будут пролечены на этих койках.

К 2024 году 68 субъектов Российской Федерации создают гериатрические центры, и в 85 субъектах Российской Федерации функционирует полноценная геронтологическая служба. 160 тысяч граждан, не менее, будут пролечены на геронтологических койках.

Поясню, почему 68 субъектов будут иметь центры, а не все 85: потому что один центр у нас на 200 тысяч населения старше 70 лет. Таких субъектов у нас 68. То есть во всех этих субъектах будут созданы геронтологические центры.

Кроме того, следующая задача и результаты. Не менее 95 процентов старшего трудоспособного возраста из групп риска, проживающих в организациях социального обслуживания, должны будут пройти к 2024 году вакцинацию против пневмококковой инфекции, об этом уже говорилось, и будут разработаны дополнительные программы скринингов для лиц старше 65 лет, проживающих в сельской местности, на выявление отдельных социально значимых неинфекционных заболеваний, вносящих определённый вклад в структуру смертности населения, с возможностью доставки их в медицинские организации. И в этих целях в 2019 году Министерством труда и социального развития Российской Федерации будут представлены иные межбюджетные трансферты на приобретение транспорта для этих целей.

В субъектах Российской Федерации будет создана и апробирована современная модель долговременной медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста. Это отдельный проект, который мы реализуем вместе с Министерством труда и социального развития, Елизавета Алескина сидит здесь, она подробно остановится на этом проекте.

Во всех субъектах будут опробованы и разработаны клинические рекомендации по ведению пожилых пациентов, созданы региональные гериатрические центры и будет организована, обеспечена модель долговременной медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста.

Вот на этом я хотела бы остановиться.

Спасибо большое.

Председательствующий. Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Давайте, уважаемые коллеги, обсудим эти ключевые позиции доклада.

Прошу вас. Слово предоставляется Игорю Николаевичу Каграманяну, первому заместителю председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике.

Каграманян И. Н. Спасибо большое.

Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемые члены президиума! Уважаемые коллеги!

Наверное, трудно переоценить значение той темы, которую, Дмитрий Анатольевич, вы сегодня выбрали для проведения «круглого стола» на такой широкой основе, с приглашением регионов.

На самом деле мы понимаем, что возраст... слово «пожилой» не поворачивается язык сказать, потому что мы все так или иначе достигнем этого рубежа, и хочется достигнуть его активными, в строю. Люди старшего поколения – это тот возраст, когда... Уже было подчёркнуто, что на наших необъятных просторах ключевое – это человеческий потенциал, обладающий колоссальным жизненным опытом, профессиональными компетенциями, но это и тот возраст, старше 50 лет, когда начинают проявляться заболевания, и есть специфика протекания этих заболеваний, «коморбидность» так называемая, когда несколько заболеваний объединяются единими патогенетическими механизмами. Поэтому чрезвычайно важно то, что подход этот реализуется комплексно, и это было представлено в докладе Минздрава России.

Безусловно, то, что помимо Минздрава России это направление «старшее поколение» будет продолжено в рамках проекта «Демография», это говорит о межведомственности подхода. Очень важно иметь, на мой взгляд, создание такой базовой опорной инфраструктуры в регионах на определённых этапах, когда вообще стоял вопрос о целесообразности регионализации и создания в каждом регионе гериатрической службы.

К счастью, здесь присутствуют люди, которые стояли у истоков этой службы, эта точка зрения возобладали, поэтому на определённом этапе было принято решение сделать опорные пункты в инфраструктуре – это госпитали ветеранов войн, которые есть в 63 субъектах нашей страны. Но мы понимаем, что с учётом наших необъятных просторов где-то это и гериатрические кабинеты, и мобильные гериатрические бригады, что особенно важно для лиц, проживающих в труднодоступных районах, в сельской местности, а таких у нас большое количество населённых пунктов.

Прозвучал уже тезис о важности диспансеризации. Я хотел бы акцентировать внимание на важности и необходимости совершенствования порядка диспансерного наблюдения. Диспансеризация сама по себе, как инструмент, наиболее активный способ профилактики, раннего выявления заболеваний. Я знаю, коллеги из профильного НИИ профилактической медицины в настоящее время прорабатывают вопрос чёткой регламентации диспансерного наблюдения. Вот у человека выявлено заболевание

в определённом возрасте, а мы сейчас знаем, что в соответствии с поручением президента нашей страны Владимира Владимировича Путина лица старше 50 лет (а это как раз тот возраст, когда надо более углублённо подходить к состоянию здоровья с точки зрения обеспечения активного долголетия) будут иметь возможность прохождения ежегодного профилактического осмотра. И вы знаете, что Государственная Дума приняла, Совет Федерации одобрил, и вступил уже в силу законопроект, что для этого работодателем будут предоставляться два оплачиваемых трудовых дня. Это тоже чрезвычайно важно. Чтобы порядок диспансерного наблюдения был детально регламентирован вплоть до кратности количества посещений участкового врача, в последние годы Минздравом проведена определённая работа, и на участках, где преобладает пожилое население, у нас тоже есть определённая территориальная специфика в регионах: увеличены штатные расписания в части медицинских сестёр, дополнительно введены штатные единицы. Очень важно, чтобы было детально регламентировано и количество посещений, и само содержание диспансерного наблюдения.

Что хотелось бы ещё подчеркнуть. Центру гериатрии Второго Московского государственного медицинского университета имени Николая Ивановича Пирогова придан статус такого головного методического центра, который на всех наших необъятных просторах будет обеспечивать единый методологический подход, это тоже чрезвычайно важно, об этом будет доклад Ольги Николаевны Ткачёвой, главного гериатра страны.

С чем мы чаще всего сталкиваемся, говоря о реализации. Представлена чёткая программа, есть современные организационные подходы и, соответственно, набор вмешательств, набор медикаментов, который позволяет сделать активным долголетие. Но в регионах велика дифференциация, поэтому здесь чрезвычайно важно то, чтобы это всё было, в единой вертикали обеспечивалось.

Отвечая на заголовок «круглого стола»: медицина старшего поколения, какой она должна быть, – она должна быть, прежде всего, наверное, бережливой, как и всё наше здравоохранение. И мне кажется, нам так удалось переговорить с Ольгой Николаевной, с Эльмирой Камильевной, я знаю, что Минздрав над этим работает и профессиональное сообщество, чтобы стандарты бережливых технологий, которые активно внедряются – сейчас амбулаторно-поликлиническое звено, следующий этап – стационары нашей страны, – чтобы они активно были реализованы и в рамках таких подходов. И, конечно, мне кажется, что здесь активно должны сыграть роль страховые представители, потому что ведь с чем часто сталкивается пожилой человек? С необходимостью записаться на приём к врачу-специалисту, а мы понимаем, что, ещё раз подчеркну, на наших необъятных просторах в силу дифференциации ситуации в регионах бывают разные. Вот так же, как мы говорим, что сейчас страховые представители нацелены на сопровождение пациента в рамках национальной онкологической программы, наверное, будет справедливо, если в полном объёме подключить их к этому, чтобы в поле их зрения обязательно было и сопровождение старшего поколения.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое. (*Аплодисменты.*)

Позвольте предоставить слово Ольге Николаевне Ткачёвой, директору Российского геронтологического научного клинического центра, главному внештатному специалисту-гериатру Минздрава России. Пожалуйста, Ольга Николаевна.

Прошу, коллеги, помнить о регламенте.

Ткачёва О. Н. Глубокоуважаемый президиум! Глубокоуважаемые коллеги!

Я ещё раз хочу поблагодарить вас за то, что вы сегодня обсуждаете эту проблему здесь, и за то, что в этом зале сегодня заинтересованные люди, мы все друг друга знаем. У нас хорошая команда, и мы работаем уже не первый год.

Я, может быть, начну с того, что такое, собственно, гериатрия? Потому что иногда задают вопрос: что тут нового? Ведь и раньше лечили пожилых людей, и так же точно терапевт или кардиолог должен оказывать медицинскую помощь людям пожилого возраста.

Что нового в термине «гериатрия»? На самом деле много нового. Гериатрия сегодня – самая молодая область медицины, несмотря на то, что она занимается пожилыми людьми. И основное её отличие, например, в задачах. Терапевт должен лечить и диагностировать заболевание. Гериатр должен смотреть более комплексно на пожилого человека, и главная его задача – сохранить его автономность и качество жизни. Это не одно и то же. Если лечить все заболевания, применять все лекарственные средства в соответствии с самыми современными клиническими рекомендациями, к сожалению, мы можем иногда потерять автономность пожилого человека и уйти от этой цели. То есть основная задача – продление активного периода самостоятельной, достойной жизни. Это основная задача гериатра.

Вот, собственно, сегодня вы эту схему уже видели. Я просто хочу назвать цифры, что к 2024 году мы должны уже создать гериатрическую службу. У нас в стране должно быть две тысячи гериатров, семь тысяч гериатрических коек, полторы тысячи гериатрических кабинетов и мобильных гериатрических бригад и, как уже сказали, 68 гериатрических центров.

Много это или мало? На самом деле мало, конечно, потому что один гериатр на 20 тысяч населения в амбулатории и одна койка на две тысячи населения старше 70 лет. Но это первый шаг, и мы должны

сделать его качественно и правильно организовать эту работу в соответствии с самыми современными международными подходами.

Конечно, госпитали ветеранов войн, с которыми мы сотрудничаем уже в течение целого ряда лет (и сегодня от Ассоциации госпиталей будет доклад), – это наш базис, потому что это очень хорошо оснащённые учреждения, которые привыкли работать с пожилыми людьми. И именно на них мы рассчитываем, как на гериатрические центры, в перспективе. И уже во многих из них гериатрические центры открыты.

В 2018 году впервые началось финансирование гериатрической помощи в системе обязательного медицинского страхования. Это очень важно. Эту работу мы продолжаем и сегодня. Буквально сейчас мы заканчиваем, и в ближайшее время в рубрикаторе будут новые клинические рекомендации по лечению пожилых пациентов с синдромом старческой астении и гериатрическими синдромами. К концу года в методические рекомендации будут внесены базисные вопросы по финансированию не только гериатрической стационарной помощи, но и гериатрической амбулаторной помощи, о чём многие специалисты давно уже говорят. Вот мы, наконец, подошли к решению этого вопроса. Я думаю, с 2019 года финансирование гериатрической помощи будет расширено.

Конечно, кадровый вопрос сейчас очень острый, потому что вы видели, что у нас пока мало гериатров. Даже исходя из того, что мы хотим, чтобы у нас был один гериатр на 20 тысяч пожилого населения, совершенно очевидно, что он просто не справится с таким количеством пациентов. Он оказывает консультативную помощь, и основная нагрузка всё-таки ложится на врачей первичного звена. И поэтому гериатрические навыки у врачей всех специальностей, в том числе у врачей первичного звена, – это особая проблема. Конечно, и додипломное, и последипломное образование по гериатрии должно быть обязательно для всех специалистов.

Конечно, подготовка гериатров сегодня ведётся на 19 кафедрах 19 вузов, и сеть этих кафедр будет расширяться. Это особенная роль медицинских сестёр, потому что гериатрия – это царство медсестёр. Они должны быть очень высококвалифицированными. Должны учиться специалисты по уходу. И должна быть широкая информационно-коммуникационная кампания. Потому что, к сожалению, наш менталитет ещё далёк от понимания тех проблем, о которых мы сегодня говорим. Сегодня мы считаем почему-то, что нарушение памяти у пожилого человека – это нормально, что когда болит, то это и должно быть у пожилого человека, что у пожилого человека жалобы должны быть, что он и не должен быть здоров. И, собственно, вот это уже называется эйджизмом. Это даже не профессиональная проблема, это проблема нашего менталитета. И это, конечно, надо менять.

Дмитрий Анатольевич, вы, кажется, говорили уже о том, что мне и многим нам хотелось бы, чтобы гериатрия стала популярной, чтобы в гериатрию шли молодые амбициозные и способные врачи, и чтобы они были мотивированы, потому что сегодня мы с трудом находим таких специалистов, хотя у нас только что был конкурс, грант семейного фонда Елены и Геннадия Тимченко, который поддерживает гериатрию в течение ряда лет. И мы, собственно, приняли очень способных молодых врачей, будем стажировать их в ведущих клиниках мира. И сегодня стараемся преодолеть эту проблему всеми силами.

Конечно, есть особенные точки болевые, и сегодня мы будем говорить о некоторых из них. К сожалению, сегодня не сможет быть Николай Николаевич Яхно, академик, который, собственно, явился инициатором антидементного плана действий, по аналогии с планом действий Всемирной организации здравоохранения. Это вообще колоссальная проблема.

Если мы достигнем целей, которые поставил перед нами президент, и к 2030 году войдём в клуб «80+», мы просто захлебнёмся деменцией, если ничего сегодня не сделаем.

Сегодня мы боимся этой проблемы, эта проблема стигматизирована. Модно болеть мигренью, но стыдно говорить, что в семье есть дементный пожилой человек. Эта проблема не просто междисциплинарная, она межведомственная.

Другая проблема тоже колоссальная – это профилактика падения, переломов у пожилых. Сегодня мы будем отдельно об этом говорить.

Конечно, с 2016 года мы проделали большую работу, как мне кажется: геронтологический научно-клинический центр, огромное количество методических рекомендаций. Вышло национальное руководство по гериатрии.

Я не буду всё это перечислять, конечно, все это можно написать, но надо, чтобы мы все это внедрили и чтобы всё это было реально и доступно для наших пациентов.

Конечно, событий много в этом году. Сегодня мы ещё будем говорить о научных направлениях в области геронтологии и гериатрии, потому что это отдельная, просто колоссальная тема. И события 2018 года – это исследование «Эвкалипт», это первое крупнейшее в России эпидемиологическое исследование, которое позволит нам вообще увидеть, где мы находимся, масштаб проблемы, и потом осмысленно планировать финансирование и развитие вообще медицинской помощи людям пожилого возраста.

Я постаралась быть краткой. Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо вам большое.

Слово предоставляется Тумусову Федоту Семёновичу, первому заместителю председателя Комитета по охране здоровья. Пожалуйста, Федот Семёнович.

Тумусов Ф. С. Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемые участники «круглого стола»!

На мой взгляд, после того как Владимир Владимирович Путин в ежегодном своём Послании поставил нам задачу достичь, если очень просто говорить, средней ожидаемой продолжительности жизни в 80 лет, на мой взгляд, изменилось само представление о системе здравоохранения.

Раньше доминировал такой узковедомственный подход: здравоохранение – это медицина. Мы все знаем, что медицина для здоровья нации занимает примерно 10 процентов.

По крайней мере, в вопросах управления, организации и законодательного обеспечения системы здравоохранения нам нужно менять всю систему, на мой взгляд.

У нас организация медицины построена на буквах, как бы на трёх «п»: приболел, пришёл и пошел. То есть, есть медицинские центры, если человек заболел, то он пришёл, пошел и вышел оттуда. А поскольку у нас страна огромная и самые разные слои населения, естественно, стоит задача не только в младенческом возрасте, в трудоспособном возрасте поддерживать здоровье, но и продлить, самое главное, здоровое состояние организма и жизнь пожилых людей.

Наш «круглый стол» называется «Медицина пожилого возраста». На самом деле это комплексная проблема: не только медицина, но и социальные аспекты, психологические аспекты, и другие аспекты мы с вами должны рассматривать.

В этом смысле я недавно, совершенно недавно внёс проект федерального закона на рассмотрение Государственной Думы, он называется «Комплексная медико-социальная помощь гражданам старшего поколения».

Понятно, что законопроект не выдумывается в одной голове, это результат огромной работы экспертов, специалистов, профессионалов и огромного практического опыта. Так вот, я хочу с гордостью сказать, что у нас в Республике Саха (Якутия) накоплен определённый практический опыт по работе с пожилыми людьми, гражданами старшего поколения. И фактически одним из авторов этого законопроекта является доктор медицинских наук Ольга Викторовна Татарина, главный геронтолог Минздрава Республики Саха (Якутия).

Дмитрий Анатольевич, я бы хотел попросить в рамках моего времени предоставить ей слово, чтобы она профессионально донесла не только суть данного законопроекта, но и практический опыт, который накоплен у нас в Республике Саха (Якутия). Спасибо.

Председательствующий. Хорошо, пожалуйста.

Ольга Викторовна Татарина, пожалуйста. Видите, какие у нас шаги. С такими нестандартными шагами мы обязательно достигнем победы. Пожалуйста.

Татарина О. В. Спасибо вам большое, уважаемый президиум, уважаемые участники «круглого стола»!

Я изначально хочу поблагодарить своих друзей из Санкт-Петербурга: Владимира Хацкелевича Хавинсона, Владимира Николаевича Анисимова, Владимира Юрьевича Серпова, – которые методически помогали при разработке данного закона.

Когда мы приступили к разработке этого закона, мы исходили из того, что медицинская помощь тесно взаимосвязана и очень взаимозависима от социальной помощи. И на сегодняшний момент (я, может, ничего крамольного такого не скажу) мы сами видим, что медицинская помощь, социальная помощь работают и функционируют самостоятельно, как две параллельные системы, независимо друг от друга с отдельным финансированием и с различными своими ведомственными правилами и тому подобное.

Но Эльмира Камильевна говорила о федеральном проекте «Старшее поколение». Я бы условно разделила мероприятия по реализации данного проекта на две составляющие: медицинскую, которая направлена на развитие гериатрической помощи, укрепление здоровья граждан старшего поколения, и социальную, которая направлена на создание системы долговременного ухода. Но вместе они как раз представляют единый комплекс медико-социальной помощи, взаимосвязанный между собой. И этот комплекс для эффективной своей реализации требует межведомственной интеграции, межведомственной координации именно на законодательном уровне.

Мы считаем, что необходимо в этой связи вводить такие новые понятия: не просто медицинская помощь, не просто социальная помощь, а именно медико-социальная помощь, медико-социальная поддержка граждан старшего поколения, которая подразумевает под собой создание единой комплексной системы медико-социальной поддержки с целью преемственности ведения граждан старшего поколения между различными уровнями здравоохранения, и особенно важно – между службами здравоохранения и социальной службой.

У нас в республике в этом году был принят закон «О комплексной медико-социальной помощи гражданам старшего поколения», который как раз и направлен на создание системы комплексной медико-социальной поддержки граждан старшего поколения, на обеспечение межведомственного подхода к медицинским и социальным вопросам граждан старшего поколения. И одно из важных направлений – это создание условий для различных организаций, волонтерских в том числе, к оказанию медико-социальной помощи. Такой закон у нас первый, но мы надеемся, что и в других субъектах

появятся аналогичные законы, не обязательно с таким названием, но отражающие как раз суть этих основных направлений.

В этом законе мы предусмотрели, помимо общих положений, организацию гериатрической службы и долговременной социальной службы именно как составляющей единой медико-социальной помощи в нашей республике. Мы предлагаем новую модель первичной медико-социальной помощи, так называемые «гериатрические участки», то, что примерно в Москве делается.

Мы объединяем с меньшим прикрепленным населением пожилых людей (70 лет и старше), провели обучение врачей-терапевтов участковых по гериатрии, и они занимаются с двумя медицинскими сестрами своим прикрепленным населением, мы считаем, что этого уже мало на сегодняшний момент. Эффект мы получаем, мы уже по цифрам выступаем с докладом, в том числе, например, о раннем выявлении [...] состояний и так далее, в том числе и в повышении удовлетворенности пожилых граждан и их детей оказанной помощью.

Мы говорили о мобильных бригадах. У нас это тоже в законе предусмотрено. Но мы уже, не скажу, что в большом объеме, мы только начинаем работать мультидисциплинарными гериатрическими бригадами в тех районах, где у нас пока не созданы гериатрические подразделения, и они опять же показывают свой эффект. Когда они приезжают, руководители этих регионов ставят вопрос о том, почему у них не создаются гериатрические койки, почему у них не создаются гериатрические кабинеты.

И ещё мы создаём гериатрический патронаж с использованием информационных и телемедицинских технологий. Много можно рассказывать на эту тему.

Хочу остановиться на наших предложениях. Мы предлагаем всё-таки рассмотреть возможность разработки федерального закона о комплексной медико-социальной помощи. Скорее всего и будет разрабатываться такой концептуальный документ об активном долголетии, об увеличении трудоспособного периода жизни. И немного менее масштабные вопросы, но хотелось бы всё-таки их затронуть. При разработке федерального проекта «Старшее поколение», к сожалению, не предусмотрено федеральное финансирование развития гериатрической службы в субъектах. А хотелось бы, чтобы какое-то федеральное финансирование на развитие гериатрии в субъектах Российской Федерации было предусмотрено.

Ольга Николаевна говорила уже об антидементном плане. Я считаю, что его нужно поднять на более высокий уровень, потому что проблема действительно большая, и она с каждым годом будет увеличиваться. Какой-то большой федеральный проект, где будут участвовать не только медики, именно по борьбе с когнитивными нарушениями и с деменцией.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Я думаю, что министерство слышит ваши предложения и наверняка слышало и раньше. Говоря о законотворческой деятельности, мы в комитете (коллеги поддержат меня) всё время стоим на позициях межфракционного взаимодействия в части формирования закона по здравоохранению, потому что опыт показывает, что годы уходят на то, чтобы одну строчку провести, годы.

Мы тут, надеюсь, выходим на финиш по школьной медицине: два с половиной года, три строки. Вот такое требуется согласование. Когда вы говорите о межведомственном законотворчестве, это, конечно, огромный космос. Уверен, что в нем мы сможем летать только все вместе.

Далее, Леонид Анатольевич, пожалуйста.

Огуль Л. А. Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемые коллеги!

По поводу Якутии – я очень благодарен, хороший доклад. Пользуясь случаем... Уважаемые коллеги, ведь дело в том, что геронтология – это хорошо, но если мы вернёмся завтра... Завтра – проблема попасть пожилому человеку к терапевту, к кардиологу. И на сегодняшний день Дмитрий Анатольевич начал сравнивать новорождённых.

Что у нас сейчас происходит? Ребёнок родился, по третьему талону родового сертификата он переходит в поликлинику, и год его наблюдают. 500 рублей полгода, получается, идёт на повышение заработной платы медицинским работникам и 500 рублей идёт уже вторая половина года. То есть дети новорождённые под контролем.

Чего нам не хватает, уважаемые коллеги, в поликлиниках? Персонифицированного учёта людей старшего поколения. Людям невозможно записаться к узким специалистам или просто к терапевту. Необходимо создать такую службу, чтобы поликлиники имели базу данных на территории, на приписном участке тех людей, которые старше 70 лет.

Получается, этих людей 70 лет, 80 лет, 90 лет в лучшем случае мы видим на День Победы, общаемся с ними. Бабушки в белых платочках видят друг друга в церкви и между собой общаются. Кто-то не пришёл, значит, заболел, значит, нужно оказать эту помощь. Вот это очень важно, мне кажется. Не нужно дополнительных затрат на персонифицированный учёт людей пожилого возраста. То есть индивидуальная медицинская помощь приписному населению, которое приписано на этом участке к этой поликлинике, именно старше 70 лет, старше 75 лет. Но этот механизм будет работать. Плюс медико-социальная помощь, о которой сейчас говорили. Мы активно работаем с Министерством соци-

ального развития. У них есть все списки людей активных. Создаются группы здоровья. И вот здесь эта связь поликлиник, врачей с Министерством социального развития, которые могли бы рекомендовать данной категории людей занятия или в той или иной группе, – это продлит жизнь нашим людям. Спасибо большое.

Председательствующий. Спасибо большое, Леонид Анатольевич. (*Аплодисменты.*)

Уважаемые коллеги, Геннадий Андреевичу нужно уйти, давайте поблагодарим его. Нам очень важна ваша поддержка и внимание.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Слово предоставляется Юлии Васильевне Михайловой, первому заместителю директора Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России. Пожалуйста.

Михайлова Ю. В. Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемые члены президиума!

Надо отметить, что новый комитет очень активно взялся за самые актуальные вопросы. Будем надеяться, что новорождённый законодатель быстро будет расти. Флаг вам в руки!

Уважаемые коллеги, я назвала свой доклад «Проблемы пожилых за 40 лет остаются прежними». Почему? Мы сегодня заслушали два базовых доклада Эльмиры Камильевны и Ольги Николаевны, очень, очень даже неплохие, которые нам показали всю перспективу на федеральном уровне, что предполагается делать у нас для того, чтобы медицинская помощь пожилым была адекватной.

Всё было бы так, но вот я хочу вам сказать, что я не новорождённая, я отношусь к категории пожилых, и абсолютно одинаково, абсолютно точно так же, в таком же масштабе, с такими же документами, со всем, со всем, со всем данная проблема рассматриваться начала с 1977 года по решению Политбюро и Пленума ЦК. Она так и звучала – «Совершенствование медико-социальной помощи пожилым людям». Основопологающий закон 1985 года за тот период был настолько базовым, все, все, все расписал, что должно было быть. Но в нашей стране случилась напасть – распад Советского Союза, в 1990-м году всё, что уже было наработано, всё это ушло. Это первые этапы развития геронтологии.

И следующий, сразу мы перейдём к 1994–1997-му и, самое главное, это 1999 год, вот в этот период времени у нас был Центр геронтологии, директор его здесь – академик Шабалин. У нас было прописано, это был основопологающий базовый закон, в котором прописано, что такое геронтологическая служба и помощь, как нужно развивать геронтологические кабинеты, какие должны быть программы. То есть было всё это прописано, введена специальность гериатрия. Но, как очень часто у нас бывает, не были определены ресурсы. Хотя была сразу принята целевая программа до 2004 года. И в этой целевой программе один к одному сегодняшнего дня были определены 12 пилотных территорий, в которых всё это должно было реализовываться: образовательная, организационная, структурная и так далее.

И тогда вопрос, почему это не состоялось? Это не состоялось только потому, что на федеральном уровне это было отработано, то есть, как в перестройку в тайге, все шумело, внизу было все тихо, денег на федеральном уровне, как сегодня Якутия просит федеральный бюджет дать, на все субъекты дать было невозможно. Это было передано на финансирование субъектам. И что? И все кануло.

Сколько лет прошло? А вообще-то, с 1950-го года впервые появились первые законы, но на региональном уровне всё сошло на решение очень мелких организационно-методических аспектов, и для дяди Вани, который сидел под деревом, ничего не изменилось.

В результате практической реализации всё, что было за 20 лет наработано, что у нас получилось? Что межведомственная разобщённость, которая была на федеральном уровне, ещё больше усилилась на субъектном уровне, муниципальном, геронтология, как наука, вообще оторвалась от реальной практики, и геронтологическая помощь, как таковая, до 2016 года отсутствовала.

Второй этап с 2016 года. Нужно сказать, что за 2016–2017 годы наше федеральное Министерство здравоохранения проделало огромную работу. Но перед этим я должна сказать, что великолепно у нас в России работает Министерство труда и социальной защиты, и мы где-то их все больше и больше только догоняем.

Итак, самое главное – у нас появилась снова политическая воля, там была воля политбюро, здесь появилась у нас воля в указах президента, которые не выполнять нельзя.

Дальше. Сформирован новый пакет, он новый. Будем считать, что новый. Ольга Николаевна сказала, все новое, ну, пусть она так считает. Значит, новый пакет документов, новые подходы, пожилой остался тот же самый, у него до восьми заболеваний – все те же самые, но самое главное, что появляется система общественной поддержки для того, чтобы эту службу развивать после утверждения плана действий. Это очень важно, потому что у нас очень часто к законам нет плана действий. Так у нас было по обязательному медицинскому страхованию, и мы все думали, и вот сегодня мы можем говорить, что у нас существуют... (*Микрофон отключён.*)

Председательствующий. Добавьте немного времени.

Михайлова Ю. В. ...федеральные предпосылки, которые могут быть повторением 1999 года, а могут по-настоящему развить в России геронтологическую помощь.

Что я бы хотела пожелать? Самое главное – мы должны сегодня обратиться к медицинским организациям, которые уже сегодня работают, и там ничего большого не нужно, а нужно перестроить

диспансерную работу, для того чтобы чётко выделить у участкового врача все группы, 70–75 и так далее. Далее, отдельно в группу выделить хроников с мультипатологией. Это все сделала Москва. Они молодцы. Это всё вы можете увидеть. И тогда стоит вопрос: время первично-повторного приёма таких больных. Слава богу, ОМС очень быстро откликнулся, и изменился тариф.

Сегодня нужно разделить: вот пилоты и вот что сегодня мы можем нашему дяде Ване улучшить. Вот здесь все приказы не какие-либо, а настоящие, которые были, постановления и так далее. А дядя Ваня остаётся в Липецкой области. То есть нам, создав федеральную основу, нужно опуститься вниз.

Я не согласна с тем, что нужно всё это делать за счёт федерального бюджета, нам не хватит никогда никаких денег, но то, что сегодня можно найти резервы... Нашли же – госпиталь ветеранов войны. Замечательно! А наши центры здоровья? Извините, туда ходят молодые люди? Не ходят, им надо работать. Значит, надо целевым способом сегодня центры здоровья переориентировать на организационно-методическую работу с пожилыми людьми.

Спасибо вам за всё. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое.

Когда вы проводили параллели с девяностыми, говорили вроде бы то же самое, кроме очень важного – политической воли. И всё, о чём мы сегодня говорим: диспансеризация, формирование потоков больных, центры, – всё это заработает только при одном условии, и мы это хорошо знаем, – при условии воли руководителей на местах, от самого главного руководителя – нашего национального лидера.

Слово предоставляется Любове Юрьевне Дроздовой, старшему научному сотруднику Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины, главному внештатному специалисту по медицинской профилактике Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Коллеги, пожалуйста, придерживайтесь регламента, чтобы мы всех успели послушать.

Дроздова Л. Ю. Добрый день, глубокоуважаемые члены президиума, уважаемые коллеги! Спасибо за возможность выступить на эту тему.

Я представляю также Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины и, в общем-то, в своём сегодня кратком выступлении коснусь того, как мы в рамках профилактической работы затрагиваем такой важный аспект, как медицина старшего поколения, лиц пожилого возраста.

Эльмира Камильевна Вергазова уже говорила в своём выступлении, что у нас достаточно серьёзную долю от числа лиц, прошедших диспансеризацию, составляют лица старшего возраста. Конечно, с клинической точки зрения вы понимаете, что это достаточно ожидаемо, потому как эти граждане старшей возрастной группы чаще обращаются в поликлинику и с большей готовностью проходят профилактические вмешательства.

Но важно сказать, что действительно идёт совершенствование внедрённого процесса диспансеризации. С 2014 года мы уже несколько раз пересмотрели порядки, и в 2017 году был создан новый порядок, который сейчас, собственно говоря, и функционирует, который отдельно выделил пациентов в возрасте старше 75 лет и затронул несколько аспектов проведения диспансеризации у них.

Я напомню присутствующим, что диспансеризация у нас проводится раз в три года для всех граждан старше 21 года, и начинается она с анкетирования, собственно, с выяснения основных факторов, которые могут являться причинами заболеваний. Это в том числе и наследственные причины, и факторы риска. Так вот, для лиц старшей возрастной группы, пожилых пациентов старше 75 лет совместно с Ольгой Николаевной Ткачёвой, главным геронтологом, была создана специальная анкета, которая позволяет оценивать факторы для старшего поколения.

Кроме того, обратите внимание, что в новом порядке диспансеризации мы углубили и усилили онкологический компонент – скрининг, сделали его более персонафицированным, в том числе для пациентов старшего и пожилого возраста. Надо сказать, что это такое направленное движение, по которому мы двигаемся в плане создания всё более персонафицированных программ диспансеризации, то есть специфичных для возраста, пола и в том числе ряда сопутствующих факторов. Важно, что для лиц старшего возраста, как для мужчин, так и для женщин, эти программы отличаются по своей наполненности от программ для лиц молодого возраста.

Собственно говоря, перечислены те методы онкологического скрининга, на которые мы сейчас обращаем большое внимание. Это, конечно же, большое подспорье для наших коллег-онкологов, потому что действительно всё выявление (скрининг) онкологических заболеваний можно реализовать только через сеть первичного звена как наиболее расширенную и, в общем-то, точку первого контакта любого гражданина, любого пациента с системой здравоохранения.

Посмотрите, в возрасте с 49 до 73 лет мы проводим этот скрининг раз в два года: на колоректальный рак и рак простаты (мужчины) – 45–51, рак молочной железы – 50–70 лет. Я обращаю ваше внимание, что эти возрастные рамки выбраны неслучайно. Эти данные основываются на международных исследованиях, когда скрининг может быть не только эффективным, но и безопасным и принесёт пользу, реальную пользу для увеличения продолжительности жизни наших граждан.

Очень важным аспектом проведения диспансеризации и профилактических осмотров у лиц старшего возраста является проведение углублённого профилактического консультирования. И здесь в помощь нашим кабинетам, отделениям профилактики совместно с главным внештатным специалистом по профилактике и главным гериатром были созданы методические рекомендации, которые описывают механизм профилактического консультирования, которое, как вы понимаете, достаточно сильно отличается от консультирования лиц пожилого возраста. И это консультирование для лиц в возрасте старше 75 лет в первую очередь направлено на выявление старческой астении. В том числе в критериях эффективности диспансеризации, охват углублённого консультирования граждан на втором этапе диспансеризации в возрасте 75 лет и старше – достаточно жёсткий показатель объёмный, и это то, почему мы оцениваем, как эффективность, критерий диспансеризации наших медицинских организаций, наших врачей.

Но отдельно я хотела бы остановиться на теме, которая меньше касается профилактики первичной. Это вопрос вторичной профилактики, и сегодня Игорь Николаевич с этого начал – вопросы диспансерного наблюдения. Потому как действительно мы можем выявлять пациентов, и мы прикладываем все усилия для того, чтобы выявлять пациентов с болезнями системы кровообращения, с онкологическими заболеваниями, но вопрос, что с ними происходит дальше. К сожалению, мы вынуждены констатировать, что даже по результатам диспансеризации в ряде субъектов, и таких субъектов достаточно много, это порядка 25 процентов всех наших субъектов, даже в результате диспансеризации менее 50 процентов граждан просто ставятся под диспансерные наблюдения. Это, к сожалению, проблема, с которой мы работаем и должны будем работать дальше, в том числе в совершенствовании нормативной документации, и сейчас мы имеем это поручение, которое мы прорабатываем, по совершенствованию алгоритма диспансерного наблюдения, в том числе для граждан старшего возраста.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Позвольте предоставить слово Канонниковой Людмиле Владимировне, председателю правления Союза госпиталей ветеранов войн.

Канонникова Л. В. Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич! Коллеги!

На самом деле в масштабах России функционируют 63 госпиталя, из них 60 госпиталей входят в Союз госпиталей ветеранов войн России. Руководители госпиталей, 30 руководителей находятся в этом зале, принимают участие в работе «круглого стола». Мы все поддерживаем государственную политику по оказанию медицинской помощи по профилю «гериатрия граждан старших возрастов». В госпиталях имеется колоссальный опыт работы с гражданами старшего поколения. Сразу, как только вышли 164-е распоряжение от 5 февраля «Стратегия в интересах граждан старших возрастов», приказ Минздрава 38-Н от 29 января, который утвердил порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия», госпитали очень чётко сработали. Стали открываться гериатрические центры на базе госпиталей для проведения организационно-методического руководства по развитию гериатрической службы на территории субъектов. Практически 80 процентов руководителей госпиталей являются главными внештатными специалистами-гериатрами на своих территориях. Мы открыли гериатрические койки для оказания специализированной медицинской помощи на базах госпиталей.

Но мы сейчас увидели очень серьёзную проблему: у нас не работает амбулаторная гериатрия, потому что до сих пор Минздравом не приняты подзаконные акты в плане медико-экономического стандарта, потому что 60 госпиталей работают в системе одноканального финансирования обязательного медицинского страхования. Нет медико-экономического стандарта, значит, наши врачи-гериатры, которые отучились, получили сертификаты врачей-гериатров, в медицинские организации пролицензировались, но сидят на приёме как врачи-терапевты, в лучшем случае участковые, и все задают нам, внештатным гериатрам, вопрос: «А что же так-то, мы уже в 2018 году столько пооткрывали кабинетов, а они не функционируют?»

Очень много возникло проблем. Мы работаем в теснейшем контакте, и спасибо огромное Ольге Николаевне Ткачёвой, практически все руководители госпиталей входят в профильную комиссию по гериатрии Минздрава России. Но, уважаемые коллеги, мы не сможем работать и развивать гериатрическую службу на базе госпиталей, если нас не услышат, мы уже два года стучимся, у нас очень плачевное материально-техническое обеспечение госпиталей, мы не можем выполнять 323-й федеральный закон, статью 37, которая требует выполнения порядков, стандартов клинических рекомендаций, не можем.

Далее. Мы работаем, все госпитали работают по приказам, 41-й приказ от 1993 года и 122-й приказ от 1995 года. Эти приказы неконкурентоспособны с новыми федеральными законами в сфере охраны здоровья граждан Российской Федерации. Мы в апреле Минздраву России передали проект приказа, но пока, я понимаю, что это длительный процесс.

Теперь у нас остаётся проблема, раз мы работаем в системе обязательного медицинского страхования. Получая государственное задание в субъект на госпиталь, дают госзадание на меньшее количество коечного фонда по сравнению с фактически имеющимися койками. Это тоже очень важная проблема.

Теперь смотрите, 164-е распоряжение правительства в приложении очень чётко указало соотношение гериатрических коек – одна койка на 10 тысяч населения.

Мы провели встречу с руководителями госпиталей, взяли из Росстата по субъектам информацию. Для себя мы понимаем, сколько у нас должно быть коек развёрнуто на территории госпиталей.

Но сейчас, когда в плане демография и в региональных программах старшее поколение, нам сказали, что это будет изменено – одна койка на две тысячи «70+». Тогда, рассчитав, мы понимаем, что у нас уменьшится количество гериатрических коек в целом в масштабах России, а мы же сейчас развиваем гериатрическую службу, а почему это должно уменьшиться?

Поэтому, проведя аналитику, от имени руководителей госпиталей мы очень просим рассмотреть ещё раз, вернуться к этому соотношению, на наш взгляд, в соответствии с выходом на пенсию граждан старше трудоспособного возраста: женщины – 60 и мужчины – 65. Почему не сделать одну койку на пять тысяч? И тогда мы по 2024 год будем иметь увеличение гериатрических коек, и это будет совершенно правильно.

Ну вот, я хотела поделиться этими проблемами. Помогите нам материально-техническую базу улучшить.

(Аплодисменты.)

Председательствующий. Спасибо вам большое. Мы вас услышали. И я сразу, забегаю вперёд, скажу, что все ваши предложения лягут в основу рекомендаций нашего сегодняшнего «круглого стола».

Позвольте предоставить слово Анатолию Алексеевичу Кулакову, директору Центрального НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, главному внештатному специалисту по челюстно-лицевой хирургии Минздрава России, академику Российской академии наук. Пожалуйста.

Кулаков А. А. Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич! Глубокоуважаемые члены президиума! Глубокоуважаемые коллеги!

Когда мы говорим о проблемах оказания медицинской помощи лицам пожилого возраста, все прекрасно понимают, что та забота об увеличении продолжительности жизни, которая проявляется и правительством, и Министерством здравоохранения, в конечном счёте приводит к тому, что этих лиц становится все больше и больше, и, конечно, они обращаются за медицинской помощью. После терапевтов стоматологи, наверное, вторые специалисты по частоте обращаемости пациентов, и самих стоматологов достаточно много, порядка 70 тысяч человек у нас в стране.

На слайдах показаны различные цифры, но есть и такие данные, что в 2025 году число пациентов пожилого возраста может приблизиться к 40 миллионам человек. Это огромный удельный вес. И, соответственно, нужно понимать масштаб тех задач, которые стоят. *(Демонстрируется слайд.)*

Проведённые эпидемиологические исследования показали, что ситуация с патологией в полости рта, с различными стоматологическими заболеваниями различна в разных регионах, но тем не менее прослеживаются определённые общие тенденции.

В частности, на слайде показано, что 63 процента пожилых граждан нашей страны нуждаются в протезировании, при этом 32 процента – это частично съёмные комбинированные протезы, 14 процентов полные съёмные, 17 процентов несъёмные протезы. *(Демонстрируется слайд.)*

Надо сказать, что если взять возраст 35–44 года, то у этой возрастной группы количество удалённых зубов порядка 14. А если мы берём возраст 60 и старше, то там уже в среднем у пациентов 23 зуба удалено. В некоторых регионах 50 процентов пациентов в возрасте 70–80 лет не имеют зубов совсем, это полная адентия, что ведёт к необходимости изготовления полных съёмных протезов. При этом работа с этими пациентами сопряжена с целым рядом особенных факторов, как уже отмечали – это мультиморбидность, то есть у каждого пациента старше 60 лет в среднем обнаруживается четыре-пять соматических заболеваний.

Снижение реактивности организма, раны у лиц старшего возраста заживают медленнее, в том числе и раны в полости рта, после удаления зубов, заживают в несколько раз медленнее.

Одна из особенностей – это атипичность клинических проявлений, так называемые симптомы молчания, то есть при целом ряде патологических процессов, в том числе и онкологических, практически отсутствует какая-то симптоматика у лиц пожилого возраста.

Что говорить о просто наших гражданах, если у одного моего коллеги, моего доброго приятеля, высокопрофессионального хирурга, обнаружили злокачественное образование ротоглотки в запущенной достаточно стадии?

Я его спрашиваю: как это могло быть? А он говорит: ну были какие-то неприятные ощущения, но ничего особенного, вполне можно было потерпеть.

Конечно, он получил квалифицированную помощь, и все хорошо, но это говорит о том, что у нас у самих, даже у врачей, нет достаточной настороженности, что же говорить о наших гражданах?

Изменения в работе вегетативной системы, развитие невротических состояний, увеличение периода адаптации к протезам, возникновение клинически неподтверждённых жалоб и симптомов, необходимость в специфической психокоррекции на всех этапах стоматологической реабилитации. *(Демонстрируется слайд.)*

Вот у нас сейчас в Центральном НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии в штатном расписании даже врач-психиатр есть, поскольку, по его наблюдениям, среди особенно постоянных пациентов стоматологических клиник, особенно лиц пожилого возраста, до 20 процентов пациентов имеют определённую патологию. Это и тревожное состояние, и депрессия, и многие другие нарушения, которые, в конечном счёте, ведут к неудовлетворённости полученной медицинской помощью, даже если она качественно оказана.

Как мы уже говорили, замедление реакции иммунитета приводит к тому, что чаще происходят озлокачествления при различных заболеваниях, снижение толерантности к препаратам требует индивидуального подхода к выбору медикаментозной терапии. Социально-психологическая дезадаптация, малая мобильность этих пациентов требует или оказания помощи на дому, или в стационаре, или стационарозамещающие какие-то варианты.

Существует и целый ряд местных факторов, которые характерны для этой категории пациентов. На слайде видно, что в терапевтическом лечении нуждаются пациенты в возрасте 60–70 лет – 63 процента, а старше – уже 90. *(Демонстрируется слайд.)*

Нуждаемость составляет до 100 процентов в группе 70–80 лет. Возрастание порога болевой чувствительности требует индивидуального подхода к анестезиологическому обеспечению, более длительной адаптации и наблюдения за изготовлением протезов, использования методов психокоррекции.

С возрастом увеличивается количество патологических изменений в слизистой оболочке полости рта, почти у 100 процентов пациентов старших возрастных групп обнаруживается патология пародонта, такой воспалительный процесс, как пародонтит, который, к сожалению, ведёт к потере зубов.

Надо сказать, что наличие таких соматических заболеваний приводит к изменению ряда нормативных показателей, пациенты не могут слишком долгое время находиться в стоматологическом кресле, поэтому приходится сокращать время приёма, а это, в свою очередь, требует увеличения числа посещений, увеличиваются сроки изготовления протезов, и часто врачам не удаётся достигнуть того эффекта, на который они рассчитывали, приступая к лечению.

Если говорить о мероприятиях, которые мы себе представляем, для того чтобы решать эти вопросы, то это, конечно, проведение научных исследований в области диагностики и методологии лечения пациентов старших возрастных групп именно с учётом отечественных разработок, которые у нас есть.

Изменение структуры организации оказания стоматологической помощи. Тут сегодня много говорили о создании геронтологических центров, и представляется, что это как раз то звено, в котором следует организовать оказание и стоматологической помощи, поскольку это, наверно, оптимальная возможность такого мультидисциплинарного подхода при проведении лечения.

Тут много сегодня говорили о профилактике переломов, хотя мы знаем, что это очень часто случается у пациентов. Когда мы сегодня говорим об операциях, когда в ходе одной операции мы проводим лечение нескольких видов патологии, я думаю, что даже у пациентов с травматическими повреждениями при проведении операций в условиях общего обезболивания было бы очень эффективно проводить одномоментно и хирургическую санацию полости рта. Это позволило бы избежать очень многих проблем и осложнений в перспективе, как по данному заболеванию при травме, потому что наличие очагов в полости рта очень часто приводит к развитию воспалительных осложнений, так и просто мы предотвратим очень многие проблемы в будущем для этих пациентов.

Необходимо подготавливать специалистов в области геронтостоматологии, потому что там есть очень много особенностей в оказании помощи.

Что очень важно, это формирование именно базовой потребности собственной в отношении к своему здоровью, моделирование интуитивного понимания ответственности за своё здоровье. И главный специалист по стоматологии член-корреспондент Академии наук Енушевич, и профессиональное сообщество стоматологов очень много говорили всегда, что подход может быть при оплате за счёт бюджета или ОМС, что кариес нужно лечить, а если у пациента пульпит, периодонтит, то это уже его ответственность – он в своё время не обратился к врачам и не провёл лечение на ранней стадии, когда это просто, недорого и эффективно.

И, конечно же, очень важно внедрение программ профилактики. Сейчас в программах развития здравоохранения появился приоритетный проект о первичной профилактике стоматологических заболеваний. И это будет иметь огромное значение не только для здоровья наших детей, школьников и студентов, но и, в конечном счёте, для наших пациентов и старших возрастных групп.

Я считаю, что в этом отношении можно сделать многое. Выступая в этом зале, я уже говорил, что японцы разрабатывают сейчас проект 8020, что у пациентов в возрасте 80 лет должно быть не меньше 20 зубов. Я думаю, мы должны ставить не меньшие задачи.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Слово предоставляется Серпову Владимиру Юрьевичу, главному врачу городского гериатрического медико-социального центра Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга.

Коллеги, вынужден вас призвать ограничиваться пятью минутами.

Серпов В. Ю. Уважаемый Дмитрий Анатольевич, уважаемые коллеги, вот уже в половине докладов, наверное, прозвучало, что смысл сегодняшнего и тема сегодняшнего собрания – это медицина пожилых, это медико-социально-психологическая помощь пожилым. И вот здесь придётся ваше внимание задействовать.

Мы чётко должны понимать, на каком принципе построена социалка. На заявительном. Мы себя позиционируем с обязательным принципом оказания помощи, и вот пока мы не будем знать, чем занимается социальная служба, крайне развитая – у них очень хорошие законы в отличие от нас, и они собраны и не подпускают к своим интересам – и пока они не будут знать, чем занимаемся мы, вся вот эта говорильня, которая не в этих стенах, естественно, закончится ничем.

Итак, мы договорились, что это медико-социально-психологическая помощь, в которой нуждаются именно пожилые. Сейчас меньше стало разговоров о том, что надо вносить изменения в 323-й закон. А ведь его только приняли, и мы говорили, самое скверное было в 323-м то, что оттуда выбросили медико-социальную помощь. Поэтому нашим ЗАКСом было подготовлено ещё в 2014 году постановление. Не надо изобретать велосипед, можно просто посмотреть, что предлагали наши парламентарии. Обратились в профильный комитет Государственной Думы, быстренько через один месяц получили ответ: это, мол, связано с затратами, – хотя о затратах речь не шла. Вы видите, 38-й порядок работает, приказ Минздрава России, и катастрофы с бюджетом не наблюдаются. В общем, вернули без каких-либо объяснений.

Это первое, что требуется сделать.

Второе. Действительно, молодцы якуты, они вот комплексную медико-социальную помощь гражданам старшего поколения сделали, честь им и хвала. Мы пытаемся, хоть с 2014 года занимаемся этим. Как сделать? Формально подойти. На шести страницах это будет, как правило, вот есть закон и есть закон, от субъекта отстанут. Но, вообще, он должен быть, естественно, там не надо размазывать белую кашу по чистому столу, но тем не менее конкретика, именно взаимодействие социалки и медицины, там должны быть. Мы надеемся, что примем в ближайшее время.

Итак, какая же структура должна организовывать, соединять данные социальной помощи пожилым и медицины? Что нас, собственно говоря, интересует? Это информационное взаимодействие. Какое? Регистр получателей услуг, регистр тех, кто оказывает эти услуги, и самое главное – регистр этих услуг, медико-социальных услуг. В социалке есть свои, у них тоже есть медико-социальные услуги, у нас есть, естественно, свои, но вот этот единый регистр, повторяю, три регистра: получатели, те, кто оказывает, и сами услуги. Что предлагается? В Москве есть, в Санкт-Петербурге в начале, поскольку это гериатрия. Кстати, чем меньше мы будем говорить «гериатрия», «гериатрия» в разговоре с той же социалкой и вообще с обывателем, тем будет лучше, потому что надо понимать, что мы до сих пор не научились сами-то говорить правильно, а тут это, в общем, медико-социальная помощь, долговременная медико-социально-психологическая помощь именно тем, кто уже получил все от медицины, всю высокую технологию, всё, не идут они.

Итак, в Питере есть в соответствии с 38-м приказом и 297-м, о чём говорили недавно: структуры, кабинеты, отделения, центр, вмещающий госпиталь, который занимается именно медициной и высокими технологиями, прежде всего. И вот сейчас, слушая выступление Минздрава, там был процент такой, сколько высокие технологии там? 55 процентов. А ведь этого мало. Ведь мы начали, вот сейчас начальник госпиталя Санкт-Петербурга здесь находится, и он может подтвердить, ведь это крайне малый процент. Мы любыми путями уходим от того, чтобы не оперировать зачастую. Это так.

Вот поэтому здесь как раз нужно обратить внимание.

Так вот, структура есть у нас по тому, что касается гериатрии. А в Москве, я не буду говорить, есть там гериатрия или нет, это не моё сейчас дело, но есть великолепный пакет документов о том, что касается паллиативной помощи, кто межведомственно взаимодействует. Обратите внимание, они все свеженькие, 2017 года, оказание паллиативной медицинской помощи взрослому населению, там есть межведомственный центр оказания паллиативной помощи.

И вот этот дивный совершенно приказ совместный, причём тоже такой же, в нём основное – регламент взаимодействия, 67 страниц, я посмотрел, в некоторых субъектах есть, там 6–7 страниц абсолютно ни о чём, здесь же всё расписано: маршрутизация, чем должен заниматься центр, что должны получать люди, которые находятся в социалке и нуждаются в медицине, что должны получать люди, которые находятся в медицине и нуждаются социалке.

И вот поэтому, я считаю, основным будет заслуга наша в том, если удастся на законодательном уровне потребовать создания теперь уже межведомственных медико-социальных, координационных медико-социальных центров по оказанию вот этой помощи пожилым.

Спасибо за внимание.

Председательствующий. Спасибо большое. Спасибо.

Уважаемые коллеги, слово предоставляется Дмитрию Михайловичу Давыдову, заместителю директора по науке НИИ общей патологии и патофизиологии.

Прошу вас, Дмитрий Михайлович.

Давыдов Д. М. Уважаемые коллеги, уважаемый президиум, я хотел бы немножечко перенести фокус внимания на научную проблему данной темы медицины пожилого возраста.

Здесь всё время звучали слова «геронтология», «гериатрия», и они звучали как синонимы. Не хотелось бы вдаваться в дискуссию, но сейчас, возможно, в геронтологии появилось новое течение, которое несколько смещает фокус и в самой проблеме. И иногда стоит понимать, что это направление противоречит гериатрическому.

Если обратить внимание на начальные выступления, там было небольшое отступление о том, что сегодняшняя гериатрия должна быть подальше от того понимания клиники, которому мы учим в институтах, то есть это менее диагностическое, с точки зрения болезней, направление и более полиморфное.

И в данном случае это направление, я назвал его геропротекторным, вы, может, встречаете это направление, но другого названия к нему нет, но если посмотреть публикации за рубежом и изучить наши исследования, они показывают, что геропротекторное направление, использование геропротекторной технологии обостряют хронические заболевания, которые встречаются у людей пожилого возраста.

С другой стороны, те препараты, которые направлены на борьбу с болезнями старости, сокращают жизнь человека, то есть они действуют против его биологического возраста, укорачивая его.

То есть вот это противоречие возникает всё время в исследованиях, когда сравниваются эти два направления, и мне кажется, это должно настораживать. Потому что, если мы направляем своё внимание исключительно на гериатрическое направление, то по оптимистичным прогнозам максимальная продолжительность жизни, которой можно достигнуть в данном направлении, 90–95 лет. И то это связано с тем, что люди будут жить в болезненном состоянии.

Возникла даже дискуссия на страницах «Ланцета» и «Бритиш медикал джорнал» о том, что пора пересмотреть вообще понятие «здоровье», потому что здоровье как таковое никто измерить не может, и давайте лучше смирился с тем, что люди должны привыкнуть жить больными. Это как бы поддерживают многие светила западной науки. Но в то же время появились письма от обычных врачей, что этого делать не стоит, потому что нужно оставить то определение здоровья, которое было в 1947 году принято ВОЗ, и постараться науку приблизить к этому. Потому что, если смотреть, начиная с середины 50-х и 60-х годов, наука сместилась именно к пониманию медицины как медицины болезней.

И вот только в последнее время появились работы, и люди науки начали обращать внимание на то, что есть возможность сначала генетически обнаружить, что можно защитить организм от многих генов, которые считаются рисковыми, даже если их там тысячи, достаточно, например, контролировать десяток генов геропротекторных, чтобы человек мог прожить безболезненно до 110–115 лет. То есть у этих людей не возникают болезни старости, хотя все рискованные гены присутствуют. Это, так сказать, такой подход, что, если сместить фокус немножечко с гериатрической проблемы на геропротекторную, то мы, во-первых, можем снять проблему болезней старости, во-вторых, продлить жизнь, по оптимистичным прогнозам, до 115 лет.

Другая проблема, которая возникает, – это то, что в геропротекторном направлении очень слабо развиты биомаркеры, от этого оно, как бы сказать, всё время отставало. У нас большой запас разных диагнозов, со своей симптоматикой, со способами лечения, то есть это проще, мы это лучше понимаем. В геропротекторном таких индикаторов меньше.

Тут прозвучали некоторые индикаторы, например, падение пожилых. Это поведенческие, потом когнитивные нарушения, это функциональные их процессы. Это можно объединить, как функционально-поведенческие индикаторы.

Но в этой же области существуют ещё дополнительные индикаторы, которые затрагивают другие механизмы продления жизни. Их чаще и проще исследовать, и они более объективны, нежели вот такие функциональные. Это, например, популяционные интегративные показатели. Многие из вас, наверное, знают об этом, сейчас некоторые фирмы пытаются без регуляции представить народу, что они могут подсчитывать биологический возраст. Эти данные берутся из популяции о том, что набор определённых биохимических показателей функциональных проб как-то коррелирует с возрастом, и мы можем объединить их... (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое. Благодарю вас.

Как говорил Ипполит Васильевич Давыдовский, нарушение структуры определяет нарушение функции. Пока человек функционирует, значит, он здоров.

Сорокин Евгений Владимирович, руководитель научно-организационного отдела Национального медицинского исследовательского центра кардиологии Минздрав России. Пожалуйста.

Сорокин Е. В. Глубокоуважаемый президиум, уважаемые коллеги, дамы и господа, во всех странах мира по мере роста продолжительности жизни в структуре смертности неуклонно нарастает удельный вес болезней системы кровообращения.

Сердечно-сосудистая система на протяжении десятилетий подвергается воздействию как острых стрессов, так и самых разных факторов риска и хронических заболеваний.

Ишемическая болезнь, сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, сахарный диабет, нарушение ритма, болезни почек – все это не проходит бесследно. Болезней системы кровообращения много. Самые значимые с точки зрения повышения смертности и снижения качества жизни и бремени социальных расходов перечислены на этом слайде, выделены красным цветом: артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, пороки сердца, нарушение ритма и проводимости, мозговые инсульты. В структуре смертности болезни системы кровообращения долгое время и, к сожалению, прочно занимают пока ведущее место. Главные причины смертности от болезней системы кровообращения – это ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные заболевания, в первую очередь мозговые инсульты.

В рамках сегодняшнего сообщения кратко будут рассмотрены основные возрастные особенности этих заболеваний и способов их лечения.

Ишемическая болезнь сердца в пожилом возрасте имеет важные клинические, диагностические и прогностические особенности. Пожилые – это пациенты с ОБС, часто принимают много лекарств, имеют множество сопутствующих заболеваний. Им часто требуется хирургическое лечение, нередко повторное. Важно помнить, что возраст сам по себе не является фактором ограничения направления пожилых пациентов с ОБС на коронарное шунтирование, коронарное стентирование. Эти операции в пожилом возрасте активно выполняются и дают хорошие результаты.

Сердечная недостаточность – это очень важное и с эпидемиологической точки зрения, к сожалению, пока недооценённое заболевание в старших возрастных группах. В старшем возрасте сердечная недостаточность крайне редко возникает сама по себе. Как правило, она завершает многолетнее развитие и прогрессирование той же ОБС, артериальной гипертензии и других сердечно-сосудистых заболеваний. Именно пожилым больным свойственна полиморбидность, сердечная недостаточность у этого контингента носит многофакторный характер. Распространённость сердечной недостаточности с возрастом стремительно повышается как в российской популяции, так и в зарубежных странах.

Вклад сердечной недостаточности в структуру смертности у пожилых больных весьма высок, однако из-за особенностей учёта в нашей стране его трудно точно оценить. Пожилые пациенты с сердечной недостаточностью – одни из самых тяжёлых. Они часто принимают много лекарств, имеют множество сопутствующих заболеваний, им часто требуется повторная госпитализация. Создание в нашей стране специальных центров по лечению и реабилитации сердечной недостаточности стало важным шагом на пути улучшения преемственности между стационарными и амбулаторными поликлиническими этапами лечения.

Среди старшего поколения люди с нормальным артериальным давлением в отсутствие лечения находятся в меньшинстве. Её распространённость в старших группах весьма высока. Главная негативная роль артериальной гипертензии – её высокая распространённость как фактор риска других заболеваний в современной российской популяции. Именно высокая распространённость артериальной гипертензии – главная причина высокой распространённости к наступлению пожилого возраста ишемической болезни сердца, и сердечной недостаточности, и сердечных аритмий, и мозговых инсультов.

Причин высокой распространённости гипертонии у пожилых много, среди основных – длительное воздействие факторов риска, возрастные изменения сердца и сосудов, пренебрежение лечением и профилактикой её в молодом и в среднем возрасте. Важные особенности артериальной гипертонии в пожилом возрасте диктуют важные особенности лечебной тактики. Среди основных это более бережное лечение, максимальное предотвращение чрезмерного снижения давления, в пожилом возрасте не следует снижать давление до таких же показателей, что у лиц молодого возраста.

Фибрилляция предсердия – одна из самых распространённых сердечных аритмий. Сама по себе она не является жизненно опасной, однако является основной из главных причин мозговых инсультов во всех основных группах независимо от причины возникновения. Кроме того, фибрилляция предсердия способствует развитию или усугубляет другие заболевания. Её распространённость в старших группах также возрастает по сравнению с молодыми пациентами.

Риск наступления мозгового инсульта при любой фибрилляции предсердия в пять-семь раз выше, чем без неё. Каждый пятый мозговой инсульт – следствие фибрилляции предсердия. Правильное лечение этого заболевания – залог хотя бы частичного снижения частоты цереброваскулярных осложнений.

Председательствующий. К сожалению, ваше время истекло.

Сорокин Е. В. Я заканчиваю.

Как и другие сердечные заболевания, фибрилляция предсердий у людей пожилого возраста имеет свои особенности, среди которых более частая необходимость имплантации кардиостимулятора.

Председательствующий. Ваше время истекло. Спасибо вам большое.

(Аплодисменты.)

Уважаемые коллеги, слово предоставляется Сургай Марине Арсеньевне, доценту кафедры гериатрии и медико-социальной экспертизы Российской медицинской академии постдипломного образования. Пожалуйста. Пять минут.

Сургай М. А. Уважаемые коллеги, обсуждение вопроса медицины старшего поколения, безусловно, подразумевает обсуждение показателей уровня здоровья населения старшего возраста, то есть по-

жилого населения. На фоне демографического старения, которое имеет глобальный характер, инвалидность является как раз-таки тем показателем, который позволяет судить как об уровне здоровья старшего поколения в Российской Федерации, так и об эффективности мероприятий по медико-социальной реабилитации этого возрастного контингента населения.

Проблема инвалидности характерна не только для Российской Федерации, она характерна для всех без исключения стран мира, и мы видим, что показатель удельного веса инвалидов в Российской Федерации ниже по сравнению с другими странами. И этот вопрос, безусловно, требует больших экономических затрат на осуществление медико-социальной реабилитации.

Граница старости – это возраст, при достижении которого людям остаётся прожить в среднем 15 лет или менее. Порог старения в Российской Федерации достигается раньше, а значит, раньше возникают и медико-социальные проблемы, которые буквально нарастают с возрастом, являясь причиной ограничения жизнедеятельности, которая возникает на фоне как приобретённых нарушений функциональных, так и на фоне функционального физиологического старения населения. Это, конечно же, огромное бремя, которое ложится на плечи здравоохранения, но тем не менее Российская Федерация ратифицировала Конвенцию ООН «О правах инвалидов» и, соответственно, запустила трехэтапный механизм социализации государства с введением важнейших программных документов, осуществляя их как по критериям определения групп инвалидности среди лиц с нарушением функций и ограничением жизнедеятельности, так и по обеспечению доступной среды инвалидам, то есть лицам с ограничением жизнедеятельности.

Вопрос инвалидности – это многоаспектная проблема, которая требует проведения целого ряда многоэтапных исследований. Такие исследования проводятся на кафедре геронтологии и медико-социальной экспертизы. Они завершены, они охватили 12 лет, начиная с 2005 года по 2016 год, и за этот период в Российской Федерации первично было признано инвалидами 11 миллионов, среди которых пожилых почти 7 миллионов, а при повторном освидетельствовании 12 миллионов. То есть это огромные цифры, это огромное экономическое бремя, которое ложится на плечи как Пенсионного фонда, так и системы здравоохранения в Российской Федерации.

За этот период мы видим динамику снижения инвалидности во всех основных возрастах взрослого населения Российской Федерации, в том числе и среди пожилых, однако контингент пожилых инвалидов опережает по всем практически патологиям инвалидность в остальных возрастных категориях взрослого населения, то есть среди молодых и среднего возраста.

Мы представляем структуру инвалидности граждан пожилого возраста в Российской Федерации. На первом рейтинговом месте буквально конкурируют между собой болезни системы кровообращения и злокачественные новообразования, а на третьем рейтинговом месте – болезни костно-мышечной системы.

Мы знаем известный приказ, выделяющий социально значимые заболевания в Российской Федерации, и это, конечно же, болезни системы кровообращения, в частности, это артериальная гипертензия, это злокачественные новообразования. А болезни костно-мышечной системы не введены этим приказом в перечень социально значимых заболеваний, хотя по тяжести осложнений они, по-видимому, требуют пересмотра этого вопроса.

Если разложить структуру инвалидности по возрастам в Российской Федерации, то мы видим, что если инвалидность вследствие туберкулёза и ВИЧ-инфекции – это инвалидность молодого возраста, то инвалидность вследствие болезней системы кровообращения, болезней глаз, слуха и многих других заболеваний, которые представлены здесь – это инвалидность пенсионного возраста.

За эти годы произошли изменения в структуре инвалидности по тяжести в контингенте инвалидов пожилого возраста. На первое рейтинговое место выступила инвалидность с третьей группой инвалидности, хотя мы отмечаем в последние годы рост контингента инвалидов самой тяжёлой, первой группы инвалидности среди пожилых пациентов.

Говоря о повторной инвалидности, мы также констатируем то, что в этом контингенте опять же преобладают лица пожилого возраста. Мы можем расценивать то, что инвалидность пожилого возраста растёт также и с теми успехами, которые были достигнуты вовлечением высокотехнологичных методов лечения в реабилитацию пациентов. У меня все. Спасибо большое за внимание. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо вам большое, спасибо.

Позвольте предоставить слово Яну Владимировичу Власову сопредседателю Всероссийского союза общественных объединений пациентов. Пожалуйста, Ян Владимирович. Приготовьтесь Кузьминой Людмиле Павловне.

Власов Я. В. Добрый день, коллеги! У меня два основных вопроса.

Первый вопрос, который я хотел бы обсудить, это то, что во Всероссийский союз пациентов и советы по защите прав пациентов при Росздравнадзоре Министерства здравоохранения Российской Федерации стали обращаться пожилые пациенты, перенёвшие перелом шейки бедра, с тем, что столкнулись с трудностями оказания медицинской и социальной помощи.

Обратившись в профильные учреждения, мы для себя выяснили следующее.

Первое. 49 процентов лежащих пациентов, которым не оказана хирургическая помощь при переломе шейки бедра, умирают в первый год.

Второе. Половина этих пациентов погибает от пневмонии, и количество смертей, связанных с инсультами и инфарктами, в девять раз больше, чем в среднем по популяции.

Наша просьба и предложение, которое мы уже прислали, – изменить маршрутизацию этой группы пациентов и каждому пациенту проводить соответственно хирургическое вмешательство с целью его вертикализации, а на сегодняшний день 60 процентов этих пациентов даже не госпитализируются.

Второе. С недавнего времени я возглавляю комиссию по здравоохранению госкорпорации «Росатом». И вопрос, который мне был задан в последнее время: каким образом нам сохранить здоровье людей, которые управляют системой «Росатома», как, полагаю, и во многих других учреждениях, где руководителям далеко за 60. Что с ними делать? Передавать опыт пока никому.

И вот здесь стоит вопрос: а вот то, о чём мы сегодня говорим, программа активного долголетия, это касается каких пациентов? Это касается всех? Или, может быть, мы можем выделить некую проблему, связанную с валеологией, так её назвать? Может, мы говорим о профилактической части системы оказания медицинской помощи пожилому населению? Говорили сегодня о центрах здоровья.

Ведь речь идёт о том, что не каждому пожилому человеку нужна именно медицинская помощь. Да, определённого рода питание, да, определённого рода физические нагрузки, умственные нагрузки, любого рода другая активность, но не медицинское лечение. Им нужна валеология. Может быть, мы в этом направлении посмотрим?

Говоря сегодня о той системе, которая многократно здесь была показана нам, гериатрия, геронтология и так далее, и так далее, со всеми этими научными вопросами, хотелось бы спросить, а на какие деньги все это делать?

3,4 ВВП. Мы 55-е, то есть последние по уровню экономики системы здравоохранения в мире. У нас доктора сейчас имеют снижение заработной платы в регионах минус 25 процентов в год. 900 тысяч человек ежегодно экономически активного населения уходят из системы, у нас много проблем.

И в связи с этим мы ставим вопрос по-другому. Может быть, мы сначала определимся с источниками, как сегодня уже было сказано?

Может, мы сделаем программу, в которой есть не только нормативно-правовые акты и исполнители, но в которых есть и деньги? У нас существует много вопросов в связи с этим.

Коллеги, я не хотел бы занимать дополнительно ваше внимание, я хотел бы, чтобы Всероссийский союз пациентов был приглашён в рабочую группу по разработке документа, связанного со здравоохранением пожилых.

Спасибо за внимание. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое.

Мы в самом начале говорили о программах, которые финансируются, и там, в том числе из-за позиции комитета, были выделены те строки, которые можно отслеживать. Но мы, разумеется, готовы опереться на вас.

Слово предоставляется Людмиле Павловне Кузьминой, заместителю директора НИИ медицины труда имени академика Измерова. Прошу вас.

Кузьмина Л. П. Глубокоуважаемый президиум! Глубокоуважаемые коллеги!

Я представляю медицину труда, я тоже хотела бы сказать, что в нашей специальности мы практически не пользуемся терминами геронтологии, такими терминами, как гериатрия, в крайнем случае, мы говорим: старшие возрастные группы. Потому что наша задача – это сохранить здоровье, работоспособность и продлить трудовое долголетие работников. И в основном мы занимаемся работающими во вредных и опасных условиях труда.

Проблемы, которые у нас существуют, это проблема номер один в том, что у нас естественно, работающие во вредных и опасных условиях труда подвергаются риску развития профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний.

Но одновременно с этим следуют помнить, что производственные факторы также являются триггерами в развитии и общей патологии. А наличие общей патологии иногда является противопоказанием для работы в профессии, для работы с определённым фактором. И, таким образом, работник может потерять, стать профнепригодным, он теряет свою работоспособность в профессии, а иногда и получает инвалидность, и отсюда вытекают все эти последствия социального характера и так далее.

Второй момент: когда профессиональные заболевания у нас практически в 90 случаях возникают уже на стадии инвалидности, когда опять же теряется профессия, получает человек инвалидность, он теряет свою профессию. И у нас огромный материал, мы проанализировали очень большие данные Министерства здравоохранения по заболеваемости по 85 субъектам Российской Федерации, начиная с 18 лет, и лица трудоспособного возраста и старшего трудоспособного, это были ещё старше 55 лет женщины и 60 лет мужчины на сегодняшний момент, но сейчас, наверное, это изменится, и наши собственные данные объективные. И мы показали, и здесь уже сегодня говорили о полиморбидности, что уже в 50 лет имеют один-два диагноза, к 60 – уже три-четыре и местами до семи.

Вот мы проанализировали, например, транспортную отрасль, у нас была 21 тысяча человек – 45 тысяч диагнозов на всех и только 8,5 процентов не имели ни одного диагноза.

Это говорит о том, что мы предлагаем совершенствование медицинского обеспечения работников старших возрастных групп, занятых на работах во вредных условиях труда и, конечно, в первую очередь профилактику и выявление ранних признаков заболеваний с последующим формированием групп риска и проведением лечебно-профилактических мероприятий.

Мы сейчас работаем совместно с Фондом социального страхования и с Минтрудом в рамках реформирования 125-го федерального закона, когда страховым случаем будет считаться случай ранних признаков.

Мы сейчас работаем в пилоте, и уже у нас есть данные, во-первых, об экономической эффективности, насколько экономически более выгодно пролечить ранние признаки, и человек возвращается в свою профессию, на работу, либо он получает профессиональное заболевание и все вытекающие последствия.

И, конечно, для эффективного управления профессиональными рисками рекомендуется создание на промышленных предприятиях медицинско-информационной системы, где возможен тогда персонифицированный подход, где хранятся данные о состоянии здоровья, и не только о состоянии здоровья, но и о вредных факторах, с которыми работает этот человек на протяжении всего его пути, когда он находится на работе.

Ну, вот основные моменты. Спасибо за внимание.

Председательствующий. Спасибо вам большое. *(Аплодисменты.)*

Мы полностью поддерживаем всё, что касается ренессанса производственной медицины, и Минтруда России сегодня уже хвалили, и мы тоже хотим присоединиться, очень большое внимание оно уделяет сохранению здоровья и профилактике инвалидности по причине производственных рисков.

Слово предоставляется Аведисовой Алле Сергеевне, руководителю отдела психических и поведенческих расстройств Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени Сербского Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Приготовиться Кондратенко.

Аведисова А. С. Глубокоуважаемые коллеги, я коротко буду говорить, я психиатр, поэтому буду освещать медицинский аспект этой проблемы.

Хотела бы обратить внимание на актуальность этой темы, вот это бремя, глобальное бремя психоневрологических заболеваний, вы видите, оно составляет 13 процентов, а вот, собственно говоря, бюджет здравоохранения, который идёт на обслуживание этих 13 процентов, – только два процента. *(Демонстрируется слайд.)*

Я буду говорить только о тех проблемах, которые имеют отношение именно к комитету здравоохранения.

Наши данные по поводу больных деменцией в динамике распространённости деменции в Российской Федерации. Вы видите, возрастает количество от 13 до 20, и значительный разброс данных по регионам. *(Демонстрируется слайд.)*

Значит, для того чтобы решить какие-то данные о помощи этим больным, нужны совершенно точные данные о потребности населения в этой помощи. И здесь у нас огромные просчёты.

Вот у нас национальная форма медицинской статистической отчётности, на которую опирались в том числе и вы при составлении программ определения объёма экономического финансирования.

В подраздел «Органические психозы и слабоумие» входят и сосудистая деменция, а также делирий алкогольный, то есть эти данные совсем не отражают реальную ситуацию.

Более того, болезнь Альцгеймера находится и в психиатрической патологии, и в неврологической патологии. Мы обращались несколько раз в Минздрав, надо изменить эту проблему, мы основываемся на неверных данных, то есть изменить, пересмотреть.

Ещё такая же проблема – это классификация причин смерти. Посмотрите, что происходит опять, смертность, другие психозы, в психиатрическом термине, это алкогольные психозы, и энцефалопатия, и слабоумие. Вообще, термин «слабоумие» – откуда такой термин, уже тысячу лет нигде нет этого термина, а у нас он звучит.

И в неврологических болезнях отдельно болезнь Альцгеймера.

В результате что у нас получается: если во всём мире болезнь Альцгеймера на 10-м месте по причинам смертности, то у нас деменция альцгеймеровского типа, смертность, по сравнению с другими, ну это же... На таких данных мы основываемся, когда составляем какие-либо программы.

Смертность населения в России. По причинам смертности: болезнь Альцгеймера, это неврология даёт, сосудистая деменция – вообще нет рубрики, а старость, так называемый мусорный код, который вообще ни о чём не говорит и который во всём мире практически стремится к нулю, у нас совершенно дикие цифры. Что это?

Следующая проблема. Спектр служб помощи у нас достаточный, и стационары, и филиалы для больных старшего возраста, но надо реально посмотреть на проблему.

Среди лиц, по эпидемиологическим данным, хотя это первого года, только 10 процентов больных выявляется психиатрами и вообще медицинскими службами. А из них только 10 получают терапию. И самая большая проблема – это болезнь деменция, и в частности болезнь Альцгеймера. Да вы сами это прекрасно знаете.

Значит, нужно получить действительно реальные данные об условиях жизни этих больных в настоящее время. Кто им сейчас оказывает помощь.

И вот почему у нас такой разброс данных по территориям? Потому что, например, ясно, что в кавказских регионах никто больных этих не отдаёт ни в какие дома престарелых, ни в какие интернаты для хроников. Значит, нельзя это все решать на федеральном уровне. Это проблема региональная, культуральная проблема.

А мы говорим, там столько-то нужно коек на такое-то количество больных старшего возраста. Это совершенно неправильный подход. Значит, нужно определить роль и взаимозаменяемость семейной профессиональной опеки, где готова взять семья, где профессионалы должны работать. Это все должно быть заменяемо. Нет здесь такой строгой вертикали, которую мы хотим создать, помощи. Это все мы прекрасно знаем, когда оглянемся на себя и своих близких.

И последнее, что я хотела сказать: я ещё разок хочу подчеркнуть, что деменция, которая составляет 50 процентов всех медицинских проблем пожилого возраста, а если мы говорим ещё за 70, так уже не надо за 70 лет, там все 70 процентов, что это прежде всего медицинская проблема, которая становится социальной. И вот здесь мы видим эти методические рекомендации, которые у нас в центре делают, в Институте психиатрии и наркологии, по жестокому обращению. Значит, надо как-то собрать все эти данные. И прежде всего, конечно, с моей точки зрения, дать всё-таки какой-то спектр возможностей действия специалистов, обучение психиатрами и неврологами, весь тот, понимаете, объём людей, которые оказывают помощь этим, собственно говоря, пациентам. Вот это я хотела бы ещё разок подчеркнуть.

Спасибо большое. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое. Спасибо.

Все найдёт отражение в нашей резолюции. Слово предоставляется Кондратенко Дмитрию Викторовичу, президенту Национальной ассоциации здравоохранения. Приготовиться Олескиной. Прошу вас.

Кондратенко Д. В. Здравствуйте, уважаемые коллеги!

Национальная ассоциация здравоохранения совместно с академиком Разумовым Александром Николаевичем, который является президентом Национальной курортной ассоциации, подготовили ряд конкретных предложений по развитию санаторно-курортной системы, которая, по нашему мнению, является максимально эффективным инструментом в решении поставленных Президентом Российской Федерации задач по увеличению продолжительности жизни населения, здоровой, активной и полноценной жизни до 80 и более лет, определённых в Послании Федеральному Собранию.

С первых дней своего существования санаторно-курортный комплекс формировался как неотъемлемый элемент здравоохранения. Курортное дело было включено в систему оказания медицинской помощи, как и поликлиника, больница, санаторий, и выполняло важные общенациональные функции по профилактике заболеваний, реабилитации и лечению больных на ранних стадиях, являясь этапом лечения многих заболеваний. Однако на сегодняшний день санаторно-курортная деятельность фактически выпала из системы здравоохранения. В связи с этим считаем необходимым восстановить утраченное место санаторно-курортной деятельности в системе здравоохранения и обращаемся к законодателям и государственным исполнительным органам власти, общественным организациям с предложением по реализации данных задач.

Итак, первое. Создать единую организационную структуру управления санаторно-курортным комплексом России.

Второе. Обеспечить санаторно-курортным организациям экономические условия хозяйственные, аналогичные медицинским организациям. Хотелось бы пояснить, о чём речь. На данный момент санатории имеют медицинскую лицензию, вместе с тем налоговых льгот, как медицинские центры, они не имеют. Таким образом, предлагаем из Федерального закона 395 от 28 декабря 2010 года, статья 284, пункт 1, из второго абзаца исключить слова «при этом деятельность, связанная с санаторно-курортным лечением, не относится к медицинской деятельности».

Далее. С целью развития системы массового оздоровления и вовлечения максимально широкого круга лиц в занятие своим здоровьем принять меры, стимулирующие вложение предприятиями собственных средств в оздоровление своих сотрудников. Для этого необходимо внести изменения в Федеральный закон № 113-ФЗ от 23 апреля 2018 года, предусматривающий возможность учитывать в целях исчисления налога на прибыль расходы на оплату санаторно-курортного лечения для работников по договорам, заключённым работодателями с санаторно-курортными организациями напрямую.

Далее. Принять меры, стимулирующие вложение гражданами Российской Федерации собственных средств в оздоровление. Для этого необходимо внести изменения в статью 219 Налогового кодек-

са Российской Федерации и предоставить право физическим лицам, осуществляющим приобретение за свой счёт санаторно-курортных путёвок, на получение социального налогового вычета на полную стоимость оплаченной санаторно-курортной путёвки в пределах установленных ограничений в совокупности с социально-налоговыми вычетами.

И четвёртое, последнее. Обеспечить безусловное выполнение поручения Президента Российской Федерации по итогам заседания президиума Госсовета Российской Федерации от 26.08.2016 года в части разработки и утверждения стратегия развития санаторно-курортного комплекса Российской Федерации, а также разработки комплекса мер по обеспечению информирования медицинских организаций и граждан о возможностях санаторно-курортного комплекса Российской Федерации. Отмечаю, что указанные поручения были даны президентом Правительству Российской Федерации, срок исполнения поручения был 1 мая 2017 года. Друзья, на дворе уже октябрь 2018-го, выполнения всех поручений как не было, так и нет. Без выполнения этих поручений двигаться дальше в этом направлении, мы считаем, не имеет никакого смысла. Надеемся, что Правительство Российской Федерации в ближайшее время выполнит поручение президента, и мы сможем более активно развивать санаторно-курортное лечение. У меня все. Спасибо за внимание.

Председательствующий. Спасибо большое. (*Аплодисменты.*) Спасибо.

Слово предоставляется Олескиной Елизавете Александровне, директору благотворительного фонда «Старость в радость». Надо было вас последней поставить, название хорошее: «Старость в радость».

Подготовиться Котовской Юлии Викторовне с завершающим докладом.

Олескина Е. А. Спасибо большое.

Я постараюсь очень коротко. Мне кажется, что то, что мы все почти в семь вечера обсуждаем проблемы пожилых людей, говорит о том, что в обществе действительно происходят изменения. Эта тема, правда, становится приоритетной.

Система долговременного ухода, о которой я очень кратко расскажу, это сначала было поручение президента, мы все знаем, что было поручение президента по разработке и созданию этой системы.

Второе. Сейчас и это коснётся каждого из нас, это часть нацпроекта «Демография». И для нас это большая честь и радость, что та инициатива, с которой мы выступали год назад, стала частью национальной политики по поддержке пожилых людей.

Собственно, в нескольких словах хотела сказать, что такое система долговременного ухода и почему это, наверное, про каждого из нас. Очень важно, что это принципиально иной подход к людям, к пожилым и ко всем. Во всём мире эта система строится в последние 30 лет и последние 10 лет анализируется. Очень важно, что эта система не ориентирована на возраст, мы обсуждаем проблемы пожилых, но, вообще, это система, которая отталкивается, прежде всего, от дефицита самообслуживания, который у всех, и у пожилых, и у молодых инвалидов, и у паллиативных, будет примерно одинаковый. Почему это важно? Потому что это даёт возможность, с одной стороны, не городить много огородов, не строить много одинаковых систем, не делать пять пунктов проката ТСР для инвалидов, для пожилых, для такой-то категории заболеваний, не плодить центры дневного пребывания отдельно для каждой категории, не порождать много нормативно-правовых актов по одним и те же блокам. Вот как мы сегодня говорили, что по паллиативной помощи очень хороший документ, он, правда, гениальный по межведомственной работе. Это правда, это правильно. Но он должен быть по всем категориям. Это, собственно, одна из больших задач проекта.

И с другой стороны, нам кажется, что это идеологически очень верно. Любой человек с любым дефицитом самообслуживания имеет право на сохранение активности в любом состоянии жизни, имеет право выбора, где ему жить, где умирать и как стареть. И самое главное – эта система видит каждого из нас. Почему каждого из нас? Потому что эта система про родственный уход, про соседский уход, про тех, кто ухаживает, считает это своим долгом, считает, что он единственный, у которого у мамы деменция или у бабушки перелом шейки бедра, система, которая начинает поддерживать родственников. Почему это важно? Чем больше родственников получит поддержку, тем меньше их сыпется в систему здравоохранения в реанимацию или в систему соцобслуживания в виде клиентов, и мама, и дочка, которая 20 лет за ней ухаживала.

Ну, собственно, с другой стороны, есть и минусы. Потому что это сразу оголяет очень много проблем. Те же самые кадры, например. Мы все знаем, что есть дефицит кадров, это уже на зубах навязло. Дефицит есть. Он есть и в здравоохранении, и в соцзащите. А если копнуть чуть глубже, то кадровая проблема – не только дефицит, это дефицит квалификаций. Кто нам вообще нужен? Ага, нет профстандартов. Ага, есть реабилитация. Кто должен людьми заниматься? Эрготерапевт, логопед, кинезотерапевт, профстандартов там пока ещё нет. Ладно, сейчас их пробьют потихоньку через Минтруд, они будут. А где их учить? Сколько их нужно? Или, например, вопрос, который во время пилотного проекта встал во всех шести субъектах: кто должен ухаживать во время лечения? Вопрос не решён ни в одном из регионов; если он где-то решён, я буду очень рада. Это вопрос, кто реально ухаживает во время нахождения в больнице? Если человек маломобильный или тяжёлый лежачий, кто будет оказывать

тот самый уход, выхаживать? Мало человека заштопать, надо его ещё потом выхаживать. Это вопрос, который нам придётся решать, иначе все наши вложения будут просто неэффективны.

Ну, и, наверное, важно добавить, что у нас нет статистики. Потому что сейчас сказать, сколько у нас дементных, скольким людям нужна помощь на дому, скольким людям будет нужна в перспективе... Данные не совсем корректные, потому что Росстат видит разбивку данных с разницей примерно на миллион. И потому что система наша носит заявительный характер. Дошёл, заявился, ну, наверное, ты сможешь претендовать на помощь.

Очень важно, что сейчас федеральные ведомства, Минтруд и Минздрав, говорят о том, что система должна быть проактивна. То есть да, мы не будем приставать с пистолетом к каждому и говорить: а ну-ка обратись в соцзащиту или здравоохранение. Но мы сделаем так, чтобы каждый человек, которому потенциально нужна помощь, имел возможность заявиться и обратиться, где бы он ни находился.

И важно, что та система, которую мы с вами строим, во всех странах мира, в которых она есть, она примерно одинакова и состоит из одних и тех же блоков. Сначала надо выявить. Надо сделать так, чтобы каждый человек, чтобы пожилая женщина в деменции, живущая одиноко в деревне, могла получить помощь.

Мы, как общество, готовы принимать, что если человек сам о себе не может заявить, он может замерзнуть или голодать? Наверное, нет.

Собственно, после этого нужно типизировать, слово такое страшное, типизировать, но тем не менее это значит, что мы должны едино, и здрав, и соц, простите, коллеги, смотреть на дефициты самообслуживания и научиться одинаково оценивать уровень ухода, который нужен человеку.

И здесь огромное спасибо коллегам, и Ольге Николаевне Ткачёвой, прежде всего, всей её команде, Юлии Викторовне и коллегам, потому что благодаря сотрудничеству здравоохранения, соцзащиты и нашего проектного офиса вот-вот появится единый инструмент оценки функционального статуса. Это на самом деле прорыв, потому что это будет возможность регионам реально понять, какой им нужен бюджет, чтобы понять, сколько стоит качественный уход на дому или в учреждениях. Это возможность договориться здравоохранению и соцзащиты, какого человека и в каком состоянии мы выписываем.

У меня сейчас уже не будет времени рассказать про пилотный проект, который в шести субъектах очень активно идёт, и в этом году я очень надеюсь, что коллеги присоединятся из других регионов тоже.

Но такой, казалось бы, ерундовый маленький прорыв: данные здравоохранения перед выпиской за неделю автоматически попадают в соцзащиту, и не просто попадают, но до этого узнаётся, есть ли у человека родственники, эти родственники пойдут на школу ухода или не пойдут. Если пойдут, они будут ухаживать; не будут – значит, нужно соцобслуживание, нужна помощь, в каком объёме, и здесь специалисты договариваются одинаково. Это очень большой проект. Я в 10 секунд не уложусь, но очень рада, что мы эту тему начали. И нам, правда, очень не хватает поддержки здравоохранения в субъектах, соцзащиты тоже порой не хватает, давайте вместе дальше двигать, потому что для себя работаем.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое.

Слово предоставляется Котовской Юлии Викторовне, заместителю директора по научной работе Российского геронтологического научно-клинического центра. Завершающий из заявленных докладов.

Котовская Ю. В. Глубокоуважаемый президиум! Глубокоуважаемые коллеги!

Несмотря на то, что моё выступление называется «Научные исследования в геронтологии и гериатрии», я обещаю, что я сосредоточусь только на принципиальных позициях, которые действительно волнуют и которые необходимы для дальнейшего развития гериатрической службы.

Прежде всего, это эпидемиологические исследования. Извините, конечно, но сейчас мы работаем практически вслепую, потому что у нас нет данных, необходимых для планирования гериатрической помощи, потому что нет эпидемиологических данных, прежде всего, о распространённости гериатрических синдромов, нет мониторинга ситуации.

И Ольга Николаевна неслучайно говорила, что исследования, в которые вовлечены сейчас 16 регионов, это прорыв 2018 года, сбор эпидемиологических данных начался, и будем надеяться, что это исследование будет развиваться.

Следующая проблема – клиницисты меня поймут – отсутствие доказательной базы по лечению и ведению пациентов пожилого и старческого возраста, старших возрастных групп. Поверьте, это белое пятно в доказательной медицине, поскольку пациенты пожилого возраста, пациенты с деменцией, пациенты маломобильные, зависимые никогда не включались в клинические исследования, которые являются основой клинических рекомендаций. Проблема клинических рекомендаций не так давно обсуждалась в этом зале. И надо сказать, что ни одно клиническое исследование с включением пациентов пожилого возраста не оценивало влияние тех или иных диагностических процедур на ключевые факторы, которые необходимы пожилому пациенту, сохранение автономности и качества жизни пожилых людей, поскольку исследования традиционно были сосредоточены на лечении какого-то одного заболевания. И один из выходов и направлений научных исследований в этой области – это взаимодей-

стве Российской ассоциации геронтологов и гериатров, представителей гериатрического сообщества с другими профессиональными сообществами.

Это слово сегодня много раз звучало: мультидисциплинарный подход, – именно такие исследования нам необходимы. И надо сказать, что у нас есть большой опыт исследования, позитивный опыт ведения этой работы с российским кардиологическим обществом.

И другая группа пациентов, которую также мы не знаем, как правильно лечить этих пациентов, они тоже не включались в клинические исследования, – пациенты в домах престарелых.

И, наконец, третий компонент фундаментальной геронтологии, уже сегодня много звучало на эту тему, но я хочу привлечь ваше внимание к двум аспектам.

Во-первых, важность определения биологического возраста с точки зрения профилактики возраст-ассоциированных заболеваний. Да, есть наработки в этой области.

И другая проблема – понимание модели здорового старения через изучение долгожительства, через изучение супердолгожительства с формированием национальных регистров долгожителей и столетних граждан. Это по-прежнему очень редкий феномен. Столетние люди – это уникальная популяция, это золотой фонд каждого государства, и не изучать их, наверное, это не совсем правильно.

Поэтому я хочу поблагодарить вас за внимание, обозначив эти три направления, я думаю, они понятны каждому.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо вам большое.

Уважаемые коллеги, кто бы хотел выступить?

Так, пожалуйста, Николай Васильевич.

Говорин Н. В. Спасибо.

Уважаемые друзья!

Мы с вами сегодня заслушали чрезвычайно важную проблему, проблему народосбережения. И я считаю, что в этой ситуации определение тех индикаторов, по которым мы должны ориентироваться в оценке состояния здоровья лиц пожилого возраста, должно основываться на таких интегральных показателях, о которых мы говорим с позиции автономности и функционирования, как Ольга Николаевна говорила, а именно автономность функционирования, то есть востребованность функционирования в определённом режиме во многом определяется психическим статусом. И мне кажется, что гериатрия – во многом это геронтопсихиатрия. И в этой ситуации два фактора, на мой взгляд, должны определять важность этих рассматриваемых проблем. Это оценка всё-таки психического состояния этих людей пожилого возраста с позиции дифференциации гериатрических синдромов. Ведь это не только деменция, о которой мы говорим сегодня все, это главным образом эффективная патология на этапах обратного психологического развития, когда возникают проблемы депрессии, которые вызывают ощущение недовольства медицинской помощью, недовольства нахождением в семье, в интернатном учреждении, и без этого мы не можем.

И второй фактор, без которого, мне кажется, мы не можем активно помогать нашему контингенту, – это повышение роли семьи. Мало прозвучало в сегодняшних выступлениях «роль семьи». Если семья полноценно успешная, тогда этот период обратного развития, или период пожилого человека, протекает куда более благоприятно, нежели это у одиноких людей, когда возникают всякого рода серьёзные проблемы.

И организационные моменты, на которые я хотел бы обратить внимание.

Уважаемые коллеги, мы не сможем готовить такое количество узких специалистов и гериатров, и психиатров, нам необходимо повышать компетенции врачей общей практики. Должны быть специальные программы, причём не только на последипломном этапе, но уже в вузах. Мы считаем, что ФГОСы должны быть пересмотрены, и подготовка врачей по особенностям оказания медицинской помощи лицам пожилого возраста – это чрезвычайно важно.

И последний штрих. Я считаю, что нам сегодня надо кардинально пересмотреть работу госпиталей участников войны и ветеранов. Это сегодня тот наработанный опыт, который нуждается в адекватном финансировании, в адекватном техническом переоснащении, я имею в виду госпитали, и в субъектах существует такая возможность делать эти госпитали центрами, где оказывается гериатрическая помощь.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое.

Пожалуйста, Галина Афанасьевна, пожалуйста.

Мельниченко Г. А. Уважаемые коллеги, мы сейчас рассказываем в Думе обо всех наших бедах, обо всех наших болях, каждый специалист говорит о своём. Я эндокринолог, и я, строго говоря, несу ответственность за то, что люди стареют, потому что стареет эндокринная система.

Но хуже всего то, что в нашей стране мы стареем в экологически неблагоприятной ситуации.

Дмитрий Анатольевич, я обращаю ваше внимание на то, что все наши программы, все наши законы связаны. Когда мы говорим о профилактике йодного дефицита, мы говорим о том, что хорошо было в старость не вступать с громадными зобами и с деменцией из-за нарушения работы щитовидной железы.

Когда мы говорим об онкологии, мы говорим о необходимости формирования здорового образа жизни и, прошу прощения, снижения числа ожирелых и лиц с сахарным диабетом. Поэтому, мне кажется, бесконечно уважая геронтологов и восхищаясь их трудом, особенно по профилактике постпереломных и так далее, восхищаясь каждым словом, сказанным здесь любым специалистом, я хочу сказать, что обеспечение здорового старения, и более того, профилактика инвалидизации начинается с детства, начинается с врача-педиатра, с государственных мер по экологии, и уж тем более сваливается на плечи семейного врача, который должен позвать геронтолога, отдавая ему максимально здорового человека, и физически, и психически. Прошу не рассматривать это как синильную деменцию у лица старше 70 лет, потому что я прошу интегрировать все наши проекты, все наши законы, интегрировать с одной точки зрения – заботы о человеке.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое, Галина Афанасьевна. Спасибо.

Уважаемые коллеги, кому угодно выступить ещё? Да, прошу вас. Вы можете в микрофон номер два, он работает. Если вам удобно.

Юдин Д. К. Юдин Дмитрий Константинович, Институт Герцена, член экспертного совета.

Ко мне не так давно обратились специалисты-фониаторы в лице профессора, доктора медицинских наук Рудина, ведущего специалиста-фониатора, с такой проблемой, которая относится не только к проблеме профпатологии, но и проблеме медицины пожилого возраста. Я говорю о голосовой нагрузке.

Это проблема, которая распространяется не только на специалистов, которые занимаются голосовой профессией, то есть людей искусства, теле- или радиоведущих. По сути, все педагоги от детских садов до высших учебных заведений, и мы все с вами, те, кто работает непосредственно при помощи голоса, находимся и подвержены группе риска, и соответственно, поскольку в 2011 году голосовая нагрузка была исключена из нормативных документов, необходимо рассмотреть вопрос о её возвращении и более внимательном прорабатывании вопросов о голосовой нагрузке в перспективе, потому что важно понимать, что пожилые люди сохраняют очень длительную возможность работать при помощи голоса, передавать свой опыт поколениям как педагоги. Это касается и хирургов в том числе, и просто педагогов, деятелей искусства, и более внимательное рассмотрение этого вопроса поможет в перспективе повысить эффективность их работы и их дальнейшей социализации в обществе, быть им нужными. Это очень важно, я считаю.

Председательствующий. Спасибо большое.

Да, прошу вас. Пожалуйста, Наталья Петровна.

Сангина Н. П. Уважаемые коллеги, всё, о чём мы сегодня говорили, укладывается серьёзно на плечи первичного звена. Я, как главный терапевт Московской области, теперь представляю, что в связи с этой программой эта тяжелейшая работа укладывается на плечи терапевта, врача общей практики и врача-педиатра.

И здесь нужно сказать, что всё равно по-прежнему существует и кадровый вопрос, и квалификационный вопрос, и поэтому, конечно, эти проблемы, которые сегодня поднимались, очень и очень, с одной стороны, важны, и очень и очень, с другой стороны, сложны.

Меня, например, очень серьёзно обеспокоил доклад Анатолия Алексеевича. То, о чём он говорил, говорит о том, что профилактика ни в детском саду, ни в школе, ни в зрелом возрасте, когда человек теряет зубы, а это очень серьёзный показатель его соматического здоровья, говорит о том, что мы этим занимаемся на всех этапах плохо.

Что касается диспансеризации – это тот контингент пожилой, который с удовольствием идёт на диспансеризацию, они выросли в Советском Союзе, они более организованы, но первый и второй этап они должны проходить в один день, для того чтобы диспансерное наблюдение осуществлялось, а это сложно и не всегда возможно, но это точно надо организовывать.

Естественно, доклад, который делал геронтолог из Санкт-Петербурга, меня впечатлил тем, что он действительно системно подошёл к организации социальных служб, медицины, геронтологии.

И поэтому надо объединять специальности и что-то писать общее, скажем, для первичного звена, чтобы ему была понятна маршрутизация пожилого пациента. Существуют научные исследования. Например, сердечная недостаточность и исследования, куда входят люди 86–92 лет, исследования по сердечной недостаточности. Но их действительно мало, их действительно недостаёт. Когда я разбирала смертности, я поняла, что неврология и психиатрия запакованы и абсолютно невозможно разобратся. И это всё очень проблематично и сложно.

Поэтому, конечно, нам всем следует пожелать удачи. Спасибо за проведённый и очень интересный «круглый стол». Думаю, что все, кто выступил, и все, кто послушал, уходят отсюда с определённым желанием сделать нам законодательно всё возможное и сделать так, чтобы те плечи, на которые мы укладываем всё это, и геронтологи, и первичное звено, понимали, что от них требуется и как они должны поступать.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, будем завершать? Позвольте, я скажу несколько слов.

Глубокоуважаемые коллеги, благодарю всех, кто до 18:38 остался в этом зале. Знаете, я, честно говоря, испытываю ощущение счастья. Вот уже не первый «круглый стол», не первые парламентские слушания. По моему глубокому убеждению, те вопросы, которые сегодня, в этот исторический момент, мы можем ставить и ставим перед собой, от прав плода неродившегося до прав на жизнь, здоровую и счастливую жизнь старшего поколения, через огромное поле онкологической, паллиативной помощи, развитие педиатрии – мы доросли до этого, понимаете? И я уверен, многие профессионалы, сидящие здесь, согласятся со мной, что мы раньше не знали, как вот у нас не было научного анализа или фактуры по нозологии, по всему остальному, или мы не знали европейский, мировой опыт. Конечно, знали. Когда происходит вот этот излом? Он происходит, когда общество дорастает до этого. Общество поддерживает эти направления. И вот этот поток требований и пожеланий доходит до самого верха и начинает обратный путь в результате политической воли, в результате законодательных инициатив и совершенствования самой специальности и службы.

Я ещё раз хочу подчеркнуть: это исторический момент. Я счастлив за гериатрию, за геронтологию, как угодно, потому что появился реальный шанс рвануть вперёд. Такой, как в перинатологии, такой, как в онкологической службе. Мы будем стараться, чтобы в эндокринологии тоже это произошло. Без сомнения, конечно, на очереди патология и андрогенный дефицит как таковой. Конечно же, мы рассматриваем это как свой долг. Вот сегодняшняя «круглый стол», прошлые «круглые столы» по онкологической патологии, это для меня лично такие диагностические приёмы, когда мы, обсуждая, формируем по сути средства. Министерство здравоохранения слышит то, что ему нужно слышать. Общественные пациентские организации слышат и делают свои шаги в той плоскости, которая касается их. И мы, конечно, как законодатели, понимаем, что наша законодательная работа действительно должна лежать в плоскости комплексных законов. Потому что один закон, без сомнения, связан с другим и формирует это законодательное поле. И, конечно, я соглашусь, речь сегодня идёт во многом о реализации того, что наработано, что понятно, и того, что требует государственной поддержки на уровне Федерации, на уровне субъектов Российской Федерации, на уровне муниципалитетов. Полностью поддерживаю позицию в части главенства семьи. Если мы прикроем глаза и подумаем, как мы все хотим, чтобы было: и дедушка, и бабушка должны находиться в семье, они должны находиться в любви. И тогда уже другие программы, программы социальной реабилитации и медицинского сопровождения тем более будут реализованы.

Мне показалась чрезвычайно важной позиция, касающаяся подготовки кадров. И не столько подготовки геронтологов и гериатров, сколько внесение изменений в программу подготовки любого специалиста и изменения параметров аккредитации, потому что это просто философский вопрос. Мы вовсю обсуждаем философию. Сегодня говорили относительно того, хочется или не хочется оказывать помощь пожилым, или насколько мы, система здравоохранения, готовы к этому. И весь XX век, все наши новаторы, хирурги и терапевты, и хирурги главным образом, все стремились к тому, чтобы качественно оказывать хирургическую и медицинскую помощь людям старшего поколения. Это была своего рода лакмусовая бумажка твоей компетентности, того, какой ты доктор, так же, как для педиатрии является хирургия новорождённых.

Конечно, проблем сегодня было обозначено много. И то, что касается медико-экономического стандарта и тарификации амбулаторной гериатрии, и стоматологической помощи, и санаторно-курортного лечения, многое-многое другое. Мы все проработаем, мы ведём стенограмму. И поэтому, уверен, резолюция «круглого стола» будет полной и нам она будет полезной для дальнейшего движения.

А завершить мне бы хотелось, знаете, чем? Вот Игорь Николаевич Каграманян сказал, что все учреждения здравоохранения, которые работают по профилю гериатрии и геронтологии, должны быть развиты по принципу бережливой поликлиники, по принципу бережливости. Я бы сюда добавил ещё, что они должны быть по принципу уважительного отношения к человеку, любви и благодарности нашей нашим бабушкам и дедушкам за то, что они для нас сделали, это наш святой долг.

Спасибо вам большое. Будем двигаться вперёд.

(Аплодисменты.)

СТЕНОГРАММА
«круглого стола» на тему «Первая помощь.
Совершенствование правового регулирования».
19 октября 2018 года.

Председательствует
член Комитета Государственной Думы по охране здоровья
Н. Ф. Герасименко

Председательствующий. Уважаемые коллеги, время 15 часов, мы сегодня рассматриваем вопросы первой помощи, и здесь важны минуты, у нас время у всех как бы спрессовано.

Мы сегодня проводим, на мой взгляд, крайне важное заседание, «круглый стол», посвящённый правовому регулированию первой помощи. Если говорить сейчас, на фоне того, что произошло в Керчи, что произошло недавно в «Зимней вишне», что происходит в школах, где стреляют, что происходит у нас на дорогах, где огромное количество людей погибает от травм, несчастных случаев, ранений, и так далее, точного количества людей, которым требуется первая помощь, не знает никто.

Известно, что, допустим, при ДТП у нас в прошлом году 215 тысяч требовали первой помощи, погибло 19 тысяч человек. Внезапно умирают у нас порядка 230 тысяч, из них 70 процентов – вне стационара, им тоже требуется первая помощь. По статданным, у нас первую помощь оказывают менее чем два процента, хотя потребность – 65 процентов.

То есть, если делать такой вывод, у нас первую помощь никто не делает, практически страна живёт без первой помощи. У нас много разных написано законов об ответственности за оказание первой помощи: и МВД, и МЧС, и спасатели, и так далее, и так далее – все законами утверждены. Но как касается оказания помощи – что представители МЧС не могут оказать, что представители МВД. Гаишник будет – я по-старому называю – вызывать скорую помощь, сам он не оказывает помощь. Я потом буду говорить об этих причинах. То есть практически самое серьёзное положение, почему у нас люди умирают – именно от неоказания первой помощи.

Президент поставил амбициозную задачу, чтобы к 2024 году увеличить продолжительность жизни до 78 лет и снизить смертность. У нас самая высокая смертность в трудоспособном возрасте, нигде больше такой нет, кроме как в Африке, особенно высока смертность у мужчин в трудоспособном возрасте, в три-четыре раза выше, чем в Европе. Смертность колоссальная от ДТП, тоже в несколько раз больше, чем в Европе, и у нас пока вот такое спокойствие царит абсолютное. Почему большинство не оказывает первую помощь? Потому что боятся, даже те, кто обязан оказывать. У нас есть две группы: одни – кто оказывает первую помощь, простые граждане; другие – кто обязаны по правилу и по закону, у них у всех есть, в законе всё описано, что они должны делать.

Второе: у нас не разделены первая помощь для обычных граждан и кто должен делать по специальному правилу, то есть кто обучен, на Западе называются парамедики, у нас это специальные группы, подготовленные по всем этим законам, которые у каждого есть – и в МЧС, и в МВД, и в других службах, спасатели и так далее.

И важнейший вопрос сегодня стоит – а их как бы даже два, – во-первых, нужно выделить две формы оказания первой помощи, это первая помощь как бы общая для всех граждан и вторая помощь – расширенная. У нас почему-то антидоты не используются, у нас все боятся, допустим, обезболить сделать. Инсулин каждый делает, каждый все это знает, но когда людей нужно спасать, чего такие страхи-то из-за уколов? Даже, допустим, наркотики там поставить можно, и то все боятся это делать. У нас лучше потеряем людей, чем что-то сделаем не так, все боятся.

Поэтому здесь нам нужно сейчас определиться: первое – с расширенной первой помощью, далее – кто по правилам должен оказывать эту помощь. У нас подготовлен уже проект федерального закона, это уже третий проект. До 2009 года в основах по охране здоровья вообще не было первой помощи. Когда я готовил «круглый стол», я просто ретроспективно поднял, я тогда был одним из авторов этого законопроекта, в 2009 году, введение первой помощи... Потом уже, когда в целом делали новую редакцию основ по охране здоровья, заменили помощь на 31-ю тогда. Но она тоже недостаточно работает по ряду причин. Там на самом деле не гражданину помощь оказывают, должны пострадавшему оказывать помощь, ну и так далее. Я думаю, дежурный будет выступать, он более подробно остановится на этом законопроекте.

Второе, крайне важное, я бы даже сказал, наиболее актуальное сейчас, – это декриминализация оказания помощи, снятие уголовной ответственности с человека, который добросовестно оказыва-

ет помощь. На Западе это называется «закон доброго самаритянина». Он практически соблюдается во многих странах: и в Америке, и в Австралии, и в Канаде, и в Европе, только у нас почему-то нет. Здесь кто-то есть из Комитета по законодательству Государственной Думы, есть представители, нет? Хотя приглашали. Потому что один из важнейших тормозов для оказания помощи – именно боязнь: все боятся, что их привлекут к уголовной ответственности.

Поэтому мы ведём сейчас речь о том, что нужно два закона: базовый, который определяет виды помощи, кто оказывает помощь, и изменения в уголовном законодательстве, чтобы человек, который оказывал помощь, ни в коем случае не привлекался ни к какой ответственности: ни к материальной, ни к уголовной, ни к административной, ничего. Он делает из самых лучших побуждений. А у нас получается так: мы не будем оказывать помощь, пусть человек погибает, и все.

Мы проведём этот «круглый стол». К сожалению, время довольно ограничено и сжато. Кто будет выступать, где-то в режиме, первый, наиболее базовый – пять-семь минут. Не надо говорить о важности и так далее. Говорите, какие проблемы, что нужно сделать, и что мешает сделать. И первому я хотел бы предоставить слово главному внештатному специалисту Минздрава России по первой помощи Дежурному Леониду Игоревичу. Он очень много занимался этим законопроектом. Пожалуйста, Леонид Игоревич. Вам время не ограничиваю, но желательно уложиться в семь минут.

Дежурный Л. И. Спасибо, спасибо. Я очень сжато, если только по существу.

Уважаемые участники, действительно требуется расширение объёмов помощи. И я обосную, почему это произошло.

(Демонстрируется слайд.)

У нас после того, как ввели статью, про которую Николай Фёдорович говорил, вышел приказ Минздрава 477, который определил перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечень мероприятий первой помощи.

(Демонстрируется слайд.)

Приказ определил всего восемь состояний и приказ определил всего 11 мероприятий первой помощи. Всё очень просто. Почему так мало? Потому что он рассчитан на каждого гражданина Российской Федерации, и здесь не может быть много информации, не может быть много оснащения и обучения его, потому что это нереально. Этот приказ очень важный, его иногда ругают, но на самом деле он убрал из первой помощи огромное количество лишней информации, которая там была, в учебниках, в разных программах, не имеющих отношения к первой помощи, но имеющих отношение к медицине, к уходу за больными и прочим данным и так далее. Поэтому он был очень важный. *(Демонстрируется слайд.)*

Но это привело к тому, что этот перечень стал ограниченным. Он ограничил тех участников оказания первой помощи, которые должны и могли бы её оказывать больше. *(Демонстрируется слайд.)*

Причём заместить эту расширенную первую помощь медицинской помощью, как иногда это делается, например, от МЧС брали фельдшеров или врачей в свои бригады, пытались, или в Морфлоте могли работать. Но у нас медицинская помощь оказывается медицинскими организациями по закону. Соответственно, если мы даже поставим врача в каждой точке, где может произойти какая-то травма или что-то ещё, это не решит проблему, этого врача надо лицензировать, он должен быть сотрудником медицинской организации, то есть это нереально.

И говорят, что введение расширенных объёмов помощи – это дополнительное финансирование, но если мы будем там налаживать медицинскую помощь, это будет стоить стократно дороже. Поэтому это не выход из проблемы. *(Демонстрируется слайд.)*

И у нас получилась какая ситуация? У нас получилось, что первая медицинская организация, которая на догоспитальном этапе может оказывать помощь – это скорая медицинская помощь. Но есть у нас базовый объём, это левая часть слайда, и есть скорая медицинская помощь. Но вот в разрыв между этими двумя организациями попало большое количество участников. *(Демонстрируется слайд.)*

В частности, это лица, живущие на удалении от возможности получения медицинской помощи. Это сотрудники и работники разных видов транспорта – самолёт, авиационный, морской транспорт и так далее. Это пожарные, это спасатели МЧС, это полиция и так далее, и так далее. То есть всякие спецназы. Я не буду перечислять всех. Это работники опасных производств, когда требуется применение антидота мгновенно, когда нет возможности ждать, пока приедет скорая помощь, и каждому работнику введут антидот или дадут какой-то там препарат, для того чтобы минимизировать последствия химической аварии. И вот это большое количество людей оказалось сейчас вне закона, и даже врачи. Вы заметили, что внизу в уголочке знак «врач за рулём» практически со стёкол автомобиля. Потому что врач, выходя за пределы лечебного учреждения, превращается в обычного обывателя. И кто здесь имеет медицинское образование, не может оказать сейчас помощь больше, чем в объёме базовой.

Исходя из этого, появилась очень большая необходимость внести поправки в законодательство, ввести такое понятие, как «расширенная первая помощь», и потом наполнить его конкретными мероприятиями, которые могли бы делать люди, те категории лиц... Но раз уж вносятся поправки в статью 31, то есть ещё несколько предложений кроме этого. То есть дать определение, что такое «первая помощь».

Сейчас нет этого определения в законодательстве. Дать определение «пострадавший» и «участник оказания первой помощи», потому что в старом законе было «оказывается гражданам». А если человек не гражданин, то мы ему не оказываем помощь в этом случае? (*Демонстрируется слайд.*)

Как только ни называют человека, оказывающего первую помощь: и спасатель, и спаситель, и как угодно. Нужно дать юридическое определение, чтобы можно было правильно писать в учебниках.

Второе, самое главное, – это разделить первую помощь на два вида: базовую и расширенную. Базовая – это для всех граждан Российской Федерации, а расширенная первая помощь – это для определённых контингентов. Определить полномочия, кто что утверждает. И это не значит, что расширенная первая помощь будет навязываться различным министерствам и ведомствам. А она может по их потребности ими же реализовываться, но по согласованию с Минздравом, потому что Минздрав – это орган управления здравоохранением, а первая помощь, так как есть статья в законе в здравоохранении, это здравоохранение.

Предлагается ввести такое понятие, как «порядок первой помощи». Название пока рабочее. Он не совсем будет похож на порядок медицинской помощи. Но там определить, какой контингент какие выполняет мероприятия, при каких условиях он это делает. Обязательно последовательность мероприятий. Потому что первая помощь – это очень важно. Потому что нужно знать, какое действие делается за каким. Нужно прописать правила оказания первой помощи. К сожалению, в учебной литературе очень разнообразно описывают одни и те же манипуляции, и это нехорошо – это вносит сумятицу и ту же самую демотивацию, как юридическое преследование потом – вдруг я сделаю неправильно, меня потом за это засудят.

Возможно, потребуются ещё какие-то иные положения, отталкиваясь от данного конкретного участника оказания первой помощи, потому что у каждого есть масса своих каких-то нюансов, которые этому мешают.

И я бы ещё поддержал насчёт того, что законодательство, защищающее участника оказания первой помощи, нужно принимать. Это не закон о здравоохранении и не 31-я статья, а Уголовный кодекс.

Кроме того, хотелось бы ещё поправочку внести в закон об образовании, чтобы Минздрав мог утверждать программу по первой помощи. Сейчас получается, что Минздрав может утверждать программы медицинской помощи, а первую помощь не может утверждать никто. Вот такой некоторый диссонанс существует. (*Демонстрируется слайд.*)

Спасибо за внимание.

Председательствующий. Всё? Оперативно очень. Оперативно.

Так, хорошо, давайте теперь послушаем те службы, которые как бы должны оказывать по правилу, и это перечислено у них в служебных обязанностях. Я бы первой хотел предоставить слово Шойгу Юлии Сергеевне, директору Центра экстренной психологической помощи МЧС России. Юлия Сергеевна, пожалуйста.

Шойгу Ю. С. Спасибо.

Добрый день, уважаемые коллеги! Спасибо за предоставленную возможность. Я действительно представляю МЧС России. И сотрудники МЧС – это действительно те люди, которые первую помощь оказывать не просто имеют право, а обязаны.

Сосредоточусь на проблемах. Первой помощью мы занимаемся много. Мы занимаемся первой помощью в рамках пропаганды культуры безопасного поведения. Но тут самый большой проблемный вопрос, который не решён для нас, – это расширенные объёмы первой помощи и первая помощь в особых условиях.

Действительно, спасатели, пожарные работают. Я сама являюсь руководителем аварийно-спасательного формирования в тех условиях, когда не всегда возможно и безопасно привлечь профессиональных медиков для оказания квалифицированной медицинской помощи.

Организовывать мероприятия, связанные с лицензированием этого вида деятельности для структурных подразделений министерства, – это достаточно длинная, трудоёмкая и требующая достаточно больших затрат, в том числе и материальных, работа. Поэтому для нас принципиально важно принятие решения о том, чтобы ввести понятие о расширенных объёмах первой помощи. Это позволит нашим специалистам легально колоть пострадавшему обезболивающее и обеспечить такое необходимое при ликвидации последствий пожаров действие, как давать кислород.

По сути, это два пункта, которые для нас очень принципиальные. Но по поводу остального как раз в рамках полномочий федерального органа исполнительной власти можно определиться.

Поэтому это та работа, которую министерство ведёт давно, и поэтому могу только поддержать инициативу о введении такого рода поправок и сказать, что наше ведомство заинтересовано, очень хочет и поддерживает эту идею. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо, Юлия Сергеевна.

Надо такой перечень подготовить, и я прошу вас тоже подключиться к нашей рабочей группе, чтобы довести закон до ума, что там необходимо, антидоты, допустим, вот вы сказали кислород, допустим, закись азота. У нас закись азота продают гражданам, как веселящий газ, и они дышат, и никто ничего

не говорит, а кислород мы не можем применить. То же самое, допустим, наркотики все потребляют, а здесь, чтобы обезболить, вывести из шока, мы не можем наркотики употребить. До чего же мы дошли в этих делах? Никто там не будет воровать наркотики. Дефибрилляторы те же самые – это же тоже расширенная помощь, обязательное использование дефибриллятора. Сколько людей погибает именно от того, что вовремя не сделали разряд.

Шойгу Ю. С. Была проведена целая научно-исследовательская работа, которая дала свои результаты, которая как раз была направлена на выявление перечня тех манипуляций, которые необходимо ввести в понятие «расширенная первая помощь». Поэтому для всех заинтересованных участков можем результаты этой работы предоставить. Может быть, коллеги тоже со своей стороны дополняют этот перечень, который был в результате этой работы сформирован.

Председательствующий. Очень важно определить перечень и порядок оказания первой и расширенной помощи, но самое главное, расширенной помощи. Спасибо.

У нас от Министерства обороны – Самохвалов Игорь Маркелович, заведующий кафедрой военно-полевой хирургии военно-медицинской академии имени Кирова, заместитель главного хирурга Минобороны. Игорь Михайлович, пожалуйста.

Самохвалов И. М. Глубокоуважаемый Николай Фёдорович! Глубокоуважаемые коллеги!

Позвольте сформулировать предложения от медицинской службы Министерства обороны. (*Демонстрируется слайд.*)

Актуальность понятна. Очень коротко. К сожалению, на этапе оказания первой помощи погибает большинство военнослужащих. (*Демонстрируется слайд.*) Причём первая помощь решает основные проблемы. Если она не оказывается, то летальность увеличивается втрое. Это данные боевых действий на Северном Кавказе.

Наши американские партнёры в ходе последних военных конфликтов в Ираке и Афганистане за счёт улучшения оказания первой помощи снизили долю потенциально предотвращаемых смертей с 25 до трёх процентов. (*Демонстрируется слайд.*)

Цель нашей презентации – привести правовые аспекты первой помощи в соответствии с реалиями оказания самой первой помощи в особых условиях и расширить возможности использования медицинских препаратов, устройств, которые находятся в нашем распоряжении. (*Демонстрируется слайд.*)

Дело в том, что условия оказания первой помощи особые. С одной стороны, это усложняет ситуацию, с другой стороны, оказывающие первую помощь сегодня очень хорошо к этой помощи подготовлены, и наличием индивидуальных аптечек, и комплексов разведки управления связи (*демонстрируется слайд*), которые позволяют и обнаружить раненого на местности (*демонстрируется слайд*), и провести дистанционную сортировку, и вовремя его вывести из места ранения и оказать ему помощь. Причём для этого есть разработанное и сейчас вводится табельное имущество, наши отечественные устройства, несколько не уступающие и даже превосходящие имеющиеся зарубежные аналоги. (*Демонстрируется слайд.*)

Это касается и способа остановки кровотечения, устранения нарушений дыхания. (*Демонстрируется слайд.*)

Мы предлагаем дополнить 477-й приказ Минздрава перечнем мероприятий по оказанию первой помощи в особых условиях. Это касается не только Минобороны, но и других силовых ведомств. (*Демонстрируется слайд.*)

Сам перечень состояний, при которых оказывается помощь, желательно дополнить перечисленными здесь воздействиями отравляющих высокотоксичных веществ, ионизирующего излучения и других средств, которые, как показывает Керчь, к сожалению, могут коснуться и совершенно безобидных наших сограждан. (*Демонстрируется слайд.*)

Что касается расширенной первой помощи, здесь много говорить мы не будем, особо останавливаться. (*Демонстрируется слайд.*)

А вот что касается первой помощи в особых условиях, это опасность для жизни, это оказание в виде самовзаимопомощи в условиях удалённости от места эвакуации. То есть сроки этой помощи увеличиваются. За счёт индивидуального оснащения оказание её будет значительно лучше, если мы это введём в соответствующие наши законотворческие акты. (*Демонстрируется слайд.*)

Соответственно, конечно, мы предлагаем взять за основу перечень мероприятий первой помощи, который был уже приведён в приказе. Он хорошо отработан, но имеются некоторые нюансы. И в условиях, особых условиях помощь начинает оказываться, только когда и раненые, и оказывающие помощь окажутся в безопасном месте, на первом плане остановка кровотечения, поэтому меняется очерёдность проводимых мероприятий. (*Демонстрируется слайд.*)

Конечно, применяются медицинские препараты. Это тоже особенность первой помощи в особых условиях, которые позволяют спасать жизнь. (*Демонстрируется слайд.*)

Спасибо за внимание.

Председательствующий. Спасибо.

Хотел бы слово предоставить Левенчик Светлане Сергеевне, директору учебно-консультационного центра аварийно-спасательных формирований. Пожалуйста.

Левенчик С. С. Добрый день, уважаемые коллеги!

Поскольку я представляю Министерство промышленности и торговли Российской Федерации, которое отвечает и осуществляет государственное регулирование в химической, лесопромышленной, металлургической и других отраслях промышленности, то тема моего короткого доклада будет посвящена проблемным вопросам оказания первой помощи пострадавшим при химических травмах.

На сегодняшний день в России зарегистрировано официально более 3,5 объектов, химически опасных объектов различной формы собственности. Общие запасы химических веществ на этих объектах превышают один миллион тонн. Соответственно, увеличение производства, высокий процент износа оборудования, снижение уровня квалификации и ответственности производственного персонала позволяют сделать предположение, что вероятность возникновения происшествий с химическими веществами будет со временем возрастать. И проведение работ по локализации и ликвидации последствий химических аварий возложено на газоспасателей аварийно-спасательных служб и формирований.

У меня слайды не привязаны к докладу. Если можно их в формате пролистать, чтобы коллеги увидели, кто такие газоспасатели, какое техническое оснащение используют и в чем есть нюанс при оказании первой помощи в этом случае. Я продолжу.

В Министерстве промышленности и торговли с 2009 года работает аттестационная комиссия, которая занимается вопросами аттестации аварийно-спасательных служб именно на химических предприятиях. Анализ информации о работе этих служб в межаттестационный период показал, что более 60 процентов вызовов газоспасателей связано с необходимостью оказания первой помощи. И газоспасатели – это единственные, кто может оказать помощь пострадавшим на предприятии. Обусловлено это прежде несколькими факторами. *(Демонстрируются слайды.)*

Отсутствие медицинских работников или невозможность их оперативного прибытия в связи с территориальной удалённостью промышленных предприятий от населённых пунктов, вероятность вторичного поражения медицинских работников, принявших пострадавшего без санитарной обработки и, как показывает практика, недостаточная подготовка медицинского персонала фельдшерских пунктов предприятий при работе с различными видами травм, в том числе химическими.

Спецификой аварий с химическими веществами является быстрое развитие дыхательной недостаточности у пострадавшего, которое чаще всего приводит к его смерти. Одним из основных мероприятий оказания первой помощи, на наш взгляд, при дыхательной недостаточности является ранняя максимизация поступления кислорода в организм. Для решения этой проблемы спасатели применяют техническое средство – это портативные транспортные аппараты ИВЛ. Помимо этого, как уже здесь говорили, применение антидотов при химическом отравлении и обезболивании при обширных травмах увеличивает вероятность спасения жизни пострадавшего.

В связи с этим аттестационная комиссия Минпромторга разработала алгоритм оказания первой помощи при химических травмах. Алгоритм получил положительные рецензии Военно-медицинской академии имени Кирова, Института повышения квалификации ФМБА России, но в полной мере мы его в настоящий момент применить не можем, потому что действующее законодательство не предусматривает применение спасателями портативных автономных аппаратов ИВЛ и применение лекарственных средств.

И, как уже тут говорили мои коллеги, это проблема не только Минпромторга, а также спасателей Министерства энергетики, которых очень много, и на одном из слайдов вы видели количество формирований, которые в этой системе работают. Это проблема государственной корпорации «Росатом», Минтранса, поскольку мы с вами регулярно слышим, скажем, о таких серьёзных авариях, которые происходят у нас на железнодорожном транспорте. То есть там всегда работают люди, которые занимаются химическими авариями и которые обязаны оказывать первую помощь при химических травмах.

Минпромторг проводит Всероссийскую конференцию руководителей аварийно-спасательных служб в конце сентября, и на данной конференции рассматривался вопрос расширения объёмов первой помощи, потому что для нас это жизненно необходимо. Поэтому мы поддерживаем предложения наших коллег и очень надеемся, что обязательно в перечне мероприятий будет также отражено то, что наши спасатели могут оказывать помощь, используя портативные аппараты для искусственной вентиляции лёгких и применение лекарственных веществ. Спасибо большое.

Председательствующий. Спасибо большое, Светлана Сергеевна.

Теперь слово предоставляется Колесниковой Елене Викторовне, заместителю начальника отдела высшей квалификационной комиссии управления лётной эксплуатации Федерального агентства воздушного транспорта. Как обстоит ситуация в воздушном транспорте? Потому что нам часто приходится летать, и мне многократно приходилось оказывать помощь. Министр оказывает помощь. Когда сами стюардессы начнут оказывать первую помощь?

Колесникова Е. В. Добрый день, уважаемые коллеги!

Я немного хотела сказать о воздушном транспорте. Действительно, мы являемся все пассажирами. Немного статистики. За девять месяцев этого года было выполнено более 150, на сегодняшний день 159, незапланированных посадок воздушных судов, связанных с резким ухудшением состояния

здоровья пассажиров. Из-за этих посадок, к сожалению, в 19 случаях при посадке уже была констатирована смерть пассажира.

Учитывая, что этот пассажир своими ногами зашёл на воздушное судно и не был отстранён от полёта в период досмотра, то есть он неплохо себя чувствовал, а фактор полёта, конечно, ухудшает состояние здоровья, особенно если имеются хронические заболевания или тяжёлые формы каких-то заболеваний. И не вовремя оказанная помощь, бортпроводниками в основном, к сожалению, приводит к летальному исходу, к смертельному исходу во время полёта.

На сегодняшний день, к сожалению, у нас вопрос подготовки бортпроводников по оказанию первой помощи не урегулирован вообще. В федеральных авиационных правилах номер 82, приказ Минтранса номер 82 от 2007 года, написано, что авиаперевозчик обязан оказывать первую медицинскую помощь, то есть все понятия смешаны. Понятно, что бортпроводники тоже, как здесь вы уже слышали, боятся оказывать помощь, и аптечки первой помощи, ни количество, ни содержание аптечек первой помощи, которыми пользуются бортпроводники, тоже на сегодняшний день не утверждены никаким нормативным актом.

Кроме того, особенности, порядок и средства, которыми бортпроводники оказывают помощь, конечно, нуждаются или в особом нормативном акте, или действительно расширенная медицинская помощь для бортпроводников нужна. Здесь вопрос цепляется второй – оказание медицинской помощи. Я понимаю, что это не тема сегодняшнего «круглого стола», но тем не менее. На борту по рекомендации Международной организации гражданской авиации при длительных перелётах должны быть медицинские средства, лекарственные средства для оказания помощи врачом из числа пассажиров, то, о чём мы говорили. Сейчас все больше и больше пассажиры боятся, особенно после нашумевших случаев оказания помощи на борту воздушного судна, боятся оказывать помощь. И действительно, эту юридическую ответственность, наверное, надо снимать. Если человек взял на себя ответственность и оказывает помощь своему соседу или пассажиру, здесь такие юридические вопросы тоже надо продумывать.

Спасибо большое.

Председательствующий. Спасибо.

Надо, кстати, действительно пересмотреть оснащение аптечки. Я тоже смотрел, когда оказывали помощь, там нечем оказывать помощь. Там много есть того, что не нужно: активированный уголь и так далее, то есть 30-х годов, все одно и то же. Поэтому Министерству здравоохранения и вообще нам всем нужно подумать по аптечкам, что там должно быть, чтобы было реально. Потому что, когда куча наложена всяких таблеток, бинтов и так далее, мазей, все остальное, найти то, что нужно, очень трудно.

Слово предоставляется Петровой Марине Ивановне. Это Министерство общего образования. Пожалуйста.

Петрова М. И. Добрый день, уважаемые коллеги.

Председательствующий. У вас ситуация тоже непростая в школах.

Петрова М. И. Да, у нас ситуация непростая, но мы стараемся совместно с заинтересованными ФОИВами эту ситуацию каким-то образом привести в соответствие.

Из зала. (Не слышно.)

Петрова М. И. Где? Надо смотреть разные мониторинги. У нас есть на уроках физкультуры, есть вне образовательных организаций.

Из зала. (Не слышно.)

Петрова М. И. Если вас интересует официальная статистика, мы можем вам её предоставить по вашему требованию. Хорошо? Я продолжу.

Итак, здоровье школьников относится к приоритетным направлениям государственной политики, так как оно определяет будущее нашей страны. Интенсивность учебного процесса, использование новых форм и технологий обучения, раннее начало систематического обучения приводят к значительному росту количества детей, не способных адаптироваться к нагрузкам. Как следствие этого – снижение иммунитета, рост количества заболеваний, низкий уровень активности учащихся на уроках и слабая успеваемость. Необходимо объединить усилия образовательных и медицинских учреждений, семьи, общественных организаций, средств массовой информации и других заинтересованных сторон...

Председательствующий. Скажите, пожалуйста, лучше, как у вас вообще оказывается первая помощь. Тема: оказание первой помощи, какие есть аптечки, какая информация. У вас же сейчас в школах что произошло, в других местах, погибают от неоказания первой помощи, и на стадионах школьных, и так далее, и так далее. Что у вас есть, кто оказывает, какие есть у вас методички, чем оснащены и так далее. Не надо вот этого...

Петрова М. И. Вот я хотела как раз об этом рассказать.

Председательствующий. Вот конкретно, чтобы было понятно.

Петрова М. И. Можно я всё-таки по докладу, потому что он утверждён нашим начальством? Я хотела бы до вас донести эту информацию.

В рамках указанного направления Министерство просвещения ежегодно проводит мониторинг в области охраны здоровья обучающихся в образовательных организациях. По данным субъектов Рос-

сийской Федерации, количество медицинских работников, осуществляющих контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям организации образовательного процесса, в том числе и питания обучающихся, составляет 26 947 человек.

В случаях, когда в образовательных организациях не было предусмотрено проектом наличие медицинского блока или медицинского кабинета, медицинская деятельность осуществляется в фельдшерско-акушерских пунктах и лечебно-профилактических учреждениях, которые функционируют на базе учреждений здравоохранения.

Минпросвещения России совместно с Минпромторгом и Минздравом России с 2017 года осуществляют реализацию проекта по внедрению в общеобразовательных организациях системы мониторинга здоровья обучающихся на основе отечественной технологической платформы в рамках государственной программы Российской Федерации «Развитие фармацевтической медицинской промышленности на 2013–2020 годы», утверждённой постановлением правительства от 15 апреля 2014 года, номер 305.

Для реализации этого проекта в регионах созданы региональные центры мониторинга здоровья обучающихся с ОВЗ, которые будут обеспечивать рабочее взаимодействие между коррекционными школами и поликлиниками, центрами здоровья, проводить мероприятия по повышению квалификации руководящих и педагогических работников школ, принимающих участие в проекте по вопросам реализации программы «Технологии здоровьесбережения», оказывать методическую поддержку школам и проводить региональные мероприятия оздоровительной и профилактической направленности.

Было отобрано 19 регионов. В рамках реализации проекта в 316 коррекционных школах созданы кабинеты здоровья. В них приобретено оборудование, которое позволило в динамике оценивать состояние здоровья школьников с ОВЗ, в комплексе профилактической коррекционной работы специалистов сохранить здоровье детей.

Более двух тысяч педагогов прошли курсы повышения квалификации по вопросам внедрения системы мониторинга здоровья обучающихся с ОВЗ и здоровьесберегающих технологий. В период с октября по декабрь 2017 года проведён первый Всероссийский конкурс «Школа – территория здоровья». Цель этого конкурса – выявление лучших коррекционных школ России, использующих здоровьесберегающие технологии в процессе обучения и так далее.

В конкурсе приняли участие более 400 коррекционных школ. *(Демонстрируется слайд.)*

Председательствующий. Учителя умеют оказывать первую помощь или не умеют? Аптечки есть или нет? Простые вещи, а то конкурсы всякие эти.

Петрова М. И. Но мы же тоже стараемся, чтобы у нас...

Председательствующий. Нет. Мы говорим сегодня о первой помощи, что, действительно, первая помощь не оказывается и учителя её не оказывают. Поэтому скажите, что у вас делается, чтобы делать это, чтобы они могли оказывать.

Петрова М. И. Учителя в рамках нашего федерального закона 273 проходят курсы повышения квалификации по оказанию первой доврачебной помощи.

Председательствующий. Не доврачебной, а первой просто.

Петрова М. И. Первой. В каждой школе у нас есть медицинский кабинет. В тех, в которых нет, я уже сказала, есть ФАПы, ЛПУ, на базе которых ребята получают помощь. В каждом классе есть совсем простенькая аптечка, в которой находится только зелёнка, йод, бинт, вата, перекись водорода – самое простое, первое, чем учитель может пользоваться. Все остальные препараты находятся в медицинском кабинете, согласно лицензионным требованиям.

Поэтому мы стараемся, чтобы у нас как можно больше детишек прошли медицинские осмотры и чтобы у нас был определённый очень высокий уровень сотрудничества с медицинскими учреждениями. Потому что от этого зависит, как мы правильно выстроим образовательный процесс в школе и насколько ребята будут к нему готовы физически, чтобы эти нагрузки не превзошли их физические возможности.

Председательствующий. Марина Ивановна, а сейчас есть в школах, в классах санитары?

Петрова М. И. В начальной школе просто на уровне того, что детки помогают медицинскому работнику проверить ручки. Вы про это спрашиваете?

Председательствующий. Моё знакомство с медициной началось с того, что я был в начальной школе санитаром. Сейчас это сохранилось или нет, чтобы и самопомощь, и взаимопомощь могли школьники...

Петрова М. И. Это зависит от воспитательной системы школы, как они построят внутренний процесс в начальной школе. У нас у всех есть здоровьесберегающее направление, просто у всех школ по-разному. Они же теперь самостоятельно выстраивают и воспитательный, и образовательный процесс.

Председательствующий. Спасибо.

Шойгу Ю. С. Разрешите два слова добавить по этому поводу?

Председательствующий. Да, пожалуйста, Юлия Сергеевна.

Шойгу Ю. С. Я просто думаю, что нужно досказать, что мы очень активно взаимодействуем с Министерством просвещения по вопросам оказания первой помощи. И за последнее время была

проделана поистине грандиозная работа. Она связана, во-первых, с изменением, с созданием новой концепции предмета ОБЖ. Она сейчас ждёт своего рассмотрения. В рамках утверждения её на коллегии предусмотрена такая опция, как выделение темы первой помощи в отдельную тематическую линию. Благодаря активной позиции Леонида Игоревича тоже внесены изменения во все ныне издающиеся учебники по ОБЖ. Поэтому, во-первых, у нас учителя ОБЖ точно знают, как оказывать первую помощь. Но мы надеемся, по крайней мере, что такая система запустилась.

Во-вторых, детей мы начинаем грамотно учить первой помощи. Это очень важно.

Петрова М. И. И просвещение родителей.

Из зала. Извините, разрешите вопрос задать? От вас, как от самого, наверное, осведомлённого человека в этой отрасли. У меня вопрос такого плана. Когда в наши школы вернётся офицер запаса, который будет заниматься начальной военной подготовкой, в том числе обучением детей, как оказывать первую медицинскую помощь и действовать в экстренных ситуациях?

Я сразу добавлю, несмотря на то, что вы ответите. Пока вы это не сделаете, не вернёте, вот эти все проблемы, они будут не решены. Верните, пожалуйста, начальную военную подготовку и кадрового офицера запаса в школу, чтобы он занимался этими вопросами.

Спасибо.

Петрова М. И. У нас в рамках образовательного процесса на сайте представлены все примерные образовательные программы. На основании этих примерных программ каждая школа составляет свою. В рамках своих программ она выстраивает предметные линии. И предмету, как вы сказали, НВП, или как он там может ещё по-другому называться, который когда-то, когда мы с вами учились в школе, был, это все школа может рассмотреть самостоятельно и добавить этот предмет, если он помещается в их сетку часов, и таким образом привлечь потом к себе специалиста, как вы говорите, может быть, это будет офицер запаса, может быть, ещё более специализированный в отрасли человек. Поэтому все это в рамках учебного процесса возможно.

Председательствующий. Спасибо.

Я слово предоставляю Кусайко Татьяне Алексеевне, члену комитета Совета Федерации. Она наш коллега, доктор практический. Пожалуйста, Татьяна Алексеевна.

Кусайко Т. А. Спасибо, Николай Фёдорович.

Я действительно взяла сейчас слово, потому что после образования столько вопросов. Николай Фёдорович задавал правильные вопросы. Смысл в том, что, я думаю, здесь правильным предложением будет как раз расширение контингента специальностей, которые могут оказывать первую помощь, и внесение в этот контингент педагогов.

Но ещё важнее тот вопрос, о котором вы говорите, Марина Ивановна, о том, что есть разная статистика. Я об уроках физкультуры. Мы, к сожалению, действительно огромное количество детей теряем во время занятий спортом, на каких-то спортивных соревнованиях, это все очень важно. Поэтому, на мой взгляд, тот же контингент, который может оказывать первую помощь, я думаю, это могут быть тренеры, тренеры-преподаватели, которые работают в спортивных школах, которые присутствуют на соревнованиях. Потому что действительно то время, которое можно потерять, учитывая особенности детского организма, мы знаем, что ритм сердца у них другой. И можно попасть даже во время каких-то определённых соревнований не в тот ритм, и будет, к сожалению, внезапная смерть. Это, я думаю, тот резерв, который как раз будет направлен на снижение именно детской смертности.

Спасибо.

Из зала. Можно я продолжу вашу тему? Вот смотрите, представьте, что вы сотрудник школы, даже, допустим, директор школы. Когда к нам поступает ребёнок, родители предоставляют, как правило, только свидетельство о рождении его, копию своего паспорта на своё усмотрение, прописку и все. Медицинскую карту ребёнка они не предоставляют. Это по собственному желанию, хотят или нет. Это мы можем знать о состоянии ребёнка только по рекомендациям медсестры или врача поликлиники, которые на медосмотрах нам могут дать рекомендации, каким образом выстроить учебный процесс с этим ребёнком. Родители очень часто скрывают, какие заболевания есть у этого ребёнка, ученика, обучающегося. И вот, к сожалению, как вы говорите, статистика, может быть, где-то у нас вам кажется очень большой. Нам очень печально, конечно, что она вообще есть, эта статистика. Но иногда реально школа не знает состояние этого ребёнка настолько, чтобы ему помочь вовремя.

По поводу обучения педагогов: на самом деле курсы повышения квалификации учителя проходят. Я так думаю, каждый в своей школе обязательно обучает тех педагогов, которые могут на физкультуре оказать первую помощь, вот как вы говорите. Но это всё на уровне школы решается.

Председательствующий. Спасибо.

Теперь я хотел бы слово предоставить Лихачёвой Елене Юрьевне. Это касается общественно-го движения «Волонтёры и медики. Сопровождение спортивных и массовых мероприятий». У нас большое количество травм в спорте, и в детском, и во взрослом и так далее. Как там обстоят дела? Пожалуйста.

Лихачёва Е. Ю. Добрый день, уважаемые коллеги.

Меня уже представили, кто я и что я, поэтому я постараюсь коротко рассказать о нашей миссии – это возрождение традиций милосердия и оказание практической помощи в здравоохранении. *(Демонстрируется слайд.)*

В настоящий момент у нас функционирует 81 региональное отделение и работает более 20 тысяч добровольцев.

Основной целью нашего направления является создание единой системы оказания первой помощи волонтерами-медиками при сопровождении спортивных и массовых мероприятий. Я сразу перейду к цели – это внедрение, продвижение единой системы обучения волонтеров-медиков навыкам оказания первой помощи. *(Демонстрируется слайд.)*

Следующая цель – это обучение населения навыкам оказания первой помощи и формирование грамотных навыков оказания первой помощи у широких масс населения. Я немножко расширенно расскажу про единую систему обучения волонтеров-медиков. В настоящий момент у нас не существует унифицированных курсов подготовки, потому что наши волонтеры-медики готовятся на базе наших партнёров. Это в основном кафедры спортивной медицины и реабилитации либо травматологии сузуов, вузов, а также региональные отделения МЧС России. Единого курса обучения, унифицированной программы пока нет. И сейчас эта программа будет внедряться с помощью наших партнёров. Это Всероссийский студенческий корпус спасателей. И мы надеемся, что мы придём к такому единому знаменателю в этом направлении.

Следующий очень важный момент – это именно обучение населения навыкам оказания первой помощи, тоже по единому стандарту. *(Демонстрируется слайд.)*

Здесь вы можете видеть и мероприятия, в которых мы принимали участие, охват аудитории – более 15 миллионов человек, более 1300 мероприятий проведено нами, задействованы в направлении более двух тысяч добровольцев. *(Демонстрируется слайд.)*

Федеральное направление «Медицинское сопровождение спортивно-массовых мероприятий». Вот здесь как раз разделение, что это образовательная программа для волонтеров-медиков и обучение населения навыкам первой помощи. В настоящий момент у нас подготовлено уже 129 инструкторов, которые готовят волонтеров-медиков по направлению, проведено более 300 мероприятий и мастер-классы – более 4 часов в год. Мастер-классы для населения проводятся. *(Демонстрируется слайд.)*

Целью является обучение комплексу срочных простейших мероприятий для спасения жизни человека и предупреждения осложнений при несчастном случае или внезапном заболевании, проводимых на месте происшествия самим пострадавшим или другим лицом, находящимся поблизости. То есть все, что говорил Леонид Игоревич, это, в общем, все у нас бьётся, цели у нас одинаковые и задачи.

Коротко о программе. Это 16 интерактивных занятий...

Председательствующий. Детали не надо.

Лихачёва Е. Ю. Хорошо. В общем, наша основная цель в том, чтобы как можно больше людей владели навыками первой помощи. Мы готовы в этом помогать. Мы готовы готовить волонтеров.

Председательствующий. И опыт распространять.

Лихачёва Е. Ю. Да, да, это наша основная цель.

Председательствующий. Кстати, надо подготовить методические рекомендации по первой помощи. Мы сейчас подготовили методичку для детей по первой помощи, но надо подготовить методичку для взрослых.

Дежурный Л. И. Потому что вызвало полемику, это не совсем к расширению объёмов. Но Минздрав сейчас заканчивает процесс лицензирования программ базовых для обучения первой помощи, программ базовых для подготовки преподавателей, это просто вообще пересекается, и учебного методического комплекса универсального, для того чтобы базовую первую помощь преподавали все одинаково. А туда входят учебники, учебники для преподавателя, слайды, тестовые задачи – все, полностью комплект. Я думаю, что буквально неделями это все закончится и будет Минздравом России рассылаться во все органы...

Председательствующий. Представитель МВД России? Пожалуйста, сюда проходите, потому что у МВД тоже огромный объём первой помощи.

Ануфриев А. А. Уважаемые коллеги, заместитель начальника отдела организации медицинской помощи Департамента по материально-техническому и медицинскому обеспечению полковник Ануфриев Андрей Александрович.

Что хотелось бы заметить? Да, сотрудники органов внутренних дел в соответствии с законом «О полиции», в соответствии с законом 323 обязаны оказывать медицинскую первую помощь. При этом хотелось бы заметить, что в соответствии с законом – это не только в соответствии с федеральным законом и специальным правом, но и имеющие соответствующую подготовку.

Вот здесь бы мне хотелось, как врачу уже с многолетним стажем, отметить, что термин «соответствующая подготовка» нуждается в уточнении в плане того, что наступает определённая правовая ответственность за какие-то последствия при оказании первой помощи. Вот председательствующий ска-

зал, что хотелось бы внести изменения в закон, который бы освобождал от всех видов ответственности лиц, оказывающих первую помощь.

У меня здесь есть два приказа Минобрнауки, которые определяли учебный предмет – первая помощь при дорожно-транспортных происшествиях. Приказом 2013 года проводилось восемь часов практических, восемь теоретических занятий, приказом 2018 года все теоретические занятия отменены, осталось только восемь часов практических. В системе Министерства внутренних дел навыкам первой помощи обучаются сотрудники органов внутренних дел при первоначальной подготовке при поступлении на службу в количестве 14 часов.

По моему глубококому убеждению, указанное время, отведённое для подготовки, не позволяет сформировать устойчивые навыки, плюс они со временем забываются и требуют постоянного совершенствования. Плюс, как врач, могу сказать, и вот коллеги из Министерства обороны поддержат: лица, которые даже теоретически умеют оказывать эту медицинскую помощь, при виде пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях или в каких-то катастрофах впадают в ступор и не могут своевременно оказать эту медицинскую помощь. Поэтому именно навык, скажем так, уровень компетенции и соответствующей подготовки нуждается в уточнении и в проработке.

Мне бы хотелось сказать, что сотрудники органов внутренних дел первые в законе указаны как обязанные оказывать первую помощь, при этом оказание первой помощи сотрудниками не является их основной обязанностью. Я вам пример приведу: в академии управления сотрудники экипажа вневедомственной охраны увидели, что гражданина грабят на улице, его ударили по голове, он упал, они бросились к месту происшествия, подъехали, вышли из машины, посмотрели на этого сотрудника, оказали ему помощь, наложили повязку из аптечки автомобильной, прислонили его к ограде и дальше продолжили заниматься своими служебными обязанностями, то есть преследовать правонарушителей. После этого этот гражданин выдвинул им обвинение в соответствии с Уголовным кодексом, есть такая статья «Оставление в опасности», и поэтому хотелось бы, чтобы понимали вот эти термины.

И у меня такое предложение: вот коллега наш, который выступал о первой помощи, он сказал, что врачи не могут её оказывать. В то же время я считаю, что у нас в Российской Федерации, насколько я знаю, около 1 миллиона врачей и около 1,5 миллиона среднего медицинского персонала, я считаю, что эта категория лиц наиболее подготовлена, в том числе для оказания медицинской помощи. И если бы мы, допустим, в 323-ФЗ кроме тех категорий, которые в соответствии со специальным правилом должны оказывать эту помощь, добавили бы ещё все категории медицинских работников независимо от наличия сертификата, то это бы намного увеличило наши возможности по оказанию первой помощи.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо.

Больше у нас по отраслям нет? Я хотел бы предоставить сейчас слово профессору Верткину Аркадию Львовичу, президенту Ассоциации первой помощи. Интересно, чем ассоциация занимается. Здесь Аркадий Львович? Нет?

Из зала. Табличка есть, а его нет.

Председательствующий. Табличка есть, его нет. Я же спрашивал, сказали, что есть. Хорошо.

Тогда у нас есть ещё один законопроект. Он такой больше технический, это касается применения автоматических дефибрилляторов. Тогда слово хочу предоставить, уже коротко очень, Галкину Дмитрию Сергеевичу, руководителю рабочей группы экспертного совета при комитете по экономической политике. Пожалуйста.

Галкин Д. С. Добрый день, коллеги! Спасибо, Николай Фёдорович.

Я достаточно коротко. Буквально только что озвучили проблему, на которую направлен законопроект, это внезапная сердечная смерть, внезапная остановка сердца, там разные есть наименования, суть очень простая. Он достаточно точечный, но при этом очень существенный. В майском указе президента стоит главный индикатор – снижение смертности и дополнительные, всего два отраслевых – это снижение онкологической смертности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Так вот, по статистике Всемирной организации здравоохранения, примерно еженедельно 30 человек погибает на миллион...

Председательствующий. Не надо статистику. Я скажу, это спорный вопрос, чтобы неограниченному количеству лиц разрешить. Потому что везде, во всех странах, где этим пользуются широко, это касается людей, которые прошли специальную подготовку.

Галкин Д. С. Не соглашусь с вами. 13 европейских стран, Япония, 47 штатов США из 50 разрешают неограниченному кругу лиц пользоваться данным дефибриллятором с 2008 года в среднем. По статистике на нулевые годы, когда программы разворачивались, действительно сначала начинали с медицинского персонала, расширяли перечень. Но потом с учётом накопления статистики и улучшения самих аппаратов все пришли к мнению о том, что аппарат настолько прост в использовании, есть международные исследования по 32 странам, что любой участник, который может его использовать, интуитивно, с учётом голосовых, видео-, аудиоподсказок, которые он даёт, может организовать ту самую помощь. Там очень простая статистика. Первые три минуты применения...

Председательствующий. Вы все теорию рассказываете, вы же сами не делали.

Галкин Д. С. Мы не теорию, мы практику рассказываем.

Председательствующий. Потому что у нас, я знаю, во что это выльется, если всем разрешить. Пока давайте шаг за шагом. Хотя бы кто умеет это делать и кто занимается этой помощью.

Галкин Д. С. Ещё раз объясню, умеют все. Устройство автоматическое, им не надо уметь пользоваться.

Председательствующий. Я все прекрасно знаю. Я понимаю, ваша задача – увеличить производство дефибрилляторов.

Галкин Д. С. У нас нет статистики в стране, а статистика мировая говорит о том, что у нас порядка четверти всех смертей могут быть связаны с остановкой сердца так или иначе. У меня нет такой статистики. Я не отношусь к комитету, который этим занимался. Но я думаю, что случаи точно были по средней статистике, даже если брать развитые страны, где сердечных заболеваний меньше на одного человека, 1 к 500. Ежегодно происходят случаи. В России это порядка 150 тысяч случаев получается.

Председательствующий. ...и так далее, и так далее. Кто подготовлен, поэтому вот тренеры, спасатели, вот эти люди. Все, спасибо.

Теперь ещё у нас появились главные внештатные специалисты по первой помощи в регионах. Правильно я понимаю? И здесь есть первый такой представитель Колодкин Андрей Андреевич, главный внештатный специалист по первой помощи Министерства здравоохранения Краснодарского края. Будьте добры, расскажите, чем вы занимаетесь.

Колодкин А. А. Спасибо большое.

Конечно же, в соответствии с положением о главном внештатном специалисте Минздрава России на основании всей действующей нормативной базы в регионах также создаются главные внештатные специалисты, которые работают в тесной взаимосвязи с руководителем, главным внештатным при Минздраве России. Соответственно, работаем в регионах, и в том числе хотелось бы отчасти затронуть тему педагогов. Мы проводили своё исследование в Краснодарском крае и в Ставропольском крае, обучая преподавателей различных образовательных учреждений первой помощи, и в том числе проводили самое простое анкетирование, порядка тысячи человек приняло участие. Конечно же, 98 процентов, почти 99 процентов педагогических работников сказали, что им приходится оказывать первую помощь, и они сталкиваются с теми ситуациями, которые заставляют их это делать. При этом у них у всех есть проблемы. Более 30 процентов склонились к тому, что у них отсутствуют практически навыки оказания первой помощи.

Такое же процентное соотношение, также чуть более 30 процентов, это психологическая неготовность к оказанию первой помощи самих педагогических работников. Далее идут чуть иные, меньшие цифры, это, конечно же, отсутствие знаний. У некоторых они всё-таки присутствуют. И поэтому опасение существует.

Хотелось коснуться такого раздела, как система первой помощи в Российской Федерации. Эта система была озвучена на первом же заседании межведомственной рабочей группы по совершенствованию первой помощи в России. Она включает ряд моментов, их пять. Первым стоит нормативно-правовая база и организация оказания первой помощи, это то, что мы сейчас обсуждаем. В дальнейшем идёт система обучения первой помощи, которая начинается в том числе с федеральных образовательных стандартов, на основании которых пишутся типовые программы, отдельно создаются примерные.

Ещё один вопрос, который также поднимался уже в этой аудитории, это оснащение участников оказания первой помощи. Также раздел системы первой помощи. Система пропаганды и мотивирования также входит в систему первой помощи. И хотелось бы сказать, что у нас почти полностью отсутствует некая социальная реклама и доведение до населения нынешнего состояния и понимания первой помощи. Мы только сейчас, сегодня здесь, в зале, неоднократно говорили о различных терминах, которые подменяют понятие первой помощи по старинке, так сказать, первая медицинская, первая доврачебная, а мы сами иногда их употребляем. Этот термин тоже, наверное, следует отнести к пропаганде мотивирования, то есть доведения нужных объёмов знаний до населения. И система учёта анализа эффективности, без неё, наверное, никуда.

Если говорить отдельно про обучение, то Леонид Игоревич уже озвучил, профессиональное сообщество разработало эту универсальную примерную программу, и Минздравом России она рекомендована, и вот её как раз-таки следует доводить до населения, до работодателей, до всех, кто заинтересован в обучении первой помощи.

Также уже разработаны и впоследствии будут утверждены универсальные алгоритмы. Сначала – универсальный алгоритм первой помощи как единственной. Позже на основании уже универсального одного типового алгоритма следует разрабатывать алгоритмы первой помощи в частных случаях даже на основании того имеющегося 477-Н приказа, который есть. Есть перечень состояния, допустим, остановка кровотечения (пункт), там есть подпункты (их пять) способов остановки. А какой и как использовать? Спроси в любой аудитории: а что же нужно сделать для остановки кровотечения? Все сразу скажут: наложить жгут. Жгут – это крайняя мера остановки кровотечения и только когда все остальные не помогли.

Я думаю, все в этом зале поддерживают расширение объёмов первой помощи. После того как появится перечень мероприятий расширенного объёма, следует говорить уже о внедрении программ обучения методике безопасного применения автоматического дорожного дефибриллятора, который, в принципе, и в Европе, и в России также присутствует и пропагандируется. Но, действительно, система обучения такая должна быть.

Есть ещё один раздел в обучении – охрана труда. И здесь говорится про то, что зачастую два способа обучения присутствуют на производстве: либо инструктаж, либо полноценный курс. Но работодатель не идёт на полноценные курсы, а инструктаж зачастую заканчивается тем, что есть папочка документов, с ними надо ознакомиться и расписаться.

Так вот, методика проведения даже первичного инструктажа по первой помощи тоже должна быть доведена до работодателей. После этого или в процессе, и такая работа ведётся, пересматриваются проекты типовых средств наглядной агитации. Мы все прекрасно знаем, у нас есть плакаты, они висят, на всех из них в 90 процентах случаев написано: первая медицинская помощь. И, соответственно, такой типовой набор должен быть, на основании которого каждый работодатель или каждое производство и отрасль будут формировать свои собственные.

Соответственно, для того чтобы система обучения сложилась, нам надо утвердить это, Министерство просвещения, я думаю, нам поможет утвердить статус преподавателей или инструктора первой помощи. Мы понимаем, что если человек ведёт инструктаж, наверное, это больше всё-таки инструктор, если человек работает на любой из имеющихся педагогических должностей, то это преподаватель, и любой преподаватель вправе вести первую помощь. А вот какой объём подготовки у этого преподавателя по первой помощи, это сложно сказать, наверное.

Программа подготовки таких преподавателей и инструкторов по первой помощи тоже есть, и она апробирована. В том числе апробация ведётся уже длительное время в рамках проекта «Научись спасать жизнь» в различных регионах нашей страны.

Если говорить об оказании первой помощи, то у нас на производствах есть приказ, согласно которому мы можем оснащать рабочие места: аптечка первой помощи работникам – это 169-Н приказ. Но нигде нет упоминания о том, какое количество аптек на постах для оказания первой помощи существует, и это тоже проблема отчасти, наверное, законодательства.

Подводя итог своему разговору, ещё хочу сказать о том, что у нас нет документа, который бы способствовал учёту информации о чистоте и качестве оказания первой помощи. От этого впоследствии будут строиться изменения нормативной базы и изменения системы обучения.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо.

И у нас есть представитель из Якутии Иванова Наталья Георгиевна, она руководитель некоммерческой организации «Школа первой помощи». Также интересно её послушать, каким образом эта школа работает. Пожалуйста.

Иванова Н. Г. Добрый день!

Я всех вас внимательно выслушала. Я работаю два года как некоммерческая организация, на общественных началах веду занятия по первой помощи. Сама я врач-анестезиолог, кандидат медицинских наук. Но мы с вами сегодня говорим, кто обязан, мы всё время говорим, кто должен проводить первую помощь. А на самом деле мы забываем об огромном пласте – об этом самом населении.

В течение работы я чётко поняла, что население готово проводить первую помощь. И обучиться может и стар, и млад, и дети очень хорошо воспринимают первую помощь. Так что нужно где-то уклон делать на самом населении. То, что действительно кто должен, он обязан проводить первую помощь.

Кроме того, хочу сказать, что есть острая необходимость обучения первой помощи в населённых пунктах, которые не обслуживаются медициной. То есть, там нет лечебного учреждения, там нет медицинского работника. Конечно же, полагаться в таких условиях приходится только на себя. Поэтому в таких условиях первая помощь необходима.

Как врач, я хочу сказать, что действительно согласна с теми людьми, которые говорят, что первой помощи должны учить те люди, которые обучены этому, которые умеют проводить, которые сами не раз оказывали первую помощь, которые знают ситуацию наизусть.

Я хочу, чтобы то, что сегодня было сказано, дошло до простого населения, не осталось в рамках этого зала, а дошло действительно до самых до окраин.

Вот об этом я хотела сказать.

Председательствующий. Спасибо. Обязательно дойдёт, и в ближайшее время. Я думаю, Минздрав тоже, скорее всего, будет учить. Закончим вместе этот законопроект, чтобы мы его могли уже в ноябре внести, как мы работали.

И у меня ещё вопросы к заместителю руководителя Федеральной службы по надзору Серegiной Ирине Федоровне. Ирина Федоровна, вот Росздравнадзор, он же как бы контролирует и защищает граждан. Каким образом? Есть, допустим, у вас контроль за первой помощью, кто оказывает и так далее? Или вы только занимаетесь медицинской помощью и только учреждениями?

Серегина И. Ф. Не знаю, к сожалению или нет для Росздравнадзора, в положении о Росздравнадзоре нет такой функции о контроле за первой помощью. Фактически Росздравнадзор проверяет все юридические лица и индивидуальных предпринимателей, тех, которые осуществляют медицинскую деятельность и имеют лицензию на медицинскую деятельность. Поэтому какой-то особой статистики у нас в Росздравнадзоре нет, мы не обладаем, к сожалению, этой статистикой. Хотя считаем, что этот вопрос действительно очень актуальный. Мы посредством средств массовой информации, когда встречаем такие случаи, максимально стараемся без каких-то проверок, потому что мы не можем выходить на такие проверки, в любом случае как-то запрашивать, выяснять что-то и пытаться выяснить, кто должен был всё-таки в этом случае помочь. Но вот, повторяюсь, официальной статистики такой, к сожалению, мы не имеем, потому что в положении нашем нет такой позиции, такого направления деятельности.

Председательствующий. А если подумать, допустим, всё-таки какой-то контроль за оказанием первой помощи можно или нет? Раньше она относилась к медицинской помощи, первая помощь. Доврачебной она называлась в своё время, потом убрали.

Серегина И. Ф. Новые функции любого федерального органа исполнительной власти требуют внесения изменений в его положения. И, безусловно, этот вопрос тогда должен обсуждаться. Это серьёзно уже. Но в настоящее время проблема, конечно. Я хотела бы такую ремарку небольшую дать о школьной медицине, о которой мы говорим. Сегодня мы достаточно долго, вот уже года два или три, пытаемся и боремся за то, чтобы те образовательные организации, которые ведут медицинскую деятельность и имеют медиков у себя в штате, они не все ещё до сегодняшнего дня имеют лицензию на оказание медицинской помощи. Вот эта тема достаточно серьёзная. И сегодня мы уже вышли на совместную работу с министерством, которое курирует эту тему. Попытаемся всё-таки в следующем году, в 2019-м, эту работу завершить, чтобы все те образовательные организации, которые имеют у себя медиков, которые не работают с медицинскими организациями, а сами эту работу осуществляют, всё-таки имели эту лицензию. Потому что в законе об образовании прописано, что они обязаны обеспечивать медицинскую помощь в тех ситуациях, где дети как раз являются школьниками. То есть эта функция лежит на них, на образовании. Но вот это как раз наша забота, и мы пытаемся, чтобы всё-таки эти лицензии были. Над этим мы работаем.

Председательствующий. Спасибо.

Мы довольно много посвятили времени первой помощи, а вот вторая часть вопроса, что касается декриминализации оказания помощи, я бы хотел послушать юристов.

Марина Николаевна, вы у нас правовик опытный, как вы к этому готовы, что думает правовое управление Минздрава? Потому что без этого не будет работать. Пожалуйста.

Лесникова М. Н. Спасибо большое, Николай Фёдорович.

Декриминализация – всегда вопрос очень сложный, потому что нужно понимать, что у человека, оказывающего первую помощь, не было умысла навредить либо, допустим, какой-то самонадеянности, в силу которой он мог причинить вред. Поэтому нужно, наверное, сначала более чётко прописать те правила, о которых сегодня говорили, чтобы были прописаны и регламенты оказания первой помощи, методики. В части контроля нужно говорить о том, чтобы контролировать именно те знания. И если оказывает первую помощь человек, который на самом деле обладал знаниями, оказывает её правильно, согласно нашим методикам, регламенту, тогда, может быть, об этом и стоит говорить. Но если первую помощь оказывает человек, который не имел права этого делать, который не обладал знаниями и причинил вред, тогда, наверное, о декриминализации говорить нельзя, потому что это всё-таки будет вред человеку.

Председательствующий. Посмотрите существующие законы за рубежом, там немножко все по-другому. Там просто освобождается человек априори от любой ответственности – материальной, уголовной и так далее, потому что иначе человек погибнет. Поэтому вы просто посмотрите, я понял, что вы как бы не совсем готовы к этому.

Лесникова М. Н. Николай Фёдорович, у врачей и то есть заповедь «не навреди». И тут, получается, человек, который не обладает знанием, если бы он не стал прикасаться к этому человеку...

Председательствующий. То человек погибнет, если он не прикасается.

Лесникова М. Н. А если он это сделал? Он не умеет, не знает, сделал – и человек погиб.

Председательствующий. Да, пожалуйста.

Из зала. Вы знаете, дело в том, что если мы посмотрим 477-й приказ, эти мероприятия, которые там прописаны при остановке сердца, при массивном кровотечении и так далее, вот если у человека наступила остановка сердца, навредить ему уже нельзя, он уже умер, у него единственный путь – это выжить, если ему что-то делать. Если ничего не делать, у него стопроцентная смерть. То же самое с артериальным кровотечением. Поэтому... Есть такая норма, как причинение вреда по неосторожности, то есть вроде бы неосторожность, вроде бы какая-то ошибка, но в данной ситуации, если люди эту норму будут держать в голове, они не будут ничего делать, и мы будем иметь то количество пострадавших, которое есть.

Мы проводили исследования. При ДТП более 25 процентов людей, которые умерли до прибытия скорой помощи, при оказании первой помощи имели шанс выжить. Ни у одного не было признаков, что ему оказывали первую помощь, то есть они все были брошены и умерли вот из-за того, что вообще никто ничего не делал. Поэтому здесь понятно, что надо сделать так, чтобы это нельзя было использовать в каких-то целях и так далее, но именно во всём законодательстве зарубежном написано «неумышленный вред», то есть если он не старался нанести вред, то есть если не будет это доказано судом, то, в общем-то, это не подлежит ответственности, потому что направлено на спасение жизни.

Спасибо. *(Микрофон отключён.)*

Из зала. Презентацию можно сразу же со слайда 8, чтобы я не повторялась.

Пока её включают, хотела дополнительно уточнить по педагогическим работникам, о которых сегодня говорили, что, с одной стороны, действительно, есть норма федерального закона, которая обязывает образовательные организации обучить навыкам оказания первой помощи учителей, но, с другой стороны, стоит не забывать о том, что ни один закон, в том числе закон «Об образовании...», не накладывает этой обязанности на педагогов. И более того, есть профессиональный стандарт педагога, утверждённый приказом Минтруда России № 544-Н, в нем этой обязанности нет. Поэтому, я считаю, нужно задуматься, когда мы говорим об этом.

Я хочу вернуться к моему докладу. В общем и целом, хочу некоторые резолютивные выводы сделать, а потом наше предложение по этой теме. *(Демонстрируется слайд.)*

Мы говорили о том, что законодательство не даёт возможности врачам или иным медицинским работникам эффективно оказывать первую помощь, потому что мы имеем узкие рамки приказов Минздрава и по состояниям, и по вмешательствам, выйти за пределы закона он не может.

Стоит также не забывать, что оказание медпомощи вне медорганизаций – это прерогатива бригад скорой медпомощи. *(Демонстрируется слайд.)*

Поэтому здесь медработник оказывается между двух огней. С одной стороны, это клятва врача, с другой стороны, он понимает, что шаг вправо, шаг влево, это либо статья, «любимая» 2.3.8: «Оказание услуг, не отвечающих критериям безопасности», – либо вообще незаконное осуществление меддеятельности. Мы ещё забываем, что есть 109-я, «Причинение смерти по неосторожности».

Более того, если он вообще не окажет медпомощь... Кстати, некоторые медицинские юристы, между прочим, советуют врачам сейчас в условиях базы, которую мы имеем, бежать с места, когда что-то случилось, просто в том виде, в котором есть, нужно убегать. Хотя я понимаю, что любой врач этого не сделает, и, кроме того, есть видеорегистраторы, то есть это, по большому счёту, может закончиться ещё большей проблемой.

Председательствующий. Добрые юристы. На вас висит столько смертей.

Из зала. Такие ситуации есть. Но если он это делает, здесь есть ещё варианты, статья 124 либо 125 «Оставление в опасности», и гражданская ответственность в случае чего.

Каковы наши предложения по сути? Разделить перечень базовый и расширенный, мы бы предложили его назвать «расширенный», перечень первой парамедицинской помощи, потому что, во-первых, даже сегодня много раз говорили о том, что помощь первая медицинская, пытаются опять включить это в медицину, хотя это раздел, относящийся к первой. Это наше предложение, имеем право его высказать. *(Демонстрируется слайд.)*

В перечень не входит обезбоживание, это, конечно, касается спасателей, которые работают в рамках чрезвычайных ситуаций, и иных работников, МЧС тоже. Внести предложение... если я повторяюсь, извините, не все слышала, о внесении изменений в требования к комплектации их аптек, чтобы включить обезбоживание, обезболивающие препараты. *(Демонстрируется слайд.)*

Расширить рамки первой медицинской помощи, чтобы это не рассматривалось как медицинская услуга. Если этот перечень расширен, это создаст иммунитет врачам от уголовной ответственности по некоторым составам, конечно, неполный, но я буду говорить дальше. *(Демонстрируется слайд.)*

Мне кажется, что здесь вопрос в том, имеют ли право медработники со средним образованием, будут ли они иметь право оказывать эту помощь? Это касается пенсионеров. Например, часто задают вопрос, обязан ли оказывать первую помощь пенсионер, который 20 лет уже в медицине не работает, либо люди, которые ушли в иную область. *(Демонстрируется слайд.)*

Председательствующий. Не обязан, конечно, это его доброе желание, тут даже вопросов нет.

Из зала. С одной стороны, да, с другой стороны, если у него есть навыки, а он уйдёт от оказания помощи, есть уголовные нормы, в том числе статья 125 «Оставление в опасности».

Председательствующий. Не работает, нельзя его привлечь, неправильно вы говорите.

Из зала. Мы делали колоссальную аналитическую проработку этого вопроса, со ссылкой на составы, на определённую судебную практику, на комментарии очень известных профессоров в рамках уголовного права, поэтому здесь не так все однозначно, к сожалению, Николай Фёдорович.

Председательствующий. Мы с этим уже разобрались и разберёмся, мы много работаем по первой помощи, по деталям. Я вас, юристов, слушаю, значит, проанализируйте западный опыт, коротко только. Подготовьте, допустим, что нужно внести, какие изменения в какие статьи Уголовного кодекса, вот это важно.

Из зала. Хорошо. Некоторые вещи сегодня сказаны не были, и я знаю, проект закона, который есть, тоже не все учитывает. Я бы хотела вернуться к предыдущему слайду, потому что сегодня говорили о расширении перечня состояний при оказании первой помощи. Мы бы сочли разумным не делать его закрытым, но указать, что есть и иные заболевания, иные состояния, представляющие угрозу жизни.

Председательствующий. У нас есть специалисты, вы юристы, вы другое должны, а какой перечень – закрытый, открытый – мы сами решим, это вопрос медицинский, а не юридический.

Из зала. Надо же! Мне казалось, это совместный вопрос, когда врачи решают вместе с юристами, тогда мы имеем жизнеспособный продукт.

Да, дальше, хорошо.

Что касается закона «доброго самаритянина». Вот выдержка из параграфа Кодекса о гражданском производстве и судебной защите штата Техаса, но мы анализировали и Вашингтон, и Германию, много разных норм. Здесь указано, что добросовестное оказание бесплатной экстренной медпомощи ведёт к освобождению и от гражданской, и от уголовной ответственности, за исключением случаев, когда вред причинён из-за злого умысла либо преступной небрежности. *(Демонстрируется слайд.)*

Вот такую норму, сегодня тоже об этом говорили, во-первых, излишне было бы включить в базовый закон об основах охраны здоровья граждан. В нём есть положение, это статья 81, которая касается ответственности. Можно включить её и в нормы о первой помощи. В Уголовный кодекс её тоже придётся включать, потому что это специальный акт, в Уголовный обязательно. В Гражданский не обязательно, потому что в нём есть положение о том, что штат ответственности освобождается, если она предусмотрена иными законами. Поэтому здесь два базовых – это Уголовный кодекс и наш федеральный закон. Таким образом будет создан баланс между ответственностью и незаконным оказанием медицинской помощи.

Законодательная терминология, мне кажется, достаточно важна, потому что закон о самаритянина не основан именно на *(Не разборчиво.)*, то есть это не экстренная помощь и не первая помощь. У неё свои квалифицирующие характеристики, её могут осуществлять лица и без медобразования, она содержит элементы не только медпомощи, но и ухода за больным, транспортировки, включая также медицинские мероприятия. Если как-то переводить это ближе к нашей терминологии, наверное, это первая догоспитальная помощь. Это если о терминологии. *(Демонстрируется слайд.)*

По поводу дефибрилляторов. Да, инициатива хорошая и правильная, наверное, но она не главная в этом. Мне кажется, что, во-первых, она отчасти сомнительная, но это не моя прерогатива об этом говорить. Начать, по-моему, надо с малого – развязать руки медработникам, которые оказываются между молотом и наковальней: и не оказать не могут эту помощь, и боятся её оказать. *(Демонстрируется слайд.)*

Наверное, это уже фактически всё, не буду повторяться, времени у меня мало. Благодарю вас за внимание.

Председательствующий. Уважаемые коллеги, мы основные доклады услышали. У кого есть предложения? Допустим, что-то не сказали. Пожалуйста.

Из зала. Уважаемый Николай Фёдорович, коллеги, меня доклад юриста навёл на одну мысль. В материалах, представленных Министерством обороны, имеются цифры наших военнослужащих, которые в интересах российского государства отдали свои жизни. Понятно, что есть какое-то количество раненых, мы взрослые люди. На сегодняшний день вектор развития первой помощи идёт в отношении устранения напряжённого пневмоторакса, трахеотомии, не медицинским работником это делается во всём мире. Мы тоже к этому идём, мы сейчас принимаем изделия по этой помощи. И, конечно, мы сейчас, Министерство обороны, которое занимается защитой интересов российского государства, чуть-чуть медицина существует вне закона.

Председательствующий. Понятно, понятно. Ещё кто-то хочет выступить? Да, пожалуйста. Представьтесь только.

Макаров Л. М. Макаров Леонид Михайлович, руководитель Центра синкопальных состояний, сердечных аритмий, ФМБА России.

А я думаю, что мы тут упустили один класс сотрудников, которые не только имеют право, они имеют право и возможность оказывать первую помощь. Это охранники. Меня, конечно, касаются больше всего дети и происходящие в школах смерти. Получить лицензию частного охранника нельзя, не сдав один из пяти экзаменов, в том числе на оказание первой помощи и в том числе именно приёмы сердечно-легочной реанимации. Охранники у нас везде, сто процентов они присутствуют в каждой школе фактически. И это люди, которые без этого законодательно не могут получить лицензию. Другой вопрос, что они реально умеют, что они реально не умеют, но законодательно они не могут получить лицензию от МВД России, если они не сдали экзамен по оказанию первой помощи, в том числе и реанимацию, в том числе и у детей, там тоже есть пункты эти. Поэтому вот этот пласт, который у нас вообще пронизывает всё общество, надо, наверное, учесть.

Председательствующий. Спасибо.

Совершенно правильно, потому что их армия почти два миллиона, я даже цифру занижил, что миллион. Пожалуйста. Представляйтесь сразу.

Из зала. Уважаемые коллеги, я две минутки у вас украду. Я понимаю, что все устали. Мы сегодня очень много говорили о том, как нам обеспечить оказание первой помощи. Но забыли два практических момента, которые хотел бы озвучить.

Все, кто работает в сфере здравоохранения, знают, что у нас существует такой приказ № 543-Н «О порядке организации первичной медико-санитарной помощи». И с 2013 года туда был внесён такой объект, как домохозяйство, он очень интересный. То есть если численность населённого пункта меньше ста человек и удалённость, насколько мне не изменяет память, шесть километров от медицинской организации, то медицинская организация обязана организовать некое домохозяйство, в котором оказывается первая помощь. По большому счёту, если мы откроем карту нашей страны, то те места, которые не покрываются медицинской помощью, обеспечиваются вот этими домохозяйствами. Однако эта инициатива 2013-го и последующего 2015 года так в этом 543-м приказе и осталась. А на практике медорганизации сталкиваются с тем, что вот мы берём пункт 11 этого приказа, который обязывает медорганизацию обеспечить укладкой, средствами связи, другими вещами, а элементарно в рамках системы существующего финансирования, чтобы это обеспечить, главный врач вынужден идти на нецелевое расходование денежных средств.

И вот, прежде чем говорить о дефибрилляторах и прочем, мы говорим о расширении полномочий, так давайте поднимать вопрос домохозяйства. И, кстати, обращаю внимание, несмотря на то, что это некое специальное правило в отраслевом законодательстве здравоохранения, в 31-й статье про эти домохозяйства ничего не говорится. То есть они не являются субъектами, оказывающими первую помощь.

Поэтому есть инициатива всё-таки проработать этот вопрос с точки зрения субъектного состава и с точки зрения финансирования, проработать вопрос обеспечения именно домохозяйств. И это системная проблема, которая должна решаться.

Вторая проблема. Мы хотели бы наших таможенных коллег поддержать. Мы в Новосибирске, в Новосибирской области столкнулись с проблемой обеспечения медицинской помощью обучающихся. Вот сейчас у нас реальная судебная практика, когда одной из поликлиник, 27-я поликлиника одного из районов, предъявлено более 30 исков от прокуратуры. Прокуратура требует обеспечить присутствие медработников в соответствии с режимом. Это, конечно, не проблема небольших городов или сельской местности зачастую. Это проблема городов-миллионщиков. Мы берём поликлинику, а у неё 40–50 таких объектов. И мы понимаем, что объективно это не можем перекрыть.

Сейчас мы имеем такую проблему, что у нас есть решение суда, мы готовы идти до Верховного Суда, отстаивая нашу правоту. Но нас обязывают обеспечить присутствие медицинского работника от сих до сих, от 8 утра до 20 вечера. Мы предлагаем не говорить о структурной неэффективности, мы предлагаем организовать медицинскую помощь, включив туда обязательно первую помощь. Если мы не включим педагогических работников в качестве субъектов, обязанных оказывать первую помощь, эта система не будет работать.

Плюс, исходя из нашей судебной практики, у нас есть конкретные предложения по совершенствованию приказа Минздрава России № 822-Н.

Председательствующий. Минздрав сидит здесь, слушает внимательно. По домохозяйствам сказали абсолютно правильно. Уважаемые коллеги, будем завершать. Хотел в первую очередь поблагодарить всех за равнодушное участие в этом «круглом столе». Это очень важно для развития помощи в снижении смертности в нашей стране. Потому что, к сожалению, погибают прежде всего молодые трудоспособные. И мы определились уже. Делаем два законопроекта. Один законопроект касается поправки в 31-ю статью закона «Об основе охраны здоровья». Да, мы договорились, что делаем там первую расширенную помощь, изменяем понятийный аппарат.

Очень большой вопрос к Министерству здравоохранения будет по поводу порядка и перечня состояний, по поводу пересмотра укладки, что там состоит. Потому что они действительно с 30-х годов не обновлялись, что на самолётах, что на поездах и так далее.

И второй, не менее важный, я его даже сейчас на первое место ставил, потому что без закона, как я его пока называю, «о добром самаритянине» всё это будет сложно, опять будут бояться оказывать помощь. Юристы наши, к сожалению, к этому не готовы. Поэтому здесь надо очень серьёзные вопросы прорабатывать, мы сейчас занимаемся с нашим комитетом по законодательству и конституционным всем проблемам. Я предлагаю, чтобы присоединились юристы, не остались в стороне от Минздрава, то есть вместе поработали. В общем, давайте вместе доработаем, мы работаем для нашего будущего.

Спасибо всем, кто принял участие.

СТЕНОГРАММА
«круглого стола» на тему «Кадровое обеспечение первичной
медико-санитарной помощи».
12 ноября 2018 года.

Председательствует председатель
Комитета Государственной Думы по охране здоровья
Д. А. Морозов

Председательствующий. Добрый день!

У нас сегодня с вами предстоит серьёзный разговор. Кто-то может сказать, что эта тема уже неоднократно обсуждалась. Она, естественно, на слуху. Все мы прекрасно понимаем, что те задачи, которые поставлены перед социумом, перед здравоохранением, те задачи, которые в первую очередь поставил Президент Российской Федерации Владимир Владимирович Путин, они не могут быть выполнены, если мы не уделим должного внимания или, по сути, не обеспечим ренессанс первичного звена, первичной медико-санитарной помощи, и, конечно же, здесь первую скрипку играют кадры. Кадры, которые сегодня есть, их надо сохранить и обеспечить им продолжение работы, кадры, которые необходимо привлечь и при этом обеспечить не только их наличие, фактическое соответствие каких-то цифр, но и возможность реализации программ непрерывного медицинского образования. Необходимо обеспечить должную работу и качественную работу, и качественное продвижение наших докторов первичной сети в общей системе здравоохранения, в создаваемом цифровом контуре здравоохранения и многом-многом другом.

Я не буду задерживать ваше внимание. Уверен, что сегодня мы сравним наши позиции, тех людей, которые отвечают за законодательную работу, кто представляет исполнительную власть, особенно важен ректорский корпус и образовательные учреждения Российской Федерации, и, конечно, главных врачей медицинских учреждений.

Я хочу предоставить слово для приветствия заместителю Председателя Государственной Думы Российской Федерации Ольге Николаевне Епифановой.

Пожалуйста. *(Аплодисменты.)*

Епифанова О. Н. Здравствуйте, уважаемые коллеги, уважаемые гости!

От имени руководства Государственной Думы приветствую вас в этом зале и очень вас благодарю, что вы находитесь здесь, что вы оторвались от большого количества дел и обсуждаете самый кричащий вопрос, который ставят избиратели перед нами в регионах.

Вы знаете, одна из важных задач для нас, депутатов, общаться с нашими избирателями в наших регионах. И если в 2010 году по статистике обращений, которые я получаю (я представляю Архангельскую область, Республику Коми, НАО, ЯНАО, и, соответственно, также пишет вся Россия), основные вопросы касались жилищной политики, то уже с 2015 года основная часть вопросов – это, конечно, здравоохранение. Наши жители пишут о том, что они не могут сдать анализы, они не могут попасть к терапевту, чтобы получить направление к узкому специалисту.

Наши поликлиники, к сожалению, имеют очень много вакансий специалистов первичного звена. Те, кто работает, перегружены, вы сами лучше нас знаете про низкие зарплаты, про то, что эти вопросы полностью не может решить Министерство здравоохранения, потому что они напрямую связаны с жильём для врачей, с комфортом их работы. И, конечно, вот у нас здесь присутствует ректор Архангельского медицинского университета, и мы с ней как-то обсуждали, приглашали директора медколледжа и обсуждали, что же делать в области, где, с одной стороны, есть профессиональное медицинское образование, но при этом огромное количество вакансий. И она мне рассказала, что наш университет всё время проводит опрос среди студентов на предмет их страхов. И самый главный страх у студентов – это остаться одному, то есть ребята после университета боятся где-то остаться один на один с клиентом без наставника, без того, кто поправит их, не даст совершить ошибку.

Может, просто изменилось время, изменилась молодёжь, может, надо сейчас в сельские районы не молодёжь посылать, а, наоборот, пенсионерам создавать условия и давать служебное жильё, а молодёжь пусть остаётся в городах, где есть наставники, и постепенно готовится к тому, чтобы ехать в сёла.

Дело в том, что я очень много отвечаю на посты в сетях, и люди очень часто ведутся, знаете, на такие картинки, что депутаты предложили отменить бесплатную медицину. Люди верят. А верят почему? Потому что, приходя в поликлинику, они действительно сталкиваются с тем, что не могут попасть к специалисту. И они реально начинают считать, что все хотят отменить бесплатную медицину.

По моим наблюдениям, как раз платные медицинские учреждения, частные медицинские учреждения переполнены. Там сдают анализы, идут к узким специалистам. К сожалению, это огромная проблема, потому что когда у людей не оправдываются ожидания, когда человек звонит депутату Государственной Думы, потому что 82-летнюю мать в поликлинике не приняли с острой ушной болью, это проблема. Конечно, вся эта проблема связана с кадрами. И надо найти решение, каким образом наших студентов превратить в хороших врачей и не дать им уйти из профессии, не дать им уйти в частные медицинские учреждения. Мы заинтересованы в том, чтобы наши жители не чувствовали себя ущербными, обделёнными и радовались, получая любую помощь во всех инстанциях. Этот вопрос, для которого мы все здесь собрались, очень-очень важный, он кричащий. Я получаю огромное количество писем. И он просто кричащий, особенно в северных регионах, особенно в сельской местности.

Благодарю за внимание. Я, к сожалению, не смогу полностью выслушать вас, у меня есть другие мероприятия. Обещаю, что вычитаю всю стенограмму до слова, до запятой. Я уже два года как заместитель председателя, курирую Комитет по здравоохранению. И очень рада, что в нынешнем составе комитет собрал потрясающих депутатов, потрясающего председателя, которые действительно реально занимаются теми проблемами, которые, может, и звучали, но дальше ничего не происходило, а сейчас происходит.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо, Ольга Николаевна. Спасибо большое.

Позвольте предоставить слово Наталье Петровне Саниной, первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья.

Пожалуйста, Наталья Петровна.

Санина Н. П. Уважаемые участники «круглого стола», я хочу поблагодарить вас от себя и от членов нашего комитета за то, что вы в своё свободное время, надеюсь, что в свободное, а может быть, и в рабочее, посетили наш «круглый стол». Мы ждём от него многого. Аппарат комитета и, в частности, Вадим Александрович Егоров сделали очень много для того, чтобы этот «круглый стол» состоялся именно с таким ракурсом обсуждения проблем.

Я благодарю тех, кто будет принимать участие как выступающие, и тех, кто сидит в зале, внимательно слушает, будет участником прений и выскажет свои пожелания в письменном виде в наш комитет, в аппарат комитета.

Понятно, что указы президента нужно выполнять. Эти указы касаются и кадрового обеспечения в здравоохранении. Сегодня национальные проекты решают проблемы и заявляют очень амбициозные цели. Часть из этих целей сформулирована, как обеспечение доступности и качества медицинской помощи. Но есть и такая фраза: повысить или сделать население удовлетворённым тем, что мы будем делать, улучшая кадровые вопросы. Сегодня существует очень серьёзное отношение к пилотным проектам, которые будут решать в амбулаторном звене, как всё-таки организовать и сделать так, чтобы участковый доктор был очень хорошо профессионально определён, грамотен. Но увеличение времени на приём не решит проблему. Здесь много управленческих решений, которые должны быть решением взаимодействия медсестры и участкового доктора.

Я представитель одного из крупных регионов Российской Федерации – Московской области. Московская область – самый густонаселённый район. Московская область имеет самое большое количество докторов и медсестёр. Это самый миграционный район: 7,5 миллиона в весеннее время до осени превращается в 11,5 миллиона, и это огромнейшая нагрузка на первичное звено в здравоохранении. Как главный терапевт Московской области, могу сказать: не решим кадровую проблему – не решим очень много вопросов.

Поэтому я хочу пожелать нашему «круглому столу» очень продуктивно и конструктивно, может быть, в какой-то мере телетайпно выразить всё то, что вы хотели бы сегодня сказать.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое, Наталья Петровна.

Позвольте предоставить слово для приветствия Татьяне Васильевне Соломатиной, руководителю подкомитета по совершенствованию медицинского образования и развития науки и новых технологий в медицине нашего комитета.

Соломатина Т. В. Уважаемые коллеги, я тоже хочу вас поблагодарить за то, что вы выбрали время, потому что тема, которую мы с вами обсуждаем, действительно очень животрепещущая.

Обеспечение первичной медико-санитарной помощи кадрами – это тот вопрос, который перед нами поставил президент в своём указе о национальных целях и стратегических задачах до 2024 года.

И то, что мы сегодня здесь собрались, говорит о том, что мы готовы сегодня взаимодействовать с органами исполнительной власти всех уровней, для того чтобы решить вопросы кадрового обеспечения.

Как сказала уже Ольга Николаевна, на всех депутатских приёмах сегодня одним из вопросов, который задают наши избиратели, является вопрос оказания качественной и доступной медицинской помощи. Решение этих вопросов сегодня в наших руках.

Наталья Петровна в своём приветственном слове сказала о том, что мы должны на 100 процентов обеспечить первичное звено врачами и средними медицинскими работниками, но не просто врачами, которых мы выпускаем после 6-го курса, а именно высококвалифицированными специалистами, потому что от этого зависит очень многое, в том числе доверие наших избирателей к органам власти.

В этой связи вопросы подготовки медицинских кадров имеют особое значение. Комитет по охране здоровья достаточно плотно занимается этим вопросом, для этого при комитете создан специальный экспертный совет по совершенствованию медицинского образования, на котором мы обсуждаем новые переходы к обучению молодых специалистов и к процедуре допуска данных врачей к своей профессиональной деятельности.

И не буду от вас скрывать, что особую тревогу сегодня у всего профессионального сообщества вызывают новые стандарты обучения молодых специалистов, потому что после окончания 6-го курса они должны пойти работать в первичную медицинскую сеть.

А вот готов ли врач к этой работе или не готов – это вопрос, который нам задают достаточно часто руководители лечебно-профилактических учреждений, куда приходят такие молодые специалисты, этот же вопрос задают нам и пациенты, а самое главное, этот же вопрос задают и выпускники.

Безусловно, отмена интернатуры позволит нам сократить кадровый дефицит первичного звена за достаточно короткий промежуток времени. Но вот вопрос уверенности специалиста в себе остаётся открытым.

В чём же проблемы? Ведь государственные стандарты, учебные планы в вузах адаптированы к подготовке врача именно в первичном звене. И вроде бы, казалось бы, этот доктор должен быть готов прийти на работу, но... Я представляю Томскую область, мы провели там скрининг среди молодых специалистов – выпускников и тех, кто должен окончить вуз на следующий год и пойти работать в первичное звено, что сегодня страшит молодых специалистов. Ольга Николаевна об этом уже сказала. Они боятся. Они боятся сложных случаев, они боятся остаться один на один со сложным пациентом. А им сегодня необходимо поставить правильный диагноз, назначить хорошую схему лечения и начать заниматься реабилитацией. Это очень много вопросов, которые возникают у молодых специалистов, и они боятся того, что у них не будет поддержки.

Как мы решили эту проблему в Томской области? Мы открыли институт кураторства, и он говорит сам за себя. То есть сегодня молодой специалист в Томской области приходит в первичное звено в любую поликлинику, к нему прикрепляется куратор, который должен вести этого молодого специалиста. Вопросов бывает много, начиная от того, как выписать рецепт, где взять определённый бланк, как выписать электронный больничный лист, как сделать документы для медицинской экспертизы и так далее, и так далее, элементарные вещи, которые, может быть, не всегда он уловил в своём вузе.

Так вот кто такой куратор? Куратор – это человек, которого прикрепляют к молодому врачу-специалисту и который должен его провести по жизни, потому что для молодого специалиста это первое его место работы, и от того, кто его встретит, как его встретят, не напугается ли он, помогут ли ему в той или иной степени, от этого зависит очень многое: останется ли он вообще в профессии, каким он будет, как он будет относиться к своим коллегам, как он будет относиться к своим пациентам. И это те вопросы, которые должен решить куратор.

Поэтому к вопросу подбора кураторов у нас есть определённые требования на нашей территории. Но я думаю, что вопрос кураторства не решит всех тех проблем, о которых мы сегодня с вами будем говорить. И поэтому я думаю, что многие субъекты решают эти же вопросы точно так же, как и мы, но я думаю, что сейчас одним из самых важных вопросов является то, чтобы бывший студент, выпускник и молодой специалист не потерял связь со своим вузом, который он закончил, потому что в вузе он всех знает.

Сейчас на территории Томской области мы ведём переговоры с нашим опорным вузом – это единственный медицинский вуз, который является опорным, – с тем, чтобы сделать такую «горячую линию», по которой любой молодой специалист может позвонить в любое время и в режиме онлайн получить ту консультацию от того специалиста, от того педагога, которому он доверяет. Вот такая прямая связь.

Обратная связь – это для университетов, потому что они будут точно знать, на что сегодня нужно обратить внимание в программах подготовки молодых специалистов и какие вопросы возникают у выпускников. Это те вещи, которые сегодня мы отрабатываем на своей территории.

Я точно знаю, что по поручению Министерства здравоохранения сегодня такие же соглашения заключаются со всеми территориями и с теми профильными вузами, которые готовят специалиста для обратной связи, для подготовки качественных медицинских кадров в первичное звено. И я думаю, что об этом более подробно расскажет Татьяна Владимировна Семёнова, она в этом точно лучше меня разбирается.

Но что бы я хотела вам сказать? Я бы хотела, чтобы вот эти поручения и те соглашения, которые будут заключаться с территориями, не остались только на бумаге. И если мы решим эту проблему, этот

вопрос, то мы не только выполним указ президента и подготовим высококвалифицированные медицинские кадры, но и перейдём на совершенно другой уровень оказания медицинской помощи.

Спасибо вам большое! Я думаю, что у нас должна быть хорошая, плодотворная работа.

(Аплодисменты.)

Председательствующий. Спасибо.

Перед тем как предоставить слово Татьяне Владимировне Семёновой и насладиться её выступлением, я бы хотел всё-таки, уважаемые коллеги, призвать вас всех сегодня к открытому разговору, чтобы мы ни в коем случае с вами не ограничились уже понятными посылами, поскольку все здесь профессионалы, и с этой стороны президиума, я думаю, мы тоже в теме и понимаем, о чём идёт речь. Но от каждого из нас сегодня зависит будущее, в этом нет сомнения. От одних из нас – в системе медицинского образования, от того, как мы готовим молодых ребят, поскольку сегодня к нам в медицинские вузы приходит великолепная молодёжь, лучшая молодёжь страны, по данным ЕГЭ и вообще, в принципе, по нашим наблюдениям. И наша задача – не обмануть их ожидания. Нам нужно наполнить эти сосуды, потому что дети приходят очень хорошие. Это то, что зависит от медуниверситета, сегодня говорили об этом.

Мы знаем и международную практику. Сегодняшние суды заканчиваются тем, что иски перенаправляются в университеты. По всей стране. По всему миру. Это скоро будет и наша реальность. От других зависит, как мы встретим молодых ребят. Я лично очень рад, что на сегодняшний момент накал проблем здравоохранения такой, что все понимают – это общие задачи. Это не задачи самой системы здравоохранения, мы резервы улучшения системы, я думаю, почти исчерпали. Она у нас по подготовке, по уровню подготовки кадров и внутреннего контента высочайшего уровня. Но если человек выходит на заработную плату, которая не позволяет молодому человеку завести семью и обеспечить жизнь своего ребёнка, если он приезжает, и у него нет жилья или это жильё не должного уровня, если он действительно погружён, и я хочу это сказать именно в начале разговора, он погружён в негативную информационную повестку... Сегодня несколько раз звучало слово «боится». Он не боится поставить диагноз, это страшило и страшит любого порядочного доктора во всём мире, всегда так было. Он понимает, что он находится в негативной, как принято говорить, информационной повестке. И вот здесь, конечно же, сколько бы мы ни готовили его, какие бы технологии образования мы ни использовали, мы не можем обеспечить его должную работу.

Вот почему я позволил себе ещё раз обратиться ваше внимание. Давайте сегодня честно, откровенно поговорим, что нам нужно сделать конкретно всем вместе, чтобы, оттолкнувшись, пойти вперёд, поскольку внутренняя подготовка кадров, подчеркну ещё раз, у нас достойная, и мы смогли пронести все наши технологии через сложнейшие времена перестройки, 90-х и так далее.

Пожалуйста, Татьяна Владимировна, вам слово.

Семёнова Т. В. Спасибо, Дмитрий Анатольевич.

Глубокоуважаемые коллеги, наверное, трудно что-либо рассказывать в такой высокопрофессиональной аудитории, поскольку думаю, что во многих вопросах, которые сегодня будут обсуждаться, есть не менее профессиональное мнение даже по сравнению с тем, что уже звучало сегодня, и, наверное, с тем, что я смогу рассказать. Но всё-таки проще, наверное, вести разговор в дискуссии. Поскольку сегодня «круглый стол», я позволю себе обрисовать некоторые общие аспекты на самую главную тему, которой посвящён этот «круглый стол» на тему «Ликвидация кадрового дефицита медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь». Вероятнее всего, в деталях не остановлюсь на многих вещах, про некоторые, может быть, даже забуду упомянуть, о чём потом буду жалеть. Но если это будет актуально, то в рамках ваших вопросов и возможности на них ответить истина найдётся.

Как Дмитрий Анатольевич и все предыдущие ораторы сказали, кадровое обеспечение отрасли здравоохранения – это, наверное, основа, тот фундамент, без которого невозможно выполнить ни одну задачу, которая стоит не только перед нашим здравоохранением, но и вообще перед всей страной и перед всем обществом в целом.

Поэтому, несмотря на то, что в рамках национального проекта «Здравоохранение» проект, посвящённый ликвидации кадрового дефицита медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, один из восьми и, может быть, он выглядит, как обеспечивающий, на самом деле без решения и выполнения задач, которые стоят перед этим на сегодняшний день ещё проектируемым федеральным проектом, мы никуда дальше сдвинуться не сможем. И те крайне амбициозные задачи, поставленные нам в 204-м указе президента, могут быть выполнены. У нас нет другого варианта, нам нужно выполнять ровно всё, что для стратегического развития до 2024 года нашей страны нам предписано самой страной.

Указ президентом 204 предусматривает ряд национальных проектов, самые ключевые для нас с вами – это проекты «Демография», «Здравоохранение», «Образование», «Наука». Остальные затрагивают отчасти то, что связано с основным нашим выполнением.

Для выполнения цели ликвидации кадрового дефицита разработан федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами». В соот-

ветствии с методическими рекомендациями он содержит основные результаты и целевые показатели, которых необходимо достичь. Поскольку в указе чуть-чуть сужена задача и звучит она, как «О первичной медико-санитарной помощи», мы понимаем, что нам нужно обеспечивать и онкологическую службу, и кардиологическую, и неврологическую, и все остальные. Поэтому в рамках этого федерального проекта реализуются кадровые задачи, которые предусмотрены и всеми остальными проектами, то есть обеспечение отрасли квалифицированными кадрами. Показатели на сегодняшний момент уточняются, в основном это укомплектованность, обеспеченность. Но помимо числовых количественных показателей, без сомнения, большую роль играют и показатели качественные. Качественными показателями, поскольку федеральный проект является преемником приоритетного проекта, который до сегодняшнего дня мы реализовываем, являются две вещи: аккредитация медицинских специалистов и внедрение процедуры непрерывного профессионального образования. Поэтому показатели в том числе отражают и эти две качественные характеристики специалистов отрасли.

Невозможно, наверное, дать отдельные рецепты и сказать, как мы достигнем тех или иных показателей, если не посмотреть как бы в основу проблемы. Поэтому приоритетный федеральный проект является собирательным, и собирается он фактически с каждого регионального проекта территории. То есть мы проработали со всеми субъектами Российской Федерации те основные аспекты, о которых я сегодня буду говорить, и на основе их предложений и его глубинного анализа мы собрали показатели для достижения результатов уже макроуровня.

Я, наверное, не буду останавливаться, вот две цифры такого федерального значения – это аккредитация специалистов, её полное внедрение к 2024 году, когда не менее двух миллионов специалистов в отрасли подтверждают возможность заниматься профессиональной деятельностью через независимую оценку квалификации, аккредитацию специалистов, и ещё одна цифра – это практически все специалисты в отрасли: более одного миллиона 880 человек перешли на систему непрерывного профессионального повышения уровня своей квалификации.

Все, что заложено в федеральном проекте, я осмелилась изобразить в виде такого поэтапного плана мероприятий, хотя неправильно говорить поэтапного, правильнее – шести основных мероприятий, которые необходимо реализовывать одновременно, и построила своё сегодняшнее выступление как раз вокруг этих мероприятий.

Итак, количественное обеспечение специалистами отрасли однозначно идёт через определение реальной потребности в медицинских кадрах в субъектах Российской Федерации для правильной их расстановки.

Минздравом России было предпринято много попыток посчитать потребность, потому что каждый субъект индивидуален, это может быть Москва, где от края до края можно за два часа добраться, а может быть, такой субъект Российской Федерации, где только санавиация, и то очень большой рукав доставки.

Поэтому были разработаны методики, которые базируются на оценке кадровой потребности специалистов с высшим и средним образованием, утверждённые приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, с различными поправочными коэффициентами, в том числе структурой и полувозрастным составом населения, плотностью населения, рукавами транспортной доступности и так далее.

Таким образом, проводя этот анализ, сегодня мы имеем абсолютный дефицит, который рассчитали субъекты Российской Федерации: 22 597 врачей и 122 130 специалистов со средним профессиональным образованием. Расчёт в соответствии с методиками на объём госгарантий 2017 года. При этом дефицит в амбулаторно-поликлинических учреждениях: врачей – 27 140, и среднего медицинского персонала – 130 605.

Казалось бы, как такое возможно? Но это одна из самых ключевых характеристик, которая свидетельствует о сохраняющемся дисбалансе в системе здравоохранения кадрами.

Единственное, мне хотелось бы сделать, наверное, секундное отступление и сказать, что на сегодняшний день практически ни в одной стране мира нет решённой проблемы с медицинскими кадрами, потому что, чем лучше, чем больше, чем выше квалификация, тем больше у людей амбиций, больше стремлений, и происходят постоянные перетоки.

Поэтому мы здесь не одиноки, тем не менее и подходы у нас бывают разные, но это ключевая задача, которую нам с вами, хотим или не хотим, придётся в ближайшее время существенным образом решать.

Итак, мы имеем сегодня работающих в отрасли почти 1,8 миллиона специалистов с высшим и средним медицинским образованием. При этом в амбулаторно-поликлинических учреждениях или в учреждениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, работают 303 400 врачей и соответственно 571 400 средних медицинских работников.

Отмечается снижение коэффициента совместительства. О нем по отдельным категориям я скажу дальше. Это те самые перекосы, когда мы с вами видим, что людей в стационарах у нас некоторый профицит, суммарно по России, я не говорю, что в каждом регионе, в каждом регионе по-разному,

но тем не менее наблюдается прирост, и с 2014 по 2017 год характеризует прирост численности врачей не только в поликлиниках, но и в стационарах. То есть, несмотря на всю нашу декларацию о попытке изменить дисбалансы в сторону первичного звена, продолжается прирост численности. При этом, если вы обратите внимание, значительно больше в стационарном сегменте (за последние пять лет – 7812 человек), чем в поликлинических условиях – 2814 человек, если мы говорим про врачей.

Относительно среднего медицинского персонала, наверное, это отдельная тема или фактически из всех шести мероприятий можно нарезать как бы отдельные «круглые столы» и их обсуждать, потому что это, конечно, совсем негативные тенденции, которые у нас продолжают развиваться в системе здравоохранения. С каждым годом, из года в год мы видим уход специалистов со средним медицинским образованием из отрасли, и в этой части нам требуются антикризисные мероприятия для того, чтобы это предотвратить.

Численность врачей, которые оказывают помощь в амбулаторных условиях, у нас с положительной динамикой, поэтому удалось некоторым образом по сравнению с расчётным дефицитом 2016 года сократить этот расчётный дефицит. Также у нас некоторое увеличение численности врачей, работающих в сельской местности. Отрицательная динамика, как я уже говорила, по среднему медицинскому персоналу. При этом, если мы посмотрим в динамике численность с 2002 года, то, конечно, без сомнения, она увеличилась, и участковых терапевтов, и педиатров, и врачей общей практики.

При этом есть такое условное увеличение и среднего медицинского персонала, который обеспечивает работу врачей первичного звена. Но разные подходы, как оценивать достаточность или недостаточность специалистов, вот демонстративно на этом слайде. *(Демонстрируется слайд.)* Если мы посмотрим обеспеченность врачами первичного звена в Российской Федерации, а эта цифра больше 300 тысяч человек, то у нас получится 19,4 на 10 тысяч населения.

При этом на слайде приведены другие страны мира. Вы видите, что даже во Франции, которая очень маленькая страна и очень ориентирована на первичку, обеспеченность первичного звена 15,9. В то же время, если мы очистим эту нашу цифру от всех специалистов, за исключением участковых терапевтов, участковых педиатров и врачей общей врачебной практики, то мы увидим, что у нас, как в большинстве стран мира, если считать только этих специалистов, их обеспеченность на 10 тысяч населения будет всего 4,7. А сама система оказания первичной помощи, когда у нас в соответствии с порядками оказания помощи в первичном звене работают и врачи, и узкие специалисты, даёт нам в принципе такое несравнимое, увеличенное число на 10 тысяч населения. Однако, ещё раз повторюсь, это не то, что у нас этих специалистов много по сравнению со всем миром, а это просто разный расчёт и разные модели оказания медицинской помощи.

В Российской Федерации различные специалисты являются дефицитными или профицитными. Они выделяются в региональных кадровых программах. От них зависит, как мы оказываем медицинскую помощь. Мы их тоже считаем в оказании первичной помощи, но тем не менее сегодня, наверное, главный основной акцент надо сделать на врачах – участковых терапевтах, участковых педиатрах и врачах общей врачебной практики.

Помимо укомплектованности врачебных должностей (на первых слайдах вы видели наше стремление укомплектовать эти должности как минимум на 95 процентов) мы, наверное, должны говорить об обеспеченности населения и терапевтами участковыми, и педиатрами, и врачами общей врачебной практики. При этом стоит отметить, что на сегодняшний момент у нас с вами коэффициент совместительства у этих специалистов падает. Соответственно, к сожалению, падает укомплектованность.

Из этого можно сделать вывод, что наши коллеги не очень хотят много времени проводить в тех условиях, которые сегодня сформированы работодателями для их работ. И даже не столько падает абсолютное число специалистов – оно растёт, – сколько специалисты не готовы, и мы всегда говорим, работают на две ставки, на три ставки, не готовы сегодня совмещать такие объёмы. В соответствии с методиками расчёта, которые напрямую выходят из 30-й формы, это количество штатных должностей, количество занятых штатных должностей, количество физических лиц, которые на них работают. Мы с вами видим коэффициент совместительства у участковых терапевтов 1,1 в среднем в Российской Федерации и соответственно у участковых педиатров тоже 1,1.

Обеспеченность врачами терапевтами, педиатрами, врачами общей врачебной практики очень разная в разных субъектах Российской Федерации. Именно поэтому оптимального рецепта, что нужно сделать всей стране, каждому субъекту для того, чтобы выправить кадровый дисбаланс или решить кадровую проблему, дать невозможно. Все зависит от того, в каких стартовых условиях находится субъект Российской Федерации. И этот анализ может произвести только орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации, но поскольку это сделать достаточно сложно, мы сегодня запустили программу «Вуз. Регион», когда полагаем, что высококвалифицированные специалисты, профессорско-преподавательский состав образовательных организаций высшего профессионального образования должен совместно с органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации погружаться в анализ кадрового обеспечения, кадрового состояния, показателей здоровья населения и вместе, в зависимости от того, в каком стартовом режиме находится регион, выработать правильные решения

и правильные антикризисные меры для того, чтобы достичь тех показателей, которые от нас сегодня требуются в части кадрового обеспечения страны.

По-разному расходуется рабочее время специалистов. И зачастую мы слышим, что врач, участковый терапевт – я первичное звено так буду, наверное, обобщённо называть, – много времени проводит в непрофильной нагрузке. Мы детально изучали этот вопрос, проводя фотохронометражные исследования в разных регионах и по плотности, и по гендерному составу врачей, и по стажу их работы, по степени информатизации их процесса. И реально понимаем, сколько сегодня занимает лишняя работа с документами, сколько сегодня занимает вспомогательная деятельность, которая не позволяет более детально выполнять свою прямую нагрузку.

При этом мы видим, что есть временные потери, говоря о высоком профессионализме и высокой компетенции участкового врача, а тем более сегодня, вы знаете, смещение парадигмы, например, в онко-настороженности для того, чтобы не терять время, и много других: профилактическая направленность, диспансеризация, для того чтобы она была эффективная, переход групп диспансерного наблюдения первого, второго уровня. Это очень важно. И поэтому, чтобы сохранить то время, которое высококвалифицированный специалист, терапевт тратит не на логистику процесса, а именно на работу с пациентом, чтобы в каждом конкретном случае принять исчерпывающие меры для сохранения здоровья или наблюдения за пациентом, надо убирать непрофильную нагрузку и перемещать её в другой сегмент.

Ряд регионов: Московская область, Самара, – которые провели такие пилотные проекты по передаче ряда функций среднему медицинскому персоналу, по внедрению кабинетов доврачебного осмотра, когда антропометрические исследования и тому подобные могут делать хорошо обученные специалисты со средним профессиональным образованием, показали возможность высвободить время у нашего врача терапевта, у врача первичного звена для того, чтобы заниматься профильной нагрузкой. Однако отрицательная динамика специалистов со средним медицинским образованием настораживает и свидетельствует о том, что у нас не будет технической возможности. У нас не будет этого самого ценного и самого дорогостоящего – ресурса здравоохранения, людей для того, чтобы правильные тренды, которые за последние несколько лет наметились в системе здравоохранения, воплотить в жизнь. И это очень сложно.

Тем не менее, мы сказали, что первое и самое главное – это понимание, где и какие специалисты нужны, как правильно их расставить по местам. Тогда второй, не менее важной параллельной задачей является формирование кадровых резервов специалистов для организации системы здравоохранения, в том числе управленческих кадров.

Чтобы сформировать кадровые резервы, мы должны понимать, где, на каком уровне и какие специалисты нам нужны. Основа была положена несколько лет назад, когда Национальная медицинская палата взялась за создание профессиональных стандартов. Сегодня уже подписанные, с номерами, зарегистрированные, вступившие в силу приказы Минтруда России с регистрацией в Минюсте России утвердили только 38 профессиональных стандартов, три или четыре подписаны сегодня Топилиным, отправились в Минюст России. Но практически по всем специальностям основы проекта профессиональных стандартов разработаны.

В чем же была сложность? Сложность была именно в том, чтобы прописать конкретные компетенции специалистов уровня: должен знать, должен уметь, должен владеть. Это абсолютно разные уровни, и образовательное сообщество знает, как сложно порой соблюсти баланс в обучении наших молодых специалистов, когда о чём-то он только должен иметь представление, а что-то уметь делать до автоматизма, с закрытыми глазами. И очень сложно поймать этот уровень его подготовки. Но тем не менее огромное спасибо всем профессиональным некоммерческим объединениям, которые этим занялись, потому что очень много было противоречий.

А должен ли делать тот специалист это или это? А должен ли делать этот специалист это или это? А вы знаете, что сегодня междисциплинарный подход, очень трудно сказать, породил специальность – кардиореаниматолог. У нас есть кардиолог, есть реаниматолог. Кто такой кардиореаниматолог? Это кардиолог, которого научили быть реаниматологом? Это реаниматолог, которого научили быть кардиологом? Что это? И везде так. Уроонколог, онкогинеколог, и везде возникают перекрёстные истории, которые невозможно чётко и жёстко развести между собой. Потому что, с одной стороны, у нас специальностей очень много, с другой стороны, их большое количество не позволяет все вписать в правильные рамки, потому что сегодня большинство наших специалистов имеют междисциплинарную подготовку, хороший клинический уровень и способны развиваться не только по горизонтальной плоскости, но и по вертикали.

Тем не менее, я так предполагаю, что мы очень долго будем работать над этими системными документами и профессиональными стандартами. Принят профессиональный стандарт управленца, руководителя различных структурных подразделений, медицинских организаций. Приняты основные профессиональные стандарты врача-лечебника, врача-педиатра, которые позволили нам пока на этом этапе систематизировать подходы, договориться, найти общие точки соприкосновения, но с их правоприменением будет возникать ещё больше и больше вопросов, которые, я думаю, на основе этих документов нам удастся спокойно и тихо разрешать по мере развития нашей системы.

Так вот профессиональные стандарты легли в основу и дали нам возможность понять, а такого ли специалиста мы готовим, если мы говорим о подготовке специалиста, и такого ли уровня?

Но одно из мероприятий, которое мы выделяем в рамках реализации федерального проекта «Медицинские кадры России», это продолжение формирования адекватного пула наших абитуриентов. Несмотря на то, что мы все понимаем и говорим, что в медицинских вузах учатся самые сильные выпускники школ, об этом свидетельствует средний балл Единого государственного экзамена, тем не менее, Татьяна Васильевна говорила, Наталья Петровна говорила, есть неготовность, страх оказаться один на один. Вот эти специфические и морально-этические качества, которые характерны только для медицинского работника. Наверное, у педагогов ещё чуть-чуть это есть, но всё-таки у медика это в большей степени. Это риск ответственности за жизнь человека, это определённые сформированные и характерологические черты, которые не видно по среднему баллу Единого государственного экзамена, которые не всегда видно даже в процессе освоения основной образовательной программы высшего образования.

Но, без сомнения, можно говорить, что наши 94 специальности высшего образования могут построить любого человека, выпускника вуза, и того, кто не умеет коммуницировать. У нас есть специальности, которые не подразумевают контакта «врач – пациент». У нас есть специальности, связанные и с техникой, технологиями. То есть, фактически каждому можно найти место, но тем не менее любой медик – это человек, который готов на самопожертвование и обладающий абсолютно другими морально-этическими качествами.

Поэтому мы не смогли обойти в этом проекте аспект, что нам надо формировать свой пул выпускников школ, которые придут в наши вузы и будут не только по среднему баллу ЕГЭ, но и морально готовы для того, чтобы осваивать нашу специальность.

На опыте Первого московского Сеченовского университета, который начал программу лицейских классов Москвы, начал программу предвузов. Основные аспекты вы видите на слайде. (*Демонстрируется слайд.*) Результативность тоже однозначно понятна. Мы предусматриваем в федеральном проекте масштабирование этой истории в каждом субъекте Российской Федерации.

И если субъекты, в которых расположены вузы, это будут делать с организационно-методической поддержкой вузов, и сегодня вузы разрабатывают такие программы, то в тех субъектах, где нет высших учебных заведений, эта история должна упасть на плечи средних профессиональных образовательных организаций.

И мы распределили все образовательные организации высшего образования по субъектам Российской Федерации, даже там, где они не расположены, они берут под кураторство колледжи, и вместе с колледжами в тех субъектах, где нет наших вузов, всё равно эта программа будет реализовываться. Мы считаем, что очень важно найти тех абитуриентов, дотянуть их уровень в 9, 10, 11-м классах до требуемого для того, чтобы они могли освоить образовательную программу, а потом вернуться в свои сельские населённые пункты для дальнейшей работы уже высококвалифицированными специалистами. Это очень важная задача, которая перед нами стоит.

Следующее мероприятие – это предложения по формированию квоты целевого приёма и объёмов государственного задания на подготовку специалистов с учётом той самой реальной потребности в кадрах, о которой я говорила в первом мероприятии в расчёте вплоть до каждой медицинской организации.

Мы из года в год медленно, поступательно увеличиваем за счёт средств федерального бюджета контрольные цифры приёма по подготовке специалистов укрупнённой группы «Здравоохранение и медицинские науки». Но на сегодняшний день в объёме бюджетных КЦП наши УГС занимают восемь процентов. Сколько для экономики страны нужно юристов и экономистов? Это не в компетенции Минздрава России. Но на сегодняшний день рынок труда медицинских работников не напряжённый, у нас нет очереди и нет безработных врачей, что позволяет нам говорить о том, что тренды на увеличение объёмов контрольных цифр приёма правильные, что по программам специалитета, что по программам ординатуры. Но это из мероприятий, которые точно так же отражены в региональных кадровых программах. Формировать пул контрольных цифр приёма и отрабатывать с Министерством образования и науки вопрос увеличения общей квоты в общем объёме подготовки необходимо, только исходя из реальных потребностей каждого региона и понимания органа исполнительной власти субъекта, что дети, когда закончат образовательную организацию, должны прийти к ним, и они должны их трудоустроить. Об этом чуть позже.

Поэтому общий тренд на увеличение контрольных цифр приёма у нас всегда был, но теперь в региональных кадровых программах и в федеральном проекте мы предусматриваем отдельные мероприятия, которые должны появиться с чёткой мотивированной обоснованностью этой истории.

Ну, и всегда у нас была целевая подготовка, которая позволяла закрепить выпускников по типу такого госраспределения, которое было раньше. Вы знаете, что внесены изменения в статьи 56 и 101 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации». Теперь меняются сами подходы к формированию квоты целевого приёма. В настоящий момент Министерством высшего образования

и науки разработан проект постановления правительства в части нового подхода к договорам о целевой подготовке. Но я думаю, что всё-таки целевое обучение для нас всегда было очень тропным, а его трудоустройство эффективным, поэтому у нас до 90 процентов доходит эффективность трудоустройства выпускников. Я думаю, что и в дальнейшем пул целевого приёма объёмов квоты будет устанавливаться исходя из реальных кадровых потребностей в регионе.

Хорошо, взяли хороших абитуриентов, попытались их хорошо выучить. Вы знаете, что в 2011 году мы начали подготовку по новым практико-ориентированным федеральным государственным образовательным стандартам. Они претерпели много изменений, чем потрепали нам немало нервов, но тем не менее всё-таки объёмы практической подготовки в этих ФГОСах,неважно, третьего, третьего плюс, третьего два плюса поколения, всё равно был значительный. Жаль, что некоторые образовательные организации высшего образования, а они сегодня очень разнообразные, и на 46 вузов Минздрава России приходится 46 вузов Минобра России, а ещё есть ведомственные вузы.

Поэтому в основном с такими внедрениями инноваций там чуть-чуть похуже, но при внедрении симуляционного обучения некоторые образовательные организации решили, что это взамен практической подготовки. И нам пришлось в ручном режиме корректировать эту историю. Возможность этой корректировки дала нам внедрение первичной аккредитации специалистов, потому что у нас появилась возможность вне зависимости от ведомственной принадлежности напрямую общаться с образовательными организациями, которые осуществляют подготовку медицинских кадров и вышли на процедуру первичной аккредитации.

Соответственно, давая рекомендации вузам, подведомственным Минздраву России, мы такие же письма рассылали и в вузы, подведомственные другим органам исполнительной власти. И как уже Татьяна Васильевна говорила, исчезновение интернатуры не могло или не должно было повлиять негативно на качество подготовки специалистов, хотя минус один год из общих объёмов – это были вызовы и риски, ориентированные практически на все образовательные организации.

Поэтому мы начали внедрять процедуру наставничества. Огромное спасибо тем руководителям лечебно-профилактических учреждений, которые это напрямую приняли фактически как руководство к действию. И вот Сергей Борисович Дорофеев сидит, я знаю, как он прописал историю с наставничеством и с закреплением у себя в поликлинике – то, что Татьяна Васильевна говорила, повсеместно внедряется эта история. Но помимо наставничества, когда опытный специалист принимает молодого специалиста, мы пытались нивелировать страх остаться один на один с бедой, один на один с пациентом.

И поэтому всем образовательным организациям были даны указания укрепить те структурные подразделения, которые называются центрами содействия эффективности трудоустройства выпускников, и опытные, квалифицированные кадры профессорско-преподавательского состава, которые преподавали по программам интернатуры, снизив общий объём нагрузки, сделать фактически колл-центрами, которые в любую секунду 24 часа в сутки готовы оказывать информационную поддержку, потому что для студента важно, что у него есть возможность позвонить тому, кому он доверяет, хотя бы своему преподавателю, для того чтобы получить не всегда рецепт, как поступить с больным, но хотя бы просто моральное одобрение, что все идёт так, как надо.

В большинстве образовательных организаций такие центры содействия трудоустройству выпускников созданы, укреплены и сегодня эффективно работают. И у нас кто-то из ректоров, наверное, может такой опыт привести вживую, рассказать про пики снижения количества звонков, обращений по мере того, как наши специалисты крепнут, работая в первичном звене.

Ни для кого не секрет, что первичная аккредитация является одним из инструментов восполнения того самого дефицита в первичном звене, и на слайде вы видите количество трудоустроенных специалистов за 2017 год, за 2018 год. *(Демонстрируется слайд.)* В этом году впервые у нас прошла аккредитация специалистов со средним профессиональным образованием, на сегодняшний день эффективность их трудоустройства пока ещё крайне низкая, год есть, но это тоже такой маленький звоночек и вызов практическому здравоохранению регионов.

Итак, следующая задача, которую мы рассматриваем, – это повышение эффективности трудоустройства выпускников вузов и колледжей и, соответственно, закрепление их в отрасли хотя бы на три-пять лет, как одна из задач, которые есть во всех проектах. Я про нормативно-правовую базу аккредитации специалистов говорить не буду, с вашей помощью мы её каждый год дорабатываем, изменяем, и думаю, ещё долго будем дорабатывать и изменять, скажу коротко о результативности аккредитации, поскольку это вызывало много вопросов.

Мы видим, что сегодня только по высшему образованию 4247 экспертов – это лица не аффилированные с образовательными организациями, не принимающие участия в образовательном процессе, которые пришли как бы на помощь или стали барьером, фильтром качества подготовки специалистов в нашем здравоохранении. Только по высшему образованию это члены аккредитационных комиссий.

Мы видим эффективность аккредитации, у нас больше всего опыта в стоматологии и фармации – три года уже существует, двухлетний опыт есть по остальным специальностям, в среднем мы увеличили процент аккредитуемых с 97,9 в 2017 году до 98,2 процента в 2018 году. Но фактически два процен-

та выпускников, сдавших государственную итоговую аттестацию, не смогли подтвердить на том или ином этапе свою возможность заниматься практической деятельностью исключительно на должности участкового терапевта или участкового педиатра.

Но поскольку это было условием поступления в ординатуру, они должны были сдавать эту первичную аккредитацию и, возможно, просто не планировали работать, не очень погружались в требования профессионального стандарта и не очень проходили репетиционное тестирование и испытание, поэтому потерпели неудачу. Но у них есть возможность продолжать повышать уровень своей квалификации и пытаться сдавать первичную аккредитацию пока ещё в нормативно-правовой базе неограниченное количество раз. *(Демонстрируется слайд.)*

На слайде вы видите, как изменяется динамика в зависимости от того, как мы идём по этой процедуре, при этом чувствительность и тропность трёх видов – вы все знаете, из чего состоит аккредитация у врачей: чувствительность и тропность, – конечно, самым сложным для прохождения остаётся этап тестирования. Наверное, самый простой – это третий этап, этап собеседования, этап ситуационных задач, который, к сожалению, не всегда демонстрирует объективность тех людей, которые собеседуют нашего выпускника.

Мы анализируем всю информацию, которая приходит со стороны аккредитационных комиссий, о нарушении различных процедурных вопросов. При этом нам поступают обращения граждан, мы каждый факт проверяем, поскольку все этапы по каждому аккредитуемому фиксируются аудиовидеофиксацией и, соответственно, вся эта информация поступает в Федеральный центр перехода на процедуру аккредитации, и мы по каждому аккредитуемому можем посмотреть, подтвердить или опровергнуть факт фиксации нарушения процедуры.

Среднее профессиональное образование, колледжи впервые у нас в этом году пришли в процедуру аккредитации. Здесь оказалось сложнее, нам потребовалось восемь тысяч независимых экспертов. Если подумать, восемь плюс четыре тысячи – 12 тысяч человек оторвались на определённое количество времени, для того чтобы провести эту процедуру. Это дорогого стоит и говорит о том, что наша система здравоохранения сегодня – это всё-таки большой, мощный кулак, единая семья, которая понимает, какая ответственность на ней лежит, и готова, соответственно, закрывать друг друга. Это очень и очень важно. И формирование молодого поколения тоже очень важно.

Сама суть экзамена была немножко другая, не было трехэтапной процедуры, потому что второй этап и третий мы соединили вместе, так как там структурированный клинический экзамен был не нужен. Конечно, наиболее чувствительным является всё-таки первый этап: больше процент людей, которые его не сдали. Для первого года у нас из 60 843 лиц, завершивших обучение в колледжах, аккредитовалось 56 490 человек, то есть 92,9 процента человек, 7,1 по первой волне аккредитации не смогли подтвердить своё право заниматься медицинской деятельностью на определённых должностях.

Соответственно, у нас есть детальный анализ, и так, и сяк, и в разрезе учреждений, и в разрезе субъектов, и в разрезе ведомств, что позволяет нам принимать определённые оперативные меры, работать с коррекционными комиссиями, для того чтобы нивелировать те нарушения и те риски, которые возникают при проведении процедуры аккредитации. И мы видим увеличение процента из года в год и можем напрямую декларировать, что всё-таки внедрение процедуры не только позволяет независимо оценить качество подготовки специалистов, но и влияет на качество образования, потому что есть возможность анализировать те ошибки, которые делают выпускники.

Но тем не менее все должно развиваться. На сегодняшний момент мы приходим к развитию первичной аккредитации в 2019 году на введение дополнительной станции «Коммуникативные навыки». Мы её уже апробировали в пилотах. Спасибо тем руководителям образовательных организаций, которые помогли нам это сделать. Сложная достаточно задача, потому что она требует стандартизированных пациентов, требует специальной подготовки экспертов, требует дополнительных финансовых вложений, но тем не менее мы готовы. Как уже было сказано, без коммуникаций, без первого контакта никогда не будет удовлетворённости нашего пациента тем самым первым фронтом медицины, первичным звеном. Для того чтобы чувствительность сделать более высокой, мы третий этап собеседования планируем перевести в решение ситуационных задач, множественных кейсов без участия, без собеседования в первой итерации, только в случае возникновения сложностей или апелляций.

Таким образом, мы с вами знаем, сколько нам нужно людей, начали готовить их со школы, прививать этику. Мы изменили программы подготовки и будем продолжать менять стандарты подготовки в соответствии с профессиональными стандартами. Мы независимо оцениваем их качество и пытаемся не выпускать в отрасль тех, кто не соответствует требованиям профессионального сообщества. Мы даже умудряемся трудоустраивать их на своих местах, используя методы целевой подготовки или иные. Но возникает самый главный вопрос: а как же создать условия по закреплению этих медицинских работников в отрасли? И мы выделяем это в отдельное, очень важное мероприятие. В этом мероприятии у каждого региона свои возможности, потому что мы имели четырехлетний опыт реализации региональных кадровых программ.

Вы видите финансовые средства, которые были предусмотрены регионами суммарно по стране на меры социальной поддержки медицинских работников. Это очень большие деньги. На что они тратятся регионами? Они тратятся на жильё, ипотеки, земельные участки, аренду жилой площади, расходы на оплату жилищно-коммунальных услуг, доплаты к стипендиям, подьёмные, выплаты в рамках единых компенсационных выплат. В то же время у нас с вами сегодня 1,8 миллиона работников в системе, и поэтому, конечно, эти адресные меры никогда не будут достаточными или избыточными. И не всегда субъекты Российской Федерации могут в полной мере предусмотреть все те потребности, которые сегодня нужны нашим медицинским работникам. Но вот эти меры социальной поддержки – однозначно это отдельные мероприятия в региональных кадровых программах.

Почему специалисты не хотят работать, не могут работать? Мы знаем с вами такой термин, как «профессиональное выгорание», оно зачастую ярче и системней, чем в любых других профессиях, хотя есть много профессий, которые связаны непосредственно с людьми и вызывают определённые сложности. Мы задаёмся этим вопросом, мы изучаем опыт. Коллеги провели исследования в Томской области, и на основе анкетирования различных социальных, профессиональных, экономических факторов, которые влияют на наших медицинских работников, мы, обобщив результаты анализа, можем сказать, что есть протективные факторы, которые влияют на сохранение профессиональной устойчивости и снижают риск профессионального выгорания, а есть негативные факторы. Конечно, к негативным относится высокая интенсивность труда, но самое главное – неудовлетворённость своим рабочим местом.

Поэтому надо работодателям иметь в виду, что та среда, которая молодого специалиста поглощает, должна быть создана, и на это должно тратиться не меньше времени, сил и ресурсов на состояние рабочего места, на современную информатизацию, на все остальное, особенно для молодых специалистов, которые приходят в нашу отрасль.

Профессиональное совершенствование, научная деятельность являются одними из главных ведущих факторов, которые способствуют сохранению человека в обществе. Таким образом, система непрерывного профессионального образования, возможность комфортно дистанционно получать профессиональные навыки в течение всей профессиональной деятельности – один из приоритетов, вы о нем знаете. Сегодня у нас в системе непрерывного профессионального образования достаточно много пользователей, они становятся более активными, много провайдеров, услуг. И сегодня констатирую, что этот пилот удался. Переходя на нормативное регулирование этого вопроса, мы будем продолжать и, надеюсь, примем поправки в наш закон, который позволит сделать эту деятельность легитимной.

Но и последнее, самое последнее, конечно, это заработная плата и меры соцподдержки. И подьёмные, и образование, все хорошо, но любой человек чувствует себя комфортно, если у него есть стабильная и хорошая заработная плата. У нас с вами был показатель: 200 процентов в среднем по экономике в регионе для врачей, 100 процентов – в среднем для экономики в регионе для среднего медицинского персонала. Все эти несколько лет со стартовых 120 процентов средние по экономике у врачей, со 127,3 мы шли к 200 процентам средним по экономике.

Сегодня у 61 региона Российской Федерации по девяти месяцам в соответствии с росстатовской формой ЗП-здрав достигнут показатель 200 процентов в среднем по экономике, у 23 регионов есть отставание в пределах пяти процентов и у Мурманской области есть отставание более пяти процентов. Соответственно, вы видите, что по среднему медицинскому персоналу. В то же время какой ценой достигаются эти заработные платы и что влияет на возможность привлечения специалистов в отрасль.

Наверное, впервые за много лет Правительство Российской Федерации поддержало инициативу Минздрава и заактировало как бы дефицит численности и необходимость применения срочных мер для ликвидации этого дефицита, понимая, что ряд медицинских организаций зачем-то сохраняет вакантные штатные должности, хотя у нас несметное финансирование сегодня, раздувая тем самым условный дефицит. То есть, если мы сейчас возьмём количество штатных, количество занятых, количество физлиц, это будет явно не 22 тысячи, о которых я вам явно говорила, это будет намного больше цифра. Но не всегда, вернее, в большинстве случаев эта цифра не соответствует действительности. Она как бы досталась по наследству по многим специальностям, по многим должностям специалистов в разрезе различных организаций.

В то же время, когда работает слаженный коллектив и в него приходит ещё один человек, зачастую ни о каком наставничестве мы не можем говорить, он воспринимается в штучки, как человек, на которого уйдёт часть заработной платы.

Именно поэтому, начиная с 2019, 2020–2021 годов, в соответствии с решением Правительства Российской Федерации и курирующего вице-преьера Татьяны Алексеевны Голиковой, в рамках Фонда обязательного медицинского страхования в нормированном страховом запасе будут предусмотрены деньги на заработную плату увеличивающейся численности врачей и среднего медицинского персонала, которые будут доводиться до медицинских организаций только по факту положительной численности в соответствии с теми вакантными должностями, которые будут вне зависимости от тридцатой формы приняты и заактированы, как вакантные, на 1 января 2019 года.

Таким образом, эти объёмы средств вольются в фонды оплаты труда, и приход молодого специалиста не сможет повлиять на негативное его восприятие в коллективе, поскольку он не приведёт за собой разделения фондов оплаты труда, которые сложились в этой организации в условиях дефицита этой численности.

На самом деле это очень большая задача. Её будет достаточно сложно реализовывать, потому что это зависит, в том числе, от талантов руководителей медицинских организаций регионов. Но, на мой взгляд, это очень большое подспорье, которое снимет те нивелированные риски, которые зачастую несут за собой повышение заработной платы.

И, конечно, мне кажется, что чем больше будет заработная плата медицинских работников, тем больше будет стимулов, меньше профессионального выгорания, ровно так же, как и заработная плата у профессорско-преподавательского состава, образовательных организаций, мастеров производственного обучения медицинских колледжей. И я надеюсь, что все наши с вами усилия и те мероприятия, которыми я сегодня так долго вас мучила, позволят нам решить ту самую главную задачу – задачу ликвидации дефицита, а самое главное – удовлетворённости населения качественной, доступной медицинской помощью.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое, уважаемая Татьяна Владимировна.

Но мы будем считать ваше выступление за программный доклад. Я думаю, для всех последующих выступающих мы определим некий регламент. Я бы попросил всех фокусировать внимание на проблемах, на положительном или отрицательном опыте, для того чтобы мы понимали в предложенной системе, правильно ли идёт движение, какие точки нам нужно определять: успех или его отсутствие, – и корректировать движение, поскольку достижение тех целей, о которых сегодня было неоднократно уже сказано, для нас не просто желаемое – это основное условие сохранения жизни в нашей стране и грамотного движения вперёд. Это все, я думаю, прекрасно понимают.

Позвольте предоставить слово Владимиру Викторовичу Уйбе, руководителю Федерального медико-биологического агентства.

Уйба В. В. Спасибо.

Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич! Президиум! Глубокоуважаемые коллеги!

Я, как всегда, с огромным интересом прослушал доклад Татьяны Владимировны, но я сейчас перейду немножко в другую плоскость, поскольку я отвечаю за конкретные 10 миллионов человек в стране, и у меня в составе агентства работают конкретно 150 тысяч человек медицинского персонала. И эти территории вовсе не субъектовые столицы и не столичные, и даже не районные города, а это закрытые территории, это атомные станции, это территории, равноудалённые от основных больших мегаполисов, больших центров, потому что априори они создавались как военно-промышленный комплекс страны.

И тем самым ещё более подчёркиваю важность этих территорий, потому что это ядерный щит, это космический щит, это судпром, это то, о чём Владимир Владимирович как раз недавно рассказывал и говорил, что нас, в конце концов, спасёт. Так вот, по состоянию кадров в закрытых территориях, в территориях, приравненных к ним, в атомных территориях ситуация совсем не такая, о какой говорила Татьяна Владимировна, и если бы у меня было 93 педиатра и 87 процентов участковых терапевтов, это было бы супер, но все вовсе не так. Почему?

Потому что, я ещё раз сказал, это поражение в правах, закрытая территория – это поражение в правах, то есть человек, приезжая туда, заведомо подписывается на гостайну. Первое.

Второе – он заведомо подписывается на то, что он ограничен в выезде за рубеж.

Третье – он заведомо подписывается на то, что он выехать может только по пропуску и въехать может только по пропуску, а родные и близкие к нему въехать иногда и не могут, потому что они могут проживать в Украине, например, или в другом каком-то государстве.

Повторяю, это ВПК, это военно-промышленный комплекс России и это оборонный щит страны, и значимость комплектования медицинских учреждений там для меня, по крайней мере, очень важна, потому что это важно для России.

Так вот, у меня совершенно иной подход, как нужно возвращать ситуацию, которая была, условно говоря, где-то до начала 2010 года. Почему до 2010?

Потому что, во-первых, нас перевели в одноканальное финансирование, чего делать было совершенно нельзя, потому что мы особая территория, особый статус и, соответственно, особые требования к нашим территориям.

Вторая история. Понятно, что люди выгорают, это совершенно точно. Посиди в закрытой территории за забором – выгоришь очень быстро.

Третье – это то, что я уже сказал: молодой человек при распределении, при выборе места работы выберет 100 процентов субъектовый город, на худой конец муниципальный город, а ЗАТО и атомная станция – это вообще где-то очень далеко и зачем туда ехать и поражаться в правах.

Поэтому я совершенно по-другому вижу выравнивание ситуации.

Во-первых, коллеги, здесь, наверное, 90 процентов людей, которые прошли через распределение, нормальное распределение после окончания государственного вуза по государственной квоте. Значит, я считаю, другого выхода у нас нет, особенно по закрытым территориям. Дайте нам, пожалуйста, возможность пилота, чтобы распределять выпускников вузов, которые пришли и отучились за государев счёт на государственные должности в государственных учреждениях ФМБА России. Это первое.

Второе. Сегодня, когда 28 ЗАТО Минобороны мне сгрузили, в общем, ЗАТО Минобороны – это ещё интереснее, это ещё более ЗАТО, чем ЗАТО «Росатома», так вот, а это 28 ЗАТО Минобороны, они ещё более удалённые и ещё более сложные во всех отношениях, и там люди под погонами работали, в том числе я имею в виду врачей в первую очередь среднего персонала. Сейчас погоны с них сняли, потому что мне передали, и как я туда людей сейчас в эти ЗАТО Минобороны привезу? Это, в общем, тоже история ещё интереснее, чем даже ЗАТО Минатома.

90 процентов моих территорий – это города до 50 тысяч, и я не понимаю, почему «сельский доктор» и «сельский фельдшер» мы применяем к муниципальным городам до 50, но почему-то вывели города ЗАТО, которые, ещё раз повторяю, 90 процентов до 50 тысяч сидят в точно такой же сельской местности, ещё и за забором, но на них мы никак не можем распространить требования «сельский доктор» и «сельский фельдшер».

В общем, история очень необходимая, поскольку третья составляющая – это разделение законов. У нас закон 131 разделил разграничение полномочий между федералами и муниципалами, и мы попали в ножницы в эти, потому что до распада СССР все, что необходимо было по социалке, по квартирам, по местам ДДУ, в школах, – за это все отвечало градообразующее предприятие. Сегодня градообразующее предприятие – это, на секундочку, медсанчасть моя, она самая крупная стала в этих городах. Минатомовский объект ушёл в сторону, он очень сильно оптимизировался. Он не градообразующий. И, соответственно, я попал вот в эту яму, а муниципалитет говорит – я не могу, у меня 131-й закон. Я готов бы тебе дать, если бы мне ещё предусмотрели, налоги оставили, которые, в общем-то, правильно оставить в городе, потому что это особый город и особый статус.

Вот три вещи, которые я считаю нужными, а это же прописано у нас в законе о здравоохранении, 42-я статья «Особенности оказания медицинской помощи», особенности финансирования в территориях ФМБА России.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое. Это очень важно.

Слово предоставляется Сергею Борисовичу Шевченко, заместителю губернатора Нижегородской области.

Шевченко С. Б. Добрый день, уважаемые коллеги, Дмитрий Анатольевич, Татьяна Владимировна, члены президиума!

Я так же, как и мои коллеги выступающие, хочу сказать, что тема обеспечения кадрами первичного звена здравоохранения имеет самое актуальное на сегодняшний день значение. Почему? Потому что эта тема накладывает, или, вернее, на неё накладывают отпечаток многие другие задачи, которые стоят перед системой здравоохранения в ближайшие годы. И те национальные проекты, которые нам продиктованы президентом, правительством, Министерством здравоохранения, и те задачи, которые идут и по другим национальным проектам – демография, к примеру, и так далее, – они все в какой-то степени взаимосвязаны с первичным звеном здравоохранения, поскольку там начинают рождаться все процессы, которые в принципе должны привести к результату по тем направлениям, которые существуют в нацпроектах. То ли это кардио, то ли это онкология, то ли это цифровизация, и так далее. То есть все вопросы косвенно образом взаимосвязаны именно с обеспечением кадров в первичном звене здравоохранения.

Я хочу сказать, что эта проблема не только для нашей страны стоит как одна из основных в здравоохранении, но и для других стран. И это подтверждается словами, которые привела в своём выступлении Маргарет Чен, генеральный секретарь ВОЗ: в контексте нынешних тенденций первичная медико-санитарная помощь выглядит все более и более рациональным способом дальнейшего развития здравоохранения. Как видите, эта проблема у всех в крупных странах, развивающихся в том числе.

Развитие кадрового потенциала медицинских организаций является для нас приоритетным, для нашей территории, это Нижегородская область, которая имеет своё лицо, свои задачи, которые мы должны будем решать в рамках тех задач, которые нам поставлены президентом и правительством. А я хочу сказать, что задачи масштабные. Нижегородская область обладает потенциалом достаточно большим как промышленного производства, так и сельскохозяйственных районов. Потому что в принципе мы где-то делимся пополам на пополам. И вот те масштабные проекты, которые нам заданы со стороны президента, это многие векторы модернизации промышленных предприятий «Росатома» и других оборонных предприятий, в том числе, и закрытых территорий, как Саров. Я здесь поддерживаю предыдущего выступающего, что эти проблемы очень многогранны и ложатся практически на все участки первичного звена в тех или иных районах нашей области.

Теперь я хочу сказать по тем цифрам, позволю себе их привести, которые отражают значимость этой проблемы, которую мы сегодня обсуждаем. Дефицит врачей у нас составляет 908. Дефицит среднего медицинского персонала – 1250 человек. Терапевты участковые – 174. Медицинские сёстры – 840. Педиатры участковые – 20. Фельдшеры ФАПов – 59. Врачи общей практики – 33. Акушерки – 47. И в этой связи те масштабные задачи по ликвидации такого дефицита, который я вам представил в цифрах, могут делиться принципиально на два подхода – первостепенные и отсроченные. Первостепенные задачи, которые ложатся непосредственно на повседневную деятельность, нами решаются, в том числе вот в этом году, с привлечением тех специалистов, которые могут выехать в отдалённые районы на передвижных мобильных комплексах, которые принимают участие в диагностике, в обследовании тех жителей, которые находятся в этих районах. И так называемые наши поезда здоровья, которые мы запустили в этом году, показали абсолютную эффективность в этом направлении. Масштаб опять же нехватки специалистов первичного звена был налицо. Но при этом это мероприятие показало очень большую и большую эффективность. Мы по онкологии и по кардиохирургическим направлениям выявили очень много нуждающихся в специализированном лечении и напрямую сразу их вывели на уровень наших специализированных лечебных учреждений.

Отсроченные мероприятия, которые мы могли бы заложить, чтобы подготовить наши кадры, мы видим в том, что нужны, в первую очередь, социальные меры поддержки тех специалистов, которых мы ориентируем на первичное звено, особенно в отдалённые районы.

Председательствующий. Сергей Борисович, я прошу прощения. У вас уже время закончилось.

Пожалуйста, одну минуту добавьте.

Шевченко С. Б. И в этой связи хочу сказать, что у нас существует уже не один год программа с 2004 года по закреплению молодых специалистов на территории, в отдалённых районах, которая направлена на предоставление возможности получения жилья, выдачу кредита с пониженной процентной ставкой. И в этой программе в своё время был ещё автомобиль. Сейчас это не совсем актуально, мы это понимаем и обновление этой программы проводим в течение этого года. Мы готовим и закладываем в бюджет новые средства, для того чтобы обеспечить специалистов жильём, и считаем, что это очень важное направление, потому что даёт достаточно хороший результат. Специалисты закрепляются, они практически выезжают уже молодыми семьями, как правило, это те люди, которые готовы работать и в дальнейшем.

Трудоустройство выпускников представлено на слайде. (*Демонстрируется слайд.*) И я хочу сказать, что наша идея о том, что нужно развивать социальную поддержку молодых специалистов, давать им возможность закрепляться на территории, в виде предоставляемых различных льготных программ по жилью, по кредитованию даст определённый хороший результат и эффект. И это наша позиция.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо большое.

Слово предоставляется Александру Юрьевичу Кравченко, министру здравоохранения Калининградской области.

Кравченко А. Ю. Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич, уважаемые коллеги! Я очень коротко, об актуальности все уже было сегодня сказано. Калининградская область имеет некоторые особенности, которые заключаются в том, что у нас нет соседних российских регионов. У нас с одной стороны Польша, с другой Литва, что накладывает определённый отпечаток на нашу работу и кадровую программу.

Если посмотреть просто сухие цифры, то у нас в области всё выглядит более или менее неплохо. У нас есть прирост по врачам, мы этому обстоятельству очень рады. Мы за последние годы привлекли, увеличили количество работающих врачей в регионе на 150 человек. Это не означает, что их всего 150 человек у нас появилось. Это означает, что это положительный баланс вместе с теми людьми, которые покинули работу в наших учреждениях.

Одним из очень серьёзных вызовов, который нас беспокоит, является как раз то, что у нас растёт количество медиков старшей возрастной группы. Сегодня в возрасте от 61 и старше у нас фактически 20 процентов медиков работает. В принципе, нам удаётся сохранять баланс и на селе в первичной помощи. Также у нас там есть везде положительная динамика, и количество врачей увеличивается. С сестринским персоналом все не так радужно, но тем не менее и с этими вещами мы работаем.

Мы очень рады и благодарны, что есть программа «Земский доктор», которая позволяет решать много проблем в таких тяжёлых для нас территориях.

Мы очень чётко проанализировали в рамках подготовки к национальному проекту дефицит наш, мы понимаем, что нам не хватает реально около 300 врачей, это действительный и понятный дефицит, мы понимаем, куда эти врачи нужны, не буду говорить о специальностях, они тоже в целом понятны. Мы сегодня очень много всего делаем на региональном уровне для того, чтобы повышать престиж работы в медицине и поддерживать и финансово, и социально наших медиков.

Мы благодарны за увеличение объёма целевой подготовки. Мы сегодня очень чётко работаем с целевыми группами людей, которых отправляем на профессиональное обучение, на постдипломную

подготовку, работаем коллегиально с членами правительства, с представителями наших медицинских образовательных учреждений, проводим очень серьёзные собеседования и понимаем, что те люди, которым мы даём целевые направления, должны будут обязательно вернуться к нам в регион.

Мы сегодня очень большую работу проводим по обеспечению наших медиков служебным жильём – это и служебное жильё, и жильё коммерческого найма, которое сегодня очень привлекательно для молодых работников, которые платят определённую сумму денег за пользование этим жильём, а потом решают, можно ли их зачестить в счёт первичного платежа и выкупить эту квартиру либо остановиться на том, что было, встать и выселиться из неё по завершении определённого периода времени. У нас 55 человек воспользовались этим правом. Мы суммарно довольно-таки большое количество служебных квартир предоставили и продолжаем наращивать фонд и областного, и муниципального жилья.

У нас очень хорошо пошла программа с софинансированием кредитной программы по ипотечно-кредитованию, мы компенсируем 30 процентов стоимости первичного взноса, это очень интересно при условии довольно-таки серьёзной сегодня зарплаты по экономике, и когда мы оказываем поддержку по ипотеке, это тоже очень сильно привлекает наших молодых докторов для того, чтобы сделать свой выбор в пользу работы именно в нашем регионе.

У нас сегодня есть подъёмные, но это не просто определённая сумма денег, которую мы даём всем одинаково. Мы применяем и коэффициенты по отдалённости от областного центра, и коэффициенты дефицитности специальности: так скажем, у нас выплаты могут быть от 300 тысяч рублей до миллиона рублей, если человек выбирает удалённую территорию и получает специализацию, которая у нас остро востребована. В настоящее время уже 25 человек воспользовались этими выплатами.

Мы очень много всего делаем с точки зрения работы с молодёжью, у нас больше 40 химико-биологических классов в средних образовательных школах, с которыми мы работаем, и медицинские организации, и сотрудники Минздрава, для того чтобы повышать престиж и приверженность именно медицинскому образованию.

Очень хорошая практика, за которую мы говорим спасибо, – это закрепление после медицинских вузов. Это очень помогает заниматься развитием профессиональных компетенций медиков, когда можно просто набрать, по телефону позвонить и попросить помочь по определённым конкретным направлениям, и это очень хорошая практика. Мы рассчитываем, что это позволит повысить и приверженность к использованию портала «Непрерывное медицинское образование» и, в принципе, приверженность к самообучению дальше.

Всё это хорошо работает, но мы должны понимать, что мы сможем только тогда насытить кадрами нашу систему, когда повысим престиж профессии, когда мы будем объединять людей в группы, и они будут понимать, что они защищены друг с другом. Мы очень много делаем за рамками обычных действий, мы проводим спартакиады для врачей, собирая их на неформальное общение для того, чтобы они чувствовали свою защищённость и могли работать, как действительно единое целое.

Благодарю.

Председательствующий. Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Слово предоставляется Чепуриной Наталье Геннадьевне, заместителю председателя комитета здравоохранения Волгоградской области.

Пожалуйста, Наталья Геннадьевна.

Чепурина Н. Г. Уважаемый Дмитрий Анатольевич, уважаемые члены и участники «круглого стола»! Благодарю за внимание. Мне очень сложно выступать перед такой аудиторией компетентной и перед такими мэтрами и специалистами в этой области, но тем не менее информацию о проблемах Волгоградской области и о наших достижениях я хотела бы донести до уважаемого собрания.

Я пропущу первые слайды, которые актуализируют проблему, и остановлюсь на характеристиках Волгоградской области очень коротко.

У нас проблема укомплектования стоит, да, есть положительная динамика при не самом стопроцентном укомплектовании, процент совместительства 1,1. Татьяна Владимировна говорила об этом, о том, что, скорее всего, не очень-то хотят современные выпускники и персонал, который работает в медорганизациях, совмещать и находиться дольше на работе. И численность физических лиц у нас также растёт по сравнению с 2016 годом, в том числе и специалисты первичного амбулаторного звена.

Более того, понимаем проблему, приоритеты расставлены в регионе, и понимаем ещё в связи с тем, что всё-таки первичное звено медицинское – это передовая в борьбе с достаточно серьёзными показателями смертности в регионе в том числе и в стране в целом. Не останавливаюсь на показателях, хочется остановиться на положительном опыте.

В целях снижения дефицита кадров среднего медицинского персонала с 2016 года в регионе внедрена практика целевой подготовки специалистов со средним медицинским образованием в Волгоградском медицинском колледже для медицинских организаций, подведомственных комитету, за счёт средств областного бюджета. И в 2016 году медицинскими организациями заключены договоры о подготовке 50 специалистов среднего звена, 30 – по лечебному делу и 20 – по специальности «сестринское дело».

С первого курса такие целевые договоры на подготовку специалистов были заключены, но тем не менее в 2018 году подход несколько изменился: меньше с первокурсниками, а больше со вторым, третьим и даже четвёртым курсом были заключены договоры, и такая практика дала свои первые положительные результаты – в 2018 году пять медицинских сестёр по целевой подготовке, а в 2019 году планируется 10 медицинских сестёр выпуска, и к 2020 году в медицинские организации должны устроиться 64 специалиста среднего звена, это 31 медицинская сестра и 33 фельдшера.

Укомплектованность кадрами учреждений здравоохранения Волгоградской области осуществляется преимущественно за счёт выпускников Волгоградского государственного медицинского университета и среднего звена – Волгоградского медицинского колледжа. Хочу сказать, что у нас очень тесно налажена связь с региональным вузом и, естественно, мы, работая в рамках соглашений, разработали программу кадровой политики совместно с вузом и комитетом здравоохранения. И в рамках реализации этого проекта мы начали интенсивную подготовку и на уровне постдипломного образования, и на уровне работы со студенческим сообществом.

Возвращаясь к среднему медицинскому образованию, хочется сказать, что положительный опыт применения практики заключения договоров целевой подготовки, который наметился в нашем регионе, позволяет предложить и тиражировать её для реализации и в других регионах Российской Федерации. «Земский доктор» и «Земский фельдшер» с 2012 года успешно реализуются у нас в регионе, и подготовлено достаточно серьёзное количество специалистов с нарастающим итогом более 300 человек, за период с 2014 по 2017 год заключён 121 договор о предоставлении единовременной компенсационной выплаты средним медицинским работникам по программе «Земский фельдшер», и эти лица трудоустроены в 114 фельдшерско-акушерских пунктах, расположенных в 30 районах региона.

Вместе с тем ещё одну проблему хотелось бы озвучить. В Волгоградской области остались неохваченными программами «Земский доктор» и «Земский фельдшер» два города – это Камышин с численностью населения более 113 тысяч человек и Михайловка с численностью населения более 58 тысяч человек, то есть выходящие за рамки этого положения, которое позволило бы этим городам участвовать в программе.

Учитывая вышеизложенное, облздрав предлагает выйти с законодательной инициативой расширить перечень населённых пунктов, включив в него города с численностью населения до 120 тысяч человек. Более того, администрация и муниципалитет города Камышина готовы предоставить и предоставляют жильё и готовы сотрудничать и далее – есть кандидатуры, есть потенциал у этих двух городов, который бы хотелось использовать.

Компенсационные выплаты молодым специалистам: единовременное пособие – 15 тысяч 500 рублей, ежемесячная надбавка к окладу в размере 930 рублей. Медицинским работникам, проживающим в сельской местности, предоставляется возмещение расходов по оплате жилья, электроосвещения, отопления жилища. А институт наставничества, о котором здесь так много говорили, у нас работает с конца 2015 года и приносит свои результаты.

Благодарю за внимание. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое.

Позвольте предоставить слово Николаю Васильевичу Говорину, заместителю председателя Комитета по охране здоровья Государственной Думы.

Говорин Н. В. Спасибо.

Уважаемый Дмитрий Анатольевич, уважаемые коллеги!

Мы обсуждаем чрезвычайно важную тему. И в ходе непростой работы над национальными проектами «Здравоохранение», «Демография» мы ещё раз с экспертным сообществом проанализировали все те узкие места, которые возникают в рамках охраны здоровья населения и особенно первичной медицинской помощи. Мы видим, что ликвидация кадрового дефицита медицинских организаций, организация первичной медицинской помощи и сохранение и создание инфраструктуры, а в рамках указа президента, особенно в малых населённых пунктах, создание сети медицинских организаций являются сегодня приоритетными. И если выполнение задач по строительству и введению новых ФАПов является сложной задачей и не просто решается в настоящее время, то проблема кадров является чрезвычайно, мне кажется, важной и более сложной. Существующие сегодня механизмы мотивирования медицинских работников для работы в первичном звене всё-таки не дают должного эффекта, который мы бы хотели получить, несмотря на то, что делается на самом деле очень многое. Это серьёзный акцент на профориентационной работе, это вопросы, касающиеся целевой подготовки, трехсторонние договоры, это программы «Земский врач» и «Земский фельдшер». Всё это, безусловно, повысило возможность направлять кадры в первичную медицинскую сеть, особенно в село. Но в целом эту проблему они не решили.

Очень важным является более комплексная, более глобальная оценка возникающей проблемы, потому что эта подготовка кадров, особенно в отдалённых территориях, должна рассматриваться, на мой взгляд, с позиции ещё одного национального проекта, 12 национальных проектов и плюс ещё. Это проект по возрождению качества жизни на селе. Именно там сегодня самое узкое место. И при

сегодняшней жизни наша молодёжь, естественно, уходит из одних регионов в другие с учётом дотационности других.

Индикатором работы, очень важным, на мой взгляд, содержанием работы и подготовки врачебных кадров для медицинской сети является развитие стратегии профилактического здравоохранения. И мне кажется, что уже сегодня в рамках подготовки кадров, учитывая, что здесь присутствуют и педагогические работники, преподаватели вузов, я считаю, что нам уже необходимо решать вопрос именно с позиции стратегии профилактической медицины, превентивной медицины, где индикаторами эффективности и целеполагания работы первичного звена должны быть такие показатели, как численность здоровых лиц в каждой возрастной группе. И тогда стратегия здоровьесбережения, на мой взгляд, будет выглядеть совершенно иначе.

Мы должны сегодня в конечном счёте готовить наших врачей с позиции определения и установления факторов риска, когда в первичной сети цель должна быть не просто перенаправить больного к специалисту, а не дать заболеть. Это самая главная задача. И в этом смысле три позиции, которые мне представляются важными в подготовке кадров, – это создание современной сети медицинских организаций по оказанию медико-социальной помощи особенно на селе с внедрением и информационных технологий, и технологического оборудования.

И второе. Конечно, мы должны сделать работу врачей, особенно первичного звена, особо престижной, экономически реально выгодной. И введение строки в специальный бюджет по обеспечению финансирования врачей является чрезвычайно важным. Это практически новое в современном законодательстве, и в законе, и в бюджете. И, конечно, сформировать необходимые нам индикаторы эффективности службы, первичной службы, с позиции здоровьесбережения, наличия таких показателей, как индекс здоровых в каждой возрастной группе. В таком случае эти позиции будут позволять развивать стратегию нашего здравоохранения, которая будет определяться с позиции сохранения здоровья и укрепления его. Но надо понимать, что здесь очень важным является и рассмотрение позиций как дороги с двусторонним движением. Нам необходимо разрабатывать механизмы, побуждающие население вести здоровый образ жизни, и повышать ответственность граждан, мотивировать граждан к здоровому образу жизни в контексте как раз первичной медицинской помощи – это все является чрезвычайно важным. Среди экспертов мы всерьёз обсуждаем проблему введения системы страхования ответственности, когда каждый пациент мог бы стать и субъектом медицинского права.

Спасибо большое за внимание.

Председательствующий. Спасибо, Николай Васильевич.

Я хочу предоставить слово Олегу Ивановичу Аполихину, главному внештатному специалисту Министерства здравоохранения Российской Федерации по репродуктивному здоровью.

Олег Иванович, пожалуйста.

Аполихин О. И. Уважаемые коллеги, мне очень приятно и очень ответственно выступать сегодня на этом мероприятии, потому что мы сегодня обсуждаем с вами крайне важную задачу – это задача нашего будущего.

Потому что если мы посмотрим на рейтинги существования систем здравоохранения, то, в общем-то, они известны. И если мы посмотрим на те страны, которые находятся наверху этих рейтингов, то мы увидим, что они вышли на этот верх за счёт первичного звена, и вот этот момент ключевой.

Но вопрос, в какой системе первичное звено должно быть главным и как оно должно работать? В куративной, которая сейчас есть и которая ориентирована на специалистов, и сколько бы мы ни добавляли врачей первичного звена, они будут не интегрированы в эту систему? Или в системе превентивной, которой пока у нас нет? Пока мы только говорим о профилактике, но на самом деле у нас модель, направленная на так называемый поток пациентов, на обращаемость, а не на выявляемость. Поэтому в этом случае мы можем говорить только о том, что в этой системе мы будем только повышать и повышать количество врачей, но интегративных возможностей мы не получим.

Вот, пожалуйста, обратите внимание, как работает сейчас система. Мы видим известную диаграмму по Флетчеру, которая показывает первичную профилактику, отсутствие болезни, ранние признаки или раннюю диагностику и третичную профилактику. В основном сейчас мы работаем в области третичной профилактики. В моём случае, мы сегодня знаем, что основная задача по вопросам репродуктивного здоровья – использование третичной профилактики и ЭКО-ИКСИ в решении проблем демографического квалификационного повышения.

А вопросы здоровья? Ведь третичная профилактика не может решить этот вопрос, так как она воздействует всего на 1,4 процента. И давайте посмотрим сюда: условия образа жизни – 50 и 55 процентов. И медицинская помощь, или как там правильно написано, медицинские услуги, они составляют лишь 10–15 процентов.

Уважаемые коллеги, у нас с вами сегодня есть так называемая куративная или служебная модель здравоохранения. А в служебной модели здравоохранения врач – продавец, а пациент – потребитель, пациент – покупатель. И вот в этой модели, естественно, мы видим третичную профилактику как основу модели, поэтому у нас растут специалисты, и первичное звено выключено из работы, нет вот этого

интегративного принципа. Так вот, если мы хотим построить эту модель, о которой мы говорим как о профилактической модели или модели предиктивной, то мы тогда, естественно, должны делать акцент на первичном звене. И в этой системе специалистов будет ровно в десять раз меньше.

И если мы говорим о системе профилактической, у нас уменьшится количество, естественно, и обращаемости, потому что она будет планироваться. Вот первый признак, о котором мы должны с вами подумать. И это здесь, именно в Думе.

Субъект права. У нас сегодня пациент не субъект права, поэтому не работает система страхования. И врач не субъект права, поэтому у нас нет той дефинитивной возможности стимулировать именно ту самую выявляемость, и это главное. И пока мы это с вами не решим, мы можем сколько угодно повышать количество врачей, а результативности не будет.

Поэтому, конечно, сейчас вопросы общественного здоровья, формирования центров общественно-го здоровья очень важны. Но эти центры создают информацию, а не мотивацию, а вопрос мотивации – это вопрос, который обеспечивается так называемым элементом субъекта права, то есть информационной и экономической заинтересованностью пациента в вопросах здоровья.

Вот наш пример, который мы показали на примере нескольких программ. Мы включили врачей общей практики в выявление факторов риска и их коррекцию. То есть они стали работать не по обращаемости, а по выявляемости, и тогда мы ровно в три раза уменьшили количество тех, которые обращаются к специалистам. Соответственно, специалисты смогли выполнять свою работу намного эффективнее.

Вопрос, каким образом мы это делали? Дистанционно, на уровне современных технологий. А вот результаты, смотрите: сокращение затрат на оказание медицинской помощи в одном случае на 21 процент. Это очень серьёзно, это практически 30 процентов.

Поэтому наше предложение: организовать подобные аналогичные пилоты по одному профилю в 85 субъектах – это быстро, конкретно покажет возможность работы системы.

Второй этап, на следующий год – создать аналогичные пилоты по всем отдельным профилям в одном субъекте. И, наконец, третье – внедрить аналогичные пилоты по всем субъектам Российской Федерации.

Спасибо большое. Доклад закончен. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо, Олег Иванович.

Слово предоставляется Медведевой Ирине Васильевне, ректору Тюменского государственного медицинского университета.

Медведева И. В. Добрый вечер, уважаемые коллеги! Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Татьяна Владимировна! Члены президиума!

Приоритетное направление государственной политики в сфере здравоохранения осуществляется посредством реализации программ развития здравоохранения Тюменской и Курганской областей, Ямало-Ненецкого и Ханты-Мансийского автономных округов при непосредственном участии Тюменского государственного медицинского университета.

Основными направлениями взаимодействия с региональным здравоохранением для вуза являются профориентационная работа, обеспечение целевого приёма и обучение продвижения на территории инновационных образовательных технологий. Кроме того, на сегодняшний день в Тюменском государственном медицинском университете более пяти тысяч обучающихся, ведётся довузовская подготовка, реализуются образовательные программы и проводится сопровождение выпускников, направленных на работу в первичное звено здравоохранения. Для отбора талантливой молодёжи и обеспечения качества приёма на базе нашего университета ежегодно проводятся подготовительные курсы, на которых в общей сложности обучаются более 500 человек, заключено 34 договора о сотрудничестве с общеобразовательными учреждениями, особенно это касается химико-биологических классов. Довузовский клуб составляет до 500 школьников, действует анатомическая школа Пирогова, где будущие абитуриенты изучают разделы анатомии на латинском языке.

День открытых дверей собирает более двух тысяч человек ежегодно, и очень востребованными являются визиты профориентационных классов из Ямало-Ненецкого автономного округа, это в основном происходит в дни школьных каникул. География дистанционных курсов традиционно охватывает юг Тюменской области, автономные округа и другие регионы Уральского федерального округа, а также некоторые регионы Республики Казахстан. Результаты данной работы обеспечивают университету высокие позиции по количеству поданных заявлений от абитуриентов и среднему баллу зачисленных на обучение. Наш университет традиционно осуществляет целевой приём для четырёх субъектов Уральского федерального округа и составляет 63 процента от контрольно-целевого приёма. Кроме этого, университет взаимодействует с исполнительной властью Российской Федерации в сфере здравоохранения по вопросам практикоориентированности обучения. 98 процентов целевиков проходит практику по основному месту работы.

В рамках реализации задачи по обеспечению системы здравоохранения высококвалифицированными кадрами при активной поддержке губернатора Курганской области на базе Курганской област-

ной больницы нашим университетом была создана базовая кафедра, основными направлениями деятельности которой является практическая подготовка студентов старших курсов на базе медицинских организаций Курганской области.

Надо сказать, что в 2017 году на участки вышли выпускники нашего университета, 120 человек, и в этом году эта цифра увеличилась практически в полтора раза. По результатам масштабной работы нашего университета трудоустройство выпускников достигает 98 процентов, но надо сказать, что из них 83 процента трудоустроено в Тюменской области, и очень с большим трудом наши выпускники едут в Курганскую область. Связано это, конечно, с заработной платой.

Тюменским университетом разработана и реализована концепция сопровождения выпускников для первичного звена здравоохранения. Определяется куратор от университета и наставник от медицинской организации.

В 2017 году подписано Соглашение о межведомственном информационном обмене между университетом и органами управления здравоохранения всех четырёх субъектов Федерации Уральского федерального округа.

Данное соглашение определило сроки представления сведений о трудоустройстве выпускников, адаптации молодых специалистов на рабочих местах, а также качество работы выпускников.

На регулярной основе функционирует школа молодых врачей, регулярно проводятся конференции, вебинары, 97 процентов выпускников вступило в систему непрерывного медицинского образования.

Ещё у меня последний момент есть, очень интересный.

Председательствующий. Добавьте минуту, пожалуйста.

Медведева И. В. Для получения объективных данных по адаптации и закреплению молодых специалистов университетом проводилось анкетирование в течение 2017–2018 учебного года, в несколько этапов и в разных целевых аудиториях.

Выпускники в начале и в конце года, работодатели, кураторы от университета, наставники от медицинской организации – в общей сложности было проанализировано около 400 анкет. В результате анкетирования молодых специалистов выявлено, что самым сложным в начале самостоятельной работы стали организационные вопросы, отметили 70 процентов выпускников.

До 40 процентов отметили возникшие трудности с применением знаний на практике. Большинство молодых специалистов считают, что их адаптация на рабочих местах завершилась в период от одного до трёх месяцев с начала работы. Для 18 процентов опрошенных адаптация продолжается по истечении года работы в первичном звене.

Благодарю за внимание.

Председательствующий. Спасибо, Ирина Васильевна. *(Аплодисменты.)*

Уважаемые коллеги, у нас ещё 10 выступающих, поэтому я попрошу вас соблюдать регламент.

Я хочу предоставить слово Любови Николаевне Горбатовой, ректору Северного государственного медицинского университета, город Архангельск.

Горбатова Л. Н. Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемая Татьяна Владимировна! Уважаемые члены президиума! Уважаемые участники «круглого стола»!

Хочу поблагодарить за предоставленную возможность и остановиться на вопросах взаимодействия университета с органами управления и государственной власти субъектов Европейского Севера.

Необходимо отметить, что выполнение положений указа президента, касающихся кадрового обеспечения системы здравоохранения, требует очень тесного взаимодействия вузов с органами государственной власти региона всех уровней и депутатского корпуса, сотрудничества с медицинскими организациями, также слаженного межведомственного взаимодействия с региональными министерствами здравоохранения, образования, труда, социальной защиты, федеральными структурами и так далее.

Северный государственный медицинский университет был создан в 1932 году с целью подготовки кадров для регионов Европейского Севера, в том числе Архангельской, Мурманской, Вологодской областей, Ненецкого автономного округа, Республики Коми и Карелии, с которыми мы продолжаем работать по сегодняшний день.

В настоящее время в вузе обучается более 4,5 тысяч студентов. И надо сказать, что более половины бюджетных студентов обучается на основе договоров целевой подготовки.

Со всеми региональными министерствами и департаментами здравоохранения всех перечисленных регионов установлены давно договорные взаимоотношения.

Но, однако, есть некоторые инновации, которые, может быть, пригодятся кому-то из других регионов для эффективной работы в этом направлении.

В целях обеспечения устойчивого развития медицинской отрасли в Архангельской области совместно с депутатами, с депутатским корпусом Архангельской области был разработан закон о государственной поддержке Северного государственного медицинского университета, где определены полномочия органов власти по государственной поддержке СГМУ и основные направления взаимодействия органов государственной власти Архангельской области и СГМУ.

В мае 2018 года на очередной срок между университетом и правительством Архангельской области было заключено, подписано соглашение о сотрудничестве с очень подробным планом мероприятий. Кроме того, такое же соглашение имеется с Ненецким автономным округом, которое готовится к переподписанию. И есть соглашение о сотрудничестве со всеми регионами, с которыми мы работаем.

Вуз принимает очень активное участие в жизни региона, в том числе в разработке Стратегии социально-экономического развития Архангельской области до 2035 года, в рамках которой шесть проектов направлено на развитие здравоохранения, и в том числе кадрового обеспечения.

Но хотелось бы остановиться на том, что развитие обеспечения медицинскими кадрами регионов невозможно без тесного сотрудничества с органами муниципальной власти. И если в региональном центре уже есть отлаженные механизмы, то вот с районами области требуется выходить на новый уровень сотрудничества. В настоящее время вузом разработан такой алгоритм взаимодействия, и в ближайшее время он будет реализовываться.

Необходимо отметить, что требуется совершенствование и законодательной базы. В частности, статья 17 323-го закона гласит о создании благоприятных условий в целях привлечения медицинских и фармацевтических работников, однако полномочия органов местного самоуправления не конкретизированы, и необходимо, на наш взгляд, предусмотреть оказание дополнительных мер, а возможно, разработать и какой-то базовый пакет социальной поддержки молодого специалиста.

Важнейшим направлением совместной работы является профориентация в вузе, создана и активно в течение 25 лет работает модель непрерывной профессиональной ориентации «детский сад – школа – вуз – медицинская организация». Для большей эффективности этой модели также необходима большая заинтересованность муниципальных образовательных организаций общего образования и медицинских организаций. *(Демонстрируется слайд.)*

Есть проблема, которая, наверное, касается многих регионов, – это низкие баллы ЕГЭ и низкий уровень подготовки сельских школьников. В очень многих случаях они не могут поступать учиться в медицинские вузы, а если поступают, то иногда просто не способны учиться. Поэтому требуется также формирование другого подхода к подготовке ребят из сельских школ.

В рамках работы центра довузовской подготовки создано 19 образовательных программ, в том числе электронное обучение, дистанционные образовательные технологии, «студент на один день», совершенно новый проект «Медикград», саквояж «Здоровье» и так далее, то есть работа школьников, обучение школьников в рамках довузовской подготовки должно быть очень интересным и, самое главное, полезным с точки зрения практики. Школьники бывают в вузе во время каникул и с удовольствием занимаются в симуляционном центре, таким образом оказываются мотивированы к поступлению. *(Демонстрируется слайд.)*

Как я уже сказала, по целевым договорам обучается более тысячи человек. И если это число выпускников придёт в практическое здравоохранение, то те регионы, с которыми мы работаем, улучшат свою кадровую ситуацию. Но этого недостаточно, поскольку за последние 30 лет число бюджетных мест для региональных вузов было снижено, в том числе и для нашего вуза, примерно на 30 процентов, и то количество студентов, которое сейчас обучается, не может перекрыть тот дефицит кадров, который существует на сегодняшний день. *(Демонстрируется слайд.)*

Кроме того, на наш взгляд, требуется, возможно, отдельная программа по развитию региональных вузов.

Благодарю за внимание.

Председательствующий. Спасибо, Любовь Николаевна.

Шуматов Валентин Борисович, ректор Тихоокеанского государственного медицинского университета, город Владивосток.

Шуматов В. Б. Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемые коллеги!

Здесь много было сказано, у меня доклад подробный, но я остановлюсь только на проблемах и пути решения.

Знаете, вуз играет огромную роль в подготовке кадров, но, к сожалению, здесь несколько проблем. Это подготовка, привлечение и закрепление кадров.

Безусловно, в вопросе подготовки кадров вуз основную роль играет. А в привлечении и закреплении здесь имеет, конечно, большое значение региональная власть.

Если посмотреть по структуре, как с этим обстоит дело в Приморском крае, то внушительные цифры сегодня можно увидеть: нехватка врачебных кадров – более тысячи, также не хватает и среднего медицинского персонала, но здесь уже говорилось, что с учётом того штатного расписания, которое имеют лечебные учреждения. А, к сожалению, лечебные учреждения держатся за штатные единицы, хотя приказом Минздрава эти цифры рекомендованы, они абсолютные.

Я хочу остановиться на том, что вот вуз принимает на первый курс примерно 600 человек с учётом внебюджетных цифр, даже больше. И если посмотреть за два года, сколько мы аккредитовали выпускников, это 611 человек.

В Приморском крае, по данным Федерального реестра медицинских работников, пришло в лечебные учреждения 105. Конечно, это 13 процентов от того, сколько мы выпустили. Конечно, здесь стоит сказать, куда они идут – в соседние субъекты, более привлекательные, такие как Сахалин, Якутская область, Якутия, часть выпускников перемещается в западные регионы. И самое главное, самое, наверное, опасное, что часть выпускников уходит из системы здравоохранения. Почему? Потому что непривлекательна сегодня система здравоохранения: во-первых, там их не ждут, во-вторых, по прибытии на место им условия труда предоставляют, наверное, невыносимые, у некоторых зарплата – 13, 15, 20 тысяч предлагают. Разве можно прожить на такие деньги? Конечно, нет.

Целевой приём. Целевой приём у нас доходит до 40 процентов от контрольных цифр приёма. До настоящего времени у нас программа поддержки целевиков была спущена на лечебные учреждения, не было субъектовой программы, она прописана, но она была пустая, не было прописано поддержки финансовой. И лечебные учреждения, каждое от возможностей, включало поддержку в размере 500 рублей – 3 тысячи, и то зачастую эти цифры не доходили до целевика, поэтому, окончив вуз, он был свободен юридически и, безусловно, он не приходил в то лечебное учреждение, где его ждали.

Здесь не буду останавливаться.

Мы разработали сегодня и модули для дистанционного обучения, чтобы меньше отвлекать специалистов от рабочего места, это свои результаты даёт.

Хочу обратить внимание на нормативный страховой запас, который предусмотрен, чтобы он шёл на повышение квалификации специалистов. Вот Приморским краем заявлено, что в 2017, в 2018 годах на эти цели предусмотрено 50 миллионов рублей, дошло до нашего вуза только 382 тысячи, и проучено восемь специалистов по этой программе.

Поэтому сегодня есть вопросы.

И я хочу сказать, какие цели сегодня предусмотрены.

Сегодня власть была услышана. Мы на основе предусмотренного Минздравом России проектного офиса провели аудит кадровой политики Приморского края в системе здравоохранения. И вот уже 15-го числа этого месяца в Законодательное Собрание губернатором, временно исполняющим обязанности губернатора внесён законопроект, где выпускнику, который придёт в лечебное учреждение края, в зависимости от муниципального образования, отдалённости от Владивостока предусматривается выплата от 300 до 700 тысяч рублей. Это первое.

Выпускник, который придёт в лечебное учреждение края, получит 10 тысяч рублей ежемесячно. В северных районах плюс ещё 10 тысяч рублей. И на съём жилья по месту пребывания 15 тысяч рублей в случае отсутствия.

Я думаю, что эти меры, безусловно, будут полезными и каким-то образом улучшат ситуацию с кадрами в Приморском крае.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое, Валентин Борисович.

Слово предоставляется Калинину Роману Евгеньевичу, ректору Рязанского государственного медицинского университета имени Павлова.

Калинин Р. Е. Уважаемые коллеги!

У меня, в общем-то, три вопроса, которые мне хотелось бы подчеркнуть. Я позволю себе буквально несколько цифр, чтобы перейти к ним подробно.

В Рязанской области кадровая ситуация выглядит неплохо, у нас 41,7 на 10 тысяч обеспеченность, это выше российских показателей, мы работаем конструктивно с региональным министерством. У нас достаточно большой всегда был целевой приём, 80 процентов по вузу. И мы работали, чтобы все целевики потом переходили в ординатуру. Сейчас уже немного другой тренд. И понятно, что министерство, здесь не только Рязанская область, но и те, с кем мы работаем в части формирования целевого приёма и на послевузовском этапе, пользуясь старой терминологией, начинает направлять своих целевиков в первичное звено.

Итак, вот несколько цифр.

В 2017 году наше региональное министерство давало нам потребность в участковых терапевтах 45 специалистов. Нам удалось укомплектовать 42 ставки, приступили к работе.

В этом году нам вновь заявлено 27 вакансий, приступили 37 человек, но не на полную ставку. У нас в этом году стало побольше мест в ординатуре.

В этом же году мы провели первый выпуск педиатров, вакансий заявлено 28, приступили 11 человек. Трое ещё ребят приступили к работе в других регионах.

Выпуски, которые мы сейчас видим в ближайшее время по лечебно-педиатрическому факультету, потребность закрывают. Но хотелось бы обратить внимание на ту ситуацию, которую нам сейчас даёт нормативная база. Вот это первый момент. 707-Н приказ в редакции его 328-Н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием».

Итак, после педиатрического факультета у нас открыты практически все лечебные специальности. Мы открывали в Рязанской области в 2012 году педиатрический факультет, чтобы закрыть педиатрию.

Сейчас мы видим риск того, что ребята будут переходить. В этом году нам удалось направить на педиатрические ординатуры в первичное звено. Как будет дальше? Конечно, это вопрос воспитательной работы вуза. Но тем не менее после лечебного факультета мы ведь в педиатрию ведём только ординатуры. А после педиатрического нам открыта практически вся лечебная взрослая деятельность, хотя учились-то ребята немного по-другому. Мне кажется, что здесь есть момент, который может нуждаться в корректировке.

Если посмотреть глубже дефицит кадров, то нам сейчас требуется в первичном звене 57 специалистов, это помимо тех 27 участковых терапевтов (я говорю сейчас про взрослых врачей). И опять же наши выпуски их закрывают. И мы сейчас на втором году имеем 58 ординаторов-целевиков, которые потенциально выйдут, и при бережном, хорошем обращении с кадрами они закроют тему. Но мы только одного человека смогли набрать на скорую помощь. Только одного. И мы не выполнили план, одно место передали в общий конкурс. Не удаётся закрыть специальность. И это проблема не только нашего вуза, я думаю, что, коллеги-ректоры, не знаю, как у вас, но это проблема – смотивировать ребят идти в ординатуру по скорой помощи. А сейчас только ординатура.

Мы говорим сейчас с вами, коллеги, но мы больше, наверное, передаём те опасения ретроградные, которые у нас были, что выпускники, которые приходят после шестого курса, после аккредитации, они, наверное, не готовы, психологически сложно. Но мы ведь с вами по-разному начинали, когда-то была субординатура, тогда опасались, что отмена субординатуры повлечёт сложности. Но если мы доверяем, поддерживаем, работает система наставничества, поддержки со стороны вузов, ребята будут работать. И мы ведь выпустили в первичное звено, и мы не получили такого качественного дефолта первичного звена, мы получили его наполнение, это убедительно слайды демонстрируют, Татьяна Владимировна Семёнова представила эти цифры.

По скорой помощи. Да, тема не первичного звена, но если посмотреть определение Всемирной организации здравоохранения, я позволю себе процитировать, «первичная медико-санитарная помощь – удовлетворение потребностей населения путём предоставления медицинских услуг при первом контакте с системой здравоохранения». Это ли не скорая помощь? Это скорая помощь в том числе. Я не говорю об изменениях в 323-ФЗ в части наименования услуг, но почему бы не пойти на то, чтобы дать право выпускникам работать на скорой помощи? У нас в Рязанской области 36 процентов ставок вакантных.

Если мы сейчас этого побаиваемся, то давайте посмотрим, может быть, внести в приказ № 419-Н – это уже третий момент, о котором я говорю, – дав право студентам вузов (419-Н, я напомним, это допуски незавершивших программы обучения высшего и фармобразования к работе средним медицинским персоналом) работать на скорой в качестве фельдшеров. Мы пока тоже это право не дали. Может быть, начать с этого, попробовать и начать комплектовать и эту систему? Вопросов много. Мне кажется, что для этого стандарт менять не надо, у нас 36 ЗЕ в вариативной части на лечебном факультете, мы можем это усилить, и каждый вуз может усилить.

Мы сестринское дело на втором курсе для лечфака ввели, ничего страшного в этом нет, наоборот, ребята сейчас получают те знания, которые им нужны, потому что мы сегодня о среднем профессиональном образовании не говорили, это другая тема, это субъектовое регулирование в том числе, но там тоже достаточно большая проблема. Посмотрите, как вузы сейчас поднялись и по качеству. Мы сейчас уже не так много говорим о качественных проблемах, мы растём, нам доступны высокие технологии. В колледжах этого, коллеги, пока нет.

Я думаю, что это тоже вопрос, о котором стоит говорить, поэтому, может быть, они и уходят из системы, и не так учиться интересно сначала. Поэтому это общее регулирование, общая вертикаль должна выстраиваться, и колледжи, конечно, брать.

Спасибо, уважаемые коллеги.

Председательствующий. Спасибо, Роман Евгеньевич, очень интересная тема по поводу среднего медперсонала, мы возьмём её на вооружение.

Слово предоставляется Мельцеру Александру Витальевичу, проректору Северо-Западного государственного медицинского университета имени Мечникова.

Мельцер А. В. Уважаемый Дмитрий Анатольевич, уважаемая Татьяна Владимировна, уважаемые члены президиума, уважаемые коллеги!

Я в своей презентации хотел бы всё-таки остановиться на проблемах, и причём проблемах не просто, как сказала Татьяна Владимировна, проекта «вуз – регион», а о проектах вообще, что делать вузам в части того, что сказала Вероника Игоревна. Для того чтобы обеспечить продолжительность жизни и выполнить указы президента, всё здравоохранение должно встать под ружьё. Что делать сейчас срочно? Может быть, это несколько проблемное выступление, но тем не менее я хотел бы остановиться на том, что сформирован региональный проектный офис, в котором мы сформировали строго по тому, как было поручено Минздравом, именно в том объёме: это и центр аналитическо-методического обеспечения, и кафедры, и центр бережливых технологий, и так далее. *(Демонстрируется слайд.)*

У нас заключены соглашения, и я хотел бы сказать, что в отличие, может быть, от коллег, у нас не вуз – регион, а вуз – регионы, их не так много, вузов таких, но тем не менее. С одной стороны, это

достаточно обременительно, с другой стороны, это всё-таки позволяет сравнивать регионы между собой, тем более в рамках Северо-Западного региона. Итак, заключены четырехсторонние соглашения со всеми регионами, согласованы и утверждены алгоритмы взаимодействия. Кстати, даже на алгоритмах взаимодействия очень много спотыкались, поэтому это тоже очень важная работа.

Кроме того, цели и задачи нашего офиса – это аналитическо-методическое сопровождение улучшения доступности и качества медицинской помощи.

И очень важный момент – это повышение уровня квалификации медицинских работников.

Обратите, пожалуйста, внимание на смертность по основным причинам (то, о чём я сейчас говорил). Вроде бы по структуре смертности все регионы так или иначе совпадают со среднероссийскими показателями, но обратите, пожалуйста, внимание, в самой структуре по регионам насколько различаются эти показатели – в несколько раз. *(Демонстрируется слайд.)*

В чем же причина этого? Нам же надо разобраться. И хотел бы обратить ваше внимание, на слайде показана укомплектованность врачебных участков в подразделениях, оказывающих прежде всего первичную медицинскую помощь, и показатели рассчитаны в соответствии с паспортом федерального проекта «Обеспеченность медицинских организаций системы здравоохранения», в том числе с учётом совместительства. *(Демонстрируется слайд.)*

На верхнем графике видна дифференциация регионов по укомплектованности врачами. Причём дифференциация наблюдается как в диспропорции «амбулаторная помощь – стационар» (от 2,92 процента в Вологодской области до 13,72 в Псковской области), так и между регионами, а именно: укомплектованность варьирует от 72,7 в Калининграде до 92-х в Карелии.

Однако так ли это все, если руководствоваться только этим? Конечно, надо смотреть коэффициент совместительства. На графике внизу слева приведены коэффициенты совместительства, рассчитанные по отчётной форме 30 «Сведения о медицинской организации». Как мы видим, они варьируют от 1,1 в Калининграде до 1,6 в Вологде.

Паспортом федерального проекта, как известно, в качестве допустимого установлен коэффициент 1,2. Поэтому мы при проведении фактических региональных коэффициентов совместительства решили сделать такую стандартизацию по этому показателю. Обратите внимание, оказывается, что наиболее благоприятной, практически соответствующей рекомендациям Минздрава является Калининградская область, и насколько она отличается от всех остальных областей.

Ещё более серьёзная ситуация – это укомплектованность по отдельным узким специалистам. Хотел бы обратить ваше внимание на коэффициент совместительства. 2,6 – онкологи, 2,6 – гастроэнтерологи (Псковская область), Вологодская область: 2,3 – онкологи. И, конечно, это не может не отражаться на показателях смертности, если человек работает за трёх специалистов. И, наверное, надо немедленно принимать меры в этих регионах по укомплектованию, по изменению структуры, логистики оказания медицинской помощи.

Что касается маршрутизации, мы также привлекались и также делали маршрутизацию, помогали регионам. Наиболее проблемные вопросы мы выявляли при выезде междисциплинарных бригад именно в Псковскую и в Вологодскую области. И хотелось бы сказать, что очень конкретно и лаконично были поставлены проблемы здравоохранения.

Что делать? Вот мы решили для себя, что мы сделаем шесть новых циклов, которые связаны не просто с ДПО, а исключительно с теми замечаниями и нарушениями, которые мы выявили в тех или иных регионах. Да, это, может быть, не всеобъемлюще, но нам представляется, по крайней мере, что это может решить эту проблему.

Мы договорились с регионами, что эта программа будет обязательная. С сегодняшнего дня такая программа стартовала. Будут первые циклы с 12 ноября, вторые – с 19-го. Кроме того, девять других образовательных программ.

Хочу сказать несколько слов по целевому набору. Все так, да не так. Посмотрите, понятно, что регионы могут давать в разные вузы. Но почему ряд территорий вообще дают целевиков ноль? При таком дефиците кадров разве может быть ноль, коллеги? При этом Калининградская и Вологодская – наоборот, очень приличные цифры.

А ординатура? Вот мы мало рассматривали вопрос. А почему, скажите, пожалуйста, мы закладываем цифры в ординатуру по тем специальностям, которые не столь нужны? Кто рулит вопросами кадрового менеджмента?

И очень интересно наблюдать, какая разная ситуация в регионах в части кадровой политики. Если кадровая политика находится в руках председателя комитета, как выступающего здесь Александра Юрьевича, все идёт нормально, и ситуация улучшается. Если ситуация связана с решением вопроса отделом кадров Комитета здравоохранения, получается вот такая ситуация.

Ну и в заключение один из вариантов, который мы сделали. Мы открыли в Пскове кафедру, которая так и называется – кафедра развития регионального здравоохранения. И хотим, и призываем всех собирать лучшие практики первичного звена по обучению и повышению квалификации.

Благодарю за внимание. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое, Александр Витальевич.

Слово предоставляется Шубиной Марине Эдуардовне, заместителю директора медицинского института Петрозаводского государственного университета. Пожалуйста.

Шубина М. Э. Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич, Татьяна Владимировна, глубокоуважаемые коллеги, позвольте представить информацию медицинского института Петрозаводского государственного университета. Мы, в отличие от всех предыдущих выступающих, относимся к системе образования, поэтому, возможно, у нас определённые нюансы есть, однако мы живём по законам системы здравоохранения.

Итак, проблемами нашей республики являются также дефицит, и наибольший дефицит в первичном звене. Мы видим, что дефицит врачебных кадров составляет на сегодняшний день около 15 процентов. И среди работающих 41 процент – это врачи пенсионного возраста. Отток врачей пенсионного возраста составляет в пределах 60 человек при общем количестве оттока увольняющихся около 200 человек в год. При этом, естественно, приток наших студентов (молодых специалистов) не может покрыть этого дефицита. *(Демонстрируется слайд.)*

На следующем слайде мы представляем тот момент, каким образом мы работаем в рамках целевого приёма. Мы с учётом потребностей региона и потребностей Мурманской, а также Вологодской областей закладываем в свои целевые приёмы около 50 процентов целевых мест и выполняем их.

Что касается ординатуры, то целевые места по ординатуре мы получили лишь в 2017 году, и эта цифра возрастает. Существует ли проблема? Да, существует. И проблема на сегодняшний день по целевому приёму – это обучение целевиков. Во-первых, достаточно низкий проходной балл, учитывая их результаты сдачи ЕГЭ.

Во-вторых, мы получили в последние годы вообще очень негативные элементы. У нас стали отчисляться целевики. В 2017 году у нас отчислены 14 человек, причём пять человек из-за неуспеваемости, и это глобальные отчисления, когда не было возможности предоставить возможность повторного обучения, то есть когда студенты отказались проходить обучение. И при этом в 2017 году на фоне пяти отчисленных по неуспеваемости у нас девять человек расторгли договоры и перевелись в другие вузы. В 2018 году 13 человек отчислены, из них 12 по неуспеваемости и один переведён в другой вуз. Мы не говорим о том, что уровень обучения целевиков ниже, чем студентов, поступающих по общему конкурсу. И, конечно, в этом плане мы ведём большую работу с Министерством здравоохранения по качеству выпускников.

Трудоустройство в среднем составляет 60–70 процентов. У нас 30–35 процентов уезжают в Мурманск, Мурманскую область, и тенденция последних лет заключается в том, что студенты выезжают в Москву и в Санкт-Петербург именно после аккредитационных мероприятий и работают там участковыми врачами.

Что касается нашей деятельности и понимания того, каким образом мы можем содействовать улучшению кадровой ситуации. Конечно, это работа и аккредитационного центра, который мы заявили и с которым работаем наряду с институтами системы здравоохранения, и, конечно, Центра последипломного образования. Также мы активно участвуем в проектах создания новой модели медицинской организации по бережливому производству. Все эти мероприятия как раз с нашей позиции, мы считаем, очень сильное влияние оказывают на поддержание кадрового состава и именно первичной медико-санитарной службы. Дело в том, что мы в рамках бережливого производства провели обучение, которое назвали «Первичный осмотр пациента, диспансеризация». И, как ни странно, первичный осмотр пациента оказался очень востребован, причём врачами не только молодыми, но и уже с опытом работы.

Далее. У нас внедрена система, которая называется «Выезды и телемедицинские консультации», это многофункциональный мобильный консультативно-образовательный центр нашего медицинского института. Результаты достаточно хорошие.

Обратите внимание, здесь на сегодняшний день за 10 месяцев 2018 года мы провели большое количество выездов, осмотрено большое количество пациентов. И речь идёт не о том, что мы хотим отчитаться за количество этих мероприятий, а речь идёт о том, что в этих мероприятиях сначала участвовали врачи опытные, а теперь уже в очень большом количестве желают участвовать врачи молодые, они поняли, что мы формируем содружество между нами, между медицинским институтом и медицинским сообществом системы здравоохранения.

Анкетирование показало все то, что сегодня обсуждали, и все опасения совпали с тем, что сегодня озвучено было во время обсуждений другими выступающими.

Ну и, конечно, волонёрское движение – мы считаем, что это очень важно, потому что мы возлагаем надежды на волонёрское движение и те элементы, которые позволят молодым специалистам раньше прийти в практическую деятельность.

Цели, целевое обучение, конечно, больше ответственности, и это первые наши элементы – прохождение практики на базе тех учреждений, где они в последующем будут работать.

Мы рекомендуем и считаем необходимым введение субординатуры, по крайней мере, на шестом курсе, если нет возможности и не предусмотрено возвращение интернатуры.

Далее. Вовлечение в работу студентов уже в районах, это у нас в Республике Карелия, и, конечно, разработка преференций для врачей, которые работают в первичном звене, это, в том числе, кроме мер социальной защиты и поддержки, конечно, ещё и наставничество. И активизация в нашем случае адресной работы руководителей учреждений здравоохранения с конкретными целевиками.

(Аплодисменты.)

Председательствующий. Спасибо.

Слово предоставляется Корымасову Евгению Анатольевичу, директору Института профессионального образования, проректору по лечебной работе Самарского государственного медицинского университета.

Корымасов Е. А. Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич, Татьяна Владимировна, члены президиума, глубокоуважаемые коллеги!

Вот когда мы сегодня сетуем много раз на то, что непросто идёт процесс подготовки кадров для первичного звена, надо вспомнить о том, что, собственно говоря, никто никому не обещал, что это будет довольно быстро и легко.

В целом система первичной аккредитации после шестого курса зарекомендовала себя хорошо в том плане, что она мобилизовала и самих обучающихся, и самих преподавателей на практическую составляющую педагогического процесса, чего очень часто нам не хватает, порой даже и сейчас.

Показатель обеспеченности Самарской области врачами 37,4 – это неплохой показатель, как и в Российской Федерации. Приятно, что Самарский государственный медицинский университет вносит такой хороший, на мой взгляд, вклад, контрольные цифры целевого приёма для Минздрава в Самарской области увеличились за последние шесть лет в 2,4 раза, но другие цифры заставляют немножко задуматься и порассуждать. При наличии обеспеченности врачами в Самаре, столице губернии – 58 на 10 тысяч населения, по сельским территориям – 19,9. Здесь возникает вопрос, о котором Татьяна Владимировна тоже говорила: 19,9 – это мало или для сельской местности это вполне достаточный показатель, с учётом того, что это первый уровень оказания медицинской помощи?

И здесь, конечно, есть нормативная база, 182-й приказ Минздрава этого года, который помогает рассчитать потребность в кадрах, но, на мой взгляд, здесь большую роль должны сыграть главные внештатные специалисты региональных минздравов. У нас вот в Самарской области их аж целых 172, из них 36 главных внештатных специалистов – это штатные сотрудники Самарского государственного медицинского университета. Кто, как не главный внештатный специалист, лучше всех знает ситуацию по своим профилям?

Три категории выпускников, с которыми мы сталкиваемся.

Не поступил в ординатуру и стал следующего года ждать. Непонятно, что это: страх, лень, инфантилизм, безответственность, желание сесть на шею родителям или семье?

Не поступил в ординатуру, пришёл в первичное звено здравоохранения, совершенно не планируя это делать ранее и не представляя, что это такое.

Самая мотивируемая и самая, пожалуй, нормальная категория: он сразу пошёл в первичное звено здравоохранения, с которым уже был заключён договор о целевом обучении в вузе.

Покажу, как выглядит трудоустройство выпускников после первичной аккредитации. 2018 год, из 705 аккредитованных на данный момент устроилось 172 в первичное звено, но процесс продолжается. Однако могу уже сказать сейчас, что мы уже чуть-чуть обогнали 2017 год. Обращаю ваше внимание, мы выпустили, трудоустроили в первичное звено врачей терапевтов участковых – 101, врачей педиатров участковых – 40, а вот потребность в этих специалистах составляет 231 и 145 соответственно, то есть ещё года три, а то и три с половиной нам понадобится для того, чтобы закрыть потребность в первичном звене. Так почему же мы тормозим? Я для себя сформулировал концепцию четырёх «У»: мы неправильно учим, неправильно удерживаем, неправильно увлекаем и неправильно успокаиваем. Когда я говорю «мы», я не разделяю медицинский университет и Министерство здравоохранения Самарской области, поскольку у нас очень тесное налажено в этом плане взаимодействие, поэтому их проблемы – наши проблемы, наши проблемы относятся к ним, поэтому я в какой-то степени отвечаю за Министерство здравоохранения.

Итак, первая проблема «У» – плохо, недостаточно учим. Чему не учим? Не учим практике. Посмотрите, пожалуйста, итоги государственной аттестации, сравните столбики «тестирование» 2017 и «практические навыки» 2017, и то же самое потом с 2018 – средний балл будет не в пользу практической подготовки обучающихся. Что делать? Учить практике. Если вы посмотрите и свои программы, и наши тоже, то на поликлиническую терапию выделяется всего лишь на пятом и шестом курсах 120 часов самостоятельной работы, это 3,4 процента от общего времени самостоятельной работы, а на амбулаторно-поликлиническую практику на пятом курсе – 144 часа, это 4 недели. Поэтому предложение: увеличить поликлиническую составляющую в циклах обучения и в программах практики, предусмотреть вынесение симуляционного цикла на четвёртый и пятый курсы. Дело в том, что, ну хорошо, мы поднатаскаем наших выпускников перед первичной аккредитацией, но им ведь дальше потом нужно будет работать, когда будет играть роль выживаемость знаний.

Безусловно, здесь важна и роль подготовки ординаторов второго года обучения. По специальностям «Терапия» и «Общая врачебная практика» посмотрите соотношение стационарной и выездной практик. Выездная – это по месту будущей работы. Поэтому предлагаю пересмотреть именно в пользу преобладания времени...

Председательствующий. Добавьте минуту, пожалуйста.

Корымасов Е. А. ...преобладания времени выездной практики и, безусловно, поликлинической составляющей.

Вторая «У» – не удерживаем. Прежде всего, речь идёт о несоблюдении договоров о целевой подготовке. В 2017 году 762 аккредитовано, 162 пришло в первичное звено, по грубым подсчётам, 350 наших выпускников пришло к нам в ординатуру, 50 ещё примерно уехало в другие города. То есть 200 человек мы не досчитались в первичном звене, 55 процентов.

Поэтому как – кнутом или пряником, но в данном случае, наверное, кнутом, поскольку не выполняются договоры. Да, есть федеральные документы, которые подразумевают ответственность обучающихся, и эти же документы необходимо принимать на региональном уровне.

Следующая проблема, третья «У» – не увлекаем. Есть государственная программа развития здравоохранения Самарской области, которая предусматривает целый перечень мер стимулирования, социальной поддержки, и здесь говорилось уже о программе «Земский доктор», «Земский фельдшер», у нас есть областная программа, которая подразумевает выплату 166 тысяч рублей по наиболее дефицитным специальностям при условии отработки не менее трёх лет.

Но, к сожалению, посмотрите, пожалуйста, выживаемость этих выпускников: 84 процента в программе «Земский доктор» и 70 процентов по нашей областной программе. Есть нерешённые вопросы, программа «Земский доктор» не распространяется на выпускников, обучившихся по целевому договору, программа «Земский доктор» не распространяется на лица, которые приезжают в малые города с населением более 50 тысяч. Но там тоже есть кадровая проблема. Поэтому как?

Вот в данном случае увлечь, конечно, надо пряником. Проводятся ежегодные совещания с главами городских округов, уже на этапе обучения в вузе предусмотрен целый ряд выплат при хорошей подготовке, безусловно, создаются благоприятные условия в оплате приобретения жилья, семь муниципальных образований приняли свои программы поддержки врачей. И у нас ежегодно проводятся ярмарки вакансий, где встречаются работодатели с нашими выпускниками. Каждый год это 80 медицинских организаций, 290 студентов и ординаторов. У нас есть центр, Татьяна Владимировна, центр содействия трудоустройству выпускников, который как раз выполняет те функции, о которых вы говорили. Если мы не можем обеспечить первичное звено кадрами, значит, извините, приходите в какой-то степени самим восполнять этот дефицит. А именно курированием сельских районов клиническими кафедрами. 15 кафедр курируют 18 сельских районов, уже в течение десяти лет эта программа у нас реализуется. Выездные форумы работают с участием главных внештатных специалистов.

Лечебная нагрузка сотрудников клинических кафедр – никто её не отменял, и она выполняется именно в этом разрезе, и привлечение сотрудников кафедр к совместительству. Трудоустройство студентов четвёртого, шестого курсов, имеющих сертификат среднего медицинского персонала, на соответствующие должности в первичное звено, и трудоустройство ординаторов, имеющих свидетельство о первичной аккредитации, также в первичное звено.

И последнее «У». Успокаиваем или не успокаиваем. Это вопрос страха, того самого страха неуверенности в собственных силах. Умею, но боюсь делать один. Свой вклад вносят необоснованное создание неблагоприятного образа врача в средствах массовой информации, психологический прессинг со стороны пациентов, администрации лечебных учреждений, различных контролирующих структур. Как успокоить? Понятно, что в кавычках, в хорошем смысле успокоить.

Председательствующий. Евгений Анатольевич, регламент.

Корымасов Е. А. Да, я заканчиваю.

У нас очень хорошо развит институт наставничества, и с 2016 года Минздрав ввёл специальные положения, методические рекомендации, в соответствии с которыми доплачивают наставникам. С 1 января 2019 года выходит постановление правительства Самарской области о мерах по развитию наставнической деятельности, где также будут предусмотрены определённые выплаты. Потому что финансовый фактор никуда не денешь.

И должен сказать, что наш ректор, академик Котельников, получил из рук президента знак отличия за наставничество под номером 001. Это конкурсы профессионального мастерства. Это формирование здоровых профессиональных амбиций, участие в общественных организациях. Задачи поставленные амбициозны, но я думаю, что, как в песне, ещё немного, ещё чуть-чуть – и мы эту проблему должны будем решить. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

У нас с вами ещё четыре доклада, и очень хотелось бы послушать вопросы. Игорь Владимирович, проректор по лечебной работе Оренбургского государственного медицинского университета. Пожалуйста.

Зорин И. В. Глубокоуважаемый президиум, глубокоуважаемые коллеги, позвольте мне не останавливаться на актуальности, а сразу начать излагать проблемы и пути их решения. Укомплектованность врачами в Оренбургской области составляет 40,3 на 10 тысяч населения. Укомплектованность кадрами врачебных должностей в стационарах 61,2 процента, в амбулаторно-поликлинических учреждениях – 71,2. Но тем не менее мы должны с вами сказать о том, что существует дисбаланс между городскими и сельскими лечебными учреждениями. Коэффициент совместительства составляет 1,3, и обратите внимание, что молодые специалисты, врачи, выпускники медицинского университета составляют лишь 28,3 процента от общего количества работающих врачей.

В настоящее время в Оренбургской области дефицит врачей составляет 837 по 65 специальностям. Конечно же, в первичном звене этот дефицит 107 терапевтических участков, 54 педиатрических участка остаются вакантными. Проблема структурных диспропорций кадровых ресурсов заключается в дефиците в амбулаторно-поликлиническом звене. Особенно, конечно, в сельских территориях. Острейшая нехватка врачей, низкое соотношение числа медицинских сестёр и врачей и нерациональное соотношение между числом должностей и числом врачей – физических лиц, о чём здесь уже сегодня говорилось.

Об условиях, сформировавших дефицит кадров в здравоохранении области, уже говорили мои коллеги ранее: это слабая дифференциация оплаты труда в зависимости от его интенсивности и результатов, слабая материально-техническая база, особенно сельского здравоохранения, низкий престиж профессии, слабая мотивация к труду и возрастной состав врачей, что, конечно, снижает качество оказания медицинской помощи и удлиняет сроки её ожидания.

Каковы же причины сохранения дефицита кадров, как мы их видим? Возможность альтернативного трудоустройства, прежде всего, в частных клиниках, увеличение нагрузки, высокий коэффициент совместительства, высокая ответственность и тяжёлое небезопасное, особенно психоэмоциональное, напряжение у наших врачей, низкий престиж профессии и слабая мотивация к труду, отсутствие перспективы профессиональной реализации, особенно это касается врачей, работающих в сельском здравоохранении, отсутствие современной инфраструктуры и комфортных условий проживания для врачей и их семей, ограничение возможности для обучения и развития детей, а подчас и создания семьи, недостаточный имидж и привлекательность отдельных, особенно труднодоступных малонаселённых территорий в нашей области и возможность обеспечить достойное материальное будущее себе и своей семье.

Какие мы видим направления работы по снижению дефицита кадров? Со стороны нашего университета это повышение квалификации медицинских работников, создание дистанционных программ и востребованных программ тематического совершенствования, в частности, были разработаны программы по онкологии, по гериатрии совместно с нашими коллегами. Повышение престижа врачебной профессии и развитие мер социальной поддержки медицинских работников.

Какие же направления работы по сокращению дефицита? Это управление и планирование, мониторинг численности и состава профессиональных групп здравоохранения на региональном уровне, дополнительные выплаты для участковых медицинских работников и сотрудников скорой медицинской помощи. И, безусловно, формирование оптимальной структуры медицинских кадров, ориентированной на новые потребности системы здравоохранения, планирование поступлений совместно с региональным минздравом и медицинским вузом. Регулирование состава последипломного медицинского образования с акцентом на наиболее дефицитные врачебные специальности и контроль над трудоустройством выпускников медицинского вуза.

Мы предлагаем внести изменения в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения» в части решения вопроса с программой «Земский доктор», уточнение сроков давности действия исполнения обязательств по договору о целевом обучении.

Упрощение процедуры внесения изменений в региональный регистр вакантных должностей, увеличение индексации суммы единовременной компенсационной выплаты, внесение изменений в федеральные законы № 323-ФЗ и № 131-ФЗ в части уточнения полномочий муниципальных образований по созданию условий для оказания медицинской помощи населению в соответствии с территориальной программой государственных гарантий, в частности, приобретение и строительство жилья, покупка автомобильного транспорта.

Каковы же должны быть меры социальной поддержки? Безусловно, на первом месте предоставление возможности приобретения жилья. 60 процентов молодых врачей и 55 наших студентов отметили его первоочерёдность.

На втором месте выплаты, повышение заработной платы, единовременная компенсационная выплата.

На третьем месте возможность социального и профессионального роста: если молодой специалист себя зарекомендовал хорошо, у него должна быть возможность «лифта», для того чтобы он был востребован на втором или третьем уровне оказания медицинской помощи. А такие меры поддержки, как компенсация аренды жилья, предоставление кредитов, к сожалению, в настоящее время не востребованы.

Основная задача нашего вуза, безусловно, подготовка медицинских кадров. На данном слайде вы видите, что 62 процента учащихся химико-биологических классов стали в этом году студентами медицинского университета, и численность наших студентов с каждым годом растёт. *(Демонстрируется слайд.)*

Обратите внимание на этот слайд: из 424 студентов 52,4 – целевики, и эта цифра стабильна на протяжении последних лет. Если мы посмотрим на структуру в разрезе факультетов, то наибольшее количество целевиков обучается на лечебном факультете – 33 и 44 на педиатрическом факультете.

И то, о чём мы с вами говорили, – наставничество. Мы организовали для студентов шестого курса лечебного и педиатрического факультета практикум. 288 часов, четыре недели, каждый семестр они выходят в амбулаторную службу, где работают под руководством участкового педиатра и участкового терапевта. Они все те знания, которые получают, всё то портфолио с клиническими рекомендациями, стандартами оказания медицинской помощи, экспертизы временной нетрудоспособности реализуют на данном практикуме.

Мнение студентов – 92 процента поддерживают его. И теперь врачей – 83,4 процента участковых врачей удовлетворены работой со студентами и считают необходимость такого практикума.

По поводу мониторинга трудоустройства. Из 471 выпускника в настоящее время лишь 88, к сожалению, пришли в практическое здравоохранение нашей области. Если мы с вами посмотрим, то это 28 терапевтов и 24 педиатра. Конечно, это не покрывает тот дефицит, который у нас сформировался. А 75 из 471 вообще уехали за пределы Оренбургской области, предпочитая Москву, Петербург или поступление в ординатуру.

Что касается приёма в ординатуру, то из 260 поступивших в настоящее время 77,3 процента тоже являются целевиками.

Ну и, наконец, траектория профессионального самоопределения – это, безусловно, работа клинических кафедр, начиная с первого курса. У нас есть программа «Знакомство с Оренбуржьем», когда студенты выезжают, начиная с первого курса, в лечебные учреждения на территории Оренбургской области и знакомятся с работой, это ярмарка вакансий, которая будет 15-го, и распределение, которое тоже имеет место быть в апреле следующего года. Ну и, безусловно, это совместная работа с министерством здравоохранения Оренбургской области по мониторингу трудоустройства, планирование на основе полученных результатов потребности в специалистах. И мы обречены на сотрудничество, также не делясь с практическим здравоохранением на практическое здравоохранение или науку.

Благодарю за внимание.

Председательствующий. Спасибо большое.

Слово предоставляется директору Института профессионального образования Сеченовского университета Ших Евгении Валерьевне.

Ших Е. В. Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич, глубокоуважаемые коллеги!

При подготовке к данному «круглому столу» мы проанализировали учебные планы дисциплин в рамках специалитета, в которых преподаётся первичная медико-санитарная помощь. И нужно сказать, что достаточно разнообразно в разных дисциплинах представлены блоки преподавания. Вы видите, что в учебном плане терапевтических дисциплин достаточно много часов. Я не буду подробно останавливаться, все уже очень устали. В учебном плане хирургических дисциплин блок преподавания достаточно большой, почти тысяча часов и учебные практики. Это учебная практика и производственная практика, достаточно много часов. Но мы с вами знаем, что успех преподавания не всегда зависит от программы, от количества часов, он зависит и от квалификации преподавательского состава, от исходного уровня студентов, от их мотивации.

Нужно сказать, что результаты мы на сегодняшний день оцениваем по аккредитации, и вы видите, что в 2017 году у нас 42 выпускника не прошли аккредитацию, в 2018 году 67 выпускников не прошли аккредитацию. И анализ нам показал такие же результаты, которые озвучивала Татьяна Владимировна. Наибольшее количество выпускников не смогли написать тестирование.

Но нужно сказать, что аккредитация – процедура ещё достаточно молодая, она очень трудоёмкая, она совершенствуется, и проводим мы аккредитацию выпускников лечебного профиля всего два года, и выводы делать, мне кажется, ещё рано.

Мне хотелось бы сказать, что анализ учебных планов показывает, что на сегодняшний день мы не считаем необходимым менять эти учебные планы, увеличивать количество часов или отдельно вводить дисциплину «первичная медико-санитарная помощь» для того, чтобы улучшить качество.

Спасибо большое. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое.

Слово предоставляется Шиповой Валентине Михайловне, главному научному сотруднику Научно-исследовательского института общественного здоровья имени Семашко.

Шипова В. М. Спасибо.

Уважаемые коллеги, в каждом пункте, в каждом практически пункте указа президента я вижу вопрос о нормировании труда. Не буду вам озвучивать, не буду это рассказывать, я скажу только на двух примерах.

Сегодня Татьяна Владимировна нам озвучила такую цифру дефицита кадров, вы помните, 22 тысячи врачей, это в целом. Вот каждый сейчас сможет посчитать: мы берём только врача-терапевта участкового, мы берём численность взрослого населения и делим на 1700, и получается 80 тысяч. А фактически у нас 35 тысяч врачей участковых и 11 тысяч, там с копейками, врачей общей практики, то есть всего у нас 46, а нужно 80.

Даже с коэффициентом совместительства, как сегодня было сказано, 1,1, всё равно 30 тысяч не хватает, это только врачей-терапевтов участковых. И тогда возникает вопрос: вот нам дали эти два приказа, великолепные по своей конструкции, по идеологии, методика великолепная, но когда её начинают применять в регионах, то тогда вопрос: а какие штатные нормативы мы применяем, какие? Вот я на этом примере показала, что, наверное, несколько другие.

Теперь посмотрите этот рисунок. У нас что в системе нормирования труда? У нас есть положение о порядке оказания первичной медико-санитарной помощи, это два приказа: для взрослого один, второй – для детского населения. И одновременно о порядке оказания медицинской помощи. И вы посмотрите, вот врач-невролог: в одном приказе сказано, что он на 20 тысяч, а в другом – на 15. Разница небольшая, но она есть. А посмотрите – инфекционист, разница в 2,5 раза. Так какие нормативы по труду мы применяем? Следующий слайд по детскому населению. Смотрите, врач-дерматолог, ортопед: по одному приказу, по такому обобщающему, там немножко по-другому, на 10 тысяч детей, но пересчитать всегда можно. Значит, вы посмотрите, какая разница. И возникает вопрос: что же мы принимаем за норму?

У нас есть нормы времени на посещение, у нас есть число должностей, которые мы сейчас сказали, неизвестно какое брать. Нормы времени на посещение. Когда читаешь этот приказ, то такое впечатление, что над нами ангелы летают: 22 минуты у врача-невролога, 22 минуты у акушера-гинеколога, 44 минуты у врача терапевта-стоматолога. Вот так написано в приказе. Сколько я ни спрашиваю аудиторию, где-нибудь применили эти типовые нормы времени? Да, можно делать коррекцию. Вот и делают коррекцию, и получается, что врач-невролог не 22 минуты, а у нас же есть ещё посещаемость. И если нормы времени увеличены, то надо либо увеличить численность, либо уменьшить число посещений.

Число посещений. У нас с 2013 года вообще нет нормативного числа посещений. Мы перешли на обращаемость, и с тех пор шесть лет у нас нет ни того, ни другого нормативного числа. Ну, может быть, за шесть лет не очень изменились, хорошо, возьмём те, что есть. И вот так, если пойти по каждой специальности, и по каждой специальности дефицит-то разный и, может быть, он совсем не такой. Всё это говорит о том, что нужно сделать перезагрузку всех штатных нормативов. Вот это самое главное сейчас, по крайней мере, в нормировании труда, так как я вижу главную проблему.

И вторая проблема. Вот я привела те документы отраслевые, которые действуют сейчас, это по вспомогательной службе. Вы посмотрите, они все прошлого века! Все. Один только или два по серодиагностике, там есть какой-то 2001 года. Это значит, нормативы того времени, когда смотрели в микроскоп. Что такое 380-й приказ по лабораториям? В микроскоп смотрели, а теперь автоматизированная система, а нормативов нет. А по УЗИ вообще нет нормативов практически, штатных нормативов вообще нет. Вот такая у нас система нормирования труда.

Я вас не буду задерживать, я только скажу, что я буду очень довольна, если наши предложения войдут, это как бы проект предложения. Если они войдут, то тогда окажется, что нужно пересматривать штатные нормативы все, потому что есть приказ Минтруда, который носит межотраслевой характер и который говорит о том, что пересматривать типовые штаты нужно каждые пять лет. Основные приказы о порядках – это 2012 год, сейчас 2018-й, 2017-й мы уже пропустили.

И больше всего я обращаюсь, конечно, к Министерству здравоохранения в этом плане, потому что этот пересмотр крайне необходим.

И последнее. Сегодня очень много говорилось о повышении квалификации, об образовании, а ведь у нас вопросы нормирования труда до сих пор не включены в программу ни дипломного, ни последипломного образования врачей. Мы уже рассуждаем, говорить «маркетинг» или «маркЕтинг», где ударение ставить, берём любой учебник по организации здравоохранения, и нигде нет нормирования труда.

Я вас благодарю за внимание. Думаю, что если даже часть этих предложений войдёт, то, может быть, мы что-то можем изменить в нормировании труда. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое, Валентина Михайловна.

Слово предоставляется профессору кафедры госпитальной терапии Санкт-Петербургского государственного университета Крысюку Олегу Богдановичу.

Крысюк О. Б. Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич, глубокоуважаемые коллеги! Представляю, как тихо ненавидят меня те, кто уже куда-то опаздывает, тем не менее несколько минут вашего внимания я всё-таки займу, так как представляю Санкт-Петербургский государственный университет в качестве профессора, ведущего лечебную работу.

Более 20 лет я практикую именно в звене первичной медицинской помощи или, как её сейчас называют, медикосоциальной, медико-санитарной. И, честно говоря, в 90-х годах, когда вышел в 1992 году 237-й приказ о переводе оказания первичной медицинской помощи в систему общей врачебной прак-

тики семейной медицины, я был свято уверен, что в начале XXI века участковый терапевт, врач-лечебник – стандарт, о котором мы говорили, – канет в Лету. То есть такого специалиста уже не будет, как в большинстве развитых стран мира с высоким уровнем здравоохранения, и мы действительно для первичного звена будем готовить врачей общей практики.

К сожалению, в силу многих объективных причин этот переход полностью ещё не состоялся, но я бы хотел остановиться на аспекте. Студент, который выпустился из вуза и пришёл в поликлиническое звено, может либо прикипеть к клинической работе, либо получить к ней отвращение. И вот тот небольшой мониторинг, который я выполнил по студентам, которые обучались у меня в группах, показал, что те, кто становились участковыми терапевтами, любыми путями пытались сбежать из системы оказания первичной медицинской помощи в специализацию – в лабораторную, в инструментальную диагностику, и понятно, депрофессионализацию, во всяком случае, с их точки зрения. Они забывают многое, чему их учили, превращаются из врачей в медицинских диспетчеров.

Что же касается тех, которые обучались в клинической ординатуре и получили специальность «общая врачебная практика, семейная медицина», – во-первых, они устроились в медицинских учреждениях, где проходили практику, обучались как раз в клинической ординатуре, успели родить детей, вернуться к трудовой деятельности, и единицы даже защитили кандидатские диссертации. К вопросу о выгорании. Там, где присутствует научная деятельность, там, я думаю, выгорания не наступит на рабочем месте.

И второй очень краткий и маленький аспект. Лечебную работу я веду в качестве заведующего отделением реабилитации госпиталя ветеранов войн. Отделение специализируется на реабилитации при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата. Так как ветераны – это люди в основном пожилого и даже старческого возраста, самой старшей пациентке 103 года было, после того как она пришла к нам на реабилитацию и успешно её завершила... Проблема низкоэнергетических переломов как причина эндопротезирования тазобедренного сустава у половины этих пациентов. Вопрос, а где первичное звено? Вообще, гериатрия, как таковая, присутствует в программах подготовки участковых терапевтов, врачей общей практики? Я думаю, что представителям вузов следует обратить на это особое внимание, потому что, если такова ситуация в Санкт-Петербурге, поймите, что больше половины пациентов слово «остеопороз» впервые услышали в отделении. И это XXI век, город, в котором медицина находится на очень высоком уровне. Не дорабатывает первичное звено, врачи первичного звена не говорят об этом с пожилыми пациентами либо относятся к гериатрии как к некоему второстепенному предмету.

Хотелось бы, чтобы благодаря тем, кто находится в поле учебной, преподавательской деятельности, удалось донести это до своих учебных программ.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое. (*Аплодисменты.*)

Уважаемые коллеги, мы завершили те доклады, которые были заявлены.

Кому угодно выступить? Да, пожалуйста, только коротко, пожалуйста.

Из зала. Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемые коллеги!

Поскольку все были сегодня озабочены укомплектованностью первичного звена, ни одного из первичного звена не выступило, я позволил себе взять слово.

Не буду долго утомлять, сначала вас маленько повеселю, скажу, что, думаю, нам не грозит укомплектованность стопроцентная в ближайшее время, учитывая наш гендерный состав и призыв президента максимально повышать, улучшать демографию. Наши девушки, которые приходят, у нас всё-таки 80 процентов практически женщин в первичном звене работают, они быстрее выполняют эту задачу, чем останутся работать на участке, они сами так шутят, говорят, и одного, и второго, а иногда и третьего.

Не успеваем на самом деле их укомплектовывать, поскольку это процесс такой живой и понятный.

Что бы хотелось предложить?

Первое. Если говорить из таких практических вещей. Если мы хотим добиться того, чтобы входящий новый специалист не воспринимался как лишний рот, нам нужно вывести из тарифа фонд оплаты труда в системе обязательного медицинского страхования и вернуться к тому, как это раньше было. Есть нормативы, о которых сейчас говорила замечательно наша одна из коллег, спасибо вам за ту информацию, которую вы сейчас преподнесли, системную такую, по разноречиям в приказах по укомплектованию. Фонд оплаты труда нужно выводить, иначе в противном случае мы никогда не добьёмся какого-то понимания, сколько можно взять, сколько заплатить и как гарантировать в том числе оплату труда.

Второе. Я считаю, что мы тут много говорим о том, что надо врачу дать помощника, мы всё время слышим такое словосочетание: «помощник врача, чтобы появился». Но у нас такого понятия, такой дефиниции, во-первых, нет, а из медсестры помощника врача никогда не сделаешь настоящим. Можно попытаться сделать из фельдшера, но для этого надо, чтобы фельдшер появился на участке, и у нас их сейчас просто нет, их просто не готовят для участковой работы. Я не говорю о ФАПах, я говорю о поликлиниках, которые выполняют большую часть работы, в отличие от ФАПов.

Так вот, для этого нужна одна стандартизированная обучающая программа, программа для колледжей, и их нужно готовить, начинать и уметь. Мы в Новосибирске такой себе эксперимент сделали, 10 лет уже пытаемся этот вопрос решать потихоньку, но нужна системная работа.

Что такое норматив – полторы медсестры на участке? Он же такой у нас до сих пор есть, нам что же, её можно было попилить на участке – полторы медсестры?

Если уж мы говорим о том, что мы должны увеличивать, а не уменьшать, а мы видим уменьшение средних медицинских работников, надо увеличивать реально, по крайней мере, для участковой службы фельдшеров.

Третье. Мне очень понравился вариант с образовательным кредитом, про который Волгоград рассказывал. Да, не все так просто, я понимаю, в том числе и нормативно, но сама идея, которую, наверное, требуется воплощать в жизнь, это приблизительно, её можно сформулировать так: отработала пять лет медсестрой – у тебя льготный образовательный кредит для поступления в высшее медицинское учреждение для обучения на врача. Потому что не секрет, что половина медсестёр всё-таки мечтает стать врачами.

Равно, как если врач отработал, молодой выпускник отработал три, а лучше пять лет участковым врачом, тогда у него должно быть преимущество при поступлении в ординатуру, а не так, как сейчас: только те, кто отличники, те, значит, могут поступить в ординатуру. Нужно создавать эту преференцию после отработки в первичном звене.

Мне не очень понравилось предложение по работе на скорой помощи, что давайте, мол, допустим до скорой помощи.

Я в прошлом году одним приказом принял 25 молодых специалистов на участок. Им действительно страшновато выходить на участок, а мы ещё им на скорой помощи пытаемся сразу разрешить работать. В машине-то нельзя ни с кем посоветоваться. Если в поликлинике можно посоветоваться с кем-то, то в машине скорой помощи это совершенно точно нельзя сделать.

Потом, если им нужно обойтись без ординатуры, то, наверное, после определённого стажа работы на участке, хотя бы год или два отработал, и можно, вероятно, разрешать им работать на участке.

Про наставников, мне кажется, тоже много и долго говорим, нужно единое положение о наставничестве и, безусловно, с финансовым наполнением. И нельзя думать о том, что можно на местах решить эту ситуацию с финансовым наполнением работы наставничества. У кого-то есть возможность в системе ОМС чего-то такого из стимулирующих выплат, а у другого нет. Скажем, в детских каких-то учреждениях так сложится. И поэтому эта оплата должна быть либо из бюджета, либо какая-то фиксированная составляющая в тарифе. В противном случае мы так и будем говорить: хорошо, мы вот будем развивать его, но где-то будет получаться, а где-то будет не получаться.

У меня все. Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое.

Коллеги, есть ещё желание? Да, прошу вас.

Из зала. Сегодня наши коллеги озвучили, что у большинства выпускников институтов, тех, кто немножко поднаторел, приехал на практику, отработал два-три года и уезжает, во всех субъектах на самом деле низкие заработные платы. Сегодня формируются бюджеты многих субъектов. Мы прекрасно осознаём, что бегут из тех областей, где, образно говоря, эти наши основные федеральные законы, в лице бюджета, очень низкие.

Когда я оканчивал институт, я знал, что оперирующий хирург, коим я являюсь сегодня, зарабатывал 180 рублей в Санкт-Петербурге и столько же зарабатывал на периферии, работая оперирующим хирургом. У нас не должно быть такой уравниловки, но у нас не должно быть и так, что из Новгородской области все специалисты бегут в Санкт-Петербург, где зарплата в три-четыре раза выше.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо.

Есть ещё желающие выступить? Пожалуйста.

Из зала. Мне с места?

Председательствующий. Да, с места.

Из зала. Я очень быстро. Я тоже практик, поскольку практики первичного звена начали выступать, я хочу сказать следующее и, в основном, в адрес Министерства здравоохранения.

Я помню у большого ироничного человека: есть ложь, есть наглая ложь и есть статистика. Посмотрев сегодня статистику, мне очень понравилось, что у нас хорошо в селе...

Но когда приезжаешь в село или в муниципальное образование, и на весь район остаётся один педиатр и три терапевта, становится грустно и непонятно, как официальная статистика расходится с реальной картиной.

Здесь очень хорошо сказали, что один терапевт, который принимает за трёх участковых терапевтов, никогда не сможет выполнить наши амбициозные планы, нормальную диспансеризацию проводить, заниматься гериатрией, онкологией. У них и наставничество тоже не выйдет, у них просто на это нет времени и сил.

Поэтому, наверное, нам надо проанализировать и выявить скрытые резервы, и с учётом реальной картины и укомплектованности кадров по работе и их нагрузке составить планы, которые можно будет реализовать.

И следующее. Вы сказали в своём выступлении, что первичное звено – это фундамент. Да, но если фундамент складывать через два кирпича, оставляя промежутки, то весь дом развалится. И ни высокие технологии, ни великолепные клиники не будут работать, если не будут заниматься выявлением и профилактикой первичного звена.

Есть один человек, который чётко знает, как, независимо от специфики региона, укомплектовать первичное звено: Владимир Владимирович Путин, 2005 год, программа «Здоровье», доплата участковым врачам и сёстрам в скорой помощи, стопроцентная укомплектованность.

Давайте мы проконсультируемся с президентом, как нам это сделать, потому что, не укомплектовав первичное звено, особенно в селе...

Мы продлили продолжительность жизни. Проанализируйте, какую часть посещений составляют люди от 60 до 70, от 70 до 80 лет, сколько они койко-дней забирают в стационарах. Давайте мы анализируем и составим нормальный процесс, в котором наше первичное звено и специализированные службы, и третий уровень будут работать эффективно.

И ещё: экономическая выгода в здравоохранении – это очень хорошо. Но мы работаем с жизнью людей. И первичным должно быть качество, удовлетворённость. Мы перестали себя уважать.

Я ценю «Росатом». Но почему они приходят и учат нас, как надо организовать работу? И это только условия. А качество? Вот об этом мы должны подумать.

(Аплодисменты.)

Председательствующий. Спасибо вам, спасибо.

Пожалуйста.

Из зала. Основная масса первичного звена – это женщины. И они, несмотря ни на что, выполняют программу президента по демографии. Но пособие по уходу за ребёнком мизерное, и основная масса из них вышла бы на работу раньше. Но если они выходят на работу раньше, хотя бы на какой-то срок, они сразу теряют это пособие по уходу за ребёнком, если они выходят на ставку. Поэтому они выходят на полставки, на какое-то совместительство, естественно, в коммерческие структуры. И вернуться они к нам в здравоохранение или нет – это вопрос. Надо их поощрять, а не наказывать финансово. Пусть выходят раньше. Только на уровне Государственной Думы можно решить этот вопрос. Хотя бы для врачей. Может быть, и учителей. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо, спасибо большое.

Коллеги, будем завершать?

Татьяна Владимировна, вы хотите что-либо прокомментировать? Сформировался ли у вас крик души? Нет? Я буду завершать.

Уважаемые коллеги! Честно говоря, жаль, нового немного. Я постоянно сопереживал каждому докладчику, понимал весь огромный вал проблем, который стоит перед нами. И, наверное, начиная своё заключительное слово, я ещё раз это скажу – по моему глубокому ощущению, убеждению, те проблемы, которые накопились у нас внутри системы, требуют уже надсистемных решений. Внутри системы мы ещё можем помножить на два, на три, улучшить её внутреннее состояние. Но те послылы, которые сегодня формирует история, реалии, требуют нашего национального, что ли, подхода.

Мы смогли убедить власть на разных уровнях, до муниципалитетов, в необходимости наших общих действий? Наверное, отчасти да, и движение в этом направлении идёт. Мы дали возможность врачам работать, работать с удовольствием? Думаю, ещё не до конца мы это смогли сделать. Мы обеспечили должный высокий уровень врачей, соответствующий сегодняшним требованиям мировой практики, поскольку вы наверняка сами видите – требования к нашей работе возросли до мирового уровня в лечении любых нозологических единиц. Люди знают, как можно лечить, они знают, что является мериллом успеха. И это требование к нам. Мы смогли сделать так, чтобы все доктора имели высокий уровень подготовки? Думаю, что, скорее всего, нет.

Мы привлекли граждан к нашей общей работе, сделали их субъектом права, как говорили сегодня, и вообще участниками заботы о собственном здоровье? Думаю, здесь ещё у нас очень много возможностей. Ну и, конечно, ряд позиций сегодня требует осмысления, но совсем другой нашей общей работы. Мы так воспитаны, нам нужно переходить к прорыву. Это очень важно. Я практически каждый «круглый стол» или парламентские слушания завершаю, обращая на это внимание: кто оценивает работу? Оценку-то кто ставит? Не мы с вами, не управление здравоохранением, не заместители губернаторов. Люди ставят оценку, нравится нам это, не нравится. Мерило нашего успеха – это мнение. И, конечно, настоящие современные социологические опросы, вот эти срезы, они должны нам показать, чего, собственно, хотят люди. Они ведь не хотят, чтобы укомплектованы все штатные единицы. Дело не в этом. Кем они укомплектованы? Насколько есть доверие между социумом и профессиональным сообществом? Это, конечно, требует нашего напряжённейшего ежедневного труда и совершенно новых подходов.

Недавно я обратил внимание на одну историю из Поволжья, которую я просто знал по жизни. Молодой человек по программе «Земский доктор» уехал в село в 400 километрах от областного центра и отдал свои пять лет жизни. При этом ему хватило денег только приобрести автомобиль, вся зарплата уходила на бензин. Он разъезжал в ста километрах, работал всем, кем только можно. При этом его постоянно штрафовали за неспиленные деревья, за непокрашенный забор, за многое другое, что привело его в состояние перманентной агрессии. Он по истечении пяти лет уехал оттуда, хотя, как вы понимаете, за пять лет он узнал весь район и всех людей.

Где управляющий? Я, конечно, доеду до управляющего этим районным здравоохранением, и просто хочется посмотреть ему в глаза. Мы здесь ставим вопросы, и в том числе перед министерством, хотя мы, как депутаты, часто ставим вопросы перед министерством, но я справедливости ради не могу не спросить: на местах конкретные эти неукомплектованные должности, люди, врачи вне любви, медсёстры вне понимания и любви – это чья работа? Я уверен, здесь большинство руководителей, и каждый знает свою клинику, свою больницу, и каждый знает, как формируются коллективы и как кого ты держишь. Это наша работа, каждого. И самое приятное – это переложить это на Минздрав, попытаться, чтобы эта линия, вертикаль власти, дошла до самого последнего участка. Но мы это можем сделать только вместе, я в этом глубоко убеждён.

По селу. Я уже один раз шутил насчёт сельского факультета, но шутил так, с грустинкой. Потому что мы все знаем, что есть не очень «звёздные» сельские парни и девушки, которые учатся на твёрдую четвёрку, но преданы людям, делу и специальности. У каждого из нас были такие однокурсники из села. Они не дотягивают, может быть, до науки, они не поступают в аспирантуру, но они работают с полной отдачей честно и на своей земле, где выросли. Я думаю, нам нужно рассматривать предпочтения сельским ребятам и искать здесь выходы. Я глубоко убеждён, что вот эти трудяги, с позволения сказать, своё место обязательно найдут.

Сегодня много говорили об условиях труда, а сам труд, мы почему его не учитываем? Насколько он интересен для выпускника, который учится в клиниках по высоким технологиям и видит эти коллективы, и поступающих больных, и суперское оборудование, а потом он приезжает, и у него только клиническая диагностика, которой мы его чаще всего уже не так глубоко учим, как раньше. Я уже не говорю о практических задачах, которые перед ним стоят. Это тоже нужно учитывать, это особый героизм и особая миссия, и особый посыл, который необходимо утверждать. Конечно, я считаю, это очень важно.

И в завершение по защите врачей, в принципе, по защите врачей. Я глубоко убеждён, что у нас в этот исторический момент другого пути просто нет, кроме как укреплять и делать истинную, правдивую и честную профессиональную ассоциацию. Это наша основная задача. Что касается профсоюзов... Нам не нужны путёвки и подарки к Новому году. Нам нужно формирование сильных врачебных корпораций, которые сами очищают свои ряды, которые поддерживают высокий уровень профессионального мастерства, но и в обиду себя тоже не дают. Я думаю, что это чрезвычайно важно.

Не зачитывая полностью, передаю вам привет от Леонида Михайловича Рошаля, который сказал, что Национальная медицинская палата полностью за наше движение вперёд.

Спасибо вам большое. (*Аплодисменты.*)

СТЕНОГРАММА
«круглого стола» на тему «Традиционная медицина в Российской Федерации.
Законодательные аспекты».
19 ноября 2018 года.

Председательствует первый заместитель председателя
Комитета Государственной Думы по охране здоровья
Ф. С. Тумусов

Председательствующий. Дорогие друзья, время наступило, 16 часов, поэтому есть предложение начать работу нашего «круглого стола». Нет других предложений? Просим рассаживаться. Разрешите мне по поручению комитета вступительное слово с трибуны.

Уважаемые участники «круглого стола», мы сегодня с вами проводим «круглый стол» на тему «Традиционная медицина. Законодательные аспекты». Фактически у нас по взаимному согласию совместное заседание Экспертного совета по совершенствованию законодательного регулирования в сфере комплементарной медицины Комитета по охране здоровья Государственной Думы и Координационного совета по совершенствованию нормативно-правового регулирования в сфере народной медицины Минздрава Российской Федерации. Олег Олегович сейчас должен подойти.

Я понимаю, что актуальность и своевременность проведения заседания определяются вызовами времени. После ежегодного Послания и майского указа Президента страны Владимира Владимировича Путина, на мой взгляд, коренным образом меняется в целом представление о здравоохранении и будет меняться вся система здравоохранения в нашей стране. Это вызвано тем, что меняется в целом представление о здравоохранении. Если раньше мы здравоохранение в основном идентифицировали с медициной, когда человек приболел, пришёл, пошел, как бы четыре буквы, сегодня поставлена задача, чтобы страна вошла в клуб «80 плюс» по среднеожидаемой продолжительности жизни или, попросту говоря, чтобы каждый гражданин нашей страны прожил не менее чем 80 лет. И эта задача коренным образом меняет всю систему, все представления о системе здравоохранения. Тут сразу появляется необходимость усиления профилактики и реабилитации, там, где как раз традиционная народная медицина традиционно, можно сказать, очень сильна. И мы сегодня поговорим, обсудим вопросы законодательного и нормативно-правового обеспечения вопросов традиционной и народной медицины.

Что касается сегодняшней ситуации с традиционной медициной, то в нормативно-правовых актах до 2012 года было отражено понятие методов традиционной медицины, таких как фитотерапия, гирудотерапия, апитерапия, гомеопатия, медицинский массаж, мануальная терапия, остеопатия, ЛФК, рефлексотерапия, но в связи с ликвидацией положения о лицензировании после 2012 года ни в каких нормативно-правовых актах методы традиционной медицины конкретно не отражены.

Методы народной медицины фигурируют во Всероссийском классификаторе занятий, утверждённом Минтруда Российской Федерации в 2016 году, такие как травничество, натуропатия с использованием пиявок, натуропатия с использованием пчёл, кровопускание, гомеопатия, правки тела, костоправство, цигун-терапия, йога-терапия, китайская акупунктура, иглотерапия. Поэтому перед нами стоят очень большие задачи законодательного, нормативно-правового оформления места и роли методов народной медицины, методов традиционной медицины. И как раз сегодняшний наш «круглый стол» посвящён этим вопросам.

Мы по итогам «круглого стола» должны выработать рекомендации, которые мы с вами направим в адрес Правительства Российской Федерации, Минздрава, естественно, Комитета по охране здоровья Государственной Думы. Нам надо будет создать редакционный совет с тем, чтобы доработать те предложения и замечания, которые будут сегодня высказаны.

Поскольку у нас сегодня очень большой список желающих выступить, а времени просто физически, скорее всего, не хватит, мы обязательно опубликуем все тезисы выступлений в виде брошюры, в виде размещения на интернет-ресурсах, поэтому просьба, если кто-то не успеет выступить, то передать нам, и мы обязательно это применим в нашей дальнейшей работе.

Спасибо. Желаю успехов в работе нашего «круглого стола».

Разрешите слово предоставить Сергею Вячеславовичу Калашникову, члену Совета Федерации. Спасибо.

Калашников С. В. Большое спасибо.

Я думаю, что сегодня очень много будет говориться о том, какое место традиционная медицина занимает в общей системе здравоохранения. Я напомню только о некоторых парадоксах традиционной медицины.

Во-первых, она находится... вернее, скажем так, её атакуют с двух сторон, и она отбивается и налево, и направо. С одной стороны – доказательная медицина, то есть все, что не повторяется, недоказуемо, значит, не работает. Напомню, что даже при регистрации лекарственных препаратов нужно не просто дать клиническое доказательство эффективности этого препарата, но ещё и описать механизм действия этого аппарата. Существует достаточно большой класс препаратов, в том числе и российских, которые не регистрируют как лекарства, потому что неизвестны механизмы их действия, взять те же самые пептиды.

На мой взгляд, такой подход, жёсткий подход, не является оправданным. Я ещё раз сошлюсь на опыт присутствующих здесь медиков: столько непонятного, столько сложного, столько неоднозначного в организме человека, что эти жёсткие требования доказательства, скажем так, в очень большой степени преувеличены. Это следствие нашего научно-технического мышления XX века, когда предполагалось, что инженер может все.

Коллеги, пришло понимание, что такое жёсткое отношение к традиционной медицине не совсем оправданно, достаточно сослаться на резолюцию ВОЗ 2014 года по программе развития традиционной медицины до 2023 года, где чётко говорится, что традиционная медицина является в общемировой практике непременным элементом, встроенным в систему национального здравоохранения. Я могу сослаться на резолюцию БРИКС 2017 года, которая гласит, что необходимо законодательное обеспечение в рамках стран БРИКС использования традиционной медицины.

То есть, другими словами, на сегодняшний день и среди законодателей, и среди практиков приходит понимание того, что доказательная медицина и традиционная медицина не противоположны друг другу, это не разные медицины, это одна и та же медицина, но место традиционной, к сожалению, не определено.

Некоторые считают, что это чисто дополнительная медицина, и это вполне возможно, потому что все, что касается профилактики болезней, реабилитации, тут никто не будет спорить, что традиционная медицина здесь может играть колоссальную роль, в том числе и в общем здравоохранении. Но некоторые спрашивают, почему только дополнение, когда многие методы традиционной медицины, то же самое костоправство, которое здесь упоминалось, являются крайне эффективными, впрочем, как и другие виды терапии, традиционной медицины.

Но есть и другая опасность, с другой стороны. В соответствии с формулировкой современного законодательства, 323-й закон, в соответствии с перечнем профессий у нас любой экстрасенс, любой биоэнергетик тоже является врачом, тоже лечит, ему тоже несут деньги. Количество шарлатанов в этой области, на мой взгляд, превалирует над всеми возможными видами шарлатанства. Если мы не отсечём явных жуликов – а я их, когда имею возможность с ними общаться, называю прямо в глаза жуликами, – то мы не сможем стать на крепкую почву нормального использования методов традиционной медицины и всего того опыта, который существует.

Возникает вопрос: практика, она вроде бы все разрулит. Коллеги, мы живём в России, в России определяющим является закон. Как яхту назовёшь, так она и поплывёт. Поэтому я глубоко убеждён из своего собственного опыта, что развитие традиционной медицины самым непосредственным образом зависит от того, будет или нет и как скоро принято соответствующее законодательство. Ничего, на мой взгляд, не будет, пока нормально не будут определены рамки, возможности, требования, квалификационные характеристики, способы аттестации и прочее, прочее. Никаких проблем нет, у нас есть опыт других стран, традиционная медицина и доказательная медицина прекрасно уживаются в огромном количестве стран. Всем известен опыт Китая, Индии, Южной Кореи, Японии, где они прекрасно сосуществуют. Я не говорю, что нужно брать кальку использования методов организации лечения, когда, например, как в Индии, одновременно лечат врач западного образования и врач аюрведы. Не надо брать систему китайскую, где первые три курса – это общие программы медицинского образования, а потом идёт специализация дополнительная. Но, коллеги, на базе нашего национального законодательства и нашей практики мы понимаем, как можно решить эту задачу, и необязательно решать её сразу в целом. Вот у нас тоже есть одно стремление – сразу издать один закон на все времена и всё, не отработав ничего. Степ бай степ, здесь может быть гармошка законодательных актов, которая бы приближала нас к институционализированию традиционной медицины.

Коллеги, вопросов, конечно, больше, чем ответов, и у каждого из вас есть накопленный опыт и что сказать. Единственная просьба у меня уже с точки зрения законодательства – пожалуйста, формулируйте в своих выступлениях сразу те узкие места, которые мешают вам работать, и возможный способ их расшивки в нормативном регулировании, исходя из того, что доказательная медицина и традиционная медицина – это не разные медицины, это лечение одного и того же человека разными методами. А то, что каждый врач, я имею в виду европейский врач, помимо протоколов лечения метагагается ещё и на свою интуицию – наглядный пример того, как традиционная медицина входит в нашу практику всегда.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо, Сергей Александрович.

Разрешите слово предоставить Ольге Николаевне Епифановой, заместителю Председателя Государственной Думы.

Епифанова О. Н. Добрый день, уважаемые коллеги! Рада приветствовать вас от руководства Государственной Думы!

Я очень признательна нашему профильному комитету, председателю Дмитрию Анатольевичу Морозову, моему коллеге Федоту Семеновичу Тумусову и всем присутствующим в зале за внимание к этой очень интересной проблеме, которая вынесена сегодня в повестку дня.

У нас часто термин «традиционная медицина» рассматривается как синоним медицины народной. Многие народы в течение длительного времени аккумулировали знания, навыки и традиции врачевания. Их методики уникальны, результаты порой ошеломляющие, и хотя я не специалист, но предполагаю, что они могут служить прекрасным дополнением к медицине официальной клинической. Могу привести пример. В 2012 году я была в командировке в Республике Корея, и по программе визита мы посетили государственную клинику в Сеуле, где совмещена и клиническая, и традиционная медицина. Они так и говорят: западное крыло корпуса больницы – это западная медицина, а в восточном крыле – восточная.

Так вот, на сверхсовременном аппарате делается операция по выжиганию опухоли мозга, буквально её превращают в уголёк. А затем с помощью травяных отваров, минералов, природных биодобавок, короче, методами традиционной восточной медицины они этот уголёк рассасывают без следа и полностью восстанавливают организм болевшего человека. И пациент практически получает вторую жизнь.

Здесь можно упомянуть и уникальный центр восточной медицины Республики Бурятия, который специализируется на восточных методах диагностики и лечения в сочетании с современными технологиями, центр тибетской медицины в Екатеринбурге на базе «УГМК-Здоровье» в прекрасной современной клинике, куда я сама ездила в марте этого года, для того чтобы получить лечение тибетских врачей после не очень удачной операции на колене.

Что уж там говорить, я тоже пациент народной медицины. Я была в Индии в штате Керала и делала панчакарму, была в Пекине в государственной тибетской клинике, возила свою маму, которой не могли помочь наши врачи. И везде – ну, к шарлатанам не ходила, но вот в такие всем известные места ездила, – и везде получала на самом деле ту помощь, и даже больше, которую хотела получить.

Уважение к достижениям народной медицины подтверждается также наличием в Минздраве соответствующего координационного совета. Неслучайно Всемирная организация здравоохранения рекомендовала всесторонне поддерживать и развивать народную медицину. С декабря 2015 года проводятся конгрессы по традиционной медицине в странах ШОС, БРИКС и ЕАЭС. И, насколько мне известно, проведение очередного конгресса запланировано на декабрь этого года. Все это говорит о том, что традиционная народная медицина занимает свою устойчивую нишу в системе жизнеобеспечения. Разумеется, такая деятельность должна лицензироваться. Разумеется, принимаемые методы, приёмы, снадобья должны быть проверены на безопасность. Да и границы понятий, отделяющих друг от друга разные ветви медицины, должны быть более чёткими, терминология должна обладать большей однозначностью, вызывать меньше споров. Все это нужно сделать обязательно, и законодатели должны ясно понимать свою роль в этом деле.

Так что тема сегодняшнего обсуждения действительно очень интересна. И я от души желаю вам успехов в вашей работе. К сожалению, я сама не смогу присутствовать на «круглом столе», но стенограмму вычитаю до каждого слова.

Благодарю за внимание. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо.

Разрешите предоставить слово Олегу Олеговичу Салагаю, заместителю министра здравоохранения Российской Федерации. Пожалуйста, Олег Олегович.

Салагай О. О. Глубокоуважаемые Федот Семенович, Сергей Вячеславович! Уважаемые коллеги!

По-моему, сейчас было очень красноречиво сказано Ольгой Николаевной, что традиционная медицина на протяжении многих веков, многих лет аккумулировала знания в области лечения человека. И, конечно, мы с вами не можем пренебрегать этим опытом и этими знаниями. Мы должны в максимальной степени использовать их на благо пациента. При этом традиционные знания – это не синоним «эффективные знания», традиционное лечение – это не синоним «эффективное лечение». Но и обратное тоже утверждать о традиционной или народной медицине нельзя. И вот, сказав в одном предложении и про народную медицину, я как раз хотел бы привлечь ваше внимание к тому самому противоречию, с которого некоторое время назад мы начали нашу работу по регулированию традиционной медицины в Министерстве здравоохранения.

Как вы знаете, законодательство Российской Федерации на протяжении длительного времени сохранило в себе указание на народную медицину. Вместе с тем, анализ и регуляторного поля, анализ существующих практик показывает, что то, что называется народной медициной в контексте российского законодательства, не в полной мере может распространяться на традиционную медицину, на те тра-

диционные медицинские системы, которые достаточно широко применяются во всём мире. Именно поэтому по поручению Министра здравоохранения Российской Федерации Вероники Игоревны Скворцовой в министерстве был создан координационный совет по регулированию народной медицины, который включил в себя не только чиновников, не только юристов, но и ведущих специалистов собственно по традиционной медицине, тех людей, которые как раз подсказывают нам, каким образом подобрать правильные модальности регулирования для традиционной медицины.

И вот работа координационного совета (я могу уже, наверное, некоторые промежуточные итоги подвести в этой аудитории) показала, что существуют несколько принципиальных блоков проблемы. Первая из них – это то, что сегодня уже звучало, и об этом говорил Сергей Вячеславович, – это само наименование традиционной медицины. Или комплементарная медицина, или народная медицина – какое понятие должно быть правильным в текущей ситуации в Российской Федерации, имея в виду тот опыт, который есть за рубежом? Мы пришли к выводу о том, что сама статья 50 действующего закона должна быть преобразована, и в ней должны быть разделены народная медицина и традиционная или комплементарная медицина, опыт которой, методики которой могут применяться при лечении пациентов в академической медицине.

Ещё один вопрос, который, наверное, действительно должен ещё найти свой ответ, – это вопрос о требованиях к квалификации тех профессионалов, которые занимаются работами в сфере традиционной, комплементарной медицины. И здесь, коллеги, конечно, мы очень рассчитываем на ваши предложения, каждое из выступлений сегодня я буду внимательно слушать, и надеюсь, что, как уже сказала Ольга Николаевна, все будет завершаться какими-то конкретными предложениями. Вот эти конкретные предложения мы будем стараться проанализировать в работе нашего координационного совета и максимально имплементировать в законодательство.

Конечно, нельзя оставлять в стороне вопрос, связанный с регулированием лекарственных препаратов. Это то, что вызывает немало дискуссий, но я думаю, что все присутствующие согласятся, что любой лекарственный препарат, который применяется у пациента, должен быть эффективен и безопасен. Это то требование, которое должно быть неизменным. Поэтому, коллеги, я, конечно, не буду останавливаться на всех тех проблемах, которые у нас есть, вы знаете их ничуть не хуже меня. Я очень надеюсь, что сегодняшняя наша с вами «круглый стол» станет очень практическим не в целом обсуждением, а получением конкретной обратной связи, конкретных предложений, которые мы сможем использовать.

И в заключение я хотел бы поблагодарить Комитет по охране здоровья Государственной Думы и, конечно, персонально Федота Семёновича Тумусова, который уделяет очень большое внимание этой работе и является членом нашего координационного совета в Министерстве здравоохранения. Поэтому большое спасибо, уважаемые коллеги, давайте работать.

(Аплодисменты.)

Председательствующий. Спасибо, Олег Олегович.

Разрешите предоставить слово Юрию Викторовичу Кобзеву, депутату Государственной Думы, члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья.

Кобзев Ю. В. Уважаемый президиум, уважаемые коллеги!

Я являюсь представителем классической медицины, но с глубоким уважением отношусь к традиционной медицине, и поэтому ещё на своём, скажем так, старте практической деятельности проходил такие курсы, как клиническая гомеопатия, заметьте слово «клиническая гомеопатия», «клиническая фитотерапия». И до сих пор, находясь уже здесь, в стенах Государственной Думы, не могу чётко представить, как должен человек, который владеет этим методом, получить разрешение на законное занятие данным видом деятельности. Потому что то, что мы предложили в действующем законодательстве, когда человек, владеющий методом, должен предоставить документ, так называемое ходатайство от профессиональной медицинской ассоциации, ключевые слова «медицинской», «профессиональной», – это практически невозможно. Всё, с чем я сталкивался, это люди, работающие на свой страх и риск.

Поэтому, прежде всего, все предыдущие докладчики сказали, что нам необходимо законодательно определить, чем же мы всё-таки занимаемся, чтобы эти занятия были законными и, самое главное, шли на благо людей.

Профессионализм во всех сферах очень важен, поэтому вопросы законодательства – это, прежде всего, наше с вами взаимодействие профессионалов со стороны здравоохранения и юристов. Я бы хотел, чтобы в рамках моего регламента вы услышали доклад профессионального юриста, моего помощника Полины Георгиевны Габай, где мы, собственно, и рассматриваем, какие же необходимо ввести дефиниции в понятие, что такое у нас народная медицина.

Спасибо, коллеги. *(Аплодисменты.)*

Габай П. Г. Здравствуйте, все присутствующие!

Спасибо большое за возможность выступить.

Я бы хотела сегодня рассказать о проблемах определения народной медицины. В частности, основные вопросы, которые здесь имеют место быть: что такое народная медицина и чем она отличает-

ся от основной медицины, от классической медицины, с одной стороны, и от религиозно-магических практик, с другой стороны.

Я напоминаю о том, что с 2012 года данные методы более не лицензируются в качестве медицинской деятельности, поэтому теперь согласно основам законодательства на практику народной медицины нужно получать соответствующее разрешение.

Как мы видим, буквально в нескольких субъектах Российской Федерации имеется соответствующий административный регламент, в соответствии с которым такие разрешения могут быть выданы. Но многие регионы не выдают эти разрешения, поэтому данный факт значительно осложняет применение методов народной медицины, а, проще говоря, переводит её в теневой сектор.

Что мы имеем дальше? Определение, которое имеется в основе законодательства. Все его прекрасно знают, я выделю основные реперные моменты, что народная медицина – это методы оздоровления, утвердившиеся в народном опыте. К сожалению, тут больше вопросов, нежели ответов. Потому что если народная медицина – это методы оздоровления, можем ли мы здесь поставить знак равенства, что это методы лечения и профилактики? Конечно, мы имеем здесь вопрос, потому что лечение и профилактика – это уже медицинская деятельность. А народные методы диагностики, могут ли они быть отнесены к методам народной медицины? Данное определение не даёт на это ответов.

Возвращаясь опять к данному определению, мы видим слова «утвердившиеся в народном опыте», но что, во-первых, понимать под народным опытом? Во-вторых, это должны быть обычаи, распространённые на территории всего субъекта Российской Федерации, либо достаточно, чтобы они были распространены среди граждан, например, одной национальности? То есть определение однозначно не отвечает на этот вопрос.

А можно ли считать народным опытом те методы оздоровления, которые распространены среди жителей буквально двух-трёх населённых пунктов? А среди жителей одного населённого пункта? Кроме того, что такое «утвердилось», мы также из этого определения не понимаем, должны ли эти методы использоваться на протяжении ста лет, двухсот лет и так далее? То есть эти вопросы висят в воздухе. Но мировая практика знает, что имеют место быть иногда неопределённые дефиниции. Но данные дефиниции всё-таки расшифровываются решениями высших судов. Пока что в Российской Федерации мы этого не имеем в данной области.

Например, в Англии, как известно, в английской правовой системе имеется такая норма, согласно которой местные обычаи имеют норму закона, если они были приняты с незапамятных времён. «С незапамятных времён» в Англии – границей считается 1189 год. Даже было известное дело Симпсона против Уэллса, по которому обычаем XIV века не был принят в качестве закона, потому что XIV век, соответственно, это уже позже, чем 1189 год.

Поэтому в Российской Федерации пока что так утвердился конкретный метод – это принимается индивидуально на уровне субъекта Российской Федерации. То есть абсолютно очевидно, что эта ситуация недопустима.

Если мы говорим о разграничении народной медицины и профессиональной медицины, то здесь стоит обратить внимание на ОКВЭДы (общероссийский классификатор занятий), в котором мы видим, что специалистов, которые занимаются народной медициной, можно разделить на два направления. Мы имеем два кода. Один код отвечает за врачей народной медицины и целителей, второй – за высококвалифицированных целителей и практики альтернативной народной медицины.

Начну вкратце с группы номер один. Это врачи народной медицины, целители. ОКВЭД говорит о том, что они могут заниматься, в частности, назначать лечение с помощью лекарственных трав, но при этом стоит обратить внимание, что фитотерапия входит в номенклатуру медицинских услуг, утверждённую приказом Минздрава № 804. Поэтому в данном случае не очень ясно, к какой всё-таки группе мы можем относить эту методику. Кроме этого, применение растений часто включает использование сильнодействующих и опасных веществ, что может причинить вред человеку, это не нуждается в дополнительных разъяснениях.

Костоправы, как их сегодня ещё называли, и данные методики также – по вправлению и исцелению переломов и вывихов костей – входят в приказ Минздрава № 804, номенклатуру медуслуг, то есть опять мы не видим этой границы, а, наоборот, имеем смешение данных методов. Также указано, что целители могут заниматься, консультировать по вопросам питания, необходимого для улучшения здоровья, но очевидно, что Росздравнадзор может прийти к такому целителю и поинтересоваться, есть ли у него сертификат по специальности «диетология».

Психотерапия – в ОКВЭД также указано, что лечение психических заболеваний человека относится к деятельности врача, народного целителя. Безусловно, психотерапевтические аспекты зачастую неотделимы от религии, здесь мы переходим к следующей проблеме – что применение методов народной медицины, как указано в ОКВЭД, часто основано на верованиях определённых народов, поэтому здесь мы также не видим границы, где заканчивается народная медицина и начинается религия.

Однако в основах законодательства мы вынуждены обратить внимание, что к народной медицине не могут относиться определённые услуги оккультно-магического характера и совершение религиоз-

ных обрядов, то есть или одно, или другое, параллельно данные вещи существовать не могут. В результате всей этой неразберихи значительная часть самобытных и уникальных методов народной медицины, которые мы видим среди представителей малых народов Крайнего Севера, Сибири, остаётся под угрозой и невозможностью реализации, по крайней мере, на законных основаниях.

Далее, сейчас буквально пролистаю несколько слайдов, времени мало. Вторая группа целителей – высококвалифицированные целители, в ОКВЭД указано, что ими могут использоваться такие методики, как иглоукалывание, гомеопатическая медицина, аюрведическая медицина. Но мы все прекрасно знаем, что иглоукалывание может навредить человеку, и на сегодняшний день легализация данной методики проходит через лицензирование медицинской деятельности как рефлексотерапия, а не через получение разрешения на народную медицину.

То же самое относится и к гомеопатии, которая на сегодняшний день в основном применяется врачами, которые имеют высшее медицинское образование. И массаж ещё, это, конечно, классическая проблема, потому что существует очень много разных видов массажа. В 2013 году в письме Минздрава было следующее разъяснение касательно тайского массажа, что он всё-таки является медицинской услугой. Там было указано, что нужно ещё оценивать определённые методики, цели этого массажа, но в общем и целом любой массаж на сегодняшний день можно отнести к медицинской услуге, практически любой, что также недопустимо.

И наши предложения, программа минимум и программа максимум. Программа максимум сложно реализуема, это отдельный федеральный закон о народной медицине либо, может быть, она называться будет иначе, но смысл такой.

Программа минимум более реальна, это уточнение дефиниций народной медицины и определение, которые указать в основах законодательства, должна быть отсылка к подзаконному акту, но, скорее всего, это приказ Министерства здравоохранения, который бы содержал расширенный перечень видов деятельности, которые являются народной медициной, на занятия которой выдаётся то самое разрешение.

Но я говорю о том, что этот перечень видов федеральный, он должен быть единый для всех, но он должен быть открытый. На наш взгляд, данный перечень нужно оставить открытым, с обязательным указанием, что органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации могут устанавливать дополнительный перечень видов деятельности, относящейся к народной медицине определённого субъекта. Желательно также, как мне кажется, дать ссылку на то, что разрешение выдаётся на основании определённого порядка, потому что до сих пор пока единого порядка нет, и это приводит к тому, что во многих субъектах его просто не существует. Поэтому этот порядок также следует восстановить на федеральном уровне одновременно с принятием всех этих поправок в основу законодательства.

Ну и последнее. На уровне субъекта мне кажется, что нужно оставить возможность дополнять методики и практики народной медицины, потому что границу как раз между оккультно-магическими услугами и народной медициной смогут восстановить местные власти, знакомые с этнографическими, религиозными, культурными и иными особенностями определённого региона. И поэтому эта черта как раз и может установить, где заканчивается народная медицина и начинается религия.

Благодарю вас за внимание. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо.

Разрешите предоставить слово Иринчею Эдуардовичу Матханову, советнику главы Республики Бурятия. Подготовиться Егорову.

Матханов И. Э. Добрый день! Я тоже хочу всех поприветствовать.

Буквально совсем недавно, пять лет назад, в стенах Государственной Думы начали говорить о проблемах и о том, что востребованность традиционной медицины развивается, идёт. И сегодняшняя конференция, где участвует такое большое количество народа, ещё раз подтверждает, что эта проблема актуальна, и эту проблему надо решать.

Я приехал из Республики Бурятия. У нас есть Центр восточной медицины Министерства здравоохранения Российской Федерации. Я, наверное, начну сначала.

Развитие традиционной тибетской медицины в России как раз на сегодня имеет 400-летнюю историю с момента проникновения буддизма на территорию этнической Бурятии, где уже сформировалась своя школа обучения. Лекари изготавливают лекарства по старинным прописям, печатались медицинские книги, составлялись уникальные рецептурные сборники. В XVIII–XIX веках на огромной территории Прибайкалья и Забайкалья было невозможно оказать медицинскую помощь силами только земских врачебных участков, и в царском правительстве лояльно относились к развитию медицинской помощи методами традиционной медицины. Таким образом, на протяжении столетий на территории Бурятии складывались условия медицинского плюрализма – существования и взаимного проникновения медицинских систем и Востока, и Запада.

В 2019 году государственному автономному учреждению здравоохранения Республики Бурятия Республиканскому лечебно-реабилитационному центру восточной медицины исполняется 30 лет.

Ключевой задачей центра восточной медицины при его создании в 1989 году было практическое апробирование и внедрение результатов научных исследований тибетской медицины, которые проводили несколько поколений учёных разных институтов Бурятского научного центра Сибирского отделения Академии наук. На протяжении всей истории учреждение является единственным в России государственным учреждением, специализирующимся на восточных методах диагностики и лечения в условиях стационара.

Бурятия выгодно отличается от других регионов тем, что в республике имеется уникальный для всей России опыт легализации методов восточной медицины, прописанных в стандартах, утверждённых Министерством здравоохранения Республики Бурятия.

В 2007 году проект строительства нового корпуса центра восточной медицины был включён в федеральную программу экономического развития Сибири и Дальнего Востока. С 2013 года медицинские услуги центра восточной медицины оплачиваются по системе ОМС.

Главным ресурсом, позволяющим сохранить эксклюзивность Центра Восточной медицины, является его кадровый состав. Всего в центре работают 40 врачей, имеющих дипломы и сертификаты государственного образца. Официальная традиционная медицина представлена такими медицинскими специальностями, как рефлексотерапия и мануальная терапия. Часть методов не имеет своего статуса. Это фитотерапия, моксотерапия, традиционные методы диагностики.

Профессиональный рост каждого врача в области восточной медицины – это многолетняя практика и обмен опытом с зарубежными коллегами. Медицинская деятельность научно обоснована. Внедрение новых методик ведётся в тесном сотрудничестве с учёными, имеются патенты, издаются учебно-методические пособия, более 25 процентов врачей имеют научные степени.

Центр восточной медицины имеет собственную производственную базу, аптеку лекарственных трав, в которых изготавливается более 50 наименований многокомпонентных фитопрепаратов на основе тибетской медицины.

В 50-х годах широко развернулась и научно-исследовательская деятельность бурятских учёных по изучению средств и методов традиционной медицины. Учёными были переведены письменные источники по восточной медицине, составлены терминологические словари, проведены экспериментальные и клинические работы по изучению фармакологии растений тибетских рецептурников. Разработаны лекарственные препараты из лекарственного местного сырья.

За 50 лет исследований бурятских учёных медики активно адаптировали тибетскую рецептуру к сырью, произрастающему в нашем регионе, это Предбайкалье и Забайкалье.

По мнению учёных, природно-климатические условия в Бурятии позволяют организовать плантации по выращиванию большого количества лекарственных трав, использующихся в тибетской медицине. Рецепты препаратов систематизированы, изданы сборники, многие из них прошли лабораторные доклинические исследования, многие препараты проходили доклинические исследования в Институте общей экспериментальной биологии Сибирского отделения Академии наук, запатентованы и готовы к прохождению процедуры лицензирования, но процесс лицензирования зависит от нормативно-правового статуса самой традиционной медицины. Методы лечения традиционной медицины среди восточной медицины представлены рефлексотерапией, фитотерапией, гирудотерапией, мануальной терапией, гимнастикой ушу и цигун.

Наиболее ярким примером инновационной интеграции традиций восточной медицины в современную систему здравоохранения является компьютерный пульс и диагностический комплекс, это уникальная совместная разработка ученых-физиков и врачей-экспертов по использованию компьютерных технологий в диагностике по пульсу. Электронные сенсоры считывают показатели пульса по нескольким отведениям, данные передаются в программный комплекс, который вычисляет картину функциональной работы по... *(Микрофон отключён.)*

Председательствующий. Доклад передадите, да?

Матханов И. Э. Доклад передам. Но я самое главное...

Председательствующий. Да, минуту добавьте, пожалуйста.

Матханов И. Э. Да. Просто тут есть свои соображения, как использовать опыт традиционной нашей тибетской медицины на территории Российской Федерации, имеющей в себе науку и научный потенциал, есть именно клинический центр, где можно использовать и достаточно хорошую развитую науку, и систему образования. Это могло быть одним из базисов для исследований и внедрения традиционной медицины во всей России.

Спасибо большое. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо.

Разрешите слово предоставить Владимиру Владимировичу Егорову, заместителю председателя экспертного совета по совершенствованию законодательства в сфере комплементарной медицины.

Егоров В. В. Уважаемые коллеги, у меня, наверное, будет самое скучное выступление, поскольку я буду касаться исключительно правовой базы, что у нас в медицинской деятельности с традиционной медициной, а что зарегистрировано или легализовано каким-то другим образом.

Итак, условно, нашу сферу народной медицины можно поделить на три составных группы.

Методы, которые разрешены к использованию в российской медицинской практике путём утверждения либо инструкции, либо методических рекомендаций, либо приказов – это то, что у нас до 2012 года, собственно, именовалось «методы традиционной медицины». Сюда относятся фитотерапия, гирудотерапия, гомеопатия, БРТ, апитерапия и ряд других. Эти методы были полностью легализованы у нас в медицинской практике.

Вторая группа, то, что условно можно отнести к традиционным медицинским системам. Такого термина у нас в правовом поле нет, но сюда относится китайская медицина, индийская медицина (аюрведы) и тибетская медицина. Они разрешены во многих государствах, собственно, в самих странах, где они появились. И это большой многовековой пласт методов лечения.

Третья – это методы, которые не были никак легализованы к использованию в медицинской практике, поскольку не проводилось ни исследований, ни каких-то систематизаций. Это вот то самое народное целительство или методы народной медицины. Сюда относится костоправство, траволечение, правки, латки, то есть тела и живота, то есть то, что исконно русское и, может, других каких-то государств, то есть такие локальные методы народной медицины.

Итак, по первой группе. Вот у нас есть методы, имеющие медицинскую специальность, то есть мало того, что метод сам легализован, но ещё и вместе с ним легализована медицинская специальность. Это рефлексотерапия, мануальная терапия и остеопатия, а также легализованные методы, я уже их перечислял, которые не имеют самостоятельной медицинской специальности, но тем не менее это медицинские методы, разрешены к использованию в современном здравоохранении. Опять же перечислю: фитотерапия, гирудотерапия, апитерапия, гомеопатия, су-джок, молекулярная диагностика, биорезонансная терапия, электропунктурный резонансный тест и различные электропунктурные диагностики по Фоллю, Накатани и так далее.

Как можно использовать эти методы врачу? Вот по всем этим методам, которые я перечислил, врач любой специальности может использовать этот метод в дополнение к тем методам, которые ему полагается использовать в рамках стандартной терапии по той специальности, которой он владеет. Для использования методов, для которых существует медицинская специальность, соответственно, надо получать сертификат медицинского специалиста или, как сейчас, получать допуск к практике путём аккредитации.

Но теперь мы переходим к самому главному. А самое главное – это какие методы можно использовать для лечения в принципе? И у нас есть статья закона – статья 37 Федерального закона № 323, где указано, что медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для применения всеми учреждениями, медицинскими организациями в Российской Федерации.

К сожалению, многие методы традиционной медицины в порядке не внесены. Фитотерапия внесена, а вот гирудотерапия, апитерапия не внесены. Ну и так далее, стандарт назначения лечебного питания, видите, только в случае индивидуальной непереносимости и по жизненным показаниям, и, например, введение в заблуждение относительно потребительских свойств препарата, предоставление недостоверной информации карается у нас статьёй Административного кодекса.

В конце ещё также скажу, есть возможность легализации через разрешение на занятие народной медициной. Они выдаются государственными... *(Микрофон отключён.)*

Председательствующий. Минуту добавьте, пожалуйста.

Егоров В. В. Второй способ легализации – через разрешение на занятие народной медициной. Это, опять же, достаточно сложная система, но так же, как лицензии выдаются региональными органами управления здравоохранением, так и разрешение на занятие народной медициной тоже выдаётся региональными органами управления здравоохранения.

И вот здесь вы видите методы, которые можно использовать в рамках народной медицины, это иглоукалывание, гомеопатия, фитотерапия, натуропатия, здесь мы видим костоправство, акупунктуру, аюрведу, то есть весь комплекс методов, которые использовались и в традиционной медицине, в какой-то мере можно использовать и в рамках народной медицины. Но система эта, к сожалению, не отработана, именно поэтому мы и просим внести поправку... *(Микрофон отключён.)*

Председательствующий. Вам ещё минуту надо? Ещё одну минуту добавьте.

Егоров В. В. Коллеги, хочется поблагодарить, во-первых, экспертный совет Комитета по охране здоровья Государственной Думы, который проделал большую работу по подготовке рабочих материалов для отстаивания прав методов традиционной медицины на существование. В частности, мы провели большую работу для защиты потребителей, которые хотят пользоваться гомеопатическими лекарствами. Поэтому я считаю, это большая была победа, что гомеопатические лекарства остаются в реестре лекарственных средств.

И хочется также поблагодарить наш Координационный совет по совершенствованию нормативно-правового регулирования в сфере народной медицины, который подготовил под руководством Олега Олеговича... *(Микрофон отключён.)*

Председательствующий. Спасибо.

Разрешите предоставить слово Елене Дмитриевне Юрасовой, помощнику полномочного представителя Всемирной организации здравоохранения в Российской Федерации.

Юрасова Е. Д. Уважаемый председатель! Уважаемые члены «круглого стола»! Уважаемые депутаты Государственной Думы!

От имени Всемирной организации здравоохранения, от имени доктора Мелита Вуйновича разрешите выразить признательность за приглашение принять участие в обсуждении сегодняшнего крайне важного вопроса и тем самым стать частью процесса реализации глобальной стратегии ВОЗ в области народной медицины на 2014–2023 годы.

Сейчас, в эпоху целей устойчивого развития, когда Всемирная ассамблея здравоохранения приняла 13-ю генеральную программу работы, мы видим, что всеобщий охват медико-санитарными услугами и доступ к качественным услугам здравоохранения для каждого становятся актуальными, не только для ВОЗ на международном уровне и сектора здравоохранения в различных странах, но и для государственной власти, парламентов и всего общества во всём мире. Всеобщий охват заложен в основу Конституции ВОЗ и предусматривает оказание поддержки государствам-членам в достижении наивысшего уровня здоровья.

Вопрос, которым задаётся государство: как обеспечить доступ к услугам здравоохранения? – ещё раз стал главным в работе ВОЗ. Определена стратегическая цель 13-й общей программы работы, охват основными услугами здравоохранения дополнительно должен быть для одного миллиарда человек.

Как вы знаете, существует различие в доступе к услугам здравоохранения между различными странами и даже внутри каждой страны. В большей части мира улучшен доступ к качественным услугам здравоохранения, удовлетворяющим разные потребности в охране здоровья, благодаря наличию народной медицины и траволечения.

В настоящее время народная медицина практикуется почти в каждой части мира, но основные принципы качества, безопасности, эффективности и надлежащего применения и наш пробел в знаниях о народной медицине и траволечении стали огромным вызовом. Этот потенциал и вызовы побудили государства – члены ВОЗ на XXII Всемирной ассамблее здравоохранения в 1969 году впервые обратиться к народной медицине в резолюции № 2254. Резолюция обращается к фармацевтическому производству в развивающихся странах и призывает действующего в то время генерального директора ВОЗ к изучению этого вопроса и докладу для Исполнительного комитета ВОЗ и Всемирной ассамблеи здравоохранения. С 1969 года принято одиннадцать резолюций с обращением или отсылкой к тем или иным аспектам народной медицины.

В 1977 году ВОЗ создана программа в области народной медицины и усилена работа по проведению исследования связи народной и современной медицины. В последующих резолюциях были отражены вопросы исследований и регулирования различных аспектов, таких как кадры в области народной медицины, лекарственные растения и траволечения.

Резолюция № 6213 от 2014 года приняла стратегию ВОЗ в области народной медицины на 2014–2023 годы, что стало результатом проделанной к тому времени работы и следствием реализации первой стратегии ВОЗ в области народной медицины, которая была реализована в 2002–2005 годах.

Новая стратегия направлена на преодоление новых вызовов и оказание поддержки государствам в разработке активной политики и реализации планов мероприятий, которые усилят роль народной медицины в поддержании здоровья населения.

Сейчас мы на середине пути стратегии, и ВОЗ собирает информацию от стран с целью отразить промежуточный прогресс и имеющиеся достижения, которая будет выпущена в специальном докладе Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2019 году. Именно поэтому чрезвычайно важно, чтобы все имеющиеся научные исследования, знания, возможности учитывали вопросы, представляющие огромное значение при обсуждении здравоохранения и медицины, надлежащее применение мер, эффективность, безопасность, качество услуг здравоохранения и лечебных средств как в рамках народной, так и в современной медицине.

Сегодня, когда вопрос о безопасности пациентов находится в центре внимания населения, медицинского сообщества, законодательных и других органов, те же самые принципы необходимо распространять и на народную медицину.

Стратегия, соответствующая резолюции исполнительных комитетов Всемирной организации здравоохранения, призывает ВОЗ и государства-члены направить усилия на регулирование в области народной медицины. Активное участие Российской Федерации в вопросах, связанных с научными прикладными исследованиями использования методов народной медицины и траволечения и активным регулированием этой сферы, важно для системы здравоохранения и населения Российской Федерации. Однако эта работа и результаты, достигнутые в России, также крайне важны для ВОЗ и охраны здоровья в мире. Полученные знания будут способствовать оценке результатов в реализации достижения целей, обозначенных глобальной стратегией, закрепят роль России как страны-донора, поддерживающей здравоохранение в мире научными, техническими и финансовыми ресурсами.

Представительство ВОЗ в Российской Федерации, призванное содействовать сотрудничеству между Россией и ВОЗ на многосторонней, двусторонней основе, пользуясь предоставленной возможностью, выражает глубочайшую заинтересованность в этой работе и готовность к дальнейшему сотрудничеству на всех соответствующих уровнях и с соответствующими организациями в России. Мы готовы совместно обсудить необходимость обмена опытом с ВОЗ и другими странами, возможности для усиления вклада России в работу ВОЗ в соответствии с резолюцией № 6213 Всемирной ассамблеи здравоохранения. Мы также готовы предоставить, насколько позволяют ресурсы нашего представительства, ответы на конкретные вопросы касательно регулирования в области народной медицины, траволечения и обсудить в случае необходимости технические вопросы.

Позвольте выразить сожаление в связи с невозможностью лично принять участие по причине судебных обстоятельств и обязательств в рамках глобальной группы представителей ВОЗ, в работе которой доктор Мелита Вуйнович должна принимать участие сегодня. Она желает вам плодотворного обсуждения, надеется на осуществление дальнейших действий и сотрудничества в этой важной области.

Большое спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Слово предоставляется Владимиру Григорьевичу Левину, директору научно-практического центра традиционных медицинских систем Сеченовского университета.

Левин В. Г. Глубокоуважаемый председатель! Глубокоуважаемый президиум и коллеги!

Возможно, моё сообщение будет несколько перекликаться с предыдущими и с будущими выступлениями. Мне хотелось бы поднять здесь проблему того, что невозможно применение, эффективное применение методов традиционной медицины без качественного образования, и как бы заострить внимание на проблемах качественного образования в этой сфере.

Процессы интеграции, которые происходят на стыке современной западной медицины и традиционных медицинских систем, сформировали потребность в подготовке специалистов медицинского профиля, которые обладают знаниями в области различных медицинских систем. Однако рациональное обременение этих методов, как я повторюсь, невозможно без надлежащей нормативно-правовой базы и системы подготовки квалифицированных кадров.

Учитывая данные предпосылки, на базе Сеченовского университета был создан научно-практический центр традиционных медицинских систем, эта структура объединяет ресурсы отечественных и международных организаций на базе огромного научного образовательного и клинического опыта нашего университета для развития и эффективного использования традиционной медицины в России.

В нашей работе мы исходим из того факта, что в традиционных медицинских системах Китая, Индии, Вьетнама и так далее существуют эффективные методы лечения, которые на данный момент не используются в западной медицине. В частности, всем известно, что у врачей-рефлексотерапевтов, если мы говорим о методах традиционной медицинской системы, достаточно ограничен круг этих методов. И это касается не только китайской медицины, но и других медицинских систем, которые официально регулируются в странах их применения.

Поэтому нашу задачу, как представители университетского медицинского академического сообщества, мы видим в интеграции эффективных безопасных методов традиционной медицины в инструментарию современного российского врача.

Очевидно, что подобная интеграция невозможна без расширения нормативно-правовой базы, сбора доказательной базы и качественного медицинского образования.

По этой проблеме мы работаем с большим количеством университетов и клиник Китая, Индии, Вьетнама, Южной Кореи. Наш опыт говорит о том, что необходимо создавать совместные образовательные программы вместе с врачами-специалистами традиционной медицины.

Когда я говорю о врачах-специалистах, то я имею в виду тех людей, которые имеют официальное медицинское образование. Как мы знаем, в России нет университетов традиционной медицины, но когда мы говорим о таких странах, как Индия или Китай, хочется отметить высокие стандарты и требования, которые предъявляются к вузам традиционной медицины. И нам, российскому медицинскому сообществу, кажется, необходимо активно взаимодействовать с профессорами из этих стран, где применяются эти методы.

Такое расширение инструментарию российского врача не только повысит эффективность терапии, но и снизит отток за границу пациентов, которые едут лечиться в клиники других стран.

Очевидно, что другой вопрос, который хотелось бы здесь поднять, это так называемая фармакотерапия, которая является важной частью традиционной медицины. Поэтому необходимо обратить внимание на традиционные растительные лекарственные средства, которыми богата наша страна. Мы вполне способны сами обеспечить как себя, так и наших иностранных партнёров экологически чистыми и эффективными лекарственными препаратами на основе растительного сырья. Но для этого нам нужны специалисты, которые достаточно легко ориентируются в технологических проблемах в области лекарственного растениеводства.

Наша позиция заключается в том, что в России необходимо расширение законодательной базы, естественно, в области традиционной медицины... *(Микрофон отключён.)*

Председательствующий. Одну минуту добавьте, пожалуйста.

Левин В. Г. ...которая позволит интегрировать эффективные методы лечения и инновационные технологии в области фармацевтической промышленности в инструментарию российских врачей и провизоров. Такая интеграция должна сопровождаться созданием программ аккредитации методов, чтобы любой врач мог получить доступ к необходимым знаниям.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо.

Разрешите предоставить слово Дмитрию Евгеньевичу Мохову, главному внештатному специалисту по остеопатии Минздрава Российской Федерации.

Мохов Д. Е. Дорогие друзья, добрый день!

Я хотел бы поблагодарить руководство Минздрава и многих тех из вас, кто сидит здесь в зале, за помощь во время становления нашей специальности. Мы, может быть, сегодня одна из немногих или почти единственная специальность, которая прошла за короткое время такой большой путь. Я испытываю большую благодарность к вам и желание рассказать о том, как мы прошли и что мы сделали.

Сегодня я представляю Федеральный методический центр по остеопатии Министерства здравоохранения Российской Федерации, потому что я являюсь там главным специалистом по этой специальности. И мне сегодня очевидно, что это две составных части, условно мы их назовём – классическая или аллопатическая медицина и медицина традиционная. Они такие разные, но вместе мы обязательно должны работать, и работать во благо пациента.

Нам нужно только законодательно определиться, как мы работаем вместе. И, полагаю, что эти два подхода, один локальный, нозологический, а другой системный, – это то, что и разделяет наши подходы, условно, аллопатов и нас, специалистов традиционной медицины. Но вместе с тем мы должны объединиться, потому что если говорить о том, чем мы отличаемся, то мы отличаемся тем, что мы воспринимаем организм, тело целиком в его взаимосвязях. И мы занимаемся функциональной частью болезни на том этапе, когда болезнь уже есть. А когда болезнь ещё не развилась, мы занимаемся функциональными и обратимыми нарушениями здоровья преморбидным этапом, донозологическим этапом, и никто, кроме нас с вами, им по факту не занимается. Поэтому мы сегодня нужны пациенту, мы сегодня нужны здравоохранению, чтобы сделать медицину эффективнее.

Что касается остеопатии, то мы, профессиональное сообщество врачей-osteопатов, определяем, что это область клинической медицины, которая включает оказание медицинской помощи пациентам с соматическими дисфункциями (соматическая дисфункция – это термин из МКБ, 10, уже 11) на этапах профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, основанная на анатомо-функциональном единстве тела и использующая мануальные методы, восстанавливающая способности организма к самокоррекции. Основоположителем остеопатии является американский хирург, остеопат и инженер Эндрю Тейлор Стилл, который говорил о том, что это наука и знание анатомии, физиологии в руках разумного и тренированного врача.

Специальность «osteопатия» в разных странах по-разному представлена в зависимости от опыта. Например, в Соединённых Штатах 60 тысяч врачей-osteопатов. Для сравнения, у нас врачей-неврологов 28 тысяч в России. Во многих странах это врачебная специальность, но не везде.

Всемирная организация здравоохранения в 2010 году опубликовала рекомендации по организации обучения остеопатии. А по этому пути сегодня может пройти традиционная медицина, и нам есть чем поделиться. У нас есть свои алгоритмы, свои способы определения слов-смыслов, которые могут быть для законодателей понятны.

Обратите внимание, в 2012 году введена должность врач-osteопат, в 2013-м остеопатия введена в перечень специальностей ординатуры и номенклатуру медицинских услуг, в 2014-м введена должность главных специалистов, а в 2015-м в номенклатуру медицинских специальностей введена специальность «osteопатия». Создан федеральный методический центр, и остеопатия включена в перечень базовых программ специалитета. То есть, дорогие друзья, через два года, учитывая то, что остеопатия – это направление, которому будут обучать в вузах с первого курса по аналогии со стоматологией, я бросаю мостик, может быть, это будет интересно для развития традиционной медицины, потому что мы будем сразу формировать врача-специалиста, который будет знать и медицину болезней, и функции здоровья.

В 2018 году был утверждён порядок оказания медицинской помощи по остеопатии. Osteопатия введена в список лицензируемых видов деятельности. Уже в России началось лицензирование. Утверждена программа профессиональной переподготовки по специальности остеопатия 3 тысячи 500 часов. Сегодня нет аналога, ни одна медицинская специальность не обучается на уровне профпереподготовки в таком объёме.

Подготовлены оценочные средства для аккредитации. Мы рассчитываем, что в этом году будет утверждён федеральный государственно-образовательный стандарт по остеопатии. У нас активно работает профессиональное сообщество, которое входит в нацмедпалату. Сегодня есть ординатура

по остеопатии. У нас уже обучаются 14 ординаторов на кафедре, профессиональная переподготовка, заработает специалитет по остеопатии и ординатура увеличится с двух лет до трёх.

С 2020 года по мере утверждения профессионального стандарта, который должен выйти с недели на неделю... *(Микрофон отключён.)*

Председательствующий. Вам сколько добавить? Одну минуту добавьте, пожалуйста.

Мохов Д. Е. К допуску к профессиональной деятельности у нас выработан, как мы говорили, профессиональный стандарт и мы понимаем, по каким образовательным траекториям мы сегодня ведём нашего специалиста.

Что касается модели по традиционной медицине, может быть, будет интересно использовать наш опыт, тогда необходимо вводить специальность традиционной медицины либо профессиональную переподготовку по специальности «традиционная медицина» с возможностью пунктом 4 повышать квалификацию врачам различных специальностей по отдельным направлениям традиционной медицины.

И видится правильным создавать укрупнённую специальность «традиционная медицина» наряду со здравоохранением и клинической медициной. Потому что традиционная медицина не клиническая, нас врачи не так понимают, а мы должны создать своё федеральное учебно-методическое объединение, свои диссертационные советы, свои крупные ВАКовские журналы. Поэтому вместе вперёд! И ещё раз огромное спасибо всем за участие в развитии нашей специальности.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо.

Разрешите предоставить слово Льву Георгиевичу Агасарову, президенту «Профессиональной ассоциации рефлексотерапевтов».

Агасаров Л. Г. Уважаемый президиум! Уважаемые коллеги!

До определённого времени рефлексотерапевты жили некоей эйфорией, особенно после 2015 года, когда был значительно расширен спектр медицинских дисциплин, представителям которых мы имели право преподавать рефлексотерапию.

Но оптимизм значительно уменьшился после утверждения профессионального стандарта по медицинской реабилитации, куда включён и врач-рефлексотерапевт. Есть некое ощущение, что специальность будет размыта. Специалистов в стране десятки тысяч, поэтому мы обратились в Минздрав к Олегу Олеговичу Салагаю, спасибо, ответ получен, и он соответствует сегодняшнему дню. Врач-рефлексотерапевт в стандарте выделен, но, с другой стороны, также указано, что возможны изменения с участием ведущих специалистов, внештатных специалистов.

Здесь я хочу откровенно поднять вопрос об отсутствии внештатного главного специалиста хоть по рефлексотерапии, хоть по традиционной медицине, равно как и отсутствие соответствующего координирующего центра, федерального методического центра. Эти вопросы рассматривались в Национальном медицинском центре реабилитации и курортологии, но, честно говоря, мы не пришли к единому мнению. 24 ноября мы проводим очередную общероссийскую конференцию рефлексотерапевтов, где эти вопросы, опять-таки, будут подняты. Олег Олегович, к вам лично обращаюсь, письмо с приглашением у вас должно быть на столе, мы вас ждём.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо, Лев Георгиевич.

Разрешите предоставить слово Марии Суреновны Томкевич, президенту Национальной ассоциации традиционной и комплементарной медицины.

Томкевич М. С. Я сразу попрошу чуть больше времени, я не рассчитывала на пять минут.

Председательствующий. Семь минут.

Томкевич М. С. Ну, пока так.

Уважаемый Федот Семенович! Уважаемый Олег Олегович! Уважаемые коллеги! Дорогие друзья!

Мы с вами живём в период перемен, и в этот период особенно приятно иметь островки стабильности. И вот одним из таких островков стабильности являются пришедшие к нам от наших предков неизблемые правила соблюдения здорового образа жизни и природного лечения.

Таковой является традиционная комплементарная медицина. Мы привыкли, конечно, к западной медицине, много лет использовали западную медицину, но есть ряд стран, где наряду с западной медициной существует и традиционная медицина, и я имею в виду страны БРИКС – Индию, Китай, Бразилию и Южную Африку. Там традиционная медицина равноправна с современной медициной, а в Непале, например, аюрведа и гомеопатия входят в конституцию страны как право граждан получать такую медицинскую помощь. Швейцария включила гомеопатию в обязательное медицинское страхование для граждан своей страны. Эти страны фактически уже исполнили рекомендации Всемирной организации здравоохранения.

ВОЗ считает, что необходима интеграция всех существующих методов лечения, что для здоровья людей должен использоваться лучший опыт из разных направлений медицины, взаимно усиливая и обогащая друг друга. Конгресс ВОЗ, прошедший в 2008 году в Пекине, и включённый

в него межправительственный форум постановили необходимость имплементирования методов традиционной комплементарной медицины в систему западной медицины.

В 2014 году была принята пятая стратегия ВОЗ по традиционной медицине, и в ней подчёркнуто, что возрастает потребность и экономическое значение традиционной комплементарной медицины, а глобальный характер комплементарной медицины делает её поистине всемирным феноменом. Поэтому Всемирная организация здравоохранения считает, что нужен новый уровень взаимодействия по этому направлению между государствами. Такой уровень взаимодействия у нас возможен в настоящее время со странами БРИКС в связи с организацией такого союза.

Импульс к интеграции, прозвучавший на конгрессе ВОЗ в 2008 году, активно подхвачен медиками из разных стран. Родилось движение за интегративную медицину, и на фоне ряда других конгрессов интегративной медицины в 2016 году состоялся Всемирный конгресс по интегративной медицине при поддержке ВОЗ, ООН, принявший важные решения.

В настоящее время развиваются интегративные проекты лечения, например, проекты по интегративной онкологии в США и Европе включили не только фитотерапию и гомеопатию, которые являются моей темой, но также многие другие направления традиционной комплементарной медицины.

В наше время уже появились первые весьма оптимистичные отчёты о результатах такого интегративного лечения. Не далее как вчера закончилась объявленная ВОЗ неделя обеспокоенности в связи с антибиотикорезистентностью. Сейчас в Европе проходит, переключаясь с этим, ещё один интегративный проект, активно изучается возможность сочетания антибиотикотерапии с фитотерапевтическими препаратами для решения вопроса антибиотикорезистентности. Мой врачебный опыт позволяет мне не сомневаться в том, что результаты этого исследования будут положительными.

Отрадно отметить, что ВОЗ проводит последовательную политику, направленную на улучшение здоровья людей при внедрении интегрированного подхода к лечению человека. Для поддержки этого процесса ВОЗ выпускает различные методические документы, примеры которых по обеспечению безопасности для пациентов приведены на данном слайде. *(Демонстрируется слайд.)*

ВОЗ также объявляет эти методы ресурсом здравоохранения, сообщает об экономичности лечения с помощью традиционной комплементарной медицины и призывает страны обучать этим методам врачей для более квалифицированного оказания данной группы услуг.

Хочется отдельно отметить, что, пожалуй, у нас в стране именно эта рекомендация ВОЗ выполнена на все 100 процентов, и несмотря на все то, что обсуждалось ранее, практически с помощью фитотерапии и гомеопатии работают врачи, то есть выполняется то, что с позиции Всемирной организации здравоохранения обеспечивает квалифицированную помощь пациентам. При этом следует сказать, что такие специалисты крайне ограничены в своих правах и возможностях из-за отсутствия необходимых нормативных актов.

Пользуясь этой трибуной, хотелось бы обратиться в Министерство здравоохранения с просьбой инициировать, а в Государственную Думу – с просьбой поддержать внесение изменений в Федеральный закон № 323 в части обеспечения населения медицинскими услугами с помощью методов традиционной комплементарной медицины.

Вступление России в союз БРИКС неизбежно влечёт за собой необходимость корреляции нормативного обеспечения деятельности в сфере традиционной комплементарной медицины. На этом слайде мы видим процесс символического подписания соглашения об усилении сотрудничества между странами БРИКС. Это было год назад, в 2017 году. Год спустя китайская сторона, продолжая эту тему, 1 и 2 ноября 2018 года провела симпозиум специалистов стран БРИКС уже по более конкретным вопросам.

Совершенно ясно, что в международном союзе БРИКС традиционная комплементарная медицина будет играть очень важную роль. В четырёх странах БРИКС она находится на государственном уровне.

Фитотерапия в таких направлениях, как аюрведа и юнани, и гомеопатия в Индии, Бразилии и Южной Африке играют важную роль. В Китае больше традиционная китайская медицина, но гомеопатия там тоже имеется.

Теперь позвольте сказать несколько слов о регулировании нашей группы... *(Микрофон отключён.)*

Председательствующий. Одну минуту добавьте, пожалуйста.

Томкевич М. С. Две.

Председательствующий. Две.

Томкевич М. С. Теперь о регулировании нашей группы препаратов. Россия вошла в два международных союза – ЕАЭС и БРИКС. БРИКС борется за сотрудничество в области традиционной медицины с целью её развития, ЕАЭС, во всяком случае, в лице отдельных представителей технической комиссии всячески противодействует развитию этого направления. Все принятые на настоящий момент правила по регистрации растительных и гомеопатических средств, с одной стороны, внешне подражают европейским, с другой стороны, делают невозможным регистрацию этих препаратов и развитие отечественного производителя.

Обращаю ваше внимание, что Россия является единственной страной ЕАЭС, в которой есть производители гомеопатических лекарств. Это все малые предприятия, и введение неподъёмных правил – не лучший способ поддержки отечественного производителя.

Пользуясь возможностью, позвольте мне обратиться к заместителю министра Олегу Олеговичу Салагаю с просьбой инициировать процесс внесения изменений в уже принятые правила ЕАЭС в части, относящейся к растительным и гомеопатическим препаратам, а также в целом по группе препаратов традиционной медицины. А обсуждать эти изменения и правила необходимо, как мне кажется, создав рабочую группу профильных специалистов стран, входящих в ЕАЭС, или, может быть, создать такую группу в Минздраве России, если он готов отстаивать права отечественных производителей.

Кстати, в связи со сказанным позвольте опять же поблагодарить Министерство здравоохранения Российской Федерации за то, что мы с вами, наконец, увидели, вышел в свет 14-й выпуск государственной фармакопеи, в которой впервые в истории нашей страны представлена гомеопатическая часть.

Хочу из предложений сказать, что необходима программа поддержки и развития малых отечественных предприятий, производящих гомеопатические растительные препараты.

Такая поддержка может быть частью национальной политики в этом вопросе. Необходима разработка самой национальной политики по традиционной комплементарной медицине и национальные правила регулирования лекарственных средств в связи с необходимостью нашей работы и в связи с сотрудничеством со странами БРИКС.

Необходимо создание, как уже говорили, единого федерального центра, в том числе для проведения такой работы. И в связи с этим я обращаюсь в Министерство здравоохранения Российской Федерации и в Государственную Думу с просьбой инициировать эту работу, и уверена, что такая работа будет способствовать лучшему исполнению майских указов президента.

Благодарю за внимание. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо.

Разрешите слово предоставить Алисе Александровне Романовой, председателю координационного совета социальной платформы партии «ЕДИНАЯ РОССИЯ», так у меня написано.

Романова А. А. Спасибо большое, Федот Семёнович.

Всех приветствую! Очень рада такому серьёзному заседанию на тему «Традиционные медицинские системы».

Спасибо Комитету по охране здоровья, Государственной Думе за то, что вы эту тему поднимаете.

У нас в рамках социальной платформы партии «ЕДИНАЯ РОССИЯ» в комиссии по здравоохранению создана рабочая группа по традиционным медицинским системам, этой темой мы давно занимаемся, есть люди, которые эту тему ведут.

Также в рамках консилиума «Медицина народного доверия», который проходил в июне при поддержке Министерства здравоохранения, в рамках одной из десяти стратегических сессий мы тоже поднимали эту тему, и по ней ведётся работа.

Но тема моего доклада сегодня – «Традиционные медицинские системы в реализации программ здорового старения и активного долголетия», поскольку с 2010 года я являюсь руководителем проекта «Россия – Активное долголетие» и достаточно много вещей мы сделали на эту тему.

Согласно данным ВОЗ, за период с 2015 по 2050 год число людей в возрасте 60 лет и старше возрастёт с 900 миллионов до двух миллиардов, с 12 процентов до 22 процентов в общей численности населения мира. Старение населения происходит быстрее, чем раньше.

Сегодня впервые в истории большинство людей могут рассчитывать на то, что они доживут до 60 лет и старше. В сочетании с заметным уменьшением уровня фертильности такое увеличение ожидаемой продолжительности жизни ведёт к быстрому старению населения во всём мире, говорится во всём мире докладе о старении здоровья ВОЗ. Более продолжительная жизнь является невероятно ценным ресурсом, однако широта возможностей, которая возникает в связи с увеличением продолжительности жизни, в значительной степени будет зависеть от одного ключевого фактора, и этот фактор – здоровье. Если люди проживут эти дополнительные годы в хорошем здоровье и способности реализовать то, что они считают ценным, они будут мало отличаться от молодых людей.

Большинство проблем здоровья, с которыми сталкиваются пожилые люди, связано с хроническими состояниями, особенно с неинфекционными заболеваниями. Многие из них поддаются профилактике или могут наступить позднее благодаря здоровому образу жизни, другие проблемы здоровья могут быть эффективно преодолены, если они выявлены достаточно рано, и даже для людей со сниженной жизнеспособностью благоприятная среда может обеспечить достойную жизнь и продолжение личностного роста.

Доклад ВОЗ определяет здоровое старение...

Председательствующий. Алиса Александровна, это всё верно, но нам бы по теме «круглого стола».

Романова А. А. Да, сейчас я как раз перехожу.

Традиционные медицинские системы обладают как раз большим потенциалом в реализации программ здорового старения и активного долголетия.

Сегодня уже много говорилось во всём мире, что методы ТМС приобретают большую популярность – цигун, йога, акупунктура – и интерес к ТМС, к традиционным медицинским системам не случаен. Культура здоровья изначально являлась и является частью общей культуры, культуры мысли, эмоционального состояния, что хорошо согласуется с концепцией ВОЗ, ЗОЖ Российской Федерации.

Сильные стороны ТМС, профилактику неинфекционных заболеваний мы выделили как персонализированный подход, эта разработка эффективных программ лечения, профилактики базируется на концепции врождённой конституции человека, и врач ТМС разрабатывает программу профилактики.

Культура здоровья – сформированное профилактическое направление, включающее следование распорядку дня, правила, которых надо придерживаться в каждом сезоне года, и так далее. Эффективная программа восстановления здоровья или поддержания качества жизни активного долголетия. Например, один из разделов традиционной медицинской системы аюрведы «расаяны» представляет собой совокупность методов, эффективным образом замедляющих старение организма и способствующих восстановлению нарушенных функций организма. Подобная система формирования активного долголетия существует в традиционной китайской, тибетской медицине.

В России, я уже сказала, этому уделяется большое значение. Примером является федеральный проект «Россия – Активное долголетие», запущенный на базе сторонников «ЕДИНОЙ РОССИИ», который развивается в регионах нашей страны с 2010 года. И результатом стала инициация ряда региональных программ, в том числе проект Правительства Москвы «Московское долголетие». На сегодняшний день мы применяем в рамках этих проектов инструменты традиционных медицинских систем. У нас достаточно большой опыт, который мы приобрели в рамках работы в Башкортостане и Ханты-Мансийском округе, например, применение инструментов традиционных медицинских систем в «Трансгаз Югорск» (Ханты-Мансийский округ), где 24 тысячи сотрудников, за год дало уменьшение количества больничных на 40 процентов, хотя применялись достаточно простые средства, такие как массажи, профилактические методы и так далее.

Мои коллеги много задали вопросов по законодательным поправкам, которые мы очень поддерживаем. Я дальше хочу про это тоже сказать.

Что ещё у нас запланировано на февраль следующего года? Большая стратегическая сессия по разработке национальной стратегии активного долголетия в фарватере Послания президента 2018 года. И уверена, что сообщество специалистов в сфере традиционных медицинских систем сможет сыграть большую роль в данной теме и в трансляции в современность многолетнего опыта наших предков. Конечно, для этого нужно решать ряд нормотворческих вопросов, это вопрос подготовки и аккредитации кадров. Мы провели в течение года серию сессий на базе площадки «Точка кипения» Агентства стратегических инициатив. В рамках программы превентивной медицины эта тема у нас тоже активно движется, и мы её поддерживаем.

То есть в данном случае, наверное, я обо всём сказала... да, ещё хотела сделать один акцент по количеству внедрения лекарственных средств. Предыдущий докладчик как раз говорил о поддержке лекарств, медицинских препаратов на основе лекарственных трав и включении их в перечень, расширении этого списка. И вот как раз нам поручена тема восстановления отрасли лекарственного растениеводства в нашей стране, и мы столкнулись с тем, что небольшое количество препаратов лекарственных растений могут быть рекомендованы для использования сегодня для лечения и профилактики. То есть это тоже большая проблема. Как понимаю, коллега, которая выступала, тоже эту тему затронула. Сегодня моя задача – этот вектор обозначить. Мы эту тему ведём и будем рады дальше уже в рамках Комитета по охране здоровья эту тему продолжать.

Спасибо большое.

Председательствующий. Разрешите предоставить слово Анне Хоакиновне Карильо-Аркас, президенту Аюрведической российско-индийской ассоциации АРИА.

Карильо-Аркас А. Х. Уважаемый президиум! Уважаемые коллеги!

Как уже сказала Олеся Александровна, в Агентстве стратегических инициатив на многих сессиях мы обсуждали правовые вопросы применения традиционных медицинских систем в нашем здравоохранении, и проводились сессии, где мы разрабатывали рекомендации по созданию основ государственной политики в области традиционной медицины. Это большое количество представителей многих профессиональных организаций и наших ведущих вузов, медицинских вузов.

Обсуждая на сессиях вопросы правового регулирования применения традиционной медицины, подготовки кадров для сферы здравоохранения по традиционным медицинским системам, а также состояние и перспективы медицинского образования в традиционной медицине в Российской Федерации, считаем важнейшей целью создание в России современной системы подготовки медицинских кадров в области традиционных медицинских систем, способных обеспечить безопасность применения ТМС и повысить эффективность российского здравоохранения и качества жизни граждан.

Традиционная медицина есть комплексный термин, который относится как к системам традиционной медицины, таким как традиционная китайская медицина, индийская аюрведа и арабская уна-ни, так и к различным формам медицины коренных народов. Это определение ВОЗ в стратегии ВОЗ

2002 года. Это очень важное разделение, так как практика врача или среднего персонала ТМС... Они должны иметь высшее или среднее медицинское образование, в отличие от представителей медицины коренных народов.

Неправильный перевод на русский язык терминов в документах ВОЗ и Международной организации труда привёл в Российской Федерации к искажению понятий, отсутствию должного государственного регулирования и правоприменительной практики традиционных медицинских систем.

Статья 50. Народная медицина регулирует применение целительских практик. Но традиционные медицины не имеют ничего общего с народной медициной и должны быть представлены в законе отдельной статьёй.

Медицинское образование по традиционным медицинским системам можно получить только по трём медицинским специальностям – «рефлексотерапия», «мануальная терапия» и «остеопатия». Очень поздравляю остеопатов, идём... надеюсь, будем идти за вами вслед. Вследствие отсутствия в медицинских вузах медицинских специалистов по традиционным медицинским системам сформировались сложности по преподаванию клинических дисциплин этого направления.

В настоящее время преподавание традиционных медицинских систем проводится для слушателей, не имеющих высшего образования, в немедицинских вузах, в частных учебных центрах. Им выдаются сертификаты, на основании которых они получают право практики целителя, что недопустимо.

Стихийное развитие индустрии медицинских услуг с использованием бренда «Традиционные медицинские системы» и неквалифицированное применение методов традиционных медицинских систем может нанести вред здоровью российских граждан и нарушить их конституционные права на квалифицированную медицинскую помощь.

Создавшееся положение ставит и перед государственными органами необходимость, неотложную задачу принятия Основ государственной политики в области традиционной медицины Российской Федерации.

В государственной политике необходимо определить понятия традиционной медицины и традиционных медицинских систем, отразить необходимость законодательного регулирования медицинской практики, образования, регистрации, оборота традиционных...

Председательствующий. Одну минуту добавьте, пожалуйста.

Карильо-Аркас А. Х. Регулирование образования, регистрации, оборота традиционных растительных лекарственных средств, создание фармакопеи по традиционной медицине и обеспечение безопасного доступа российских граждан к квалифицированным медицинским услугам в области традиционных медицинских систем.

Два слова о БРИКС. В ходе встреч стран БРИКС и обсуждения вопросов традиционной медицины стороны пришли к соглашению о создании координационного совета экспертов для разработки общего для стран БРИКС правового регулирования практики, правил подготовки специалистов, практики ТМС в целях безопасного применения средств и методов традиционной медицины в сфере здравоохранения, содействия обеспечению равного доступа к услугам традиционной медицины, права потребителя сделать осознанный выбор в отношении собственного здоровья. Благодарю за внимание.

Свои пожелания и рекомендации мы передадим в печатном виде.

Председательствующий. Спасибо.

Разрешите предоставить слово Раисе Яковлевне Татаринцевой, заведующей кафедрой клинической физиологии и лекарственных методов терапии факультета повышения квалификации медицинских работников мединститута РУДН.

Татаринцева Р. Я. Уважаемые члены президиума, уважаемые коллеги!

Очень рада присутствовать на сегодняшнем заседании. Я имею отношение к традиционным медицинским системам, потому что я имею высшее образование, полученное в Китае, кроме того что получила в России, то есть я и китайский, и российский врач. И мне хотелось бы сегодня от имени сотрудников нашей кафедры, поскольку я представляю Российский университет дружбы народов и кафедру клинической физиологии, хотелось бы обсудить основные положения по интеграции традиционных медицинских систем в систему здравоохранения Российской Федерации.

Сейчас мне хотелось бы сказать об обучении специалистов традиционной медицины в мировой практике. Во-первых, это многолетнее обучение – более трёх лет. Это прохождение большого количества дисциплин, формирующих систему знаний – теоретических и практических. Это сдача экзамена на право самостоятельной работы. Традиционная медицина – медицина серьёзная, и навредить ей можно не меньше, чем неправильным применением обычных наших европейских препаратов и лечебных процедур, не имея достаточных знаний.

Требования к интеграции традиционных медицинских систем. Россия – многонациональная страна, но государственным языком является русский язык. Мы понимаем, что традиционные медицинские системы – замкнутая и самодостаточная система. Как организаторы здравоохранения, мы понимаем, что эта медицина должна иметь однозначную трансляцию и уметь объяснить свои действия – от профилактики и диагностики до лечения – в терминах официальной медицины.

Правовое поле. Контроль за работой специалистов традиционной медицины на первом этапе должен быть жёстче, чем за обычными европейскими специалистами, но это позволит избежать дискредитации традиционных медицинских систем из-за неквалифицированного применения, показать реальную клиническую эффективность традиционных медицинских систем, разработать общую понятийную базу для обеспечения интеграции традиционных медицинских систем в систему здравоохранения Российской Федерации, разработать порядки и стандарты обучения специалистов, разработать порядки и стандарты оказания медицинских услуг, разработать формы и алгоритмы контроля обучения и работы специалистов, создать систему преемственности ведения пациента, поставить заградительный барьер на пути недоучек и шарлатанов.

Правовое поле. Фактически на первом этапе внедрения и интеграции традиционных медицинских систем необходимо обеспечить системный контроль официальных органов здравоохранения либо совместным ведением пациентов, либо по согласованным протоколам, понятным специалистам официальной медицины, включающим методы объективизации состояния пациента и результаты лечения.

Традиционные медицинские системы, от абстрактного понятия здорового образа жизни к конкретным технологиям оздоровления и сохранения здоровья. Специалистов нужно много и разной степени подготовки, но начинать нужно с формирования механизма взаимодействия, понимания и контроля на базе самых высококвалифицированных специалистов-врачей.

Ещё минутку, и я заканчиваю. Нам необходимо учесть негативный опыт 90-х годов, когда специалисты традиционной медицины оказались на одном поле с шарлатанами. Западная и традиционная медицина могут взаимодействовать, это сильные стороны, это взаимное дополнение. И если в европейской медицине профилактика, лечение и реабилитация, то в традиционных медицинских системах это комплексная оценка состояния и коррекция ранних изменений. То есть вместе это эффективная система поддержания здоровья.

Ну, и в заключение мне хотелось бы сказать, что традиционная медицина требует соблюдения своих принципов. Лечение должно соответствовать диагнозу, установленному по определённой традиционной медицинской системе.

Использование лечебных инструментов, например, иглы, должно соответствовать стандартам конкретной традиционной медицинской системы. Обязательным компонентом являются сильнодействующие, но очень эффективные препараты, которые категорически нельзя пытаться зарегистрировать в Российской Федерации как БАДы, а только как рецептурные лекарственные средства.

Важнейший шаг для внедрения реально эффективных методов и средств традиционных медицинских систем – создание методической основы трансляции терминов традиционных медицинских систем в европейскую медицину на основе объективных методов контроля состояния.

Уважаемые коллеги, благодарю вас за терпение, за внимание и прошу извинить, я просто 40 лет читаю лекции, я профессор, поэтому голос у меня громкий, можно читать и без микрофона.

(Аплодисменты.)

Председательствующий. Спасибо.

Разрешите предоставить слово Виктору Васильевичу Уразову, директору Института восточной медицины РУДН.

Из зала. *(Не слышно.)*

Председательствующий. А я так и понял, что совместный доклад. Борис Владимирович Рагозин, заведующий кафедрой.

Уразов В. В. Добрый вечер, уважаемые коллеги! Уважаемый президиум!

Собственно, я хотел бы познакомить вас с Институтом восточной медицины Российского университета дружбы народов. Российский институт народной медицины был открыт 5 февраля 2015 года, располагается в центральном здании Университета дружбы народов. Изначально деятельность института была направлена на ознакомление с методами лечения восточной медицины и взаимную интеграцию медицинских знаний Востока и Запада.

Основной целью Института восточной медицины является ознакомление общественности с квалифицированной информацией о системах восточной медицины. В настоящий момент в институте работают пять кафедр: кафедра аюрведы, кафедра китайской медицины, кафедра фитотерапии, гомеопатии, *(Не разборчиво.)* и реабилитации.

Особенностью нашего института является то, что в образовательном процессе участвуют российские и иностранные специалисты. Но все образовательные программы, которые преподаются у нас в институте, соответствуют российским образовательным стандартам. Это обязательное правило.

Также у нас заключены договоры о сотрудничестве с Министерством AYUSH Республики Индия, с аюрведическими университетами Республики Индия и с институтами традиционной китайской медицины в Китайской Народной Республике.

С апреля этого года в институте находится специальный представитель Министерства AYUSH Республики Индия профессор Сарашетти. Он здесь присутствует. Наши группы выезжали после обучения в Индию, в Китай. Кроме этого, институт участвует во многих мероприятиях, фестивалях

с просветительской деятельностью, с ознакомительной деятельностью, лекции читаем. Собственно, вот такие дела.

Более подробно об особенностях обучения в институте и о трудностях, с которыми мы сталкиваемся, расскажет заведующий кафедрой аюрведы Борис Владимирович Рагозин. (*Аплодисменты.*)

Рагозин Б. В. Добрый вечер, уважаемые члены президиума, уважаемые коллеги!

Здесь очень много говорилось о внедрении традиционной медицины в медицинскую практику в России. Могу сказать, как человек, получивший индийское классическое образование аюрведического врача, в настоящий момент есть очень много сложностей.

В первую очередь в России отсутствуют утверждённые клинические рекомендации по аюрведе, поэтому обучать врачей и специалистов довольно-таки сложно, так как после обучения не все находят применение знаниям аюрведы согласно российскому законодательству. Аюрведа не включена в порядок оказания медицинской помощи, поэтому многие врачи используют этот метод не совсем легально, как дополнительные методы лечения к той практике, которую они ведут обычно.

Недостаточно переведённой на русский язык научной литературы и, соответственно, недостаточно доказательной базы, и поэтому в клиниках, которые есть в Российской Федерации и в которых на самом деле ведётся лечение, профилактика заболеваний, проводятся очистительные процедуры, у них это есть, но все это собрано частным методом, и нет общего доступа в такую базу. Поэтому многие врачи, которые сталкиваются с аюрведой, с традиционной медициной, не знают, на самом деле, как аюрведа работает и что можно использовать при различных заболеваниях, особенно хронических заболеваниях, в которых аюрведа как раз достигла максимального результата.

В данный момент на территории России существуют следующие варианты легальной работы для специалистов по аюрведе, как российских, так и индийских: в качестве специалистов по оздоровлению, хотя многие врачи из Индии являются именно врачами традиционной медицины, и в качестве специалистов по народной медицине, но, правда, не во всех регионах.

И при этом многие из них не получают никаких бумаг, никакой лицензии, просто практикуют как врачи аюрведы. В принципе, на них идут люди, но на самом деле это, может быть, не всегда правильно, потому что непонятно, какая квалификация у врача.

И для интеграции аюрведы в медицинскую деятельность в первую очередь необходимо активное слаженное взаимодействие российской профессиональной ассоциации, которая здесь присутствует, и Министерства АЮШ, представитель которого тоже есть в Российской Федерации.

Очень важно понимать, что стандарты традиционной медицины в Индии отличаются от российских стандартов, и также очень важно качественное лекарственное средство, которое используют врачи аюрведы.

Со своей стороны мы вносим предложения о том, чтобы произошла такая стандартизация методов обучения. У нас в Российском университете дружбы народов есть курсы, которые длятся шесть месяцев. Но на самом деле профессиональное образование аюрведического врача, которое традиционно используется в Индии, – это, конечно, минимум 5,5 лет.

Всем большое спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо.

Разрешите предоставить слово Константину Алексеевичу Лузянину, вице-президенту Всемирной федерации обществ традиционной китайской медицины. Я так понял, совместный доклад с Игорем Константиновичем Лемешко.

Так, пока докладчики идут, есть необходимость посоветоваться. У нас уже шесть часов почти, два часа мы с вами работаем. Есть предложение ещё 20 минут поработать, и будем завершать. Согласны?

Пожалуйста, Константин Алексеевич.

Лузянин К. А. Уважаемый президиум! Уважаемые участники «круглого стола»! Добрый вечер!

Что касается Всемирной федерации обществ китайской медицины, которую, в частности, я здесь представляю, то здесь, конечно, надо сказать, что эта организация в первую очередь заинтересована в том, чтобы продвижение традиционной китайской медицины в России носило максимально системный и профессиональный характер и чтобы в этом процессе учитывались те международные стандарты, которые разработаны этой организацией для продвижения традиционной китайской медицины во всём мире.

Одной из основных составляющих традиционной китайской медицины является фитотерапия, конкретно – готовая продукция традиционной китайской медицины. И, конечно, основной проблемой, основным вопросом, связанным с продвижением этой продукции, является тот статус, который сегодня она имеет в нашей стране. Это статус БАД, как мы знаем. Как правило, продукция традиционной медицины регистрируется в нашей стране в качестве БАДов всё-таки, потому что в качестве лекарств, мы все знаем, это очень дорого, это очень долго. Решением этого вопроса, наверно, является введение новой номенклатуры продукции – это лечебная продукция традиционной медицины. Если это будет введено в России, то возможности продвижения и попадания качественной продукции традиционной китайской медицины будут гораздо шире.

Но здесь есть очень много вопросов. Если даже такая номенклатура будет введена, то очень важно будет, сколько это будет стоить, то есть цена, длительность сертификации. Это, безусловно, будет иметь огромное значение, для того чтобы такая продукция стала доступной в нашей стране. Это что касается продукции.

А ещё у нас есть два вопроса в нашем докладе, и я предоставлю слово Игорю Константиновичу Лемешко.

Лемешко И. К. Добрый день, уважаемые коллеги, уважаемый президиум!

За неимением времени будем говорить очень кратко.

Рефлексотерапия в нашей стране начала развиваться примерно в 50–60-е годы, и основными корифеями науки были (*Не разборчиво.*), Портнова. Но особенность заключалась в том, что они больше придерживались материальной основы, чем основы самой теории восточной медицины. Связано это было с тем, что в то время существовала определённая политика. И если западные врачи имели возможность ездить учиться в Китай, то российские врачи в тот период практически не имели никакой возможности, что постепенно сформировало именно ту особенность нашей иглорефлексотерапии, которая отличалась от того истинного понимания чжэньцзю-терапии, которая существовала в Китае. И поэтому на данный момент очень важно внедрить специальность именно врача китайской традиционной медицины, тогда это даст возможность применения чжэньцзю-терапии у нас в рамках полноценной медицины.

Следующее – это образовательная деятельность. Опыт создания программ интеграции, фундаментальных основ ТКМ под руководством профессора Начатого существует в Новосибирске с 2003 года. Совместно с Новосибирским НИИ, Новокузнецким институтом совершенствования врачей, Российской медицинской академией и Тяньцзиньским университетом была разработана программа обучения врачей не только российских, но и стран СНГ.

В 2013 году был организован и вступил в работу Сибирский институт интегративной медицины СИИМед, основной задачей которого является дальнейшее развитие школы системного обучения врачей ТКМ и продолжение процессов интеграции этих двух медий. Программа эта была основана на базовых образовательных программах Тяньцзиньского университета Китая. За 15 последних лет образовательной деятельности СИИМед накоплен и получен огромный опыт в области интеграции. При активной поддержке Российского общества врачей традиционной китайской медицины, Комитета по образованию Всемирной федерации обществ китайской медицины, который находится в Новосибирске, и Тяньцзиньского университета существует масса международных программ, которые не только относятся к каким-то чисто восстановительным или физиологическим программам, но и к обучающим программам на базе Новосибирского государственного университета, Воронежской государственной медицинской академии, Новокузнецкого государственного медицинского университета усовершенствования врачей.

В дальнейшем возникает масса вопросов по специальности врача традиционной медицины, которую необходимо внедрять для того, чтобы была возможность применять те знания, которые врачи получают в процессе обучения. Это организация самих обучающих программ, и сегодня много говорилось, что необходимо выработать конкретную концепцию подготовки специалистов по народной или восточной, или комплементарной медицине. Регистрация средств традиционной китайской медицины, аюрведической медицины именно как лечебных средств, а не как БАДов, даст возможность более эффективного и полноценного применения их у нас в стране.

И хочется сказать, что мы не компетентны в этих вопросах сами, поэтому мы с вами собираемся сегодня здесь для того, чтобы решать эти вопросы и чтобы была возможность действительного применения тех или иных возможностей, которые у нас есть.

Спасибо за внимание. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо.

Разрешите предоставить слово Олегу Викторовичу Сорокину, исполнительному директору Национальной медицинской аюрведической ассоциации НАМА.

Сорокин О. В. Уважаемый председатель, уважаемый президиум, уважаемые коллеги, здравствуйте!

Я думаю, перед современным здравоохранением стоит большой вызов – это увеличение продолжительности жизни. Но я уверен, может быть, заявлю громко о том, что решить эту задачу, к сожалению, современному здравоохранению будет не под силу, если наконец-то оно не осознает необходимость имплементации традиционной медицины. Посмотрите на опыт стран Юго-Восточной Азии, которые наравне с аллопатической медициной давно это сделали, и посмотрите на их продолжительность жизни, и сравните её с развитыми западными странами. Вывод будет очевиден.

И, в конце концов, нам необходимо определиться с дефинициями. Многие авторы уже на эту тему говорили, что такое «народная медицина». Но когда мы даём варенье при лечении простудных заболеваний, это народная медицина, она не требует медицинских знаний. Если же мы говорим о традиционной медицине, она всегда требует исключительной врачебной квалификации.

Посмотрите, например, как обучаются аюрведе в странах Юго-Восточной Азии. Это четыре года бакалавриата, это два года магистратуры, это последующий специалитет, который эквивалентен ординатуре,

когда мы выдаём сертификаты специалистов. И подобно тому, как у нас есть система непрерывного медицинского образования, у этих специалистов есть каждый год усовершенствование. Разве можно это назвать народной медициной? Это в высшей степени традиционная медицина с врачебной квалификацией.

В западном мире аюрведа существует исключительно благодаря работе профессиональных медицинских ассоциаций. Если мы возьмём пример, допустим, Германии, то там существует двухлетний аккредитованный курс при Берлинском университете, по результатам которого врач получает квалификацию специалиста холистической медицины. В Италии есть специальный реестр медицинских докторов аюрведы и магистратура как эквивалент ординатуры, в рамках которой врачи проходят специализацию. В Соединённых Штатах врачи проходят дополнительную специализацию, получая квалификацию «консультант в области аюрведы».

Если говорить о России, то уже было сказано о том, что у нас есть лишь возможность применять некоторые методы на уровне врачей и практик. Конечно же, это специалисты народной медицины – но тут требуется отдельный разбор полётов, потому что регламент не исполняется в регионах, – и консультант по здоровому образу жизни на основании определённого ОКВЭД.

Особняком (и я хочу на это обратить ваше внимание, потому что на это можно ориентироваться) стоит швейцарское здравоохранение, которое в 2009 году за счёт народного плебисцита и решения Верховного Суда ввело в Конституцию традиционную медицину как часть национального здравоохранения. После этого во всех медицинских учреждениях на федеральном уровне появилась специальность «врач комплементарной медицины» со специализацией «Аюрведа», «врач комплементарной медицины» со специализацией «Китайская медицина» и так далее. Почему бы нам не пойти по этому пути и не сделать то, что они сделали, применив уже разработанные Всемирной организацией здравоохранения и министерством рекомендации к образовательным программам для врачей в области комплементарной медицины?

Почему об этом нужно говорить? Да потому что рынок традиционной медицины громадный. три миллиарда человек ежегодно используют и прибегают к помощи специалистов традиционной медицины. Здесь показаны цифры в отношении аюрведы в России. Это очень скромный рынок, по приблизительным отчётам. И на сегодняшний момент аюрведа существует в России благодаря энтузиастам, энтузиастам из двух ассоциаций, которые здесь выступали, энтузиастам из проектов образовательных, а также тем, кто поставляет на рынки аюрведические средства.

Поэтому целью нашей ассоциации в плане развития аюрведы как одной из традиционных систем оздоровления является обмен опытом, с тем чтобы разработать профессиональные образовательные стандарты и попытаться применить их в отношении нашего законодательства.

В декабре 2014 года произошло знаменательное событие, когда был подписан Пакт дружбы, и в 33-м пункте Россия приняла на себя обязательство – развивать аюрведу в рамках практического здравоохранения. После этого появился род деятельности – врач аюрведической медицины. Но чтобы довести это до конца, требуются последовательные пошаговые действия. И здесь мы даём как раз конкретные рекомендации. Это включение в номенклатуру медицинских специальностей специальности «врач аюрведы». Это разработка профессиональных образовательных стандартов. Формирование порядка оказания медицинской помощи. Клинические протоколы. За последние три года было опубликовано 150 международных клинических трейлов, доказывающих эффективность методов аюрведы.

Что касается рынка растительных препаратов, то в основном он существует нелегально. И это происходит потому, что существует определённый запретительный регламент регистрации этих средств, который требует изменения и пересмотра Государственного реестра лекарственных трав, потому что очень много аюрведических лекарственных растений просто запрещены у нас в России. Непонятно почему. Они разрешены в Штатах, они разрешены в Европе, а у нас запрещены.

Требуется пересмотр использования максимальной дозы активных компонентов. Потому что то, что разрешено, – это просто профилактические дозы. Но когда мы говорим о средствах традиционной медицины, мы должны оказывать большее, более глубокое воздействие на организм человека.

Ну и, конечно, рудимент, что мы должны доказывать в БАДах пищевое применение для средств традиционной медицины. Это тоже требует пересмотра.

В отношении порядка занятия народной медициной. На примере Новосибирской области я скажу, что это носит запретительный характер.

Зачем врачу получать это разрешение, если он и так может применять эти методы? Слава богу, что существуют другие территории в нашей матушке России, где этот регламент является не запретительным. Поэтому мы считаем, что очень важно разработать единообразные требования к исполнению этого положения. Это наше первое предложение.

Второе – это создание экспертной группы. Фактически она уже была создана на уровне энтузиастов с тем, чтобы разработать стандарты профессионального обучения на основании требования Всемирной организации здравоохранения. И актуальной задачей является всё-таки разработка регламента для средств традиционной медицины как отдельного класса препаратов.

Спасибо за внимание. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо.

Разрешите предоставить слово Константину Васильевичу Сухову, президенту Всемирной организации гирудотерапии.

Сухов К. В. Добрый день, уважаемые коллеги! Видимо, в заключение я буду говорить не о гирудотерапии, а о том, что называется натуротерапия. Потому что на данном мероприятии каждый тянет одеяло на себя. На самом деле это неправильно, потому что система существует одна. Другой системы нет.

На сегодняшний момент те слова, которые мы говорим, о натуротерапии, натуропатии, традиционной медицине, комплементарно-альтернативной и так далее, и тому подобное. Почему альтернативная и комплементарная? Просто дополнительная. Альтернативная – что, мы противопоставляем себя официальной медицине? Нет, это просто-напросто глупо. Нужно чётко понимать, что такое натуротерапия. Это английские представления. Это российские представления в данном случае. Посмотрите, методы натуротерапии как таковой: фитотерапия, апитерапия, гирудотерапия – с этого началась вся медицина. 3,5 тысячи лет, а, может быть, и больше, человечество использует все это. Кровопускание, лечение травами, лечение пиявками, лечение массажем – все это работает. Если кто-нибудь здесь присутствующий скажет, что это не работает, я не поверю. *(Демонстрируется слайд.)*

И ещё. Я врач профессиональный, врач, который занимается официальной медициной, но я фактически на сегодняшний момент оттуда ушёл. Почему? Я не вижу эффективности. И вы здесь все присутствующие, у вас та же самая проблема. Вы тоже не видите эффективности. Посмотрите дальнейшее направление, которое у нас есть. *(Демонстрируется слайд.)*

Мы говорили об аюрведе. Почему должен быть врач аюрведы? Ребята, должен быть врач. Слова «врач», «лечить», а уже врач должен выбирать те методы, с помощью которых он будет лечить пациента. Может быть, я не прав. Но я считаю, у каждого из нас есть свои подходы к пациентам и к лечению. Скажите, музыкотерапия не работает? Работает. Один из древнейших методов лечения – это была музыкотерапия, когда в храмах, асклепионах играли музыку, и до сих пор это один из вариантов лечения. О нем кто-нибудь здесь говорит? Нет, никто не говорит. Почему? Потому что слова сказать не может. Мы должны понимать, что в основном за официальной медициной стоит бизнес. Надо правильно все понимать.

На наши направления такого количества средств не выделяется, потому что мы ничего не продаём. Мы продаём только лечение. Все эти методы натуротерапии, с которыми вы сталкиваетесь, вы сталкиваетесь с ними постоянно. Посмотрите, вот это народная медицина, традиционная медицина. Мы сейчас говорим о том, что сложно определить понятие «народная», «традиционная». Посмотрите, это уже все было. Это уже было. *(Демонстрируется слайд.)*

В своё время было такое направление, которое называлось «восстановительная медицина». Я сам проходил этот курс и был врачом восстановительной медицины. Вот что включалось в понятие традиционной медицины в то время. Есть приказы, методические рекомендации в этом направлении. Вот постановления Правительства Российской Федерации, которые были по этому направлению. В своё время российский научный центр восстановительной медицины занимался и курортологией, о которой сегодня уже говорили. Лаборатории у нас были, но на сегодняшний момент ничего этого нет. Все это существовало. Мы что, опять по новой будем это создавать? Да не надо создавать по новой. *(Демонстрируется слайд.)*

Вот, пожалуйста, были у нас аспирантуры, были ординатуры, были специалитеты, и так далее, и тому подобное. Что-то изменилось? После 2012 года у нас осталась мануальная терапия и рефлексотерапия. Сегодня мы слышим, что скоро и это направление уйдёт из системы официального здравоохранения. Мы перейдём на нелегальные методы лечения? Я не знаю как. Я считаю, что сейчас у нас большая проблема. Нет лекарственных препаратов, которые ввозили из-за рубежа. Всё время надеялись, что нам кто-то поможет из-за рубежа. Не надо на это надеяться, коллеги, используйте то, что есть у вас в руках, то, что находится на этой земле, по которой мы с вами ходим.

В 2011 году появилась эта статья благодаря нашей работе. Да, не совсем красиво, не совсем коряво, но так, как есть, она работает. *(Демонстрируется слайд.)*

Мы говорили о том, что врачи имеют право работать, они должны изучить в данном случае гирудотерапию, занять специальность. Но врач акушер-гинеколог должен работать в акушерстве-гинекологии, врач-терапевт – в заболеваниях печени, или гастроэнтеролог, и так далее. Но этого не получается, мы не можем лечить кусочек человека и не лечить всего вместе человека.

Посмотрите, пожалуйста, мы говорили о разрешении на занятие народной медициной, вот это моё разрешение, которое лично я получил в Татарстане. Из здесь присутствующих может кто-то поднять руку и сказать: имею разрешение на право работать на территории методами традиционной народной медицины? Пожалуйста, имею. *(Демонстрируется слайд.)*

Так вот что я хочу сказать: стратегия ВОЗ, о которой сегодня мы уже упоминали несколько раз, важная? Да, действительно важная. Почему? Да потому что не может на сегодняшний момент официальная медицина справиться с тем комплексом проблем, которые у нас возникают. Поэтому предложение: нужны вводить методы и направления традиционной медицины на уровне государственном, законодательной и исполнительной властью.

Второе. Нужно просто восстановить нормальную правовую базу традиционной медицины, которая уже была. Не надо изобретать новые велосипеды, нужно использовать те, которые уже были.

И организация координационного методического центра по вопросам традиционной медицины, но в данном случае в структуре российского здравоохранения. Не создадим – мы все с вами похерим. Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Спасибо.

Дорогие друзья, у нас время подходит... кто-то настаивает или мне по списку ещё одного представить? Пожалуйста, даю слово тому, кто настаивает, и на этом будем завершать.

Из зала. Мануальная терапия родилась из народной медицины, встречается уже с начала XV века. В царской армии была штатная должность костоправа.

Для упорядочения, организации и совершенствования помощи больным, нуждающимся в мануальной терапии, в 1990 году комитетом здравоохранения города Москвы был организован Московский центр мануальной терапии, учитывая высокую эффективность применения методов мануальной терапии в лечении заболеваний позвоночника, таких как дискогенная радикулопатия, вертебрально-базиллярная недостаточность. На всём мире выставке изобретений «Эврика-1993» в Брюсселе получена большая золотая медаль Гран-при за способ лечения вертебрально-базиллярной недостаточности.

Приказом Министерства здравоохранения России от 10 декабря 1997 года мануальная терапия была в номенклатуру врачебных специальностей введена. С 2001 года издаётся включённый в список ВАК рецензируемый научно-практический журнал «Мануальная терапия», в котором публикуются результаты исследований российских и зарубежных учёных. В России защищено по мануальной терапии 60 кандидатских и 5 докторских диссертаций.

При поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2004 году впервые в нашей стране был проведён Международный конгресс Союза мануальных терапевтов Европы. Большой интерес был проявлен западноевропейскими учёными к применению в России мануальной терапии при лечении вертебрально-базиллярной недостаточности и радикулопатии в результате межпозвоноковых грыж.

Для обмена опытом после международного конгресса лиге профессиональных мануальных терапевтов было предложено вступить в качестве полномочного представительства России в Международную федерацию мануальной медицины, FIMM. Подготовка врачей в России проводится на 49 кафедрах и курсах страны по программе двухлетней ординатуры и профессиональной переподготовки по мануальной терапии. Программа совершенствуется каждые пять лет комиссией из ведущих преподавателей кафедр и курсов мануальной терапии с последующим утверждением в Минздраве России.

К настоящему времени времени подготовлено уже больше 20 тысяч специалистов, которые работают в учреждениях разного профиля.

В 2004 году группа врачей Центра мануальной терапии Департамента здравоохранения города Москвы награждена национальной премией «Лучшие врачи России» в номинации «За создание нового направления в медицине – мануальной терапии».

В настоящее время мануальная терапия рекомендована международным медицинским сообществом в качестве одного из методов первого ряда выбора при лечении боли в нижней части спины и шеи, которая занимает первое и четвёртое места по числу лет, прожитых с ограничением жизнедеятельности. И число таких больных в ближайшие годы будет только расти.

Мануальная терапия включена в клинические рекомендации многих стран: США, Великобритании, Канады, стран Скандинавии – на основании современных рандомизированных исследований, метаанализов и систематических обзоров. Мануальная терапия, интегрированная в систему здравоохранения России, включена в территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания медико-санитарной помощи населению.

Предложение: сохранить мануальную терапию в реестре медицинских и провизорских специальностей. В течение ряда лет Министерством здравоохранения России не назначается главный внештатный специалист по мануальной терапии, что тормозит развитие специальности.

Предложение: назначить главного внештатного специалиста Минздрава России по мануальной терапии. Мой доклад продолжит Сергей Петрович, пожалуйста.

Канаев С. П. Не нужно слайды. Мы не будем тратить время.

Уважаемые коллеги! Уважаемые депутаты! Уважаемые члены президиума!

Я буквально чуть-чуть добавлю. Дело в том, что, согласно Федеральному закону № 232, сейчас любая медицинская деятельность должна оказываться в соответствии с порядком. Порядок пишется главным внештатным специалистом. По профилю «мануальная терапия» по специальности «мануальная терапия» главный внештатный специалист в настоящее время отсутствует. Причём это мотивируется тем, что количество мануальных терапевтов, врачей мануальной терапии, как правильно это называется по номенклатуре, в системе государственного здравоохранения работает очень небольшое количество. Но при этом совершенно забывается, что собственно, 323-й закон пишется и для бюджетных организаций, и для коммерческих, и для любых абсолютно. Это первый момент.

И второй момент. Уже прозвучало, что необходимо каким-то образом реорганизовать рефлексотерапию, реорганизовать мануальную терапию, но это может привести к таким негативным, я считаю, социальным последствиям.

Первый момент – это значительное снижение контроля безопасности и качества оказанных услуг. Мы уже и так имели печальный опыт, когда мануальной терапией занимались все кто ни попадя, это ещё 40 лет назад было, многие это помнят. Было огромное количество осложнений, и до сих пор это аукается. Все до сих пор ещё ассоциируют, многие, по крайней мере, мануальную терапию с каким-то опасным методом лечения. Это раз.

Второй момент. Был введён в 1988 году приказом Минздрава ещё СССР метод мануальной терапии. Начала вестись какая-то статистическая работа, но количество осложнений было всё равно достаточно большое, потому что всё равно не было единой унифицированной программы обучения, не было единых методологических подходов ни к проведению манипуляций, ни к определению показаний и противопоказаний.

И, наконец, собственно, только в 1997 году была признана специальность, появилась единая программа, появился единый подход к методологии, собственно, то, что сейчас называется контроль качества и безопасности, и это очень важно – это раз.

Второй момент – это доступность медицинской помощи. Сейчас мануальная терапия входит, как минимум, в территориальную программу Москвы. И за последние полтора года, это 2017-й и первая половина 2018 года, только силами Центра мануальной терапии был оказан значительный объём помощи – это более 570 тысяч посещений. Только первичных пациентов было принято больше 18 тысяч, и все это только в рамках программы ОМС. Если эта специальность будет выведена, неизвестно, что будет с нашими пациентами и как они смогут получать помощь. Не все наши пациенты, особенно в условиях развивающихся событий и международных, и внутри страны, имеют возможность оплачивать своё лечение в полном объёме в коммерческих клиниках.

Это, в конце концов, принесёт определённый ущерб самим врачам. Потому что сейчас согласно действующему законодательству врачи обязаны и имеют право принимать, и имеют действующий сертификат. Многие врачи прошли переподготовку по мануальной терапии и работают врачами мануальной терапии, и свои сертификаты по базовым специальностям: неврология, травматология, ортопедия и так далее – они не поддерживают.

Если эта специальность будет ликвидирована, тогда что будет с этими врачами? Встаёт правовой вопрос. Что будет с их медицинским стажем? Что будет с их трудовым стажем? Что будет с их льготными пенсиями? В конце концов, каким образом они будут проходить переподготовку? Кто заплатит за эту переподготовку? Каким образом будет решаться вопрос о компенсации периода их, скажем так, временной трудоспособности, пока они будут переучиваться. Потому что я ещё раз подчёркиваю, что с недействующим сертификатом эти врачи работать не могут. И, наконец, опять же просто потерянные выгоды. Дальше эти врачи будут вынуждены заново трудоустраиваться, причём в условиях потерянной конкурентоспособности. Потому что если их даже вернуть к их базовым специальностям, они по этим специальностям не работали, они потеряли свою квалификационную категорию и так далее.

Вот поэтому наше предложение – это всё-таки утвердить должность главного внештатного специалиста по мануальной терапии и сохранить специальность в реестре медицинских провизорских специальностей.

Благодарю за внимание.

Председательствующий. Спасибо.

Дорогие друзья, у нас в работе нашего «круглого стола» принимает участие не только Олег Олегович, заместитель министра здравоохранения нашей Российской Федерации, но ещё и представитель министерства из Индии. Поэтому разрешите предоставить слово господину Сарашетти, а потом будем завершать. По ошибке просто мы не предоставили слово вначале. Приносим свои извинения.

Сарашетти Р. С. Добрый вечер! (*Аплодисменты.*)

Меня зовут профессор Сарашетти. Я являюсь официально уполномоченным председателем Министерства АЮШ, Министерства аюрведы, йоги и натуропатии, юнани, сиддхи и гомеопатии, представительство в России. Я являюсь профессором высшей квалификации, высшей категории и преподаю на кафедре аюрведы в Институте восточной медицины РУДН.

Я очень горд и доволен тем, что я могу присутствовать здесь и быть частью этого мероприятия.

Я хочу обратить ваше внимание на то, что сегодня мы, конечно, уже обсудили множество вещей, которые связаны с практикой традиционной медицинской системы. У каждого из выступающих врачей, специалистов есть определённый опыт в этой сфере. И сейчас вы делитесь своим опытом, а я хочу сказать, что за последние 15 лет уже столько вклада внесено в то, чтобы сделать врача традиционной медицинской системы профессией, но пока что не удалось. Когда вы обращаетесь к какому-либо государству или министерству, или какому-то органу государственной власти, то всегда чиновников интересуют три основных аспекта: здоровье нации, общественное здоровье; возможности трудоустройства и, конечно, финансовые ресурсы или финансовые источники. Принимая во внимание

эти три фактора, в Индии сформировали национальную политику по направлению традиционной медицинской системы, то есть аюрведы, йоги, натуропатии, юнани, сиддхи и гомеопатии.

После того как было проведено множество различных дискуссий, эти системы были официально приняты в Индии.

В Индии все традиционные медицинские системы принимаются точно так же, как и современная медицина, то есть аллопатия.

Деятельность этих традиционных медицинских систем осуществляется по нескольким направлениям с целями, конечно, поддержания здоровья нации и создания образовательных учреждений с программами различного образования, и также создания исследовательских центров для предоставления доказательной базы, создания производственных учреждений для производства лекарственных средств и обеспечения ими рынков национальных и международных.

В Индии уже создано более 400 институтов, в которых преподают традиционные медицинские системы, и в том числе аюрведы. Более тысячи исследовательских центров было создано уже в Индии, работа которых направлена на создание доказательной базы и проведение исследований. И после того, как на уровне правительства было принято и понято значение традиционных медицинских систем, в том числе аюрведы, было создано множество образовательных учреждений, медицинских центров, госпиталей, больниц, курортов, в которых практикуются медицинские системы. Именно поэтому люди со всего мира приезжают в Индию, чтобы обучаться традиционным медицинским системам, получать высшее образование в этой области, и более 20 тысяч только россиян ежегодно посещают Индию с целью получения целостного лечения на курортах и в клиниках.

Что касается закона о лекарственных и косметических средствах, то, действительно, существуют такие законы в Индии, согласно которым создаются все лекарственные средства и косметические средства в Индии.

Благодаря такой национальной политике люди в Индии не так сильно страдают от заболеваний, то есть они наслаждаются хорошим здоровьем, и также благодаря этой национальной политике очень много хронических случаев, от которых отказывается современная медицина, были эффективно вылечены благодаря традиционным медицинским системам в Индии.

Благодаря такой национальной политике общество можно назвать здоровым, и также благодаря такой национальной политике было создано множество новых возможностей для трудоустройства и усилены финансовые источники или источники дохода государства.

Согласно исследованиям, согласно той информации, которую я получил, сейчас в России очень сильно распространены заболевания сердечно-сосудистой системы, диабет, различные заболевания нервной системы и прочие. Но на самом деле традиционные медицинские системы предоставляют самые экономичные, самые экономные и самые натуральные способы лечения этих заболеваний.

Традиционные медицинские системы могут сыграть важнейшую роль как в профилактике, так и в оздоровительной практике, и в лечении заболеваний и восстановлении после заболеваний среди всех жителей России.

Именно поэтому сейчас большинство врачей современной медицины в России буквально сходят с ума по этим традиционным медицинским системам.

Поэтому с точки зрения здоровья, здравоохранения, с точки зрения экономики и с точки зрения трудоустройства сейчас необходимо, конечно, вернуться в сторону традиционных медицинских систем, которые предоставляют все эти три аспекта.

Недавно я посетил Бурятию и общался с главой Бурятии, и там я выяснил, что сейчас российское государство не использует полный потенциал бурятских лекарственных трав и совершенно не занимается производством лекарственных средств из Бурятии, тогда как этот сектор обладает великим потенциалом.

Председательствующий. Спасибо.

Уважаемые коллеги, мы с вами больше чем два с половиной часа очень плотно поработали, состоялся очень профессиональный деловой разговор, и мы с вами понимаем, что замминистра, уважаемый Олег Олегович, доложил, что проект закона в принципе готов. Мы ещё его будем обсуждать, и те предложения, замечания, которые здесь прозвучали в части законодательного, нормативно-правового обеспечения, естественно, обязательно будут учтены в той законодательной, законопроектной работе. К сожалению, наше время исчерпано. Но я уже говорил о том, что у нас будет обязательно издан сборник, вы свои тезисы, пожалуйста, сдайте нам, и мы его издадим обязательно.

Поэтому, уважаемые коллеги, при всем уважении к вам я вынужден закончить. Спасибо вам за участие, за то, что вы поработали, и все ваши предложения будут учтены.

СТЕНОГРАММА
парламентских слушаний на тему «Стратегия развития
здравоохранения Российской Федерации».
3 декабря 2018 года.

Председательствует председатель
Комитета Государственной Думы по охране здоровья
Д. А. Морозов

Морозов Д. А. Уважаемые коллеги, я хочу поприветствовать вас на предстоящих пленарных слушаниях по очень важному вопросу здравоохранения «Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации»!

Я считаю, что это одно из важнейших заседаний сегодня, которое должно обрести очень серьёзное значение в последующем и пройти очень активно с пониманием того, что мы делаем, зачем мы делаем. И, как любая стратегия, это то действие, которое будет принято и будет руководством для здравоохранения Российской Федерации, должно быть выверено, верно, правильно и совершенно понятно всем, даже тем людям, которые читают и, будучи обычным доктором, серьёзно понимают стратегию здравоохранения Российской Федерации.

А сейчас мне хотелось бы предоставить слово Геннадию Андреевичу Зюганову, руководителю фракции «Коммунистическая партия Российской Федерации» в Государственной Думе Российской Федерации. *(Аплодисменты.)*

Зюганов Г. А. Добрый день, уважаемые товарищи, друзья!

В этом зале в последнее время проходит немало исключительно важных слушаний и мероприятий. Я с удовольствием вас приветствую и считаю, что на свете есть семь главных профессий. Если есть умный учитель, будет образованное население. Если есть хороший врач, будет достойное здоровье. Если трудятся эффективно рабочие и крестьяне, будут и хлеб, и машины. Если есть инженеры и учёные, будет большое будущее. Если есть храбрые люди в погонах, можно спокойно ложиться спать, будет обеспечена безопасность.

Эти семь профессий определяют судьбу любого народа и государства. Они реализуют любую стратегию, если есть власть, которая понимает главные тенденции и способна их учитывать, мобилизуя граждан на реализацию главных направлений развития.

Я считаю, что в Послании Президента России, в его обращениях к стране после вступления в должность сформулированы стратегические задачи, которых давно не было. До этого было 11 указов, из которых выполнен более или менее только указ о безопасности, а остальные во многом провалены.

Сейчас поставлена задача – выйти на мировые темпы экономического развития 3,5 процента, они складываются, у нас за десять лет они составили всего 4 процента. Поэтому нам надо неизбежно выходить на эти темпы, в противном случае мы отстанем навсегда.

Вторая задача – войти в пятёрку самых сильных успешных государств мира. Мы сегодня 11-е, с валовым производством за год 1 триллион 600 миллиардов. Чтобы занять 5-е место, надо обогнать Францию, Англию и Индию, которые имеют по 2,6 триллиона. То есть надо нарастить очень мощные производства.

Отсюда возникает вопрос, какими силами, какой квалификацией, с каким здоровьем и какими ресурсами? Я считаю, что наша страна обладает такими ресурсами и уникальным опытом. И этот опыт заслуживает не только внимания, но и всяческого поощрения. Хотел бы вам напомнить, что у нас в своё время были самые высокие в мире темпы роста продолжительности жизни. Мы начинали в 1900 году с 32, в среднем, лет на каждого человека. Американцы уже тогда имели 49. В 1967 году, когда отмечали 50-летие советской власти, у нас была средняя продолжительность 70 лет, американцы уже отставали от нас три года.

И на этих 70 годах мы топчемся последние три десятилетия. Самое печальное и самое сложное, что было подчёркнуто у президента, это вопрос сбережения народа и сохранения своего потенциала. Чтобы мы уверенно отстраивали свою стратегию, будь то в науке, в здравоохранении и в образовании, мы должны понимать, что конкурентоспособны будем, если будет минимум 200 миллионов на наших просторах.

За последние 25 лет мы потеряли с вами 9 миллионов человек, даже 7 миллионов мигрантов не восполнили этот процесс. За эти годы США увеличили своё население на 77 миллионов, французы на 10, англичане на 9. Поэтому вопрос состояния здоровья, здравоохранения приобретает главный смысл: или мы решаем эту задачу, или дальше все остальные в принципе невыполнимы.

В этой связи наша Дума недавно рассматривала бюджет. Когда президент представлял Медведева здесь, в Государственной Думе, то я, выступая, сказал: чтобы выполнить ваше Послание, выстроить грамотно стратегию, для этого нужны законы. По нашей инициативе принят закон «О стратегическом планировании», но, чтобы мы выполнили ваше указание, надо расходную часть иметь не 15–16 триллионов, а минимум 25. И обосновал, из чего это складывается, ибо в мировой практике и в нашей жизни есть золотые сечения. Чтобы социальная сфера успешно развивалась, надо иметь три по семь. Семь процентов на здравоохранение расходной части, столько же на науку и примерно столько же на образование. Если пятую часть бюджета вкладывать в эти сферы, у нас есть возможность уверенно развиваться. У нас пока не доходит и до половины от этой суммы.

Мы внесли 12 законов, которые позволяли аккумулировать ресурсы и реализовать эту стратегическую задачу, причём, реализуя эту задачу, надо выделить в стратегическом плане и приоритет. Кто больше всего пострадал от рыночного фундаментализма и рыночной оккупации? Прежде всего области с коренным русским населением. Я вам просто назову несколько цифр. Я родом с Орловщины. В своё время занимался и наукой, и здравоохранением, образованием, это опыт, который был одобрен и шагает широко по планете. Орловщина потеряла за последние годы 150 тысяч населения.

Рядом Тульская область потеряла 350 тысяч. Тверская – 380 тысяч. Демография складывается такая, что мы не в состоянии решать насущные проблемы. Причины разные. Некоторые говорят, виноваты медики. Я с этим категорически не согласен. Вы даже в чрезвычайных условиях делали очень многое, просто спасали иногда ситуацию. Но я, исходя из мировой оценки, скажу, что главными факторами здоровья являются медицина примерно на 30 процентов, наследственность – на 10–15, образ жизни – примерно 10, экология – почти 20, условия труда примерно тоже 10–15.

В этой связи возникает вопрос: в состоянии ли мы это решить? Я вам напомним довольно любопытный сюжет: когда мы впервые поднялись в космос, то американцы были не просто шокированы, они к нам прислали большую комиссию, я смотрел их доклад. Доклад так и назывался: «Главная статья, основная глава, что знает Иван и чего не знает Джонни». Они сказали: мы проиграли, прежде всего, на студенческой парте и школьной скамье, – и в 10 раз увеличили ассигнования. Но, когда мы впервые вышли в космос, появились новые лекарства, новые материалы, новые возможности, тогда был мировой форум, почти 50 лет назад, и взяли обязательство победить болезни, победить бедность, дать жильё и справиться с проблемами к 2000 году. Открывая доклад ООН, посчитали: оказывается, на первом месте, как была бедность, так целые страны окунулись. На втором месте, как были болезни, появились новые, с которыми не справляются даже антибиотики. На третье место вышла загубленная экология, которая влияет на состояние здоровья. Терроризм был на девятом. Прошло 15 лет, терроризм ворвался в первую тройку. Вот главный букет планетарных болезней.

Чтобы с ними справиться, нужна качественная социальная и финансово-экономическая политика. Нужны колоссальные вложения в науку, в здоровье, в образование и в экологию. Для нас сейчас все упёрлось в возможность финансировать этот качественно новый проект, который предложил Президент России в своём Послании Федеральному Собранию.

Мы считаем, что эта задача реализуема. Мы предложили 12 проектов законов. Мы считаем, что завтра реально можно иметь бюджет 25 триллионов в расходной части, а не 18, как сегодня, и показали пример. После дефолта по нашей инициативе был принят закон о народных предприятиях, сегодня народные предприятия показывают лучшие результаты работы в стране.

Приглашаю вас посмотреть, как реализуется программа оздоровления экологии и образования в Совхозе имени Ленина под руководством Грудинина, рядом, под Москвой, где средняя зарплата в этом году будет 80 тысяч рублей, в Усолье-Сибирском (в Иркутске), где средняя зарплата превысила 100 тысяч рублей, имеется полный социальный пакет, полная диспансеризация и хороший медицинский уход и обслуживание. В Республике Марий Эл, где лучшее в стране хозяйство, которое заняло все основные призы на Франкфуртской выставке.

Решение проблемы есть, нам надо вместе проявить волю и характер для того, чтобы одолеть эти вызовы времени.

Ну, а что касается целого букета болезней, от которых мы все страдаем, вы лучше меня знаете. Меня, конечно, поражает, что, объявив, допустим, десятилетку детства, мы подготовили для этого тоже целый ряд реальных решений, но я вот со своими коллегами, здесь сидят мои специалисты, депутаты и медики, мы внесли пять раз закон «О детях войны», их средняя пенсия в деревне 8–9 тысяч, а в городе – максимум 12–14. На эти деньги нельзя ни прожить, ни таблетки купить, нельзя толком одеться.

Мы внесли предложение о стакане молока, ибо в стакане молока для детей, особенно дошкольного возраста, есть все необходимое. Три раза голосовали – так и не нашли 15 миллиардов, а это вообще копейки.

Мы внесли предложение о полноценном питании детей непосредственно в школах, о регулярной и полной диспансеризации, оказании помощи детским медицинским учреждениям и помощи молодому человеку воспитать и выкормить своих детей. Самыми нищими в стране оказались молодые семьи,

у которых два-три ребёнка. Даже если эта семья имеет доход 60 тысяч, на четверых по 15, это тоже нищета.

Поэтому, мы считаем, чтобы выстраивать стратегию оздоровления, надо учесть весь комплекс мероприятий, весь комплекс вызовов, и готовы максимально вам в этом содействовать и помогать.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Председательствующий. Добрый день, глубокоуважаемые коллеги! Я прошу простить меня за опоздание, у нас задержался Совет Государственной Думы.

Спасибо большое, Геннадий Андреевич.

Я, если позволите, скажу несколько слов, и мы приступим к реализации сегодняшней серьёзнейшей повестки дня, потому что у нас с вами впереди 40 заявленных выступлений, и я очень надеюсь на дискуссию, на вопросы. Но мы, естественно, все должны быть сконцентрированы на конкретике, поскольку все вы хорошо ознакомлены с проектом стратегии. И хотелось бы услышать сегодня именно замечания, предложения, конкретные моменты, на которые следует нам обратить внимание, говоря об общественном обсуждении и парламентском измерении планируемой стратегии здравоохранения.

Уверен, подавляющему большинству сидящих в зале известна фраза Гиппократа, что медицина есть благороднейшее из всех искусств. Может быть, кого-то удивит, что в определении того, что такое стратегия, первым словом является слово «искусство» – искусство планирования, искусство руководства, основанное на правильных и далеко идущих прогнозах. Это определение словаря Ожегова.

Сегодня я глубоко убеждён в том, что нам необходимо остановиться, может быть, на мгновение, может быть, на вот эти три часа, и подумать о том, правильные ли поступки мы запланировали, нет ли высоких рисков ошибок, правильны ли те сегменты, о которых мы говорим, и те стратегические направления, по которым определено, в частности, в первую очередь финансирование нашего здравоохранения. Это чрезвычайно важно.

Мы говорим о национальных идеях, о национальной безопасности, и я бы подчеркнул, не в здравоохранении, и соглашусь с Геннадием Андреевичем, я тоже слышу вот это в воздухе – об охране здоровья граждан, поскольку это гораздо шире, чем работа самой системы здравоохранения.

От чего зависит конечный результат, к которому мы стремимся? Он зависит от того, насколько полноценно живёт человек, он зависит от того, какая экология, от еды, от воды, от физической активности и только потом уже от самой системы здравоохранения. И, конечно, мы, как доктора, как врачи, как депутаты, которые занимаются этой проблемой, мы должны всегда обращать внимание всего общества и депутатского корпуса как представительного органа всего общества на вот этот огромный спектр задач, который перед нами стоит.

Вывести из контекста систему здравоохранения, довести её до абсолютного успеха – это не значит решить вопросы, которые касаются охраны здоровья всех граждан. Именно сегодня я бы предложил вам посмотреть на эту проблему сквозь призму законодательного регулирования и нормативно-правового регулирования, чтобы мы с вами чётко понимали, что мы делаем. Это и есть стратегия. Как мы делаем – это тактика. Что мы делаем, что является главенствующим, как наши решения приведут к успеху. То, что они будут выполнены и результат будет достигнут, у меня в принципе сомнений нет. Но насколько это будет эффективно с точки зрения охраны здоровья граждан, мне кажется, это чрезвычайно важно.

Поэтому понимаю, что перед нами мощный системный документ. И, конечно, уверен, как и я, вы обратили внимание на те главы (которые касаются текущего состояния) третьего раздела, который посвящён угрозам и вызовам. Это очень системно, очень глубоко написанные слова. И мы прекрасно понимаем, что задач, которые перед нами стоят, великое множество.

Я предлагаю вам сегодня интенсивно, чётко поработать. Слово для доклада предоставляется Наталье Александровне Хоровой, заместителю министра здравоохранения Российской Федерации.

Пожалуйста.

Хорова Н. А. Добрый день, дорогие депутаты, дорогие гости!

Прежде всего, хотела поблагодарить Дмитрия Анатольевича за предоставленную возможность обсудить в этом зале важнейшую тему – стратегию развития здравоохранения, над которой мы очень долго вместе все трудились.

Напомню, что Министерством здравоохранения при участии заинтересованных федеральных органов исполнительной власти в соответствии с перечнем документов стратегического планирования в сфере обеспечения национальной безопасности Российской Федерации, утверждённых Президентом Российской Федерации ещё в 2015 году, нами был разработан проект стратегии развития здравоохранения Российской Федерации до 2025 года. Положения проекта стратегии взаимосвязаны с положениями Стратегии национальной безопасности Российской Федерации, а также с Майским указом Президента Российской Федерации о национальных целях и стратегических задачах развития страны до 2024 года.

Министерство здравоохранения является ответственным за реализацию приоритетного национального проекта «Здравоохранение» и принимает активное участие в реализации приоритетного на-

ционального проекта «Демография», которые строго взаимосвязаны с соответствующими приоритетными направлениями развития отрасли, предусмотренными проектом стратегии.

В 2017 году проект стратегии проходил широкое обсуждение с медицинским сообществом, гражданами, организациями, был размещён на официальном сайте Министерства здравоохранения и в Федеральной информационной системе стратегического планирования, а также был согласован с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти и с субъектами Российской Федерации.

В текущем году проект стратегии дважды обсуждался в Совете Безопасности: в марте – на заседании Секции по проблемам экономической и социальной безопасности Научного совета при Совете Безопасности Российской Федерации и в сентябре – на заседании Межведомственной комиссии Совета Безопасности по безопасности в экономической и социальной сфере. Также в марте текущего года проект стратегии рассматривался в Комитете Совета Федерации по социальной политике. По итогам этих заседаний проект стратегии дорабатывался и обсуждался в Правительстве Российской Федерации.

На данный момент проект стратегии согласован шестнадцатью федеральными органами исполнительной власти. В проекте учтены предложения Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Федерального медико-биологического агентства, Федеральной антимонопольной службы, Министерства труда, Роспотребнадзора, Минэкономразвития и многие другие. При последних корректировках проекта стратегии в соответствии с поручением Правительства Российской Федерации были учтены замечания и предложения Роспотребнадзора. Последняя редакция проекта была направлена в Государственную Думу и в правительство 26 ноября текущего года.

Проект стратегии направлен на совершенствование обеспечения доступности и качества медицинской помощи, прежде всего – на создание единой системы по информированию и мотивации граждан к здоровому образу жизни, а также формированию культуры здоровья. Направлен на инновационное развитие медицины с внедрением современных информационных биомедицинских фармацевтических технологий, на совершенствование лекарственного обеспечения граждан, на устранение дефицита медицинских кадров, на развитие системы управления качеством медицинской помощи, совершенствование системы обязательного медицинского страхования, на развитие и внедрение механизмов государственного частного партнёрства в здравоохранении и привлечении инвестиций в отрасль.

Проект стратегии включает оценку текущего состояния, отражает вызовы и угрозы национальной безопасности в сфере здравоохранения, определяет цель, основные задачи и планируемые результаты, а также отражает приоритетное направление развития здравоохранения, систему мер и мероприятий по достижению планируемых результатов, механизма оценки и контроля эффективности реализации стратегии.

Озвучу, что основными целями стратегии являются увеличение численности населения, увеличение продолжительности жизни, увеличение продолжительности здоровой жизни, снижение уровня смертности и инвалидности населения, соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.

Реализация стратегии позволит создать условия для обеспечения национальной безопасности Российской Федерации, для повышения ожидаемой продолжительности жизни, для увеличения продолжительности активной трудовой жизни, уменьшения периода временной нетрудоспособности и повышения качества жизни за счёт уменьшения бремени заболеваний.

При описании текущего состояния национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан обозначены проблемы, которые имеются на данный момент в отрасли. Хотела бы озвучить только несколько. Несмотря на рост затрат на здравоохранение, на данный момент имеется несбалансированность и дефицит территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за счёт бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации.

Имеется неудовлетворённость населения лекарственным обеспечением. Есть риск завоза новых и возвращающихся опасных инфекционных болезней в случаях осложнения эпидемической ситуации за рубежом. Недостаточный уровень качества оказания первичной медико-санитарной помощи. Имеются населённые пункты, находящиеся вне зоны доступности оказания первичной медико-санитарной помощи. Имеет место недостаточно развитая инфраструктура детского здравоохранения. Доля зданий, принадлежащих областным, краевым, республиканским больницам, не отвечающих современным требованиям, составляет 31,5 процента. Медицинская помощь по ряду профилей оказывается в стационарах для взрослых пациентов.

В 2017 году по сравнению с уровнем 2012 года рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией составил 10,4 процента. Заболеваемость сахарным диабетом увеличилась на 23 процента. В некоторых регионах отмечается дефицит витаминов и микроэлементов в рационе питания населения. Отмечается низкое качество подготовки медицинских работников. Имеется дефицит медицинских кадров. Так, дефицит врачей в амбулаторно-поликлинических учреждениях составляет на сегодня 27,1 тысячи врачей при их профиците в стационарных учреждениях. На данный момент сохраняется коэффициент совмести-

тельства 1,4. Имеет место технологическое отставание российского здравоохранения от здравоохранения западных стран.

При лечении онкологических больных все ещё доминируют хирургические вмешательства, а современная радиотерапия доступна лишь в нескольких регионах или выполняется на устаревшем оборудовании.

В качестве угроз в сфере охраны здоровья в проекте стратегии отмечается риск осложнений эпидемиологической ситуации на фоне неблагоприятной ситуации за рубежом по ряду новых и опасных инфекционных болезней; увеличение риска возникновения новых инфекций, вызываемых ранее неизвестными патогенами; распространение антимикробной резистентности; высокая распространённость онкологических, сердечно-сосудистых, эндокринологических заболеваний, наркомании и алкоголизма, ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, туберкулёза, увеличение случаев травм и отравлений; доступность нелегальных наркотических средств и психотропных веществ для незаконного употребления; отток из отрасли здравоохранения высококвалифицированных медицинских кадров.

К вызовам национальной безопасности в сфере охраны здоровья проектом концепции отнесено старение населения; увеличение численности лиц старшего трудоспособного возраста, рост инвалидности среди детей; замещение медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий на медицинские услуги, оказываемые на платной основе, что формирует риск нарастания социальной напряжённости; неудовлетворённость населения качеством оказания медицинской помощи.

Вся деятельность национальной пациенториентированной системы будет осуществляться с учётом открытого диалога с гражданским обществом, профессиональными медицинскими некоммерческими организациями, пациентским сообществом и должна привести, прежде всего, к росту удовлетворённости населения качеством оказания медицинской помощи и её доступностью.

Ожидаемыми результатами проведения мероприятий к 2025 году является достижение следующих показателей. Это увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 78,5 лет, напомним, что в 2017 году продолжительность жизни составляла 72,7. Снижение младенческой смертности до 4,4 на 1000 родившихся живыми, в 2017 году это 5,6. Снижение смертности лиц трудоспособного возраста – до 340 на 100 тысяч населения соответствующего возраста. Снижение смертности от болезней системы кровообращения – до 430 случаев на 100 тысяч населения. Снижение смертности от новообразований – до 183,5 случаев на 100 тысяч населения. Снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий. Сокращение потребления алкоголя. Увеличение количества лиц, систематически занимающихся физической культурой и спортом. Улучшение показателей здоровья населения и деятельности медицинских организаций будет обеспечиваться на основе сформированной национальной пациенториентированной системы здравоохранения, особое место в которой займут меры по укреплению общественного здоровья, основанные на солидарной ответственности государства, работодателя и гражданина за здоровье, предусматривающей введение наиболее эффективных доказательных мер по сохранению здоровья за счёт совершенствования трехуровневой системы организации медицинской помощи со строгим разграничением функциональных возможностей.

Хотела бы отметить, что одним из важнейших документов стратегического планирования в Российской Федерации является государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», которая и призвана реализовывать в том числе стратегию развития здравоохранения. Напомним, что в состав государственной программы, которую реализует Министерство здравоохранения с десятью федеральными органами исполнительной власти – Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, субъектами Российской Федерации, с Росздравнадзором и другими федеральными структурами, – включены национальный проект «Здравоохранение», который состоит из восьми федеральных проектов, 25 ведомственных целевых программ и расходы, предусмотренные на реализацию базовой программы обязательного медицинского страхования через систему Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Напомним, что все меры, которые предусмотрены, все мероприятия будут осуществляться за счёт бюджетной системы Российской Федерации, из которых на долю федерального бюджета ложится 1 триллион 366,7 миллиарда рублей, из них 51 процент средств предусмотрены на первую трехлетку и в 2019–2021 году будет дополнительно направлено в систему здравоохранения для реализации этих важнейших восьми проектов. Все они призваны сделать наши поставленные задачи исполнимыми. Мы считаем, что вместе с субъектами Российской Федерации мы будем выполнять те планы, те «дорожные карты», которые намечены федеральными проектами, которые были согласованы в рамках рассмотрения региональных проектов, их региональных сегментов в ходе согласования со всеми субъектами Российской Федерации.

Важнейший проект – развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи – прежде всего направлен на повышение доступности и качества медицинской помощи всем гражданам, в том числе в малонаселённых и труднодоступных регионах. В ходе реализации проекта будет завершено формирование сети медицинских организаций, планируется построить более 350 новых и заменить

более 1200 аварийных ФАПов, врачебных амбулаторий и приобрести более 1300 мобильных медицинских комплексов.

Второй важнейший проект – борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями – направлен на повышение доступности и качества медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями и снижение смертности от болезней системы кровообращения. В ходе реализации данного проекта, прежде всего, акцент будет делаться на профилактику развития сердечно-сосудистых заболеваний, на внедрение клинических рекомендаций, протоколов лечения и, безусловно, на переоснащение медицинским оборудованием региональных сосудистых центров и создание первичных сосудистых центров.

Третий проект – борьба с онкологическими заболеваниями – призван улучшить выявление и повысить качество медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, снизить смертность от новообразований.

В ходе реализации мероприятий проекта будет создана сеть центров амбулаторной онкологической помощи во всех регионах страны, призванная обеспечить своевременность и комфортность прохождения диагностики при подозрении у пациентов онкологических заболеваний.

Будут переоснащены медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь больным онкологическими заболеваниями. Планируется не менее 160 медицинских учреждений, которые будут переоснащены данным оборудованием.

Планируется организовать референсцентры по иммуногистохимическим и патоморфологическим методам исследований. Будут дооснащены медицинским оборудованием федеральные медицинские организации, оказывающие помощь больным онкологического профиля.

Проект «Развитие детского здравоохранения», включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи, направлен на развитие профилактического направления медицинской помощи детям. Прежде всего, он предусматривает укрепление материально-технической базы детских поликлиник, детских поликлинических отделений и строительство или реконструкцию детских больниц и корпусов в субъектах Российской Федерации.

Проект по обеспечению медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами – один из важнейших проектов, прежде всего, направлен на устранение имеющегося кадрового дефицита в отрасли, а также на обеспечение необходимыми специалистами кардиологических, онкологических и педиатрических служб.

За время реализации данного проекта планируется укомплектовать подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, врачами и средним медицинским персоналом до 95 процентов и снизить коэффициент совместительства до 1,2. Напомню, что сейчас он 1,4.

Одновременно планируется увеличить численность врачей, по сравнению с 2017 годом, на девять процентов, до 598 тысяч специалистов, средних медицинских работников на 10,2 процента, до 1,4 миллиона специалистов.

Решение этих задач будет осуществляться в рамках реализации мероприятий с учётом определения реальной потребности субъектов Российской Федерации в медицинских кадрах, в разрезе каждой медицинской организации, с учётом специфики каждого конкретного региона.

Планируется дополнительная подготовка специалистов, повышение эффективности трудоустройства выпускников, совершенствование механизмов закрепления специалистов в отрасли. Планируется расширить системы непрерывного профессионального образования врачей и среднего медперсонала с использованием дистанционных образовательных технологий, завершить внедрение процедуры аккредитации, которую к 2024 году должны пройти более двух миллионов специалистов.

На достижение целей федерального проекта также будут направлены мероприятия региональных проектов, которые, наряду с мероприятиями по ликвидации кадрового дефицита медицинских работников, включают мероприятия по оказанию адресных мер социальной поддержки, в том числе по программам «Земский доктор», «Земский фельдшер» и других.

Проект по развитию сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрению инновационных медицинских технологий имеет основную цель – повышение качества и современного уровня оказания медицинской помощи по профилям, оказание медицинской помощи в субъектах Российской Федерации.

Задачи проекта – это функционирование системы качества медпомощи, внедрение инновационных методов лечения и трансляция их в региональное здравоохранение.

В рамках реализации данного проекта планируется широкомасштабное дистанционное консультирование врачей с использованием телемедицинских технологий федеральных учреждений с учреждениями третьего уровня субъектов Российской Федерации.

Планируются выездные аудиты в регионы для анализа существующих проблем в качестве оказания медицинской помощи и выработки рекомендаций для регионов, которые должны способствовать повышению качества оказания помощи и изменению реальной ситуации.

В рамках данного проекта планируется также переоснащение самих федеральных центров, которые призваны транслировать новые современные технологии лечения в субъекты Российской Федерации.

Не могу не озвучить ещё один важный проект – создание единого цифрового контура. В рамках данного проекта планируется все медицинские организации подключить к региональным информационным системам, которые должны, в свою очередь, интегрироваться в федеральную информационную систему.

Данный проект планирует к 2022 году в 85 субъектах Российской Федерации повысить внедрение в сфере здравоохранения информационных систем, соответствующих установленным требованиям, и подключить все медицинские организации региона в целях обеспечения преемственности медицинской помощи, маршрутизации пациентов и мониторинга оказания медицинской помощи по отдельным профилям заболеваний, организации телемедицинских консультаций, управления льготным лекарственным обеспечением, диспетчеризации санитарного транспорта и реализации других централизованных сервисов.

Последний проект, восьмой, – это развитие экспорта медицинских услуг, он направлен на создание и развитие на территории Российской Федерации условий, обеспечивающих рост экспорта медицинских технологий и тем самым создание дополнительных источников финансирования системы здравоохранения Российской Федерации.

Проект стратегии будет представлен в Совет безопасности Российской Федерации. Утверждение стратегии развития здравоохранения на период до 2025 года Президентом Российской Федерации планируется осуществить до конца текущего года.

В заключение разрешите поблагодарить всех, кто принимал участие в её разработке. И мы рады будем принять предложения сегодня от вас, и у нас ещё есть возможность какие-то моменты доработать.

(Аплодисменты.)

Председательствующий. Спасибо большое, уважаемая Наталья Александровна.

Мы работаем с Министерством здравоохранения рука об руку, и, честно говоря, прекрасно понимаем и отдаём себе отчёт в том, что ответственность перед гражданами за принимаемые решения у нас общая.

Более того, я думаю, что свою ответственность чувствует каждый сидящий здесь в зале. Это очень важно.

И мне бы не хотелось накручивать, но я бы ещё раз позволил себе обратить ваше внимание, уважаемые коллеги, на такие суровые весьма, а иногда грустные даже предложения в разделах, касающихся текущего состояния здравоохранения, угроз и вызовов.

Те, кто работают в нашей специальности, в отрасли, те сразу читают за каждым предложением, за каждым словом, и осознают ту проблематику и её объём, который на сегодняшний день существует.

Многие вопросы, я специально хочу сфокусировать ваше внимание, мы бы уже могли решить, но решали их весьма медленно. Например, прозвучало слово о микроэлементах, правда, это не микроэлемент, но тем не менее, ситуация с йодным дефицитом. Сколько лет мы бьёмся, для того чтобы ввести государственную йодную профилактику. Уже мы 2,5 года этим занимаемся.

Вот эти наши ржавые механизмы, которые не позволяют быстро принимать решение. Мы ставим вопрос об образовании наших детишек, половина из которых, по большому счёту, живут в регионах с йодным дефицитом. Как они могут учиться?

И раз за разом, раз за разом врачебное сообщество ставит эти проблемы. Почему мы не можем это быстро провести?

И то же самое – мы всегда должны учитывать мнение финансовых организаций, мнение кого угодно, кроме того, что наше экспертное мнение должно быть всегда в приоритете, потому что мы знаем, что такое йод и что такое йод для репродуктивной сферы, что такое йод для малыша, что такое йод для функционирования его нервной системы и многое, многое другое.

И, конечно, все направления стратегии логичны. Но я ещё раз повторю этот вопрос: на чём основана наша уверенность, что предлагаемые меры позволят нам переломить эту ситуацию? Мне всегда хотелось, чтобы за каждым решением стояла понятная для нас группа экспертов, кто принимает это решение и несёт за него ответственность, пусть даже смысловую. Вот это очень важно.

Я предлагаю выступить Михаилу Александровичу Меню, аудитору Счётной палаты Российской Федерации.

Спасибо, Михаил Александрович, что вы с нами. Только, пожалуйста, мы переходим на другой регламентный режим, потому что у нас 40 докладов, условно говоря, по 5 минут. Прошу всех уместиться где-то в три минуты. Три, четыре, пять максимум.

Мень М. А. Уважаемый президиум, уважаемые участники парламентских слушаний, мы внимательно в Счётной палате изучили этот документ, документ стратегический.

Могу сказать, что документ, по нашей оценке, качественный, документ системный. В документе отражены многие болевые точки нашей отрасли. Вы знаете, мы в соответствии со стратегией Счётной

палаты переходим от прямых контрольных функций, контрольных, только лишь контрольных мероприятий к стратегическому аудиту. То есть мы переходим к большему нажиму на экспертно-аналитическую работу, но при этом сохраняя тот же объём контрольных мероприятий по конкретным проверкам. Поэтому для нас очень важно изучение таких стратегических документов.

Хочу сказать, что наша функция – не говорить об успехах, хотя здесь положительные слова необходимо сказать об этом стратегическом документе, но говорить о том, что не нашло отражения в этом документе.

Хочу коротко на этом остановиться. Некоторые важные цели и показатели, которые определены Указом Президента № 204, на наш взгляд, не в полной мере отражены в стратегии. Мы направили свои предложения. Наталья Александровна, вы посмотрите. Я сейчас их кратко озвучу.

Нам хотелось бы обратить внимание на то, что ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, не в полной мере нашла отражение. Обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год. Обеспечение оптимальной доступности для населения, в том числе для жителей населённых пунктов, расположенных в отдалённых местностях, медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медицинскую санитарную помощь. Сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации. И, конечно, упрощение процедуры записи на приём к врачу. Здесь сдвиги определённые есть, безусловно, не налицо, но нам кажется, в стратегии движение вперёд по этому направлению необходимо обязательно учесть. Увеличение объёма экспорта медицинских услуг тоже вполне может найти отражение в стратегии.

Далее. Нам кажется, что очень важна синхронизация стратегических документов. Наталья Александровна говорила частично об этом. Но у нас просьба – посмотреть то, что и национальный проект «Здравоохранение», и федеральные проекты, два проекта – «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» и «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными медицинскими кадрами», вот здесь не включают в себя конкретных показателей по обеспеченности населения медицинскими работниками. Для нас, как для Счётной палаты, это крайне важно, потому что если нет критериев оценки, нам сложно оценивать, и потом нас начинают упрекать в определённой предвзятости. Нам в любом стратегическом документе нужны чёткие цифры, чего и сколько, для того чтобы мы могли дальше дать определённую оценку.

Далее. Хочу сказать, что вот у нас согласно статистическим данным в 2017 году по сравнению с 2016-м произошло сокращение числа ФАПов на 393 единицы, количество врачебных амбулаторий, участковых больниц увеличилось на 15,2 единицы. Вот здесь нужно тоже в стратегии это отметить. Потому что у нас увеличивается количество больше, чем закрывается. Может быть, и скорее всего, там есть межмуниципальные какие-то учреждения здравоохранения, которые выполняют более расширенные функции. Но для того чтобы нам избежать в дальнейшем критики соответствующей, это тоже должно быть отражено в стратегии, и нужно с этим разобраться.

В заключение хочу сказать: конечно, сохраняется дефицит финансирования, во-первых, программ здравоохранения, и на это тоже нужно обратить отдельное внимание. Это есть в стратегии, но, нам кажется, эту главу необходимо расширить.

Спасибо большое, коллеги. Мы направим в министерство свои замечания и предложения.
(Аплодисменты.)

Председательствующий. Спасибо большое.

Позвольте предоставить слово Рамилу Усмановичу Хабриеву, научному руководителю Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Семашко.

Прошу вас.

Хабриев Р. У. Уважаемые коллеги, как уже отмечалось, проект стратегии обсуждался на разных площадках. И надо сказать, что разработчики всегда конструктивно относились к мнению экспертного сообщества, и документ претерпел существенные изменения, и представлен уже более цельным, наполненным непосредственным изложением.

В целом, поддерживая представленный документ, хотелось бы обратиться с некоторыми предложениями, которые я считал возможным здесь озвучить, и, возможно, они найдут своё отражение и в тексте уже принятого документа, и в программах, которые будут разрабатываться в рамках реализации стратегии.

Прежде всего, о цели. Она обозначена как увеличение численности населения, увеличение продолжительности жизни, увеличение продолжительности здоровой жизни и так далее. Но это национальные цели развития Российской Федерации, которые были сформулированы президентом.

Безусловно, система здравоохранения в определённой степени способствует достижению этих целевых показателей, но вот в этой аудитории это всем хорошо известно, Геннадий Андреевич напомнил всем, что доля влияния системы здравоохранения здесь всё-таки достаточно ограничена.

Во-вторых, именно расплывчатость целей позволяет избежать каких-то жёстких и конкретных оценок достижения стратегии, поэтому всё-таки, на наш взгляд, кажется, что цель развития системы здравоохранения должна быть сформулирована как создание условий для обеспечения доступной качественной медицинской помощи населению нашей страны.

Как уже отмечалось в докладе, этот документ является частью целого ряда документов по стратегическому планированию. Если вот сама методология предполагает в начале разработку концепции, затем стратегию, а потом программу развития. Как таковая концепция программы, концепция развития системы здравоохранения не разрабатывалась, но у нас сегодня принята в новой редакции в сентябре, в конце сентября концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации. И там определена цель госполитики в области здравоохранения, она сформулирована так: «Формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи, повышение эффективности медицинских услуг, объёмы и виды, качество которых должно соответствовать уровню заболеваемости, потребностям населения и передовым достижениям медицинской науки».

И ещё один довод в пользу, может быть, конкретизации целей стратегии – этот документ в конечном итоге определяет и является основой для формирования бюджета. Если приходиться в Думу и заявлять бюджет по цели увеличения численности населения и продолжительности жизни, или под конкретные цели развития здравоохранения, как отреагируют представители законодателей и каким образом они будут оценивать заявленные параметры бюджета? Вот на это тоже хотелось обратить внимание.

Второе. Мероприятия, которые предусмотрены стратегией... *(Микрофон отключён.)*

Председательствующий. Добавьте.

Хабриев Р. У. Они предполагают обязательную увязку с территориальными программами. Мне кажется, целесообразно здесь говорить и об обеспеченности целого ряда территорий разных уровней, и они должны найти отражение в каком-то территориальном разделе стратегии.

И третье. Если разработчики согласятся, то очень скупо, на наш взгляд, прописана координирующая роль самого министерства, там очень много межведомственных разделов, и вот сам механизм обеспечения вот этого межведомственного взаимодействия, на наш взгляд, должен быть прописан.

И два конкретных предложения по программе в отношении мониторинга физического развития и внедрения в автоматизированную систему кодирования МКБ я передам в президиум.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое. *(Аплодисменты.)*

Позвольте предоставить слово Юлии Васильевне Михайловой, заместителю директора Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения. Прошу вас.

Из зала. *(Не слышно.)*

Председательствующий. Нам очень приятно.

Михайлова Ю. В. Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемый президиум! И очень уважаемый мной Геннадий Андреевич, поскольку всегда защищающий то, что у нас было очень хорошо в советском здравоохранении!

Уважаемые коллеги, в 1995 году, учась в Америке в Институте экономического развития, я впервые услышала, что, чтобы победить страну любую, надо уничтожить её армию, сельское хозяйство и здравоохранение, три «кита», от которых зависит безопасность.

Сегодня была представлена стратегия общего развития, позвольте мне в краткой дискуссии остановиться именно с позиции системы здравоохранения в общей системе национальной безопасности.

Существуют две концепции. Одна концепция идеальная – так улучшить все здравоохранение, что оно обеспечит безопасность. И вторая концепция, поскольку денег на первую ни в одной стране нет.

Второе. Найти те точки угроз и вызовов, в которых система здравоохранения в наибольшей степени их уменьшит или уничтожит.

Исходя из второй концепции, позвольте мне сказать моё видение.

Итак, количество населения. Населения должно быть больше, но с точки зрения безопасности, не столько определяет количество населения, сколько качество населения. А в качестве населения, позвольте, я заложу те группы населения, которые напрямую впоследствии будут говорить о нашей с вами безопасности.

Репродуктивное здоровье женщин. От этого зависит, какие детки рождаются, какая врождённая инвалидность и смертность.

Второе. Это здоровье детей, которое определяется качеством педиатрической помощи. И сидящие сегодня в зале, наверное, региональные депутаты, это их ответственность в регионах для того, чтобы педиатрическая помощь ковала нам здоровое подрастающее поколение. Особенно это относится к подростковому периоду, когда возникает наркомания, детки начинают у нас алкоголем баловаться и, самое главное, возрастает внешний травматизм, девиантное поведение и так далее. То есть на первое место я ставлю здоровье детей, подростков, педиатрическую службу.

Второе – это здоровье трудоспособного населения. Кто у нас обеспечивает безопасность, кто пополняет нашу армию и обеспечивает сельское хозяйство – это трудоспособное...

Председательствующий. Добавьте, пожалуйста.

Михайлова Ю. В. Это значит, нам нужно восстановить в полном объёме ответственность частных работодателей за здоровье у них работающих и тех медсанчастей, которые есть.

Третье. Эпидемиологическая, без неё мы никуда не уйдём. Она состоит из практической части и фундаментальной. Фундаментальная – это биологические разработки новых вакцин и противодействие той заразе, которая может быть напущена на нас.

И ещё. Инфекционная заболеваемость – это своевременное лечение. Вообще, в тактике и стратегии организации медицинской помощи здесь надо чётко выделить: первичка. И второе – конвейерная система, применение высоких технологий, которые завтра наших раненых, больных, пусть даже не раненых, снова поставят в строй.

Председательствующий. Включите микрофон.

Михайлова Ю. В. С точки зрения безопасности все решают управленческие кадры. Это проблема у нас, я её выношу, как номер один.

Председательствующий. Спасибо вам большое. (*Аплодисменты*).

Позвольте предоставить слово первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Федоту Семёновичу Тумусову.

Пожалуйста, Федот Семёнович.

Тумусов Ф. С. Уважаемый Дмитрий Анатольевич, уважаемые участники парламентских слушаний, предыдущие ораторы все хвалили представленный документ, но я сразу предупреждаю, что я буду критиковать.

Исходя из Послания Президента 1 марта этого года и Майского указа, у нас в целом меняется представление о системе здравоохранения. Раньше это была идентичная медицина. Вот человек заболел, пришёл, пошел и пошёл.

Сегодня поставлена совершенно другая задача. Сегодня поставлена задача войти в клуб 80+. А если ещё проще, поставлена задача, чтобы каждый гражданин Российской Федерации дожил до 80 лет, прожил не меньше 80 лет.

Готово ли сегодня наше Министерство здравоохранения Российской Федерации на местах к выполнению этой задачи? Судя по тому документу, который представлен, оно не готово, к сожалению.

Вот что такое стратегия? Стратегия – это понятие, которое пришло от военных. Что такое победа? Водрузить в логове врага флаг или после войны пользоваться ресурсами этого врага, противника. Мне кажется, второе – это самое главное. Водрузить можно знамя, но потом можно не пользоваться и проиграть, как часто бывало в истории.

И вот цель должна быть одна, конкретная цель. А тут пять целей написано, всё размыто. Если мы одной цели достигли, значит, победа достигнута? Ни в коем случае. Поэтому цель должна быть одна, и исходя из этого, весь документ надо переделать. Мне кажется так.

Цель понятная, средняя ожидаемая продолжительность жизни 80 лет, и всё.

Второе, почему я говорю, что они оказались не готовы? Вот мы в комитете неоднократно обсуждали вопрос фельдшерско-акушерских пунктов. В Послании президента конкретно написано, вот я читаю, цитирую: в 2018–2020 годах должны быть созданы фельдшерско-акушерские пункты и врачебные амбулатории. Речь идёт о населении до двух тысяч. Созданы – написано. Он же не написал: модернизировать, реконструировать, восстановить. Созданы. Значит, он знает, что 90 процентов фельдшерско-акушерских пунктов в стране находятся в приспособленных помещениях. Это первое.

Второе. Они абсолютно не оснащены современным медицинским оборудованием, не говоря уже о готовности к работе системы телемедицины.

Значит, надо создавать. А наш Минздрав представил документ, в котором вообще про это ничего не написано.

Я считаю, его надо дорабатывать с точки зрения именно первой задачи – достижения 80 лет, и к этому все должно быть привязано.

Спасибо. (*Аплодисменты*.)

Председательствующий. Спасибо большое.

Слово предоставляется Сергею Владимировичу Шишкину, директору центра политики в сфере здравоохранения Высшей школы экономики.

Шишкин С. В. Уважаемые коллеги, документ стал существенно лучше по сравнению с предыдущими версиями, и это, видимо, связано с тем, что он стал ориентирован на цели национальной безопасности, стал компактней, приоритеты стали видны более чётко.

И проблемы обозначаются верно, на наш взгляд, вызовы национальной безопасности, в частности, старение населения, удовлетворённость населения медицинской помощью, отмечается недостаточный уровень качества первичной медико-санитарной помощи и, соответственно, ставятся задачи повышения доступности и качества этой помощи, профилактики заболеваний, ликвидации дефицита.

Абсолютно всё правильно, и меры, которые перечислены для их достижения, не буду их повторять, в стратегии правильные.

Но, на наш взгляд, их недостаточно для решения ключевых задач повышения качества, прежде всего, первичной медико-санитарной помощи.

Вызывает особую тревогу состояние нашей участковой службы. Исследования, которые мы проводили, показывают, что по целому комплексу показателей уровень развития участковой службы в России ниже, чем во всех остальных постсоветских странах Европы. Доля врачей участковой службы в общей численности врачей составляет у нас 13 процентов, а в странах с развитой рыночной экономикой – 33 процента, в некоторых почти 50 процентов.

Низкая укомплектованность врачами участковой службы во многих регионах. У нас один участковый терапевт должен обслуживать по нормативу Минздрава 1 700 пациентов, на практике 2 622 у нас в среднем приходится. А есть регионы с ещё большей нагрузкой. Челябинская область – 3 600 человек, Иркутская – 3 900, Свердловская – 4 600, Курганская – почти 5 тысяч.

Для ликвидации дефицита врачей здесь нужно идти на разукрупнение участков и увеличивать просто количество врачей участковой службы, чтобы они имели возможность заниматься этой профилактикой заболеваний и повышением качества медицинской помощи, которая предоставляется гражданам.

Актуален, на наш взгляд, здесь второй компонент, второе направление необходимого движения – это расширение функционала врачей участковой службы, хотите – называйте это врачом общей практики, можно другими терминами, но факт тот, что врачи должны иметь более широкий функционал, чем сегодняшние наши участковые терапевты, которых готовят лечить простые болезни с простой маршрутизацией пациентов.

Международное сопоставление показывает, что в странах с сильной общей врачебной практикой ниже показатели общей смертности и смертности от наиболее распространённых заболеваний.

С нашей точки зрения, сейчас это главный резерв решения задач повышения продолжительности жизни и снижения смертности.

А что у нас? У нас сейчас доля врачей общей практики в участковой службе составляет всего лишь 13 процентов. И в том числе это связано с тем, что недостаточная подготовка в ординатуре. Всего несколько процентов у нас учатся в ординатуре по специальности «врач общей практики» против 18 и 50 процентов в отдельных западных странах.

В стратегии заложено последнее предложение, которое реализуется сейчас, – ликвидация дефицита врачей участковой службы. Это направление туда выпускников вузов без ординатуры, они получают аккредитацию сразу после окончания вуза.

Тактически решение понятное и правильное, но стратегически мы считаем, что это ошибка и надо ориентироваться на качественную подготовку врачей участковой службы.

Соответственно, в стратегии должно быть отражено и чётко записано, что нужна ликвидация дефицита не вообще врачей амбулаторной помощи, а дефицита участковых врачей, разукрупнение участков, увеличение доли врачей общей практики в участковой службе.

И ещё одно важное направление – это хронизация заболеваний. Это отражает и повышение среднего возраста нашего населения, и, в том числе, проблемы с организацией медицинской помощи нашим больным с хроническими заболеваниями.

Мы стали много выявлять на диспансеризации, но только половина попадает на постоянное диспансерное наблюдение.

И нам кажется очень важным здесь развитие программ, которые ориентированы на ведение хронических больных, в том числе с коморбидными состояниями. Здесь нужно комплексное системное применение мер: и информирования, и лекарственного обеспечения, и активных мероприятий по предотвращению обострений. Это тоже, нам кажется, важное направление для улучшения состояния здоровья нашего населения.

И последнее, замечание редакционного характера. Об этапах стратегии. Стратегия разделена на два этапа, и первый называется «Структурные преобразования», второй с 2021 по 2025 годы – «развитие инновационного потенциала»... *(Микрофон отключён.)*

Председательствующий. Добавьте, пожалуйста.

Шишкин С. В. Все логично. Но когда читаешь, а что же будет сделано на этих этапах, структурные преобразования не очень заметны. А инновационные преобразования – вроде бы инновационное развитие начинается с самого первого года. Мне кажется, что надо чётче подчеркнуть в самой стратегии различия между этими этапами.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое. *(Аплодисменты.)*

Честно говоря, хотел задать вам вопрос, но вы так быстро убежали. Относительно участковых врачей и врачей вообще всех остальных специальностей при оказании первичной медико-санитарной

помощи. Вот ваш посыл и ваша убежденность в том, что нужно сконцентрироваться именно на участковых врачах, они просчитаны? Что вы положили в основу этого?

Шишкин С. В. Ещё раз повторю, что он опирается на анализ международной практики, прежде всего европейской, что страны с сильной участковой службой и с участковой службой, в которой преобладают врачи общей практики, у них лучше показатели состояния здоровья, меньше потребность во врачах-специалистах, госпитализации и так далее.

Председательствующий. Спасибо большое.

Я просто хотел сказать, что не раз уже звучало, и мы всегда это слышим в дискуссиях – наше сравнение с международным опытом. Уверен, вы согласитесь со мной, речь идёт о многофакторном анализе. Это разные системы, вообще просто в принципе разные системы здравоохранения.

И сегодняшняя стратегия, я, наверное, перечитал её раз десять, и я всё время понимал, что мы каким-то образом даже отстаиваем свою систему. У нас есть готовый продукт тот или иной, но у нас есть наша система здравоохранения, она развивается, но развивается она в своей парадигме, потому что, начиная от процента от ВВП и заканчивая подготовкой специалистов или материальным обеспечением, и многое, многое другое, есть статус врача, который в западных странах ни разу не опускался. У них нет такой задачи – восстановление статуса врача, уважения к нему в обществе. Нет такой задачи вообще. А у нас она есть. И там каждый врач является носителем лицензии. А у нас он является медицинским работником конкретной медицинской организации. Есть ещё такие модели? Не знаю.

Поэтому, конечно, это все играет своё значение.

Разумеется, у нас ещё будет дискуссия.

Слово предоставляется Евгению Владимировичу Шляхто, директору национальной медицинской... Кто-то хотел выступить? Пожалуйста.

Из зала. ...Сергею Владимировичу возразить. Я являюсь национальным координатором от России по работе с европейскими странами и особенно в вопросах первичной помощи.

Я вам хочу сказать, у них челюсть отвисла, когда эксперты норвежцы, германцы, финны познакомились с системой московской и калининградской, они сказали: мы подумать не могли о том, что система, которую у нас все хаюют, работает. Сергей Владимирович, у нас замечательная система, не хуже европейской.

Председательствующий. Спасибо большое. У вас все очень красиво, включая германцев.

Позвольте предоставить слово Евгению Владимировичу Шляхто, директору Национального медицинского исследовательского центра имени Алмазова.

Мне кажется, мы очень хорошую такую скорость набрали, уважаемые коллеги.

Шляхто Е. В. Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич, глубокоуважаемые коллеги, должен сказать, что дело не в том, качественная стратегия или некачественная, она безусловно качественная, мы должны её принимать. Но вопрос в другом – как она будет реализовываться? Мне кажется, самая главная вот эта проблема – как обеспечить, чтобы она была реализована, и реализована эффективно.

То, что ведущими являются заболевания сердечно-сосудистой системы, сомнений не вызывает. И вы видите структуру смертности, я уже показывал, по-моему, в этой аудитории, в Российской Федерации и в Европе. Если мы хотим действительно достичь тех целей, которые обозначил президент, то основной акцент должен быть на заболеваниях сердечно-сосудистой системы и на достижении вот этих показателей.

Вопрос в том, как этого достичь? И я бы процитировал то, что было сказано вначале стратегии, и в указе президента, что мы должны переходить на другую медицину, пациентоориентированую, и я бы сказал, наверное, ценностную медицину, медицину, которая будет нацелена на охват всех мероприятий в целом. И самое главное подчеркнул бы, что нам необходимо переходить к более тесной интеграции и министерств, и ведомств, и общественных организаций и научных центров и вузовских и научных центров, для того чтобы вместе решать эти задачи. Только так можно обеспечить научное сопровождение всего проекта и достичь результата.

Хотел бы чуть-чуть продолжить ту дискуссию, которая здесь возникла в отношении роли здравоохранения.

Не надо все на Минздрав вешать. Я могу другие данные представить. 10 процентов обеспечивает здравоохранение в целом здоровье человека, 10 процентов по некоторым данным. Вы видите, экология – 20, генетика – 20, экономика – 10 и личные качества и образ жизни – 40 процентов. Вот это главное, и нам нужно это донести до наших граждан.

Как сказал президент на последнем заседании Госсовета, если мы не сделаем каждого жителя страны участником реализации наших проектов, мы ничего не получим. Для того чтобы решать эти проблемы, мы должны обеспечить целевую группу, знать, на что нужно точно влиять, методы воздействия. Мы должны иметь представление о том, как это реализовывается. Нужны регистры, мониторинг. Наталья Александровна говорила о том, что нужно переоснащать и сосудистые центры, и научные центры, национальные центры – безусловно, это крайне важные мероприятия той стратегии, которая есть.

И я бы хотел показать, что нам нужна интеграция, нам нужны методы государственной поддержки, нам нужны научные центры, но нам нужен и бизнес. Без бизнеса никакой трансляции не будет. Будут идеи, разработка, но нужно ещё конкретно внедрение практик, для того чтобы искать новые факторы риска, переходить к персонализированной медицине, для того чтобы были и таргетные группы, и эффективное вмешательство, и демография, и мониторинг программы. Все это должно быть в целом.

Безусловно, в стратегии этого нет. Но, говоря о реализации программ, мы должны помнить о том, что у нас есть федеральная часть и есть региональная.

Вот в плане реализации региональной части, мне кажется, нужно делать акцент больше на те группы пациентов, которые не нашли отражения в национальном проекте, но они влияют на смертность. Это и нарушение ритма, это и сердечная недостаточность, это аневризма аорты и много, много того, что эти 10 процентов обеспечивают 60 процентов расходов, вот эти заболевания, их 10 процентов, но они обеспечивают 60 процентов расходов, и на это нужно тоже обращать внимание.

Дифференциация по методам воздействия. Молодые, пожилые, безусловно, требуют совершенно разного подхода. Мы говорим о диспансеризации, о профилактике, но она разная в разных группах. Для молодых это одно, для пожилых это совершенно другие подходы.

И, наконец, о научных блоках. Это то, что есть в стратегии – цифровое здравоохранение, и нам нужно двигаться дальше к регистрам, большим данным, которые дадут нам новое представление о том, куда двигаться, предсказательное, я бы сказал ещё, прескриптивное моделирование, чего у нас ещё нет, инновации, лекарственные препараты и новые технологии, наконец, организация помощи, которая действительно должна опираться на конечный результат.

О кадрах. Все понимают, что есть проблема подготовки кадров. Поэтому, наверное, нужно комплексно подходить к целевой подготовке, должна быть дистанционная и, безусловно, должна быть интеграция и взаимодействие вузов и научных центров для того, чтобы вместе решать эти проблемы.

Мне кажется, та стратегия, которая сегодня была представлена, – это очень хороший такой, глобальный, может быть, пример...

Председательствующий. Добавьте ещё.

Шляхто Е. В. ...партнёрства между министерствами, ведомствами, бизнесом и профессиональными сообществами.

Благодарю за внимание. *(Аплодисменты).*

Председательствующий. Спасибо большое.

Слово предоставляется Николаю Васильевичу Говорину, заместителю председателя Комитета по охране здоровья Государственной Думы, профессору.

Пожалуйста, Николай Васильевич.

Говорин Н. В. Уважаемый Дмитрий Анатольевич, уважаемые коллеги, друзья, мы обсуждаем сегодня очень важную тему для нашей страны.

Несмотря на достижения в области высоких технологий в нашей стране, мы видим, что по ряду индикаторов показатель здоровья населения улучшается не так, как нам хотелось бы. И в этом смысле Министерством здравоохранения Российской Федерации в последние годы делаются очень правильные и важные шаги по пути развития в профилактическом направлении, возвращена диспансеризация. Мы начинаем наконец-то готовить врачей общей практики. Определена стратегия профилактического развития и сегодняшняя стратегия, которую мы обсуждаем.

В современных условиях принципиально важно именно профилактическое направление определить как стратегическое. Это некоторая тавтология, но именно так мне представляется очень важным подчеркнуть роль как раз профилактического превентивного направления в охране здоровья. *(Демонстрируется слайд.)*

Как уже говорили наши коллеги, здоровье на самом деле от здравоохранения зависит не слишком по многим показателям, мы видим, что есть и другие факторы, на которые мы должны воздействовать. И в этом смысле в стратегии мы должны определить наши приоритеты. *(Демонстрируется слайд.)*

Тем не менее, говоря о профилактическом направлении, мы видим, что на практике основные затраты практической деятельности здравоохранения сосредоточены на курации больного, и сформированная модель по существу создаёт условия, когда врач является продавцом услуг, а покупателем услуг является пациент. И сама оценка всей нашей деятельности идёт по результатам, в том числе экономическим, клинико-статистической группы: оплата по законченным случаям и так далее. *(Демонстрируется слайд.)*

В конечном счёте это модель, которая создаёт систему услуг и, несмотря на высокие затраты, она является не самой эффективной в совокупности. Очень важным фактором являются международные исследования и данные по оценке эффективности систем здравоохранения в ряде стран. И мы видим, что подобного рода модели не являются столь эффективными. Возьмите США, где затраты на одного человека в 12 раз больше, чем на Кубе. Однако показатели здоровья населения существенно отличаются. *(Демонстрируется слайд.)*

Таким образом, мне кажется принципиально важной стратегия, именно профилактическая модель, которая подразумевает под собой интенсивный путь развития здравоохранения, интенсивный вклад в здравоохранение, который позволяет работать с факторами риска. Не дать заболеть. Здоровье-сбережение – это самая важная и определяющая задача врача. И в этом смысле определение позиций не только на ранней диагностике лечения, но и на недопущении болезни должно являться самой важной определяющей задачей. *(Демонстрируется слайд.)*

В этом смысле существующая в мире модель, которую, я думаю, коллеги здесь хорошо знают, – модель 4П, которая сегодня реализуется в ряде стран. Они убедительно доказывают, что минимизация и доля затратных тяжёлых заболеваний определяет здоровье нации с позициями на развитие профилактического направления. Это не только индекс числа здоровых в каждой возрастной группе, но это и реальное уменьшение числа затратных тяжёлых случаев.

Таким образом, можно утверждать, что для нашей страны, с её социально-экономическими, геополитическими особенностями, ограниченными финансовыми ресурсами, низкой платёжеспособностью, необходим постепенный эволюционный переход к профилактической модели здравоохранения. А в представленной стратегии, где, безусловно, значительно удельный вес определён профилактическим мерам, эти меры должны быть серьёзно усилены. *(Демонстрируется слайд.)*

Кроме того, необходимы конкретные шаги, и в этом смысле то, о чём говорил и Дмитрий Анатольевич, что нам необходимо повысить ответственность граждан за своё здоровье, что здоровьесбережение – это дорога с двухсторонним движением, и в этом смысле мы должны приступить конкретно к обсуждению концепции субъекта медицинского права, чтобы и пациент, и врач могли быть субъектами медицинской деятельности.

И в этом смысле программы, связанные с поведенческими расстройствами, конечно же, лежат в основе многих заболеваний. Пьянство, потребление наркотиков... *(Микрофон отключён.)*

Председательствующий. Добавьте, пожалуйста.

Говорин Н. В. ...в конечном счёте ведут к очень серьёзным затратам, и мы должны сегодня над этим точно работать.

Во-вторых, мы должны кардинально изменить службу системы первичной помощи, где врач-участковый не должен быть диспетчером по направлению больных в вышестоящую организацию, он должен стать фильтром, и это чрезвычайно.

Поэтому критериями его оценки должен быть индекс числа здоровых в каждой возрастной группе. Врач первичного звена должен работать над тем, чтобы на его участке возрастало число здоровых людей. Это очень важно.

Если мы в перспективе сделаем врача общей практики главным в конечном счёте в системе здравоохранения, то ситуация будет кардинально меняться.

И последняя, третья позиция, что оценка качества должна осуществляться по конкретному анализу каждого запущенного случая. *(Микрофон отключён.)*

Председательствующий. Спасибо большое. *(Аплодисменты.)*

Уважаемые коллеги, мы пытались сгруппировать доклады, имея в виду, может быть, наиболее важные акценты, но, с вашего позволения, поскольку мне нужно будет уйти, мы немножко перелистнём эту нашу книгу. И я хочу предоставить слово Анне Константиновне Федермессер, президенту фонда помощи хосписам «Вера». Уверен, вы все хорошо её знаете. И несколько слов относительно компонентно-паллиативной помощи. Пожалуйста.

Федермессер А. К. Извините, пожалуйста, что пришлось переформатировать порядок выступлений.

Первое, что я хотела сказать, мне кажется довольно странным, что целый ряд выступающих приглашены к обсуждению стратегии, притом что саму стратегию мы не видели, нам её не выслали. Я знаю, что я такая не одна. И это несколько странно. Это как в союзе писателей: я Пастернака не читал, но скажу.

Тем не менее из услышанного я уже могу сделать вывод, что так же, как и в национальном проекте «Здравоохранение», в стратегии здравоохранения паллиативная помощь не представлена никак.

В паллиативной помощи в год нуждаются порядка 1 миллиона 300 тысяч человек, получают её чуть больше 200 тысяч человек на сегодняшний день. Если считать членов семьи, потому что паллиативная помощь должна быть комплексной помощью и пациенту, и членам его семьи, то это более 15 миллионов человек ежегодно в стране. Это отдельный вид медицинской помощи по 323-му проекту. Правительство и Президент Российской Федерации давали за последние три года 14 поручений по паллиативной помощи, так или иначе с ней связанных. И не так давно в Астане Вероника Игоревна Скворцова сказала, что паллиативная помощь станет одним из стратегических направлений развития здравоохранения.

Тем не менее в тех документах, которые я видела или не видела, но которые обсуждаю, услышав от заместителя министра о стратегии, паллиативная помощь никак не представлена.

С регионов требуют отчётность по самым разным показателям, тем не менее в некоторых регионах не организована вообще паллиативная помощь детям или амбулаторная паллиативная помощь взрослым. *(Демонстрируется слайд.)*

Слева внизу вот в этой части – это всегда поручения, которые отражены на сайте кремлен.ру. Наверху – причины этих поручений. И в той части последствия – это то, что мы имеем сегодня. Москва лучше любого другого региона обеспечена и обезболивающими препаратами, и кадрами. Тем не менее посмотрите, какая в Москве нехватка кадров.

Это не потому что нет денег, это потому что эта сфера медицины до сих пор не популярна, это потому что в этой сфере медицины до сих пор нет обучения. То, что я видела в национальном проекте – предложено три тысячи электронных модулей за первый год написать и внедрить, а в последующие годы реализации стратегии по тысяче электронных модулей. Что за качество модулей предлагается на такой скорости написания и внедрения, я не знаю. И этот процент людей надо обучать очно.

Постольку поскольку надо быстро, я бы говорила ещё об одной вещи – о лекарственном обеспечении. В Российской Федерации нет препаратов, которые могли бы обезболивать детей так, чтобы им сам процесс обезболивания не был болезненным. Нет ректального диазепама, нет в сиропах и в назальном спрее препаратов. Препарат, который предлагается давать детям, и в Москве он был действительно сертифицирован и лицензирован для детского обезболивания, – опиоидный анальгетик таблетированный. Расскажите мне, пожалуйста, ребёнку маленькому, годовалому, например, у которого температура, грипп, как легко можно дать таблетку?

И представьте ребёнка вот такого, можно ли его обезболить таблеткой? Такому ребёнку приходится колоть уколы. Если он находится в медицинской организации, это ещё более или менее возможно, когда его из медицинской организации, из хосписа переводят обратно, если это ребенок-сирота, в учреждение социальной защиты, то там он не обезболивается вообще. Его снимают с опиоидных анальгетиков, его состояние ухудшается, через месяц он в более плохом состоянии возвращается в детский хоспис, там его снова обезболивают уколами, назначают ему морфин и карбомазипин. Через месяц его выписывают, снова отправляют обратно.

И у нас в стране как не было, так и нет обезболивания для детей в понятных и простых для детей и родителей формах. И никак это не отражено ни в стратегии, ни в национальном проекте.

Врачи не хотят работать с опиоидными анальгетиками. Неоднократно ставились вопросы об обезболивании и о том, что нужно научиться лечить боль, тем не менее для этого надо менять законодательство. *(Микрофон отключён.)*

Председательствующий. Добавьте, пожалуйста.

Федермессер А. К. ...это никак не отражено. Это количество документов, которые нужно заполнять для того, чтобы врачи работали с наркотиками. Посмотрите, пожалуйста, нижнюю фотографию: вот эта стопка – это годовой приказ по обороту наркотических препаратов, почти тысяча страниц Центра паллиативной помощи департамента здравоохранения Москвы. Потому что мы единственная организация в стране, где каждый врач выездной службы выезжает с укладкой по обезболиванию, где обезболивание производится круглосуточно у постели больного. *(Демонстрируется слайд.)*

Сколько людей согласятся изучить это? Каждая медсестра должна это знать, эту тысячу страниц, чтобы работать с опиоидными анальгетиками. У врачей до сих пор есть уголовная ответственность за ошибки в назначении, в процедуре назначения, выписывания и хранения препаратов. МВД говорит нам – нет уголовных дел. Это неправда, уголовные дела есть, есть штрафы. Нет тюремных заключений сейчас, но в Красноярске... *(Микрофон отключён.)*

Председательствующий. Добавьте, пожалуйста.

Федермессер А. К. ...опиоидных анальгетиков после двух дел против двух врачей, которые были, может быть, не посажены, но наказаны определённым образом.

А вот эта категория населения, которым вообще паллиативная помощь по законодательству не может быть оказана. Пожалуйста, обратите внимание на пункт 7 – бомжи и граждане Российской Федерации из других регионов. Мы приравняли их, они в одном пункте. Если вы вдруг вздумали умереть не там, где вы зарегистрированы, вы бомж, вам не положено. Умирать – по месту регистрации. *(Демонстрируется слайд.)*

И я бы хотела показать вот этот слайд. Это количество поручений, данных правительством по паллиативной помощи и обезболиванию. Красный флажок напротив поручений обозначает, что поручение не выполнено. *(Демонстрируется слайд.)*

Простите меня, но вы пришли обсуждать стратегию здравоохранения. Не каждый из вас заболит онкологией, не каждый из вас будет нуждаться в каком-либо другом виде помощи, но... вот так умирают наши мамы, папы, бабушки и дедушки. Это реальные кадры из сегодняшнего дня. *(Демонстрируется слайд.)*

И если мы с вами считаем правильным не включать паллиативную помощь в стратегию развития здравоохранения, то вот так умрём мы с вами. А нашим детям будет очень стыдно.

Председательствующий. Анна Константиновна, спасибо большое. *(Аплодисменты)*.

Вот пока вы будете идти, я хочу сказать несколько слов. Во-первых, справедливости ради, пункт 28.1 стратегии, подпункт «б» сформулирован, как «Развитие паллиативной медицинской помощи, в том числе за счёт увеличения числа выездных патронажных служб и посещения пациентов на дому; укрепление материально-технической базы структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь и хосписов». Здесь все очень чётко. Вы заметили, как я вас внимательно слушал, мне кажется, вы должны были на это обратить внимание.

Очень важно, что наша совместная работа привела к внесению закона по паллиативной помощи, он уже в Государственной Думе. И многое из того, о чём Анна Константиновна говорила, оно услышано, оно услышано президентом, оно услышано нами, оно услышано правительством. Решение есть, движение есть. И паллиативная помощь будет, я думаю, развиваться год от года.

Это касается и обезболиваний, и неинвазивных форм, и Минпромторга. И, к сожалению, Сергей Анатольевич Цыб не смог здесь быть с нами, но я хочу сказать, что они понимают эту задачу, вплоть до того, что идёт разработка, в том числе выращивание опиумного мака в нашей стране, поскольку все опиоиды закупаем за рубежом. Системная работа есть.

Юрий Викторович, есть у вас несколько слов? Одна минута в комментарии.

Юрий Викторович Кобзев, депутат Государственной Думы, член комитета, который занимается паллиативной помощью.

Кобзев Ю. В. Уважаемые коллеги, я очень кратко. То, что сказала Анна Константиновна, действительно имеет место быть. Но основная проблематика здесь не в Министерстве здравоохранения лежит, мы можем решать все вопросы, связанные с обезболиванием, я задержался именно потому, что был на совещании в Министерстве здравоохранения по вопросам декриминализации оборота наркотических препаратов.

Но основная проблематика лежит в сфере межведомственного взаимодействия. Работая в рамках рабочей группы комитета, мы пришли к тому, что с точки зрения Минздрава, мы решаем практически все вопросы, которые перед нами поставило общество. Но вот социальный компонент паллиативной помощи, мы уходим от понятия паллиативная медицинская помощь и приходим к понятию паллиативная помощь. И здесь общество перед нами ставит конкретный вопрос, скорее всего, это выйдет в рамки общего закона, который будет регулировать взаимоотношения в сфере оказания паллиативной помощи в Российской Федерации.

Государственная Дума, Комитет по охране здоровья готов работать над этим вопросом.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое, Юрий Викторович. *(Аплодисменты)*.

Позвольте представить слово Игорю Николаевичу Каграманяну, первому заместителю комитета Совета Федерации.

Пожалуйста, Игорь Николаевич. Если можно, только коротко, хорошо?

Каграманян И. Н. Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич, уважаемые коллеги, извиняюсь за свой голос, врачи тоже болеют, как в народе говорят, простудными заболеваниями, поэтому постараюсь быть краток.

Наталья Александровна в своём выступлении подчеркнула, что ход разработки стратегии, поручение по разработке стратегии имеет определённую историю вопроса, и в весеннюю сессию в Совете Федерации в Комитете по социальной политике обсуждался ход разработки стратегии.

Я должен поделиться и личным своим впечатлением, и мнениями коллег, которые здесь присутствуют, за это время документ претерпел существенные изменения и, на наш взгляд, он отвечает тем целям и задачам, которые были изначально поставлены. То широкое заинтересованное обсуждение, Дмитрий Анатольевич, которое вы организовали, очень важно для информирования регионов, наших коллег профессионального сообщества о стратегии. Оно показывает, что нет предела совершенству, и настолько это долгожданный документ, что каждому из нас, отражая свою часть профессиональной деятельности, хочется увидеть в нём все.

На мой взгляд, абсолютно прав академик Шляхто Евгений Владимирович, что стратегия – базовый документ, но крайне важен механизм и эффективность её реализации.

На мой взгляд, механизм и эффективность её реализации будут определены эффективностью реализации приоритетного национального проекта здравоохранения. Так уж исторически совпало, что реализация стратегии до 2025 года будет подкреплена и обеспечена системными мерами в сфере здравоохранения, которые будут реализованы в ходе приоритетного проекта здравоохранения.

У нас есть, конечно, определённые вызовы и угрозы, риски реализации. У нас огромная страна, высокая степень дифференциации ситуации с управлением здравоохранения в регионах, с ресурсным обеспечением. Тем не менее это тот шанс, который даётся нам, чтобы совершить прорыв в нашей отрасли.

Если говорить о целеполагании, конечно, мы все гордимся своей системой. Сегодня приводились примеры, когда речь у Юлии Васильевны шла о международном опыте и роли первичного звена. Клас-

сический пример – Куба, где широко представлены первичное звено, они взяли за основу советскую модель здравоохранения. И это достаточно эффективно работает в их условиях, в более сложной социально-экономической ситуации при ограниченности ресурсов.

Я хотел бы сказать, что тот шанс, который даётся нам в рамках реализации и приоритетного проекта здравоохранения, если мы – здесь совершенно справедливо было подчеркнuto, что это не только роль Минздрава и других федеральных ведомств, но самое главное, региональная компонента – если мы его эффективно реализуем, это действительно позволит совершить определённый прорыв в отрасли и преодолеть то технологическое отставание, которое формируется.

Так уж получилось, эти дни богаты разного рода событиями, и в четверг был съезд Общероссийского народного фронта. Мне запомнились слова нашего президента Владимира Владимировича Путина, когда он говорил о том, что в оборонной сфере – а там, поверьте, не менее сложная была ситуация с учётом внешнего фактора – за последние годы удалось совершить прорыв и, по сути дела, преодолеть технологическое отставание, стать самодостаточными и уверенными. Вот теперь такая же задача в ближайшие годы стоит перед здравоохранением.

Приоритетный проект здравоохранения – это не просто проект номер один в списке двенадцати других проектов. На самом деле сегодня здесь говорили об увеличении продолжительности жизни, и сама стратегия, собственно говоря, поручена быть представленной в Совет Безопасности именно потому, что это та сфера и тот фактор, который во многом будет определять безопасность страны в целом.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое, Игорь Николаевич.

Слово предоставляется Олегу Ивановичу Опалихину. Уважаемые коллеги, я хочу сказать, что если кому-то нужно на самолёт или кто-то хочет выступить, поднимите руку, мы приостановим и дадим слово, чтобы мы это понимали. Мне хотелось, чтобы все выступили. Пока Олег Иванович идёт, я всё-таки хочу сказать: приятно, что Игорь Николаевич от Совета Федерации обратил внимание на Кубу, у которой процент от ВВП 12, при нашей системе здравоохранения. А в сложные периоды их жизни, когда перед ними стояли серьёзные вызовы, они увеличивали этот процент до 30. 30 процентов от ВВП. Были у них периоды.

Пожалуйста, Олег Иванович.

Опалихин О. И. Добрый день, уважаемые коллеги, уважаемый президиум!

Тема, которую мы обсуждаем, является для нас, наверное, одной из самых главных. И вот почему, давайте посмотрим. Мы привыкли видеть нашу страну очень большой. Но если посмотреть на географическую карту, сегодня Россия занимает девятое место после Китая, Индии и США, Индонезии, Бразилии, Пакистана, Бангладеша. Нигерии. Если ситуация не изменится, то мы будем занимать к 2050 году, по прогнозам аналитиков, 18-е место. Смотрите, что произойдёт. Глобально вырастут глобальные центры. Даже не Китай – Индия значительно перегонит Китай. Китай, естественно, тоже вырастет. Соединённые Штаты подрастут, но незначительно, в основном за счёт миграции. *(Демонстрируется слайд.)*

А что с нашей страной? А наша страна уменьшится. И вот этот вопрос стратегический, потому что мы единственная страна мира, которая повышала градус ВВП. И ведь наш валовый национальный продукт формируется. Именно таким образом он требует экстенсивного обеспечения, а он требует присутствия человека, людей в Сибири, на Дальнем Востоке становится меньше и меньше. И этот вопрос стратегический. *(Демонстрируется слайд.)*

Поэтому вот три сценария, о которых говорил наш президент: оптимистический, пессимистический и реалистический. Смотрите, если мы не берём пессимистический, где разница исторического выбора между действием и бездействием 50 миллионов человеческих жизней, он для нас не подходит, то по реалистическому сценарию каждая семья и каждый сидящий в этом зале, в том числе фертильная женщина, должны иметь более двоих детей. Более двоих детей. А возможно ли это?

Очень много уже сделано нашим министерством и нашим правительством. Созданы перинатальные центры, строится система оказания младенческой, материнской помощи, она, в принципе, отстроена. У нас, наверное, лучшая трехуровневая система по оказанию медицинской помощи женщинам и детям. Очень многое сделано. *(Демонстрируется слайд.)*

Мы достигли исторического минимума в борьбе с младенческой и материнской с смертностью, мы снизили естественные показатели до тех цифр, которые уже ниже, наверное, быть не могут для нашей страны при такой территории. Но у нас растёт интенсивность высоких технологий, мы обеспечиваем сейчас фактически решение задачи повышения численности населения за счёт квот ВВП, 60 миллиардов заложено на квоты ВВП на пять лет, чтобы улучшить нашу с вами демографию. Возможно ли это? *(Демонстрируется слайд.)*

Вот сегодняшняя ситуация на фоне всех тех мер, которые были приняты. Коэффициент рождаемости растёт только в республиках Северного Кавказа, где смертность значительно выше и рождаемость относительно выше. Значит, не смертность и не медицинские действия, а именно пассионарное поведение людей, желание иметь детей – вот это и есть главное. *(Демонстрируется слайд.)*

И вот эта стратегия как раз, наверное, определяет нашу с вами составляющую. Поэтому наш президент сегодня уже декларативно сказал о том, что увеличение коэффициента рождаемости хотя бы до одного из семи – заметьте, одного из семи, это предел, за который отступать нельзя, – сегодня для нас является вопросом стратегии.

Поэтому если мы посмотрим вот на этот слайд, на эту репродуктивную матрёшку, то мы увидим, что в основном мы работали вот здесь, в области репродуктивных потерь. То есть мы вкладывали наши деньги в третичную профилактику. А что с первичной? Мы работали с репродуктивным здоровьем – возможностью иметь детей, а с репродуктивным поведением – желанием людей заводить семью и иметь детей? Что здесь? Да ничего. Пока ничего не делалось. *(Демонстрируется слайд.)*

Смотрите, почему такая ситуация? Мы вынуждены, да, мы вынуждены третичной профилактикой обеспечивать это, и мы добились успехов, это заслуга нашего министерства. 77,4 процента женщин, идущих в роды, уже больны. И мы боремся с последствиями, мы боремся с тем, что мы, к сожалению, упустили. А упустили где? За последние 56 лет принципиально изменилась ситуация. Сегодня возраст сексуального дебюта равняется 7,1 в браке, остальное – вне брака. Сегодня число абортёв, поведение людей, обуславливающее наличие болезней, приводит к тому, что мы вынуждены бороться с последствиями. Естественно и количество абортёв, и естественно количество тех женщин, которые не хотят уже иметь детей. *(Демонстрируется слайд.)*

Мы практически не занимались мужчинами, а роль мужчины принципиальна – она именно обеспечивает многие проблемы женщин. Если по женщинам, как мы говорим, создана система первичного обеспечения и государственного внимания, то по мужчинам её нет совсем. Какова эта система? Первичная профилактика. Именно мужчина создаёт семью, дети рождаются в семье. И если одного она, может быть, родит для себя, такая её пассионарная сущность женская, то второго, третьего заказывает мужчина. *(Демонстрируется слайд.)*

А давайте посмотрим, что сейчас с мужчиной? Вот сегодняшний мужчина, вот сегодняшний фаст-фуд, вот сегодняшний алкоголь. Естественно, это те факторы, которые приводят к нездоровью людей. Вот сегодняшние изменения продажи, искусственного производства и продажи огромного количества лекарств. Вот сегодняшняя ситуация с экологией. И сегодня мы с вами видим изменение пассионарного поведения, это... *(Микрофон отключён.)*

Председательствующий. Прибавьте, пожалуйста.

Опалихин О. И. Я хотел бы сказать, уважаемые коллеги, чтобы можно закончить сегодняшнее выступление. Времени очень мало на самом деле, выступлений много.

Хотел бы поблагодарить организаторов и сказать, что болезнь легче предупредить, чем лечить запущенные последствия. В репродуктивном здоровье то же самое.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, слово просит профессор Бабненко.

Сергей Фёдорович Бабненко, главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения, Санкт-Петербург.

Бабненко С. Ф. Добрый день, уважаемые коллеги, многоуважаемый президиум!

Наверное, я начну с того, что не относится к скорой помощи, хотя относится, но опосредовано. Я поддержу, что в стратегии, если мы не запишем, что тренд должен быть на разукрупнение участков и воссоздание врачей общей практики, мы не достигнем целей, поставленных в указе президента. Потому что через это реализуется все.

По сути дела, после первой волны модернизации мы очень мало стали отличаться по всем остальным звеньям от развитых стран. Имеется в виду третий уровень, четвёртый, второй. А вот первичное звено – мы кардинально отличаемся. И самое главное, когда восторгаются зарубежные наши коллеги, мол, какая у вас система, они же не знают, что наши ортопеды в поликлинике никогда в жизни ещё руками не делали.

И урологи никогда не делали цистоскопии. И так можно проехаться по всем специалистам. По сути дела, это врачи общей практики, которые занялись приёмом только своих больных. Вот что такое специалист поликлиники, который там отработал пять и более лет, потому что он не совмещает и не работает в стационаре.

Поэтому номинально это специалист, а формально – это человек, ушедший с участка за спину того, кому досталось уже не две тысячи, а три, 3600 и так далее. Мы анализируем по своим врачам, у нас в университете есть своя поликлиника, 22 тысячи Петроградского района к нам прикреплено. Более 90 процентов времени наши врачи занимаются только приёмом первичных больных, потому что у них на участке две тысячи, а не три. А реально получается так, что у кубинцев врач общей практики, и нет у них за спиной специалистов в амбулаторном звене. Но у него висит карта, и вот тысяча популяций, он знает, где живут диабетики, где хроническая пневмония, где хроническая сердечная недостаточность, и занимается ими профилактически.

Поэтому если говорить реально и серьёзно, как мы реализуем скрининги кабинетами онколога на 30 тысяч населения? Если у меня тысяча популяций, то я знаю, что среди них 500 женщин, из них 200 будет старше 40 лет, и через год я им должен делать маммографию, это в год сто человек. Вот я врач общей практики, у меня 100 женщин в этом году должны пройти маммографию. Пришёл её муж, я говорю: ваша жена не прошла маммографию, скажите ей. А пришла жена: ваш муж не сдал на ПСА. Тогда что-то получается. Если этого не будет, можно поставить крест, мы все отчитаемся, но ничего не будет.

Что касается экстренной помощи, то я сказал бы так: очень многое делается, особенно с учётом того, что сейчас построена за 25 лет система медицины катастроф, которая соединяется со скорой помощью и становится единым кулаком на каждый регион, который хорошо отработает и в повседневной жизни и в чрезвычайных ситуациях. Потому что из любой точки региона человек в первые сутки должен оказаться не в ближайшей больнице, а в том учреждении, где ему будет оказана исчерпывающая помощь. Вот наш лозунг в экстренной помощи, который должен быть, особенно с учётом наших территорий и с помощью в том числе санитарной авиации.

А вторая часть – это, конечно, умное приёмное отделение. Вот те умные приёмные отделения, которые позволяют, не прерывая технологического процесса, быстро принять больного, с первой минуты оказать нужную помощь, это должно быть записано в стратегии. Потому что если это не записано в стратегии, значит, должно быть изменено в 323-м законе, что на базе приёмных отделений могут создаваться отделения, стационарные отделения скорой помощи. И тогда, я уверен, мы добьёмся успеха.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Слово предоставляется Николаю Фёдоровичу Герасименко, члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья, академику. Спасибо вам большое, коллеги.

Приготовиться академику Сухих.

Герасименко Н. Ф. Уважаемый Дмитрий Анатольевич, уважаемые коллеги, мы только сейчас провели девятый форум по профилактике неинфекционных заболеваний, формированию здорового образа жизни. Много было хороших выступлений. Я хотел бы остановиться на следующем.

Вот стратегию мы обсуждаем. Что такое стратегия? Это цель, цель определил Главнокомандующий, президент.

Дальше. Есть тактика достижения цели. За это должен отвечать председатель правительства, но не Минздрав, потому что не в силах Минздрава это сделать. У него нет для того, чтобы осуществить стратегию, сил и средств. Силы и средства – это всё находится в правительстве.

И я хотел бы остановиться на двух вещах, собственно говоря.

Первое. В России самая высокая в Европе заболеваемость, процентов на 30 выше. И она практически не снижается. Показываем то, что Аполихин сейчас показал: фастфуды, еда. Телевизор у нас учит, как правильно детям есть колбасу, сникерсы, пепси-колу и так далее. Всё упирается в экономический блок правительства. Потому что когда по сигаретам электронным и всем остальным у нас уже полтора года в правительстве лежит законопроект наш без движения, потому что экономический блок делал с подачи «Филипп Мориса» свой законопроект... Хорошо, что Голикова остановила.

Дальше. Была у нас концепция стратегии профилактики и формирования здорового образа жизни. Её пока правительство тоже не утверждает. Когда Роспотребнадзор предлагает Министерству здравоохранения маркировать продукты по принципу светофора, как сделано во многих странах Европы: красные – избыток, жёлтое – среднее, зелёное – самое то, – опять не пускают, потому что интересы бизнеса не совпадают с интересами здравоохранения. Получается, что у нас два блока: социальный блок и блок экономический, более сильный, там сконцентрированы все ресурсы. И экономический блок правительства всё время стоит не на стороне граждан, здоровья, а на стороне прибыли бизнеса.

Поэтому, если мы хотим достичь цели профилактики, мы должны с этого начать, что правительство не должно выступать блоком экономическим, оно должно выступать одной командой ради единой цели. Почему я говорю о председателе правительства – он должен за это отвечать, чтобы урезонили экономический блок, чтобы они интересы бизнеса оставили на потом, а сейчас занимались как раз тем, что нужно сделать для здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний, потому что мы бесконечно будем строить больницы, покупать лекарства, оборудование и так далее, врачей учить.

Второй вопрос. У нас крен произошёл очень серьёзный на высокотехнологичную медицинскую помощь, уже больше миллиона.

При этом в крайней ситуации оказалась первичная медицинская помощь. И что толку у нас, допустим, если терапевтов всего 17 процентов, на диспансеризацию раньше вызывал участковый врач, сейчас придумали, что вызывает какой-то поверенный. Всегда отвечал участковый врач за диспансеризацию, и качество работы в поликлинике оценивалось именно по диспансеризации.

Нельзя допускать осложнения заболеваний. Кто мы, суть первичная медицинская помощь? Как, например, выявлять онкологические заболевания, если в районах уже исчезли эндоскопы, которые за-

купались в 2008 году? Нет эндоскопии. Создавать свою онкологическую поликлинику, чтобы только выявлять?

Поэтому вопрос первичного звена самый важный. Вот две вещи: профилактика, первичное звено и по финансированию, и по кадрам.

Как мы хотим, когда у нас сейчас не то, чтобы ФАПов нет, ФАПы строят, сделают, – кадров нет, особенно средних. Никто не хочет в село ехать, потому что там суровые условия, развлечений никаких, крайне низкие зарплаты, начиная со стипендии. Кстати, узнайте у себя в регионах, сколько... (*Микрофон отключён.*)

Председательствующий. Прибавьте, пожалуйста.

Герасименко Н. Ф. Ещё можно?

Следующий вопрос, который я хотел бы поднять, касается первичной медицинской помощи.

Мы уже неоднократно говорили о кадрах. Я тогда поднимал вопрос о необходимости увеличить возможность выхода на пенсию тем, кто проработал 20 лет. В селе надбавка 25 процентов, потому что мы приняли закон для работников сельского хозяйства: у механизаторов, доярок – 25 процентов. А фельдшер работает, она ночью ходит там одна-единственная. Тогда у неё будет хоть интерес. Я считаю, Минздрав, кстати, поддерживал, необходимо всё-таки фельдшерам, если они 20 лет отработали, увеличивать пенсию, нужны льготы определённые для села.

Поэтому важнейшая задача – развитие именно первичной помощи, тогда будут меньше направлять, меньше будет осложнений. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое, спасибо. (*Аплодисменты.*)

Позвольте предоставить слово Геннадию Тихоновичу Сухих, директору Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии.

Сухих Г. Т. Спасибо огромное, Дмитрий Анатольевич.

Уважаемые коллеги! Профессор Опалихин должен был показать только единственного мужчину. Он же поступал, как знаменитый украинец, который откусывал яблоки с каждой стороны. Но этим самым наш друг профессор Опалихин значительно облегчил нашу задачу.

Жаль, Дмитрий Анатольевич, что ушёл этот чудесный ваш один из замов...

Председательствующий. Федот Семёнович? Он приболел.

Сухих Г. Т. И вообще не очень хороший стиль, когда люди выступают критично, а потом поднимаются и уходят. Я сейчас ворую время у себя, но, если ты сказал, что эта стратегия, этот документ написан неправильно и нам нужно выбрать одну только цель, ты останься, ты послушай мнения, ты попробуй, напиши эту стратегию. Давайте мы поднимем флаг и скажем: вперёд, мы победим. Это что, стратегия? Министерство пыталось структурировать, показали семь направлений. И я должен был выступать и говорить: ну что же вы забыли, самое главное – репродукция человека, акушерство и гинекология. Но стратегия запрятана. Наше направление есть здравоохранение в демографии, в онкологии, в кадровых ресурсах и так далее.

Поэтому абсолютно правильно говорилось здесь, что, если мы хотим, не может быть целью стратегии наши 80 лет.

Я хотел спросить у него: а вы уверены, что мы с вами, видимо, с одного где-то года, доживём следующие пять лет? И как мы доживём? Не это главное.

Стратегия систематизирована, она должна быть ещё более систематизирована и, что мы называем, переведена в тактику. И что мы будем говорить о том, сколько у нас миллионов женщин и сколько мужчин, сколько было, сколько стало? Мы видим снижение этого количества. Мы видим, что к параметру 2,33, который восстанавливают, никогда в жизни мы не приблизимся. Потому что не может Западная Европа этого сделать.

Я не хочу говорить о смещении кавказских республик и наших, я хочу сказать, что из 139 миллионов всего мира, вдумайтесь, пять миллионов мы, часть Европы и пять миллионов Соединённые Штаты, остальное – не мы. Это Индия, это Китай, это Африка (30 миллионов). Вдумайтесь, 1 миллиард белого населения, что это такое? Вы не обвиняете меня в фашизме, я просто говорю об интеллектуальной части планеты, которая создаёт и создавала историю и интеллект.

Мы с вами видим, что мы находимся не в плохой зоне, но, когда мы говорим о России, вы посмотрите, алкоголь, питание, индекс массы тела. Мы все превалируем. Заболеваемость красным. В этих зонах мы вновь хуже, чем другие. В лучшие наши годы мы идём по статистике вниз по лучшим параметрам, но это остаётся красным. Мы видим неравномерность по нашим регионам. Возьмите Дальневосточный, Приволжский и другие. Цифры идеально близкие к Европе, но не равноценные. Гигантская страна.

И поэтому, я думаю, вы посмотрите суммарный уровень репродуктивных потерь. Хотим жить 80 лет, хотим выполнить задания, которые... Что мы ссылаемся на президента? Ну, что мы... Что это? Это молитва какая-то? Мы что, сами не понимаем, каким образом нужно делать и как это вести?

Замечательно, что политики сказали нам об этом. Но, вы посмотрите, теряется 15,5 тысяч рождённых детей. Новых жизней. Мы теряем три с лишним тысячи в первые шесть дней и четыре тысячи

в течение первого года. Сохраните эти жизни. Это малая цифра прерывания беременности, их намного больше, потому что до сих пор существуют частные центры. Это наша часть, которую мы должны контролировать и следить.

По онкологии у меня нет слайдов. 29 процентов рак шейки матки, рак тела матки, рак молочной железы, рак яичника. 29 процентов, 40 с лишним тысяч погибает в стране. Это что, должны быть только онкологи? Нет. Это должны быть мы, потому что мы в акушерстве и гинекологии видим, это истинная профилактика. И в этом отношении открытие всевозможных подразделений внутри... (*Микрофон отключён.*)

Председательствующий. Добавьте, пожалуйста.

Сухих Г. Т. Я рад, я приветствую, как все другие директора, великое движение министра и министерства. Создали 21 национальный центр, это те пассионарии, Олег Иванович, с огромными коллективами, которые должны делать погоду и которые должны чертить эти векторы главного направления.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Позвольте предоставить слово Андрею Николаевичу Павленко, заместителю директора клиники высоких медицинских технологий Санкт-Петербургского государственного университета.

Пожалуйста, Андрей Николаевич.

Приготовиться Алексею Михайловичу Беляеву.

Павленко А. Н. Спасибо, Дмитрий Анатольевич, что позвали меня на это очень важное заседание. Спасибо вам, коллеги.

Что бы я хотел сказать. Я прошу прощения, во-первых, что я без слайдов, я тоже немножко простудился, и последние несколько дней чувствовал себя не очень хорошо, но тем не менее нашёл в себе силы появиться здесь, потому что это очень важно.

Стратегию я только что быстро пролистал, к сожалению, у меня тоже не было возможности ознакомиться с ней очень подробно, но, что я хочу сказать, я хочу сказать о том, что мы не достигнем, к сожалению, тех показателей, которые там указаны, мы не сможем с вами в отношении онкологического направления точно достичь 80-летней выживаемости по одной простой причине. Все те правильные вещи, которые есть в этой стратегии, они действительно там структурированы и поставлены по целям, их нужно было осуществлять и реализовывать ещё 10 лет назад.

Онкология, к сожалению, такая сфера, где невозможны быстрые результаты, мы это прекрасно должны понимать с вами.

Давайте возьмём теперь по отдельности.

Первое. Глубокая информатизация и единое информационное поле. Блестящая идея, блестящая цель, это действительно стратегическая задача. И в онкологии она имеет очень большое значение, поскольку мы с вами в настоящее время не знаем истинных результатов лечения наших онкологических больных. У нас нет таких настоящих полноценных онкологических регистров, к сожалению.

Те вещи, которые мы получаем, и те показатели, которые сейчас считаются, национальный канцер-регистр, даже сам вдохновитель и реализатор этой программы доктор Мирабишвили говорит, что мы только приблизительно можем понять ситуацию. К сожалению, мы не используем в своей повседневной практике стандартизованные показатели, только грубые показатели.

И если мы с вами создадим действительно настоящий рабочий канцер-регистр, который будет, свяжет абсолютно все заведения, учреждения, которые будут включены в работу с онкологическими больными, причём сюда должны быть также подтянуты и те амбулаторно-поликлинические звенья, которые вы ходите внедрить, это тоже очень интересная мысль, и на самом деле она достойна большого внимания. Если их все соединить в единую цепь, действительно, это будет очень интересно, и это может дать нам ту важную информацию, которой, к сожалению, сейчас у нас нет.

Давайте дальше. Значит, какая цель ещё указана, и она мне очень понравилась, – это ситуация в отношении скрининга. Это то, что позволит нам выявлять рак действительно на ранней стадии. Это мероприятия, которые направлены на выявление рака на ранней стадии.

Но очень важно, как мы это будем реализовывать. У нас уже есть, к сожалению, в нескольких регионах те программы, которые назывались скринингом и вовсе таковым не являлись, поскольку были сделаны абсолютно бездумно, на это были потрачены деньги, не были привлечены те эксперты, которые действительно в этой проблеме очень хорошо разбираются.

Очень важно, кто войдёт в экспертный совет по составлению всех скрининговых программ, поскольку популяционный скрининг – очень финансовоёмкая программа, она затратит огромное количество средств, и нужно распланировать все таким образом, чтобы деньги были потрачены правильно.

Я очень сильно боюсь, что хорошая идея может быть опять испорчена реализацией.

О чем ещё хочу сказать? О том, что у нас была очень хорошая идея, и я её читал, в отношении профессионального аудита, независимого профессионального аудита онкологических учреждений.

У нас не так много онкологических диспансеров, их всего около ста в наших регионах. На самом деле, если мы проведём полноценный профессиональный аудит, только аудиту должен подвергаться

каждый этап, это предоперационное стадирование, то есть оценка кадров, выполняющих колоноскопию, у нас больше 50 процентов эндоскопистов в регионах не могут выполнить тотальную колоноскопию, о чём мы с вами говорим?

Компьютерная томография. Всё зависит от самого техника, от режима введения контрастного вещества, от того, сколько контрастного вещества используется, это такие нюансы, которые знают специалисты.

Я знаю, Сергей Павлович Морозов в настоящее время действительно занимается большим делом, он формирует референсный радиологический центр, это очень важно, и он будет осуществлять то, о чём я вам сейчас говорю.

Далее переходим к этапу формирования основного тактического решения, это самая большая проблема, мне кажется, сейчас в онкологии. Поскольку, если мы с вами возьмём принципы формирования онкологического решения, оно должно быть только на основе мультидисциплинарного подхода и должно соответствовать современным стандартам, тенденциям и тем трендам, которые есть в онкологии.

90 процентов в регионах не соблюдают онкологических стандартов. Поверьте, это так. К сожалению, это очень важно, чтобы это решение принималось правильно и на мультидисциплинарной комиссии.

Переходим дальше. Этап лечения. Не буду говорить про хирургов, тоже куча проблем.

Проверить хирурга очень просто. Зайдите к нему в операционную, посмотрите, как он оперирует. Составьте простой чек-лист, будет достаточно одного дня посидеть в операционной, чтобы понять компетентность каждого хирургического кадра на месте.

Поэтому, безусловно, аудит очень важен. Важно, чтобы он был независим, непредвзят и профессионален. Все. Других условий, на мой взгляд, быть не должно.

Чего я не увидел в этой стратегии? Чему, на мой взгляд, очень важно было бы сейчас уделить особое внимание?

Кадры решают все, что бы мы ни говорили. И основная задача, на мой взгляд, это реформирование системы последиplomного образования онкологических кадров, это крайне важно. Два года онкологии – ни о чём.

Кто выпускается? Кто он такой: хирург, радиолог, химиотерапевт – никто не знает.

Поэтому, на мой взгляд, основная тема должна быть затронута и основные умственные и все усилия должны быть направлены на реформирование именно этой системы, на мой взгляд.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо вам большое. *(Аплодисменты.)*

Слово предоставляется Беляеву Алексею Михайловичу, директору Научного медицинского исследовательского центра онкологии имени Пирогова.

Беляев А. М. Добрый вечер, уважаемые коллеги!

Спасибо, Дмитрий Анатольевич, за то, что предоставили возможность выступить перед уважаемой аудиторией.

Мы все каким-то образом, кто собрались здесь, причастны к созданию этой стратегии в большей мере, но наша задача сейчас высказать критические замечания, что мы там не увидели. Я остановлюсь только на некоторых из них.

Мне не очень-то понравилось, что плохо отражены вопросы науки в медицине. Это большая проблема, и надо нам двигаться. Это эпидемиологические исследования, которые касаются не только злокачественных заболеваний, соответственно, формирование групп риска, программы первичной профилактики, а в конечном итоге мы будем прогнозировать показатели смертности, это позволяет нам экономить средства. Это клинические исследования, которые у нас на самом нижнем уровне в клинике, и вы, кто пытались этим заниматься, например, теми же исследованиями, мы встречаемся с большими организационно-финансовыми трудностями, там я также не нашёл никакого отражения.

С 2014 года у нас внедряется апробация клинических исследований, это хороший тренд для научно-исследовательских учреждений, для сильных клиник, потому что там есть коллективы. Это единственный вариант внедрения инноваций в нашу систему, поскольку высокотехнологическая помощь вся уходит в рутину.

Это хороший тренд, но там тоже он должен найти отражение соответственно. Мы знаем все эти недостатки, которые мы сейчас имеем, с отработкой этих тем, это то, что должно быть открыто, то, что должно обсуждаться экспертами, но я думаю, что это будет совершенствоваться.

Нам нужно определиться по отношению к скринингу рака, соотношению с диспансеризацией. У нас диспансеризация проходит уже пять лет, и надо сказать, мы многое получили хорошего от диспансеризации, но мы видим, что по многим нозологиям она пробуксовывает.

Что касается онкологических заболеваний, то в мире, в международных авторитетных исследованиях доказана эффективность влияния скрининга на смертность при трёх нозологиях: рак шейки матки, колоректальный рак и рак молочной железы.

Я не слышал, чтобы у нас были инициированы исследования по изучению влияния эффективности диспансеризации на смертность, тем более опубликованы полученные результаты.

И получается, мы вкладываем деньги в недоказанную технологию, а у нас есть доказанное. Тут два варианта: либо мы правила скрининга распространяем на третью нозологию и развиваем диспансеризацию по правилам скрининга, сейчас это не совсем соответствует, хотя мы совершенствуемся с каждым годом. Либо мы по этим трём нозологиям занимаемся скринингом, понимая, что это так же затратно, более затратно, чем диспансеризация, но там мы получим существенный эффект.

Я хотел бы на нашем с вами совещании, обсуждении, затронуть вопрос. Я не слышал о внесении прививок против ВПЧ-инфекции в национальный календарь.

Вы знаете, ВПЧ-инфекция – это угроза для нашей популяции: растёт заболеваемость, растёт смертность. Мы по открытым данным выполнили расчёты. Если тренды всех злокачественных заболеваний у молодых женщин до 45 лет снижаются, и сейчас снижаются, и особенно в последнее время в силу разных причин, то смертность у молодых женщин от рака шейки матки растёт, с 2015 года вышла на первое место, опередив даже рак молочной железы.

Наши расчёты показали, что к 2030 году, если ничего не будет сделано, то наибольшие финансовые проблемы, наибольший убыток для государства принесёт прирост у женщин по раку шейки матки, а у мужчин по опухолям головы и шеи, которые относятся к вирусной инфекции, ВПЧ-инфекции. Но надо понимать, что ВПЧ-инфекция не только уроинфекция, это анальная инфекция, сейчас делается множество исследований, что она вызывает рак пищевода, рак лёгких и так далее, и так далее.

Почти в ста странах прививка против ВПЧ внесена в национальный календарь прививок, и почти в десяти странах делается мальчикам. Понятно, что это затратно финансово, но ведь есть какие-то варианты. Наши китайские коллеги в настоящее время разрабатывают более 10 вакцин, и две у них уже зарегистрированы для применения. А Бразилия выполняет вакцинацию своими собственными вакцинами, это в 10, в 20 раз дешевле. Я не говорю уже про африканские народы, где в 50 раз дешевле находятся варианты даже теми вакцинами, которые мы применяем. *(Микрофон отключён.)*

Председательствующий. Добавьте время.

Беляев А. М. ...одно и двукратной. И вот только что вышли исследования, показывающие эффективность. Надо ставить задачу. Мы понимаем, что снижение смертности благодаря прививанию детей – это десятилетия. А мы сейчас говорим о 2024–2025 годах, но мы всё равно должны работать на перспективу, когда говорим о стратегии.

Ещё есть много замечаний. Можно, я тогда в письменном виде, поскольку время ограничено? Спасибо большое.

(Аплодисменты.)

Председательствующий. Спасибо большое, благодарю вас, спасибо, спасибо.

Уважаемые коллеги, мне тоже нужно уехать. Просит слово Дмитриев Александр Валентинович, директор Института экспериментальной медицины, Санкт-Петербург. Пожалуйста. Пожалуйста.

Приготовиться Бухтеярову Игорю Валентиновичу.

Дмитриев А. В. Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич, глубокоуважаемый президиум, глубокоуважаемые коллеги!

Я бы хотел сегодня поднять один вопрос о взаимодействии учреждений здравоохранения и учреждений науки. Между ними существует тесная, неразрывная связь, она всегда была, она всегда есть, и она всегда должна оставаться. Я думаю, с этим сложно поспорить. Её надо только упрочить.

Если посмотреть внимательно, какие присуждаются нобелевские премии, то одна из номинаций – это нобелевские премии за достижения в области физиологии или медицины. Даже нобелевский комитет не способен дифференцировать фундаментальные направления и практическое здравоохранение. То же самое и в нашей стране, то же самое с нашими учреждениями.

В рамках учреждений, которые подведомственны не Министерству здравоохранения, а другим министерствам и ведомствам, в частности, Федеральному медико-биологическому агентству, Министерству науки и высшего образования и многих других, существует огромное количество НИИ, которые не только фундаментальные исследования проводят, но и оказывают высококвалифицированную медицинскую помощь, в частности, высокотехнологичную медицинскую помощь. Это огромный пласт исследователей, за которыми большие коллективы, у которых огромный опыт, у которых многолетние стажировки за рубежом. Это во многом и очень часто бывают уникальные установки, на которых работают наши учёные. Но зачастую вот этот резерв, этот потенциал совершенно не востребован здравоохранением.

Почему это не востребовано? У меня, на мой взгляд, есть такое ощущение, что многие НИИ, научно-исследовательские учреждения живут немножко по старинке. Они как раньше себе формировали государственные задания, совершенно интересные, совершенно правильные, так они их и выполняют, порой меняя слова в названии государственного задания, словосочетания. Тем не менее суть остаётся сутью – многие НИИ занимаются одной и той же клеткой, одним тем же самым микробом, одной и той же самой молекулой, как в нулевые годы, так и в 90-е, 80-е и так далее. Это правильно, это все до какого-то времени может проходить и может приниматься обществом и государством.

Но, на мой взгляд, на сегодня необходимо эту ситуацию немножечко столкнуть. Ведь все новое – это хорошо забытое старое. В Советском Союзе был межведомственный совет, который регулировал деятельность, вернее, координировал деятельность как Министерства здравоохранения, так и Российской академии медицинских наук. И вот тут я возвращаюсь к тому самому пункту 32, который в своём содержании имеет два этапа.

Первый – реструктуризация, структурные преобразования и так далее.

Не совсем структурные, но я предлагаю создать некий межведомственный совет, допустим, под патронажем заместителя председателя правительства Татьяны Алексеевны Голиковой, которая не координировала бы деятельность министерств и ведомств, а координировала бы деятельность учреждений самого различного профиля, самых различных ведомств, именно в направлении, и в тех направлениях, которые указаны в стратегии развития здравоохранения. Это должно быть именно регулирование деятельности в долгосрочной стратегии. Именно сегодня мы об этом должны говорить и сегодня должны планировать долгосрочное планирование на 5, на 10, на 15 лет вперёд.

Если мы обратимся к стратегии, которую мы все увидели сегодня, пункт 28.18, там об этом так и написано – ускоренное развитие фундаментальных научных исследований, ускоренное развитие прикладных, ускоренное внедрение методов диагностики и профилактики, персонализированная медицина, биобанк, криохранилища и так далее.

Но без биологов, без учёных, которые изо дня в день вот в этой самой каше варятся, врачам будет крайне сложно. И на мой взгляд, именно такая связка врачей и учёных должна сегодня в России быть, без этого совершенно невозможно.

Никаких минусов я тут не вижу. Тут даже дело не в финансировании, дело не в деньгах. Дело, наверное, в психологии, дело в том, насколько мы сможем суметь увязать вот эти исторически всегда связанные учреждения здравоохранения и науки в единое целое, а плюсов здесь, по-моему, только одни плюсы.

Во-первых, это исключение дублирования функций учреждениями, которые выполняют те же самые исследования, порой не зная об этом.

Во-вторых, это использование огромного потенциала учёных для нужд практического здравоохранения.

И третье – то, о чём говорится в стратегии, это ускоренное внедрение в практическое здравоохранение тех данных фундаментальной медицины, которые, собственно, учреждения науки должны получать.

Спасибо большое.

Председательствующий. Спасибо, Александр Валентинович.

Позвольте представить слово Бухтиярову Игорю Валентиновичу, директору Научно-исследовательского института медицины труда.

Пожалуйста, коллеги, если можно, покороче.

Бухтияров И. В. Уважаемый Дмитрий Анатольевич, уважаемые коллеги, мы дали свои предложения в комитет, мы бы хотели остановиться коротко на некоторых вещах.

Прежде всего, мы считаем, что в рамках стратегии можно при реализации усилить некоторые направления, связанные прежде всего с [...] сектором и взаимодействием между министерствами.

Безусловно, мы получили многие согласующие подписи от ряда ФОИВов, но тем не менее, с точки зрения охраны здоровья работающих, здесь только Минздрав эту проблему не решит, несмотря на все его усилия.

Работа в настоящее время – это порядка 70 миллионов человек, и многие из них связываются не просто с какими-то рабочими ситуациями и так далее, но и с реальной профессиональной вредностью.

В настоящее время около 20 миллионов человек у нас работают во вредных и опасных условиях труда, и это отдельный совершенно своеобразный пласт проблемы, которую нужно решать. Его можно рассмотреть на примере, допустим, онкологии.

У нас в рамках решения по онкологии есть целый клубок вопросов, который решается и достаточно финансируется, но страна сталкивается, как с одной из наиболее сложных проблем, с большим риском канцерогенной опасности на производствах. Производств этих много, факторы эти известны. Ясно, что за ними следует профессиональный рак, но в настоящее время у нас в стране регистрируется ежегодно порядка 25–30 новых случаев профессионального рака. То есть практически ничто, близко к орфанным. А расчёт назначения только по раку лёгких составляет порядка восьми-девяти тысяч по некоторым направлениям. Это связано с тем, что очень сложная система учёта, регистрации и доказательства причинно-следственной связи между промышленным канцерогеном и конкретным случаем возникновения рака у данного работника.

С чем это связано, с точки зрения реализации концепции здравоохранения? Дело в том, что если у нас борьба с онкологией является как бы миссией государства и возложена на плечи здравоохранения, то в причинах и последствиях профессионального рака виновато не (*Не разборчиво.*), но несёт

ответственность только Министерство здравоохранения. Прежде всего, это работодатель, который не обеспечил адекватные и безопасные условия труда. И последствия здесь возникают совершенно другие. Если вина работодателя доказана, то и риски через Фонд социального страхования, через тариф, возмещаются совершенно другим способом, что заставляет работодателя бороться и снижать эту канцерогенную опасность.

Это очень важный опосредованный сложный механизм, но он обязательно должен быть задействован, ведь в противном случае, если мы не уберём фактор, а здесь фактор прямой, то практически никогда и не устраним часть онкологических заболеваний, которые связаны с контактом работника на производстве с канцерогенными рисками.

Не менее простая, но такая же ситуация, допустим, и с профилактикой сердечно-сосудистой патологии. Евгений Владимирович приводил примеры, какова доля в каждом случае, это европейская статистика, по ряду популяционных исследований масс она не такая радужная. У нас есть целые группы населения, где риск сердечно-сосудистых патологий зависит от профессиональных факторов: это и стресс, это и физические факторы среды, и так далее, гораздо более высокие и их гораздо больше, чем в средней популяции в благополучном Евросоюзе.

К примеру, риск умереть на рабочем месте в шахте от сердечно-сосудистой патологии выше, чем риск погибнуть от травмы на производстве. Вот такая статистика. То есть у нас все усилия по снижению травматизма привели к тому, что риск реально снизился. А по этой проблеме мы посылаем в шахты людей, которые имеют, может быть, неучтённые, но тем не менее факторы риска, которые потом и реализуются.

Третий вопрос, конечно, вопрос медико-социальной помощи. Здесь надо учесть, что у нас произошла за 20 лет трансформация, и у нас есть мощные предприятия, которые могут себе позволить сохранять первичную медико-санитарную помощь на предприятиях. Но есть группа предприятий, которые это сделать не могут. И, конечно, вот эти организационные моменты балансирования, комплексирования, гармонизации медицинской помощи из всех источников должны быть учтены.

И последнее, что нас в том числе заставляет привлечь ваше внимание: стратегия как концептуальный документ закладывалась определённое время назад. Но приходят новые вызовы, которые надо решать. Одним из таких вариантов новых вызовов является изменение пенсионного законодательства. И здесь с точки зрения здоровья работающих мы имеем очень сложную парадигму.

С одной стороны, мы пенсионный возраст повышаем. С другой стороны, уже сейчас в предпенсионном возрасте многие работники, особенно (*Не разборчиво.*) категориях по медицинским противопоказаниям общие, либо дополнительные, не могут быть допущены до работы на рабочем месте. Естественно, с увеличением пенсионного возраста на пять лет такая группа будет существенно больше. Фактически в этой ситуации, увеличивая пенсионный возраст, мы по медицинским противопоказаниям в том состоянии здоровья, в котором у нас находится рабочий контингент, вынуждены существенную часть работников не допускать до работы. Это новый вызов, который надо учитывать, как-то к нему быть готовым и бороться.

А так я считаю, что в целом стратегию надо поддержать, потому что это достаточно серьёзный документ, который в реализации может иметь какое-то развитие с учётом времени.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое, Игорь Валентинович.

У нас есть комментарий. Сакаев Альберт Шамильевич. Поднимите руку, где вы. Вы можете подойти к четвёртому микрофону. В рамках минуты, пожалуйста. Как вы видите всю эту ситуацию?

Я представляю. Департамент условий охраны труда Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

Сакаев А. Ш. Да. Сакаев Альберт Шамильевич.

У нас немного другие данные по количеству занятых во вредных и опасных условиях труда. Но все, что было сказано Игорем Валентиновичем, нами, безусловно, полностью поддерживается. Мы видели те предложения, которые были сформулированы. Направлены они в первую очередь на то, чтобы сместить акцент возмещения и реагирования на случившееся событие: на несчастные случаи, на профессиональные заболевания, – сместить эти акценты на предупреждение и профилактику профессиональных заболеваний и несчастных случаев на производстве. И хочу сказать, что Минтруд принимал участие в обсуждении проекта «Стратегия развития здравоохранения», мы давали свои предложения. Мы видим, что в том проекте, который представлен на обсуждение, достаточно внимания уделено тому, о чём сегодня говорили участники обсуждения. Это профилактика, предупреждение заболеваемости...

Председательствующий. Добавьте, пожалуйста.

Сакаев А. Ш. Этим вопросам посвящён один из проектов федеральных законов, который Минтруд во взаимодействии и с работодателями, и с профсоюзами, и с экспертным сообществом подготовил и уже представил в правительство. Это законопроект «О внесении изменений в Трудовой кодекс», и он, в частности, предусматривает совершенствование механизмов именно предупреждения

и профилактики травматизма и профессиональной заболеваемости. Несмотря на ту положительную динамику, которая у нас есть, нам необходим сдвиг парадигмы, существующей в системе управления охраной труда.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое. Вы можете на нас рассчитывать, мы с удовольствием включимся.

Да, пожалуйста. Включите центральную трибуну, пожалуйста.

Бухтияров И. В. Нет, у нас не разнородные источники, у нас просто четыре разных официальных источника информации по количеству лиц, работающих во вредных и опасных условиях труда.

Первый. Это данные Росстата, форма Т-1, работодатели. По этим данным у нас 39 процентов от работающих, это порядка 28 миллионов человек.

Второй. Это данные фонда социального страхования по количеству застрахованных лиц. Это 8 миллионов, ну, порядка 10 миллионов человек.

Третий. Это данные по результатам специальной оценки условий труда, которые контролирует Минтруд в рамках исполнения федерального закона.

И четвёртый. Это данные, которые ведёт в рамках мониторинга Роспотребнадзор. То есть это четыре разных источника данных, которые в силу ряда причин между собой не сходятся. А так они все официальные, там есть причины, по которым они между собой не сходятся, но это проблема такая.

Председательствующий. Спасибо. Спасибо.

Уважаемые коллеги, слово просит Андрей Валентинович Васильев, ему тоже надо уезжать, директор Института биологии и развития имени Кольцова. Пожалуйста. Если можно, три минуты, очень просим вас.

Васильев А. В. Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич, глубокоуважаемая Наталья Александровна, уважаемые коллеги!

Много уже сказано было слов, поэтому задача моя упростилась. Тем не менее, я, в отличие от многих коллег, имел возможность прочитать внимательно эту стратегию. Вспоминаю слова Козьмы Пруtkова: «Никто не обнимет необъятного», – тем не менее в этом документе, по-моему, есть все, что нужно. Хотел бы всё-таки внести некоторые коррективы и отвлечь от стратегии, мне кажется, важный момент.

На протяжении последних пяти-десяти лет мы везде пишем о том, что мы живём во время биологической революции. Так вот, я могу заявить, что биологическая революция состоялась несколько недель назад, на свет появились люди с редактируемым геномом.

Я не буду сейчас это обсуждать. В зале сидят люди, которые хорошо знают эту тему, можно по-разному к этому относиться, но это свершившийся факт, и это те революционные изменения, которые произошли в силу развития науки.

Вот мне кажется, что основным двигателем стратегии и развития здравоохранения должно быть изменение архаичной системы управления российской медицинской наукой, которая выстроена сейчас очень сложно, и приоритетное развитие медицинской науки.

К сожалению, в этой стратегии, в задачах и целях нет опережающего развития медицинской науки.

Здесь стратегия, у неё отличительная черта. В стратегии говорится правда, много правды. И здесь есть такой очень важный пассаж. Имеет место технологическое отставание российского здравоохранения от здравоохранения западных стран. Мы это все хорошо знаем, и такая констатация важна. Но технологическое развитие является производным от научного развития.

Сегодня медицинская наука – это дитя без родителей, потому что министерство, большое министерство науки отвечает за всю науку в целом, и у нас есть десяток организаций и ФОИВов, отвечающих за науку. Советы все созданы, но нигде не сказано, что Министерство здравоохранения определяет развитие медицинской науки. Учреждения, занимающиеся этим вопросом, рассыпаны по десятку ФОИВов.

Мне кажется, что уже нужно поставить, однозначно совершенно, вектор развития.

И второе. В стратегии указаны очень правильные два тезиса, ещё слова по поводу развития, абсолютно чёткого определения критериев, которые должны реализовываться в рамках развития науки, и приоритизация исследований. Мне кажется, что опыт такой есть у Министерства здравоохранения. Вместе с Минпромторгом были определены цели для лекарств.

Вот мне кажется, что от... *(Микрофон отключён.)*

Председательствующий. Добавьте, пожалуйста.

Васильев А. В. ...от заболеваемости, от осознания медицинских проблем можно совершенно точно сформулировать задачи для научных учреждений, потому что, повторяю слова одного из директоров институтов, который сейчас в Миннауки, раньше был в академии: «У меня нет государственного заказчика, который ставил бы цель и задачу. Я планирую свои работы от достигнутого, а не от потребности здравоохранения».

Во всем мире потребности здравоохранения для науки формирует, например, *(Не разборчиво.)* или подобные организации.

Теперь о развитии важнейшей системы федеральных центров. Здесь они прописаны, и я знаю, что в одной из программ будет приоритетное развитие центров, это крайне важно, центры – это жемчужины нашей медицины, но, опять же, они прописаны как центры высокотехнологичной медицины... (*Микрофон отключён.*)

Председательствующий. Добавьте время.

Васильев А. В. Мне кажется, нужно сместить акценты на развитие науки. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое. (*Аплодисменты.*)

Присаживайтесь. Пожалуйста, вам слово.

Из зала. Уважаемые коллеги, я не являюсь работником здравоохранения, и есть просто примитивные представления, в отличие от многих из вас.

Прочитав материал достаточно добротный, хочу обратить внимание на то, что не поднималось.

Мы говорили о профилактике, мы говорили о кадрах. Я хочу сказать только одно. Ничего не будет сделано, если не будут решены другие вопросы.

Последняя партийная программа социально-экономического развития была в 1967 году. У нас дефицит бюджетов субъектов Федерации три триллиона рублей вместе с муниципалитетами.

Мы разрушили систему профтехобразования, потому что с федерального центра на бедные субъекты передали эту ответственность.

То же самое, мы только написали 28.25, обратите внимание в концепции, что будет оказана помощь.

Практика показывает, как оказывается помощь. Поэтому я хотел бы обратить внимание на эти вопросы, иначе, вот это ключевой момент, и в кадрах, и в профилактике, это оказание реального, вернее, дисбаланс должен быть убран, с точки зрения долгов. Коммерческие кредиты составляют половину из трёх триллионов рублей, доходная часть бюджета 20 триллионов, и все, мы здесь встанем.

Вопрос неоднозначный, вопрос сложный, но без этого вопроса мы ничего в регионах не сделаем. За исключением, может, 11 регионов, которые являются донорами.

Извините. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Слово предоставляется Владиславу Ремировичу Кучме, директору НИИ гигиены детей и подростков.

Кучма В. Р. Спасибо.

Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич, коллеги, все уже устали, я коротко, но оптимистично начну.

К моей радости и к радости профессионального сообщества, в стратегии в рамках трехуровневой системы есть и записано, к огромному моему удовольствию, совершенствование оказания медицинской помощи детям в образовательных учреждениях, разработка и внедрение технологий здравоохранения, формирование системы мотивирования граждан к здоровому образу жизни, особо подчеркнута, так сказать. Дети, это, конечно, вызывает одобрение.

Хочу обратить внимание, что те многие факторы риска, о которых сегодня уже говорили, а именно развитие сердечно-сосудистых заболеваний, ожирение, диабет, депрессии, опасное поведение в отношении своего собственного здоровья, другие ХНИЗы, отмечаются уже в детском и подростковом возрасте. Профилактика этих состояний и школьных болезней может и должна осуществляться в рамках школьного здравоохранения.

Вместе с тем профессиональное сообщество отмечает, что совершенствование развития школьной медицины, конечно же, сдерживается ресурсным обеспечением оказания медицинской помощи детям в образовательных учреждениях. Это ещё раз прозвучало на серьёзном анализе, который состоялся на 6-м конгрессе по школьно-университетской медицине, наш национальный традиционный в Екатеринбурге.

Острейшей проблемой является низкая укомплектованность кадрами отделений медицинской помощи детям. К сожалению, это прерогатива субъектов Федерации. И вот по той реплике, которая только что сейчас прозвучала, я понимаю, что её не так-то просто решить.

По данным органов управления здравоохранения субъектов Российской Федерации, укомплектованность педиатрами, медицинскими сёстрами составляет от 70 до 90 процентов. Специальные исследования, которые мы проводили, показывают, что это 59 процентов врачей и 78 процентов сестёр.

Если сопоставить количество фактически работающих специалистов с нормативами, рекомендуемыми Минздравом, то эта укомплектованность упадёт до 32, 40, 49 процентов.

Этим, в общем-то, мы сегодня и можем объяснить практически полное отсутствие профилактической работы в образовательных организациях, кроме вакцинопрофилактики.

Не могу не сказать, что наш опыт и опыт участников конгресса показывает, что работа школ, содействующих здоровью, это эффективная модель внедрения здоровьесберегающих технологий, технологий, повышающих академическую успеваемость детей, способствующих психологическому климату.

К сожалению, должен констатировать, что в последнее время на государственном и муниципальном уровне это не отражается, не проявляется должной заинтересованности... (*Микрофон отключён.*)

Председательствующий. Добавьте 20 секунд.

Кучма В. Р. Проблема школьной медицины и медиков, работающих здесь, обеспечение безопасности детей в новых современных реалиях цифровой школы – отдельная большая проблема, но это тоже школьное здравоохранение.

Ресурсы и механизмы, профессиональное сообщество готово делиться и внедрять современные технологии оздоровления детей в образовательных учреждениях.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое. (*Аплодисменты.*)

Позвольте предоставить слово Виктору Викторовичу Фомину, проректору Сеченовского университета.

Приготовиться Георгию Станиславовичу Лебедеву.

Фомин В. В. Глубокоуважаемый президиум, уважаемые коллеги!

Мне поручено озвучить позицию совета ректоров, возглавляемого нашим ректором, академиком Петром Витальевичем Глыбочко.

В рамках реализации направления стратегии мы считаем целесообразным обсудить гармонизацию планирования контрольных цифр приёма для обучения по программам ординатуры с потребностями национального проекта «Здравоохранение» и входящими в её состав федеральными проектами, предусмотрев подготовку кадров по этим программам для модернизируемых и вновь вводимых в строй объектов системы здравоохранения.

Также считаем возможным предложить организацию аудита квалификации кадров субъектов медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилям, относящимся к приоритетным направлениям национального проекта «Здравоохранение» – это онкология, сердечно-сосудистая хирургия, детская хирургия и так далее. Состав этих аудиторских бригад должен включать лиц, назначенных главным внештатным специалистом, представителей национальных медицинских исследовательских центров как ядерных точек реализации этих проектов и представителей образовательных организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации.

В части развития первичного звена здравоохранения, службы врачей общей практики, мы считаем целесообразным дальнейшее совершенствование организаций системы дополнительного профессионального образования, в том числе сетевых, дистанционных форм для этой категории медицинских работников; дальнейшее развитие системы социального пакета для врачей первичного звена, тех, которые трудоустроены в сельскую местность или приравненные к ним населённые пункты; проработку мер по ограничению недобросовестной конкуренции на рынке дополнительного профессионального образования за счёт ограничения участия в конкурсных процедурах негосударственных образовательных организаций, не обладающих необходимыми ресурсами.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое. (*Аплодисменты.*)

Прошу вас, Лебедев Георгий Станиславович.

Приготовиться Сайганову Сергею Анатольевичу.

Лебедев Г. С. Уважаемый Дмитрий Анатольевич, уважаемый Президиум, уважаемые коллеги!

Там в раздаточных материалах есть наша презентация, поэтому я не буду её повторять и показывать, вы можете всё посмотреть. Я остановлюсь только на главных моментах.

Первое. Я должен вам сказать, что в Российской Федерации законодательно построено электронное здравоохранение, и Минздраву большое спасибо за это, и нашему комитету большое спасибо за то, что работа была сделана.

Тот закон, который был принят в прошлом году, закрепил юридически существование электронного здравоохранения в Российской Федерации. Основной тренд, который на сегодняшний день во всём мире и в России преследуется, это переход к цифровому здравоохранению. А цифровое здравоохранение от электронного здравоохранения отличается тем, что мы начинаем использовать математические методы для обработки медицинских данных и получения новых решений, нового качества оказания медицинской помощи.

На наш взгляд, эта тема очень сложная, и Минздрав с ней столкнётся обязательно, когда начнёт реализовывать стратегию реализации цифрового контура, всего, что связано с обработкой больших данных, то, что мы сегодня уже говорили, всё, что связано с применением методов искусственного интеллекта, включая глубокое обучение нейронных сетей и так далее. Там достаточно большое количество методов. И мы считаем, что в России, в российском здравоохранении в первую очередь надо создать центр компетенций, который будет работать вместе с Минздравом для того, чтобы апробировать и применять эти методы и эти средства на практике. В нашей презентации чётко показано, какие возникнут проблемы, какие шаги должны быть решены последовательно для того, чтобы электронное здравоохранение заработало.

Самые главные результаты, которых мы должны достичь, – разработать в закон поправки, касающиеся применения технологий интеллектуальной обработки данных для принятия врачебных решений.

Второе: должен быть разработан проект постановления правительства об интеллектуальной обработке данных, проект приказа министерства и соответствующий приказ, порядок применения методов интеллектуальной обработки данных при оказании медицинской помощи. И должен быть разработан комплекс национальных стандартов, которые обеспечивают информационный обмен и применение математических методов на практике. В программу национальной стандартизации на следующий год мы уже включили разработку национального стандарта «Интеллектуальная обработка данных, общие требования», и дальше мы начнём в тесном контакте с Минздравом России развивать эти события.

Нам представляется важным, чтобы Минздрав России нас поддержал, и у нас в первом мёде, в Сеченовском университете, был создан такой центр компетенций, и два государственных задания уже у нас есть, касающиеся построения цифровой платформы поддержки принятия врачебных решений и цифровой платформы дистанционного мониторинга состояния здоровья граждан. И мы надеемся, что мы внесём весомый вклад в то, чтобы Минздраву России облегчить решение и получение этих решений.

Спасибо большое.

Председательствующий. Благодарю вас.

Пожалуйста, Сергей Анатольевич Сайганов, ректор Северо-Западного государственного медицинского университета имени Мечникова.

Приготовиться Ольге Владимировне Востриковой.

Сайганов С. А. Добрый день, глубокоуважаемый президиум, глубокоуважаемые участники слушаний!

Я хотел бы остановиться на не раз сегодня уже поднимавшемся вопросе – внедрении результатов научной деятельности в практику здравоохранения. И больше всего беспокоит вопрос о том, что скоро эти результаты научной деятельности некому будет производить, потому что очень высок возраст научных работников. Даже у нас в университете созданы научные лаборатории, которые работают уже давно, и там возраст приближается в среднем к 65. И, конечно, сейчас мы уже озаботились воспроизводством научных кадров. У нас работает программа кадрового резерва, где секционируются наиболее способные студенты. Буквально со студенческой скамьи мы растим, уже пытаемся растить эти научные кадры. Это даёт свои первые результаты, потому что защитились первые аспиранты, и они наконец-то пошли работать в научные лаборатории, потому что немножко повысился престиж и звание научного сотрудника в целом.

На самом деле не так уж и мало у нас хороших научных разработок. Просто достаточно трудно их внедрить в практику здравоохранения. А чем сейчас оперирует вуз? Создаётся результат интеллектуальной деятельности. Он используется в образовательной деятельности, иногда в университетских клиниках, иногда, может быть, в режиме телемедицины где-нибудь на периферии. Вместе с тем это очень узкое и локальное применение. Иногда внедрение в практику требует достаточно значимых финансовых вложений. Мы отобрали наиболее, с нашей точки зрения, перспективные наши патенты на изобретение и медицинские технологии, привлекли бизнес, создали три инновационных малых предприятия. Оказалось, что получить с них прибыль гораздо тяжелее, чем их создать. Хотя создать их тоже непросто.

И только через три года после открытия первого МИПа мы начали какую-то операционную прибыль получать. Но это опять же локальное внедрение результатов интеллектуальной деятельности, которая нет имеет широкого распространения, раз; оказывается за счёт средств граждан, два. Хочется, чтобы это широко внедрялось в здравоохранение, в том числе и за счёт средств госгарантий.

Поэтому в принципе я считаю, что научные профессиональные сообщества должны делать свои координационные советы, отбирать наиболее перспективные научные разработки и по предложению в научно-координационный совет Минздрава потом проводить клиническую апробацию. Сейчас протоколы клинической апробации, к сожалению, в общем-то повторяют во многом третью фазу исследований, которые были раньше проведены. А вот оригинальных наших почему-то там мало представлено. И хочется, чтобы именно наши новые разработки входили вот в эти протоколы клинической апробации, а не повторяли уже известные старые. Именно таким образом мы можем их внести в клинические рекомендации, стандарты лечения и в госгарантии.

Спасибо большое.

Председательствующий. Благодарим вас. Спасибо большое.

Слово предоставляется Ольге Владимировне Востриковой, председателю Международного союза помощи и поддержки пациентов. Приготовиться Виктору Александровичу Дмитриеву.

Вострикова О. В. Уважаемый Дмитрий Анатольевич, уважаемый президиум! Благодарю вас за то, что представили мне слово. Моё выступление будет достаточно кратким. И так как мы получаем обращения пациентов и всячески помогаем их маршрутизировать в процессе их лечения, то я бы хотела

затронуть несколько вопросов, которые касаются непосредственно пациентоориентированного здравоохранения. Чтобы здравоохранение стало пациентоориентированным, всем пациентам нужно открыть доступ к единому portalу, на котором будет собрана вся информация, нужная для пациентов. Да, замечательно объединить общим контуром все ЛПУ. Но при этом как дать доступ пациентам к нужной информации?

К сожалению, сейчас включая телевидение, мы видим непонятные передачи даже на Первом канале про врачебные ошибки, про то, что врачи убийцы, врачи отрезают не те ноги. На самом деле это ужасно. И действительно в наших силах изменить эту ситуацию и показывать примеры лучших врачей.

И сейчас таким проектом мы занимаемся, этот проект нацелен на популяризацию здорового образа жизни, на улучшение взаимоотношений врача и пациентов. Мы создали замечательный портал, на котором сейчас уже открыто голосование за ведущие онкологические центры, за ведущих врачей из всех регионов. Мы отправили во все минздравы Российской Федерации, в департаменты здравоохранения просьбу прислать нам кандидатов на эту пациентскую премию и получили больше 80 заявок, и теперь любой пациент, зайдя на наш сайт, сможет увидеть лучших из лучших врачей по всей России. Спасибо большое.

Председательствующий. Спасибо вам большое.

Дмитриев Виктор Александрович, генеральный директор Ассоциации российских фармпроизводителей. Пожалуйста. Приготовиться Крестинскому Юрию Александровичу.

Дмитриев В. А. Добрый день, уважаемые коллеги!

Мы сегодня уже неоднократно говорили о том, что для успешной реализации этого проекта необходимо чёткое межведомственное взаимодействие. И сегодня тот момент, когда параллельно обсуждается ещё и стратегия развития «Фарма-2020», и мне кажется, это как раз тот случай, когда успешность реализации одной и другой стратегии будет зависеть от того, насколько они увязаны и насколько они коррелируют между собой.

Но вот один вопрос – это тема расширения календаря прививок. Безусловно, это необходимо приветствовать, но на сегодня ситуация с ценообразованием и системой закупок такова, что производитель не то что низкую рентабельность имеет при производстве вакцины, а фактически работает в убыток. Сегодня вакцина АКДС детская стоит 8 рублей, поэтому если мы не изменим ситуацию в ценообразовании, то я боюсь, что мы не расширять будем календарь, а можем его потерять. Поэтому об этом думать надо, и как раз во взаимодействии не только с Минпромом, но и с антимонопольной службой, потому что она почему-то считает, что чем цена ниже, тем препарат должен быть лучше.

Вторая тема, которая тоже сегодня поднималась, это препараты для педиатрии. Это, к сожалению, общая боль, и вот Татьяна Алексеевна Кусайко здесь, рабочая группа в Совете Федерации достаточно активно работает, мы подготовили предложения, не буду их все озвучивать, но одно из них – это как раз почему бизнес не идёт в производство детских препаратов: маленький рынок, и производство их тоже нерентабельно. Но мы можем сэкономить, точнее, найти дополнительные средства, найти механизмы через совместное проведение клинических исследований препаратов для педиатрии в рамках ГЧП.

Тема тоже важная – применение препаратов офф-лейбл, мы много об этом говорим, педиатрия – это очень болезненный вопрос, и пора уже эту тему сдвинуть с мёртвой точки, как WD-40 в этот ржавый механизм капнуть, чтобы врач, спасая жизнь ребёнка, не боялся, что у него за спиной появится представитель Следственного комитета и за неправильное применение этого препарата, как он считает, будут какие-то негативные последствия.

А в целом мы считаем, что стратегия, как целеполагающий документ, крайне важна, и здесь важно взаимодействие с теми ведомствами, от которых будет зависеть в том числе её реализация. Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Пожалуйста, Юрий Александрович Крестинский. Приготовиться Яну Владимировичу Власову.

Крестинский Ю. А. Добрый вечер, уважаемые коллеги!

Председательствующий. Я прошу прощения, представлю вас. Директор Центра исследований экономики и управления здравоохранением Московской школы управления «Сколково». Извините.

Крестинский Ю. А. Постараюсь быть кратким и не дублировать то, о чём уже было сказано.

Конечно, проделана колоссальная работа, в последние годы мы серьёзнейшим образом увеличили финансирование здравоохранения, однако, коллеги, мы находимся в такой ситуации, когда для того чтобы оставаться на месте, нужно очень быстро бежать вперёд. Мир движется вперёд гораздо более быстрыми темпами и, к сожалению, по многим показателям российская система здравоохранения отстаёт даже от середнячков.

Надо сказать, что, несмотря на серьёзное увеличение финансирования здравоохранения, на мой взгляд, одним из важнейших факторов неэффективности системы является не столько само здравоохранение, сколько вредные привычки. Мы занимаем второе место по уровню смертности, связанной с употреблением алкоголя, исходя из этого, даже относительно высокий уровень финансирования по отношению ко многим другим странам СНГ, Восточной Европы и развивающихся стран даёт нам очень неблагоприятное соотношение затрат на здравоохранение по отношению к продолжительности

жизни. И страны даже с кратно меньшим уровнем финансирования показывают сегодня более высокую продолжительность жизни.

Если говорить в целом о том, какое внимание мы уделяем здравоохранению с точки зрения его доли в ВВП, то с учётом затрат государства это немногим менее 6 процентов, и находимся далеко даже не в первой части списка и не в середине.

По сравнению с 8–10 процентами в Европе и пресловутыми 17, уже даже 18 процентами в США, мы, конечно же, очень сильно отстаём. Вопрос здесь заключается в том, что пора перестать относиться к здравоохранению исключительно как к сфере социального вспомоществования, но найти в ней тот самый инструмент – я имею в виду, в системе здравоохранения, – которым можно решить в том числе средние и долгосрочные стратегические задачи государства.

Именно такой подход, который может показаться, с одной стороны, несколько циничным, позволит нам относиться к вложениям в здравоохранение не только как к дотациям, но как к инвестициям. И, поверьте, это имеет право на существование. Достаточно много заболеваний могут носить инвестиционный характер.

Идём дальше. Общий объём финансирования здравоохранения растёт, однако качественные параметры здравоохранения, если вы посмотрите более внимательно, не меняются такими же темпами, которыми на протяжении последних 13 лет меняются объёмы его финансирования.

На фоне быстрого финансирования, но все ещё остающегося в дефиците здравоохранения важным аспектом является...

Председательствующий. Добавьте, пожалуйста.

Крестинский Ю. А. ...уровень представленности России в общем фонде медицинских знаний. Как вы здесь видите, мы находимся далеко не на первых ролях. И, на мой взгляд, необходимо уделять этому особое внимание, в том числе в части медицинской науки и медицинского образования.

Обучение английскому языку и знание профильных экзаменов должны стать обязательными на фоне того, что сегодня обращения медицинских научных знаний носят англоязычный характер.

На фоне низкого объёма финансирования и его дефицитов опережающими темпами растёт частная медицина. Вы видите, что сегодня частная медицина растёт такими темпами, что может называться лидером среди любых потребительских секторов экономики. Ни один потребительский сегмент экономики не растёт так быстро, как частное здравоохранение.

Хорошо это или плохо – это отдельный вопрос. Однако в условиях дефицита капитальных инвестиций...

Председательствующий. Добавьте, пожалуйста. Завершайте.

Крестинский Ю. А. ...именно частное здравоохранение может прийти на помощь, особенно если мы будем с вами говорить об обязательном вовлечении средств работодателей в особенности, когда речь идёт о вредных производствах, где условия труда влияют на уровень здоровья.

Сегодня преимущественно частная медицина осуществляет, как вы видите, первое место у стоматологии, второе – диагностика исследования, тем не менее сегмент растёт во всех направлениях. Сформировались свои лидеры, и уже три компании имеют оборот более 10 миллиардов рублей в год, что говорит также само за себя.

Отдельный, особый блок – это лекарственное обеспечение. В стратегии сказано лишь косвенно о том, что этому нужно уделять внимание, однако ключевая задача – это помещение лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении в базовую программу госгарантий и в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Итак, резюмируя, хочется сказать: не будем терять время. При том, что уровень расходов на лекарственные средства отличается в разных регионах в семь с половиной раз, по сути, мы говорим о том, что страна десементирована по уровню доступности лекарственной помощи. Мы живём, по сути, в разных странах, находясь в разных регионах, и эта проблема нуждается в кардинальном решении.

Суммарно не будем говорить сейчас о принципах ценностно-ориентированного здравоохранения, хочется лишь сказать ещё об одной проблеме, которая должна найти своё отражение, – это патологоанатомическая служба. Для того чтобы поставить ситуацию со статистикой с головы на ноги, необходимо выделение патологоанатомической службы из системы здравоохранения и, видимо, переподчинение её органам юстиции либо кому-то ещё. Иначе мы всё время будем решать наши проблемы, находясь в абсолютных потёмках.

Извините за задержку. Спасибо за внимание.

Председательствующий. Спасибо большое. Спасибо.

Не могу не прокомментировать последний тезис. Всё-таки мы работаем все в единой команде, так можно и в семье друг друга переподчинять в недоверии.

Илья Владимирович Власов, председатель Всероссийского союза пациентов. Пожалуйста.

Власов И. В. Добрый день, коллеги.

Ну вот, проблема у тех, кто выступает последним: такое состояние, как будто то ли ты пытаешься в метро влезть, то ли вылезти.

Председательствующий. Илья Владимирович, спокойно, едем спокойно.

Власов И. В. Едем спокойно, окей. Хорошо.

Коллеги, безусловно, сегодня говорится о программе, которая является всеобъемлющей, там всего много. И то, что там не хватает некоторых деталей, например, мы не увидели немножечко орфанных заболеваний, мы слегка не увидели вопроса, связанного с обеспечением лечебным питанием. У нас существует вопрос, связанный с этикой деонтологии, которая является базовой для нашей кадровой системы. Но мне хотелось бы поговорить о том, что есть, но, кажется, не совсем достаточно.

Впервые за многие годы в программе указано конкретно, что необходима система защиты прав пациентов. И вот на этом я хочу сделать акцент. Конечно, ни у кого не вызывает сомнения, что проблем в системе здравоохранения достаточно много. И первая из них – это качество оказания доступной медицинской помощи. То, что сегодня было сказано такое словосочетание, как «врач-торговец», я не знаю, как вам, но мне это резануло настолько сильно, что я хочу сказать, что врач-торговец – это та причина, из-за которой мы находимся в такой ситуации. Врач-торговец рушит здравоохранение, не даёт возможности нормально развиваться кадровой системе и на самом деле является жесточайшей проблемой некомпетентного управления в системе здравоохранения, с чем нам всем надо дружно бороться.

Переходя к вопросу компетенции, хотелось говорить о системе советов. Когда в программе указано, что защитой прав пациентов сейчас может заниматься ФОМС, мы, безусловно, не против. Но я хотел бы обратиться к Министерству здравоохранения. Коллеги, мы с вами почти 10 лет с Росздравнадзором, с Министерством здравоохранения растим общественные советы по защите прав пациентов. Зачем? Давайте мы будем использовать тот опыт, который есть. У нас 132 общественных совета по защите прав пациентов в России в системе здравоохранения, которые уже работают, у них свой опыт. Вот, пожалуйста, система, где есть общественные советы по защите прав пациентов, их много.

И сейчас, когда мы говорим о том, что есть новые подходы, связанные со страховой медициной, конечно, мы готовы их воспринять. Но обратите внимание, что эти советы не систематизированные, реально имеющие чёткое понимание методологии, как работать, с кем работать, количество экспертов есть фактически только у Росздравнадзора, как у вертикальной структуры. В остальных случаях это достаточно дезориентированные структуры, которые имеют совершенно разные задачи, выполняющиеся на разных уровнях. И мы надеемся, что сейчас мы придём к новой системе – институту по защите прав пациентов, который может быть основан в функционирующей системе советов общественных организаций по защите прав пациентов. И мы очень надеемся, что вы нас привлечёте к тому, чтобы это было расписано.

Наши предложения. Во-первых, организовать институт защиты прав пациентов на базе советов общественных организаций по защите прав пациентов и структур ФОМСа.

Второе. Повысить качество образования врачей, пересмотреть образовательные стандарты вузов. Это ужасно, то, что мы сейчас имеем. Добавить клинических часов, которые были отняты и заменены физкультурой. Я не против физкультуры, вы поймите. Нам нужны обязательно в стандарте этика деонтологии в высших и средних социальных учреждениях. И чтобы врач, прежде чем подойти к пациенту, сдавал зачёт по этике и деонтологии. Это серьёзная проблема сейчас, потому что врач – это служение, прежде всего. Предусмотреть информирование широких слоёв граждан о своих правах. Нормативно закрепить дополнительные полномочия совета общественных организаций при исполнительной власти и дать им более широкие полномочия. Коллеги, мы всё это вам предоставим.

Спасибо за внимание. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо большое, спасибо.

Пожалуйста, слово предоставляется Дмитрию Викторовичу Кондратенко, президенту Национальной ассоциации здравоохранения. Приготовиться Александру Владимировичу Саярскому.

Кондратенко Д. В. Здравствуйтесь, уважаемые коллеги.

Национальная ассоциация здравоохранения совместно с Национальной курортной ассоциацией подготовила ряд предложений в стратегию развития в части санаторно-курортного лечения. С удовлетворением отмечаю, что не так давно правительство наконец-таки приняло постановление, утвердило стратегию развития санаторно-курортного комплекса Российской Федерации. Полагаю, нет сомнений, насколько важно развивать санаторно-курортное лечение в системе здравоохранения. В связи с этим коротко остановлюсь на проблемах, которые необходимо решать в первую очередь.

Первая проблема – это отсутствие связи между лечащим врачом и санаторием, у врачей просто нет информации о том, куда можно отправлять пациентов. Далее. Сама процедура получения путёвки настолько затруднительна, что работающему человеку просто невозможно её получить. На данном слайде показан весь путь пациента. Если вникнуть в суть, то мы увидим, что для получения путёвки в санаторий от пациента требуется только его карта, заявление и паспорт. Эта информация есть у лечащего врача, а пациента пускают взаимодействовать с разными органами власти, например, соцстрахом и врачебной комиссией, опять же получение справок. Самое интересное в том, что может не быть путёвки в данный санаторий, и тогда пациент поедет туда, куда его пошлют. *(Демонстрируется слайд.)*

Но это не основные проблемы, основные проблемы связаны с Фондом обязательного медицинского страхования. Крайне сложное вхождение в систему ФОМС, низкие тарифы и неэффективность работы делают бессмысленной работу с Фондом ОМС санаториев и коммерческих клиник. Создав простые и понятные условия работы с фондом ОМС, можно реализовать в полной мере частно-государственное партнёрство в системе здравоохранения. При такой системе бизнес вкладывал бы деньги в помещение, в ремонт, оборудование и сотрудников, а государство оплачивало бы лечение пациентам по полисам ОМС.

Самый яркий пример – проблема нехватки медицинских центров и медицинского персонала в регионах, особенно в малых и средних городах России. Работая в Ассоциации малых и средних городов России, я не понаслышке знаю об этих проблемах. Если создать условия малым предприятиям для решения этих проблем, то проблема решается гораздо быстрее и с меньшими затратами для бюджета страны. На данный момент государство полностью контролирует деятельность врача и медицинской организации, начиная с момента обучения врача, выбора помещения с лицензированием, выбора оборудования, наличия огромного количества договоров, которые, по сути, никому не нужны. О чём это говорит? О недоверии государства к врачу и клинике. Государство считает, что врачи, руководители клиники не способны самостоятельно решать текущие вопросы, связанные с деятельностью организации, кроме того, такой контроль требует значительных финансовых затрат от бюджета страны. При этом давно доказано, что качество услуг никак не зависит от количества контролёров.

Председательствующий. Добавьте, пожалуйста.

Кондратенко Д. В. Да, минуточку буквально.

Итак, наши предложения. Почему бы Минздраву, к примеру, не создать чек-апы, к примеру, чек-ап «мужское здоровье», внести это на нормальных ставках в Фонд ОМС и подключить к этой системе все существующие медцентры, включая коммерческие. Таким образом, мы могли бы проверить всё мужское население на предмет онкологии в кратчайшие сроки с минимальными затратами и не ждать там год, два, три, пока будут создавать все новые ФАПы и прочее.

Таким образом, предлагаем: первое – упростить требования к размещению, лицензированию медицинских центров и лицензированию врачей с тем, чтобы дать большую самостоятельность врачам в принятии решений; и второе – повысить тарифы и упростить порядок работы с Фондом ОМС в первую очередь для небольших посёлков и малых городов. На данном слайде вы видите количество медицинских центров в России и за рубежом, то есть тут, как говорится, без комментариев. *(Демонстрируется слайд.)*

Всё, спасибо за внимание.

Председательствующий. Благодарим вас. Спасибо большое.

Слово предоставляется Александру Владимировичу Саверскому, президенту Общероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов». Пожалуйста, Александр Владимирович.

Саверский А. В. Добрый день, уважаемые коллеги! Спасибо за возможность выступить.

Прежде всего, я хотел бы сказать, что, по моим представлениям, стратегия представленная – это всё-таки стратегия медицинской помощи и в меньшей степени охраны здоровья. И пока мы не научимся называть вещи своими именами, мы не научимся решать проблемы. Я очень благодарен Николаю Фёдоровичу за центральную постановку задачи – а как мы будем объяснять Минэку, экономическому блоку правительства, почему нам денег должны больше, чем кому-то другому? Вот здесь ключом является действительно отношение к здоровью как к экономической категории, которая обеспечивает нам способность трудиться буквально в трудоднях, но это эффект, который мы по-прежнему почему-то не считаем. Наталья Александровна, почему-то давно я об этом говорю, давайте всё-таки научимся это считать, потому что мы должны прийти все вместе с вами в Минэк, в Минфин и сказать: люди, вот у нас расчёты, которые показывают, что здоровье – это центр инвестиционный и центр экономики вообще, потому что это, в частности, способность трудиться.

Отчасти мы эту задачу уже решаем. У нас есть СанПиНы и ГОСТы, и Роспотребнадзор этим занимается. Но эта работа совершенно несистемна. Вот там появляется идея светофоров. Сейчас Минздрав объявил сахар наряду с алкоголем и табаком негативным фактором. Но должна быть процедура установления негативности этого фактора или когда он должен быть всё-таки полезен, вот это соотношение пропорций, это хороший, правильный механизм, который нужно запускать. И все это вместе, я считаю, называется управлением факторами, влияющими на здоровье и, собственно, управление здоровьем. Мы должны с вами научиться этим управлять. Все, что сегодня обсуждалось, должно как раз находиться в рамках этой задачи, потому что сейчас у нас система здравоохранения получает деньги за больного человека. Если мы хотим получать за здорового человека, мы должны в основу поставить именно здоровье, а не больного человека.

И второе, то, что я хочу сказать, – это набор мер, касающихся именно здравоохранения. Я считаю, что мы должны убрать из государственной сферы элементы рыночного регулирования, включая необходимость приписок. Это буквально должно быть оценено, потому что на сегодняшний день си-

стема абсолютно искажена, ей невозможно управлять научно. Я считаю, что сегодня субъекты Федерации, каждый из которых создаёт собственную систему здравоохранения, не подчиняется ни Генштабу, ни президенту практически, ни Минздраву. Мы должны поставить его на одну сторону с пациентом. Не против него, как он сейчас стоит, стараясь сэкономить расходы, а на одну сторону. Это можно сделать только с помощью централизации, которая основана на научном подходе расчёта объёмов мощностей здравоохранения.

Можно добавить минутку хотя бы?

Председательствующий. Да, добавьте, пожалуйста.

Саверский А. В. Спасибо, не успеваю.

Нужно научиться убирать лишние расходы. У нас сегодня, по данным Росстата, из четырёх миллионов работников здравоохранения два миллиона – не медики. 50 процентов не медики. Кто это такие? Я задаю вопрос уже три месяца. Мне никто ответить не может. Что, у нас там 100 прачек, 100 электриков в учреждении здравоохранения? Понять невозможно. Этим тоже надо заниматься. Страховщики сжигают 50 тысяч годовых зарплат врачей. Нужно устранять противоречия в законодательстве, потому что их там реально много, куда уходят, как в сито, деньги.

Необходимо, конечно, вводить, принять закон о лекарственном обеспечении, потому что у нас есть закон об обращении. Получается, что лекарства обращаются отдельно, а пациенты отдельно. И далеко не всегда пересекаются, к большому сожалению.

Нужно создать агентство оценки внедрения новых технологий, что очень... (*Микрофон отключён.*)

Председательствующий. Добавьте.

Саверский А. В. ...уголовную ответственность врачей, перевести её в административную, потому что врач сегодня не может даже извиниться перед пациентом. Из-за страха уголовного преследования система лишена возможности признавать свои ошибки, видеть их, анализировать и исправлять. Есть механизмы, как эту проблему решить. И я считаю, что медицинский персонал нужно обучать доброжелательности с привлечением психологов, актёров и так далее, потому что сегодня агрессия растёт на глазах. И это очень деструктивно.

Два слова по поводу защиты прав пациентов. К сожалению, общественные советы – они и есть общественные. Это не институциональная, не квалифицированная, безденежная, собственно говоря, сила, пришли, ушли, ни за что не отвечают. Чтобы их сделать квалифицированными – это совершенно другая история. Я считаю, что у нас есть службы, которые должны этим заниматься. Это Росздравнадзор. И как раз логично – там административная ответственность, которая должна быть создана.

И последнее. Это, возможно, создание уполномоченного по правам пациентов в Российской Федерации.

Председательствующий. Спасибо большое.

Позвольте предоставить слово Муслиму Исмаиловичу Исмаилову, члену Комитета по здравоохранению Народного Собрания Республики Дагестан. Прошу вас. И после этого я попрошу высказаться депутатов Государственной Думы, членов комитета коротенько.

Исмаилов М. И. Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемые участники парламентских слушаний! Спасибо за предоставленное слово.

Я не буду говорить о достижениях регионального здравоохранения, они очевидны. Остановлюсь кратко на системных проблемах, которые имеются и характерны, я полагаю, для многих субъектов Российской Федерации. Эти болевые точки, на мой взгляд, могут лечь в основу решения стратегических задач, которые ставит сегодня обсуждаемая тема, но лягут в её основу в виде тактических решений.

Первая проблема, которую я хотел озвучить, это государственная политика в области капитального строительства объектов здравоохранения. Процессы урбанизации очевидны и неизбежны, и часто мы видим не совсем, скажем так, эффективное строительство учреждений здравоохранения, которое приводит к тому, что медицинская организация не загружена, недостаточно оснащена, её сложно наполнить услугами, и её эффективность в результате этого минимальна. Строительство должно быть, но должно быть компактным, первичным, амбулаторным для последующей маршрутизации. Ещё раз повторюсь, речь идёт об отдалённых районах субъектов Российской Федерации.

Вторая проблема – это финансирование медицинских услуг по линии обязательного медицинского страхования. Считаю, что необходимо последовательно всё-таки внедрять страховой принцип оплаты медицинских услуг и постепенно свести к нулю или минимизировать так называемые госзадания, когда уже знаменитый термин «освоение заложенных средств», конечно, любой руководитель медицинской организации будет заинтересован эти средства освоить, и вот та проблема приписок, о которых говорил коллега, она тоже существует, к сожалению.

Наконец, мы говорили сегодня о правах пациента, но нужно сказать несколько слов о защите медицинского работника. Полагаю, что это должно быть реализовано через обязательное страхование персональной профессиональной ответственности медицинского работника, и это позволит выйти на новый уровень взаимоотношений пациента и врача.

Спасибо за внимание.

Председательствующий. Спасибо большое, благодарю вас.

Слово просит Бойцов Сергей Анатольевич. Пожалуйста. Если вам удобно, можете там, у микрофона. Как вам удобно. И приготовиться Юнусову Фариду Анасовичу из Удмуртии.

Бойцов С. А. Большое спасибо.

Глубокоуважаемые коллеги, я предлагаю добавить в текст стратегии, в два пункта, следующие дополнения. Это то, что касается пункта 28.5, о профилактике. Мне кажется, есть смысл добавить про общественное здравоохранение. Надеюсь, меня поддержат, тем более что у нас в национальном проекте «Демография» в части, за которую отвечает Минздрав, есть целый ряд мероприятий как раз по этому направлению.

И второе, в пункт 28.19 я предлагаю добавить помимо «производства лекарственных препаратов» – «разработка и производство лекарственных препаратов».

Председательствующий. Спасибо большое, спасибо. Фарид Анасович, прошу вас, одна минута, пожалуйста.

Юнусов Ф. А. Можно три минуты?

Председательствующий. Конечно, можно. Нет, можно, можно.

Юнусов Ф. А. Уважаемый Дмитрий Анатольевич, уважаемые коллеги!

Я бы хотел короткое такое выступление от региона Удмуртская Республика. Сразу предложение. Пункт 28.8 стратегии, на мой взгляд, это одно из самых слабых мест в стратегии, потому что вся стратегия долгосрочная, она имеет шанс полностью реализоваться, если будет выработан пакет законопроектов для реализации этих всех целей и задач.

Здесь указаны всего лишь три позиции, которые, на мой взгляд, не полностью отвечают и не являются инструментами права для реализации всех задач. Я хочу сказать, что в 41-й статье Конституции чётко прописано, что у нас в Российской Федерации развивается муниципальное здравоохранение, государственное здравоохранение и частная система здравоохранения. И вот, исходя из этого, какие есть предложения.

Первое. Необходимо законодательно – я имею в виду этот блок, 28.8, – урегулировать восстановление муниципального здравоохранения. Я думаю, что уже ни в одном регионе нет ни одной муниципальной медицинской организации. И это позитивно повлияет, на мой взгляд, и на улучшение первичной медико-санитарной помощи. Тем более что Всемирная организация здравоохранения предложила, рекомендовала модель районной помощи, медико-санитарной помощи.

Второй момент – это корректировка законодательства или какой-то законопроект, связанный с улучшением деятельности страховых медицинских организаций и по финансированию медицинских организаций с фиксацией тарифов, что будет являться основой для улучшения финансирования и в том числе кадрового закрепления.

Третий момент, который хотелось бы упомянуть, – это законодательство или законопроект, который бы урегулировал порядок формирования госпрограмм в регионах. Вот сейчас на данный момент что происходит? Правительство региона само формирует, составляет, утверждает, заслушивает и отчитывается. То есть депутатский корпус практически не имеет ресурса влияния на этот процесс.

Вот такие предложения по усилению блока законодательных инициатив в сфере охраны здоровья, этой стратегии.

Председательствующий. Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, я бы хотел попросить уже записавшихся выступить. Записавшихся ранее членов Комитета по охране здоровья. Юрий Викторович. Если можно, коллеги, только коротко.

Кобзев Ю. В. Уважаемые коллеги, я хотел прокомментировать немного Сергея Фёдоровича Багненко, потому что он сделал акцент только на отделении скорой медицинской помощи. И вот то, что говорят в регионе – мы постоянно обновляем машины скорой помощи. Кстати, в стратегии про скорую помощь написано одной строкой – усиление экстренной помощи путём санавиации.

Мы применяем машины определённой категории. И здесь есть сумасшедший потенциал по экономии бюджетных средств и в том числе увеличению доступности той самой помощи. У нас только 10 процентов вызовов скорой помощи заканчиваются госпитализацией. Остальные вызовы – это обслуживание на дому. Нужно ли нам все машины скорой помощи иметь категории В и С, как мы сейчас поставляем в регионе? Или всё-таки задуматься и внести в этот итоговый документ, что мы, в конце концов, можем спокойно покупать машины категории А, и в том числе по государственным программам. По самым приблизительным подсчётам, это в два раза увеличит поступление в регионы машин.

Когда мы говорим, что это всё-таки полномочия субъекта Российской Федерации, будем открытвенны, не все могут себе позволить постоянно обновлять машины скорой помощи.

Это вот буквально одной строкой. Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Спасибо вам.

Александр Петрович Петров, пожалуйста.

Петров А. П. Добрый вечер, уважаемые коллеги! Хорошо, что не доброй ночи.

Я хочу сказать, что за лекарственное обеспечение спасибо большому экспертному сообществу. Мы с вами три месяца работали, всё закончилось докладом президента. Я думаю, это было историческое событие для тех, кто занимается лекарствами. И у нас есть над чем работать, и программа понятна. Но всё-таки я хотел бы, чтобы в стратегию внесли прямое слово «лекарственная безопасность». Она состоит из трёх направлений, как мне кажется, базовых. Прежде всего, лекарственная безопасность – это вопрос клинической доказанности эффективности лекарств, которые мы производим, и нужно вводить официально референтный центр Российской Федерации по постклиническим исследованиям, по четвёртой фазе. Чтобы мы этим занимались и не доказывали друг другу, когда в рекламе показывают иммуномодулятор, а говорят, что это противовирусное, и обманывают население.

Следующий момент – это вопрос коррупции. Мы сегодня об этом не говорили касательно лекарств. Коррупция в лекарственном обеспечении, к сожалению, есть. Вопрос маркировки уберёт несколько проблем. Но всё-таки есть проблема, которую нам надо урегулировать с правительством. Депутаты по настоянию правительства вместе с общественностью вот здесь же обсудили маркировку лекарств, приняли закон, и многие знают об этом. А теперь правительство продлило эксперимент. Мы закон приняли, а нам говорят – нет, закон не работает. Есть эксперимент дальше. Хорошо, есть эксперимент, мы рады, что правительство убедилось, что что-то не так. Но давайте дальше, значит, надо над законом работать и отодвигать сроки вместе с правительством.

Более того, мы сильно удивили европейских партнёров, тех, кто занимается фармацевтикой, когда ввели QR-код по идентификации каждой упаковки препарата, а после этого аккуратно маленьким распоряжением правительства ввели дополнительно криптографическую защиту каждой упаковки, которую будут нам выдавать пять физических лиц в год каждый. И это хороший вопрос, о котором надо говорить.

Мы почему даже государственный тендер не провели на восемь миллиардов рублей, а поручили прямым распоряжением пяти физическим лицам вот эту криптографическую защиту? Мы удивили даже наших европейских друзей.

И последнее. Я хотел бы, чтобы прозвучал пункт... не то, чтобы мы делали программу борьбы в кардиологии, в онкологии, это очень важно: давайте вынесем параметр, что если мы выходим по этому заболеванию на определённый уровень, то мы автоматически должны принимать государственную программу борьбы, например, с диабетом, с психическими заболеваниями. Но если мы, например, выходим на уровень пандемии по СПИДу, нужна государственная программа.

Председательствующий. Спасибо большое, Александр Петрович. Прощу вас.

Татаринцева Р. Я. Уважаемый президиум! Уважаемые коллеги! Дамы и господа!

Я профессор Татаринцева Раиса Яковлевна, Российский университет дружбы народов. На «круглом столе» мы обсуждали вопрос об интеграции традиционных медицинских систем в систему здравоохранения Российской Федерации. Я хочу пояснить, почему я этим занимаюсь. Потому что традиционные медицинские системы дадут нам то, о чём говорили коллеги – профилактику, потому что с детства этим занимаются. У них хорошее настроение. Это не зомбированные люди, они просто с хорошим настроением и они делают упражнения каждое утро, и вовремя кушают, вовремя спать ложатся, и тогда здоровье будет хорошее.

Не может Министерство здравоохранения сделать население здоровым, если население в этом не участвует. Не может. Потому что можно выписать лекарство, получить капельницу, операцию, ещё что-то, но надо, чтобы население в этом участвовало, чтобы оно сохраняло своё здоровье. Это очень важно, потому что увеличится и продолжительность жизни людей, о которой мы сейчас говорили.

Тут много всего было сказано. Вот, видите, не выдержала я и выступила. Так вот, долголетие, демографическая ситуация вырастет.

Вот я училась в Китае почти десять лет, нет там бесплодия.

Председательствующий. Мы заметили.

Татаринцева Р. Я. Потому что каждый пятый в мире китаец. А у нас не хотят рожать детей.

Председательствующий. У нас нет такого количества китайцев.

Татаринцева Р. Я. Нет. Мы тоже можем. А что, русские хуже, что ли? Китайцы очень любят красивых русских женщин. И настроение хорошее чтобы у всех было, и здоровье будет лучше. Поэтому я приготовила предложение для внесения в резолюцию в стратегию развития здравоохранения, потому что у меня сейчас нет возможности выступить хотя бы даже с коротеньким докладом.

Председательствующий. Спасибо вам большое.

Из зала. Уважаемые коллеги! Уважаемый Дмитрий Анатольевич!

Буквально три слова – доступность и качество медицинской помощи. Все, кто сегодня выступали, все представляют определённое направление: Сергей Анатольевич – диспансеризацию, профилактику, все, что делает институт профилактики, Геннадий Тихонович – репродуктивное здоровье, представители сосудистого центра. Но кто приходит к вам? К вам приходят молодые женщины, в сосудистые

центры – в основном мужчины, а потом женщины в постменопаузальном периоде. А кто посылает всех этих пациентов в нужном направлении и вовремя? Конечно, это первичное звено.

Я хочу сказать, что мы можем построить ФАПы, поликлиники, стационары, конечно, туда требуется большое количество средств, но кто там будет работать? На ФАПах нет фельдшеров, нет специальной программы, которая укоротила бы период времени и дистанционно, и очно это делала бы. Также надо выяснить количество докторов, взаимодействие, взаимоотношения между Минобром и Минздравом в отношении учреждений. Это будет очень большой шаг, мы получим после института молодых докторов без интернатуры, но первичное звено, поверьте мне, я имею непосредственное отношение к большому региону Московской области, где первичное звено понятно как работает. Мы готовы даже, внедрив наших пенсионеров, прежде всего передать опыт этим молодым, но нам нужно, чтобы они пришли.

И я ещё раз хочу подчеркнуть, что все узкие специальности, в том числе ваше выступление по онкологии, это тоже первичное звено, которое вовремя направит, и в регистр попадут те, которые, естественно, направлены вовремя. В первичном звене должно приветствоваться, что не просто первая стадия онкологии выявлена, но и то, что мы делаем здоровье, приоритет здорового человека и качество работы в первичном звене – это количество всё более здоровых людей, дающее меньшее количество обострений хронических заболеваний. Это маленький ребёнок, это школьное образование, это то, что приведёт в репродуктивное учреждение, способное помочь женщине, здоровую более или менее женщину, которая готова рожать. Это тот мальчик, который должен урологом быть направлен с правильным направлением в школе, в детском саду. Это все те направления, которые сходятся в определённый момент в первичное звено и его нагрузку. Поэтому прописать кадры, прописать все, что мы делаем в первичном звене с качеством его образования.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо большое.

Да, прошу вас.

Кравченко Т. И. Кравченко Тамара Ивановна, доктор медицинских наук, ректор Высшей школы остеопатической медицины, президент Медицинской ассоциации профессиональных остеопатов.

С 2012 по 2018 год были утверждены основные нормативные документы, регламентирующие деятельность по специальности «Остеопатия системы здравоохранения и образования». С 2018 года осуществляется лицензирование остеопатии как вида медицинской деятельности. Но, по данным международных организаций, до 40 процентов рабочего времени врача-osteопата уходит на оказание помощи...

Председательствующий. Я прошу прощения, будьте добры, ваши рекомендации в стратегию.

Кравченко Т. И. ...на этапах ведения беременности и в родах либо женщинам репродуктивного возраста.

Приказ Минздрава от 19.01.2018 года «О порядке оказания медицинской помощи населению по профилю «osteопатия» не регламентирует оказание данного вида медицинской помощи по профилям «неонатология», «педиатрия», «акушерство и гинекология».

Рекомендации: наблюдение беременных женщин врачом-osteопатом, профилактический осмотр каждые три семестра беременности в целях профилактики родового травматизма ребёнка и роженицы, наблюдение новорождённого ребёнка до года в декретированные периоды врачом-osteопатом с другими специалистами с целью профилактики и лечения последствий родовой травмы, приводящих к нарушению темпов развития, когнитивной функции мозга, двигательных нарушений, развитию детского церебрального паралича и другим патологиям. Мероприятия по ранней профилактике и лечению последствий родовой травмы и других патологических состояний приведут к существенному снижению заболеваемости нервной системы, опорно-двигательного аппарата, уменьшению числа детей с инвалидностью.

Пожалуйста, обратите внимание на мои рекомендации. Спасибо большое.

Председательствующий. Спасибо большое.

Коллеги, есть ли у кого-то желание?.. Да, прошу вас. Пожалуйста. Подойдите к микрофону, пожалуйста.

Из зала. Сегодня неоднократно говорили о том, что необходимо уделить большое внимание гендерному аспекту права на здоровье. И я предлагаю в преамбулу общего положения этой стратегии внести одно положение, которое называется «Национальная стратегия действий в интересах женщин на 2017–2022 годы». Это распоряжение правительства от 8 марта 2017 года. Мне кажется, если мы внесём этот пункт в преамбулу, это привлечёт большее количество женщин для участия в реализации этой стратегии. Благодарю вас.

Председательствующий. Спасибо большое.

Пожалуйста, прошу вас. Вот у вас рядом третий микрофон, вы можете в него.

Дурнев А. Д. Спасибо большое, коллеги. Институт фармакологии, директор Дурнев Андрей Дмитриевич.

Коллеги, здесь уже многое прозвучало, я хотел бы только дополнить немного. Было замечательное предложение об обеспечении лекарственной безопасности. Я просто дополню это ещё понятием эффективности, с тем чтобы поставить барьер внедрению явно неэффективных соединений, которые не могут оказать терапевтического эффекта.

И второе. Коллега здесь сделал замечательное предложение, чтобы был пункт о разработке и производстве лекарственных препаратов. Я бы добавил одно слово: отечественных лекарственных препаратов. Позвольте мне не обосновывать эту позицию. Я просто передам в президиум одно необоснованное...

Председательствующий. Спасибо большое.

Да, прошу вас, и завершаем.

Чернев А. Уважаемый Дмитрий Анатольевич, спасибо большое. Мурманская областная Дума, Чернев Андрей.

Спасибо, что собрали здесь единомышленников, которые действительно говорили сегодня о заболевшем. И предлагаю как бы финально сказать одно слово, наверное, которое вы сегодня ждёте. Я предлагаю всё-таки концепцию эту одобрить и поддержать, потому что мы сегодня столько говорили, каждый о своём больном. Отдать должное Наталье Александровне, очень мужественной женщине, которая здесь все представила, выслушала, все записывала внимательно. Думаю, донесёт до Вероники Игоревны все, что мы сегодня обсуждали. И надо ехать в регионы, засучить рукава и начать её реализовывать, потому что мы очень долго можем сегодня говорить и бесконечно эту тему обсуждать.

Председательствующий. Спасибо большое, спасибо.

Из зала. Уважаемые коллеги, прежде всего, хотела поблагодарить всех выступающих за конструктивные предложения и замечания, над которыми стоит действительно подумать и поработать. Но вот то мне хотелось сказать.

Конечно, все обсуждали очень важные проблемы и, к сожалению, не все они могут найти место в самой стратегии. Спасибо тем выступающим, которые сказали, что очень важно, какими инструментами, каким механизмом мы будем реализовывать те цели, которые мы обозначили в стратегии. Над каждым разделом очень серьёзно работали и, безусловно, все продумано. Но те темы, которые сегодня озвучивались, даже та же паллиативная помощь, вопросы санаторно-курортного лечения, самый важнейший, наверное, вопрос лекарственного обеспечения – они все нашли прямое отражение именно в инструментах реализации государственной программы.

Я в начале своего выступления озвучила, что государственная программа реализуется посредством 8 федеральных проектов и 25 ведомственных целевых программ. Именно эти ведомственные целевые программы отражают круг вопросов по отдельным направлениям. Это экспертиза, это лекарственное обеспечение, это паллиативная помощь, это реабилитация и многое-многое другое. Поэтому я думаю, все моменты, которые сегодня были озвучены, но не нашли место в стратегии, они будут... Стратегия будет либо доработана с учётом ваших предложений, либо мы погрузим в тело ведомственных программ, паспорта ведомственных программ, для того чтобы мы это реализовывали с учётом поставленных проблем.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

Председательствующий. Уважаемые коллеги, я, в первую очередь, хотел бы вас всех искренне поблагодарить за этот вечер. Он, конечно, был непростым, трудным, и все устали. Но мне кажется, что мы сделали то, что должны были сделать. Очень многое хочется сказать, но нет времени. Поэтому сначала хотелось бы помечтать.

Чего, собственно, ждём мы в результате? Наверное, чтобы люди реже заболевали. Чтобы легче болели, без осложнений, в краткие сроки выздоравливали. Чтобы, конечно, качество жизни тех, кто болеет и страдает, мы сделали весьма высоким.

Я каждый раз сам задаю себе вопрос: а вот там, где мы считаем, хорошо, там люди довольны системой здравоохранения? Они согласны с тем, пусть даже большим сроком продолжительности жизни или на самом деле хотят все больше и больше? Мне кажется, наши задачи всегда сообразны времени. Мы развиваемся, мы улучшаемся, мы ставим перед собой высокие цели и задачи, достигаем их. Это процесс, он такой же, как и жизнь человечества – он не заканчивается. И мне бы хотелось, не останавливаясь на всём, – поверьте, я с удовольствием бы поговорил по каждому направлению, – хотелось бы обратить ваше внимание на две принципиально важные составляющие. Об одной из них, ну и о другой, говорили так вскользь. Это люди. С одной стороны, это граждане.

Мы формируем стратегию. Граждане её понимают? Они её чувствуют? Я неоднократно уже говорил и глубоко убеждён – все наши неудачи, какие-то провалы порой, они лежат в плоскости общения. Мы людям не сегодня, не вчера, а десятилетиями не могли объяснить многие наши поступки. Это легло в основу некоего снижения статуса врача и вообще того, что наше мнение может игнорироваться Минзком или Минфином. Ну где это видано, чтобы наше экспертное мнение, мнение людей, которые знают то, о чём говорят, могло бы, например, не учитываться в должной мере?

И конечно же, нам необходимо в новой жизни, а это новые реалии, по-новому взаимодействовать с гражданами. Если мы не выстроим эту систему, то результаты, я думаю, будут всё время не теми, какие мы ожидаем.

Сегодня было уже сравнение, вот, по-моему, коллега Саверский нас с армией сравнил. Я думаю, что оно корректно. Для любой задачи всегда происходит сначала анализ приданных сил и средств, как они выражаются. Силы и средства. В нашей ситуации это медицинские работники, доктора. Скажите мне, пожалуйста, коллеги, заработная плата медицинских работников, их социальный статус, обеспеченность жильём, все остальное соответствует поставленным высоким задачам? Нет. Мы можем как-то вот, знаете, не обращать на это внимания. Не выполним мы эти задачи, если не поднимем уровень жизни наших медицинских работников. Просто не выполним. Нельзя нам обманывать самих себя и тех, кто принимает решение, потому что это уже задачи мирового уровня. Мы поставили задачи по-настоящему взрослые такие, это мировые задачи. Это 100 процентов.

И последнее в этой же связи – это защита медицинских работников. Хочу подчеркнуть, не от хулиганов. В целом необоснованные обвинения в СМИ, сегодня говорили об этом, нагнетание обстановки в контролирующих органах. Я всё время задаю вопрос: какой результат запланирован? И я на этот вопрос ответа не имею. Я не увидел, честно говоря, в стратегии многого о совершенствовании со временем правового статуса врача. Я бы такую задачу поставил, честно говоря.

Развитие профессиональных ассоциаций. Убеждён – это единственный наш возможный и правильный путь развития. Профессиональная ассоциация следит за качеством специалистов, избавляется от тех, кто не соответствует её требованиям, отвечает за конечный результат, за качество процесса и в то же время защищает своих сотрудников. Потому что в складывающейся ситуации мы, взрослые люди, ещё можем как-то функционировать. Наша молодёжь не выдержит такого прессинга. Не выдержат они. И мы же, как взрослые люди, как ответственные, должны сделать так, чтобы этого не было. Разумеется, никто не собирается оправдывать плохое лечение или там хамское поведение. Конечно же, нет. Но это задача профессионального сообщества. Любой коллектив сам очищается. Всю жизнь так было, и никогда не было неудач. Конечно, для этого время надо.

И в завершение то, с чего я начал: стратегия – это искусство. Честно говоря, мне это очень понравилось, потому что искусство – это высшая степень бытия человеческого и творчества.

И для оценки искусства – те, кто его любит, уверен, согласятся со мной, – нужно время, но в отличие от музыкантов, живописцев и поэтов мы не имеем шанса на непонятое искусство. Мы с вами просто обязаны делать только шедевры.

Спасибо вам большое. И я уверен, что у нас все получится.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

СТЕНОГРАММА
«круглого стола» на тему «Законодательное обеспечение ответственности граждан за своё здоровье, мотивации страховых медицинских организаций и работодателей к сохранению здоровья граждан и работников в Российской Федерации».
6 декабря 2018 года.

Председательствует
член Комитета Государственной Думы по охране здоровья
Н. Ф. Герасименко

Председательствующий. Уважаемые коллеги, с учётом уже вечера, есть предложение – начать нашу работу. По ходу люди будут подходить, которые записаны.

Сегодняшний «круглый стол» немного необычный будет, дело в том, что проблема ответственности гражданина за своё здоровье поднималась у нас много раз и неоднократно в разных вариациях, в разных выступлениях. Но проблема ответственности не может идти без решения проблемы мотивации граждан на ведение здорового образа жизни со стороны работодателей, со стороны страховых медицинских организаций.

И сегодня на заседании «круглого стола» присутствуют наши коллеги и депутаты Государственной Думы, заявляли представителей Минздрава России, Минтруда России – их пока ещё нет, – Федерального фонда обязательного медицинского страхования, руководители медицинских, образовательных, научных организаций.

В чем вообще проблема сейчас? В России очень высокая заболеваемость, она выше на 30 процентов, чем в Европе, и это ещё не по полным данным. И хотя мы говорим о проведении и профосмотров, и диспансеризаций, и так далее, но заболеваемость, к сожалению, не имеет тенденции к снижению. А выполнение майского указа Владимира Владимировича Путина о снижении смертности к 2024 году до указанных цифр – это 450 при сердечно-сосудистых заболеваниях, 185 – при онкологии, увеличить продолжительность жизни до 78 лет, а к 2030 году – до 80, – трудно будет осуществить без снижения заболеваемости.

Ситуация такова, потому что многие граждане ведут нездоровый образ жизни, многие заболевания возникают как острые, связанные с эпидемическим фактором, так и так называемые «группы неинфекционных заболеваний». И все осложнения, которые потом требуют госпитализации, экстренных операций, манипуляций, затрат и так далее. Не будет улучшения ситуации без снижения просто заболеваемости. Но, к сожалению, просто одними приказами, страховыми представителями, другими методами без мотивации граждан работодателями, страховыми организациями, социальным страхованием и нашим профсоюзом работодателей это очень трудно будет сделать. Поэтому вопрос возникает следующий, и мы должны здесь провести мозговую атаку: каким образом сейчас законодательно мотивировать людей к сохранению здоровья? Я говорю, прежде всего, о законодательных мерах, потому что основное потом будет транслироваться на другие подзаконные акты, указы и так далее.

Министерство здравоохранения Российской Федерации должно было к 1 июля разработать проекты документов, необходимых для реализации комплекса мер по повышению ответственности работодателей за здоровье работников организации, а также ответственности граждан за своё здоровье.

Дальше. 20 декабря должны быть разработаны предложения по дополнительным мерам, в том числе мерам экономического характера, направленным на повышение ответственности работодателей за здоровье работников организаций и ответственности граждан за своё здоровье.

Пока мы таких документов не видим. Может, подойдёт Минздрав России, объяснит. Подошли?

И возникает вопрос, я подчёркиваю, именно по законодательным, мы здесь законодательные вопросы, прежде всего, решаем, это в какие законы, а если предложения неоднократно исходили от граждан наших и депутатов, ввести поправки в Конституцию, ввести ответственность за охрану здоровья. Но, на мой взгляд, Конституцию трогать сейчас невозможно, потому что даже запянуть изменить в Конституции – очень сложный процесс. Поэтому, думаю, не будем трогать Конституцию, но важно внесение определённых изменений в Основы по охране здоровья граждан, где можно ввести ответственность граждан за своё здоровье, в Кодекс законов о труде, в законы об обязательном медицинском страховании и другие вопросы.

И поэтому я хочу, чтобы сейчас мы немножко построили наше общение: сначала здесь должен быть председатель Совета общественной организации по защите прав пациентов Власов. К сожалению, его не вижу. И вот здесь Александр Владимирович Саверский, президент общероссийской общественной организации «Лига здоровья пациентов».

Хотелось бы сначала услышать мнение пациентов, и я хотел бы, Александр Владимирович, поскольку вы юрист от пациентов, спросить, какие, вы считаете, меры должны быть, чтобы стимулировать граждан, пока они ещё не стали пациентами, на ведение здорового образа жизни? И какие, на ваш взгляд, поправки необходимо внести?

Потом послушаем Министерство здравоохранения Российской Федерации, затем представителей Минтруда России и Фонда медицинского страхования, то есть тех, кто причастен к тому, чтобы стимулировать работающих на ведение здорового образа жизни, так же как и неработающих.

Пожалуйста, Свердловский Александр Владимирович.

Саверский А. В. Спасибо, Николай Фёдорович.

Что я хочу сказать? Любая попытка ограничить медицинскую помощь вследствие ответственности, не вследствие ответственности пациента будет противоречить, как вы справедливо заметили, той самой Конституции. Граждане, без оговорок, какие именно граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственных муниципальных учреждениях. Если мы не хотим вступать в очевидную коллизию с Конституцией, обсуждать это непродуктивно как минимум.

С точки зрения теории, конструкция ответственности вообще немножко сложновата в этой сфере, потому что здоровье – это часть самого субъекта, поведение которого вы хотите отрегулировать. То есть это его личное дело, его часть, и нас это должно беспокоить только тогда, когда его поведение становится полем интересов других субъектов, то есть других граждан, а то, что вас беспокоит, это расходы дополнительные.

Но тогда мы должны с вами говорить о том, о чём я начал говорить на предыдущих парламентских слушаниях по стратегии. Мы должны выявить факторы, влияющие на здоровье человека, и посмотреть, на что человек может влиять сам, а на что он влиять не может ни при каких условиях.

Вот, например, когда мы говорим о том, что человек курит, то я как человек, который, в общем-то, достаточно хорошо изучал эту проблему с правовой точки зрения, должен вам сказать следующее: зависимость от табака является медицинским диагнозом, согласно МКБ-10, а теперь уже 11. И это медицинская проблема.

Но с точки зрения ответственности сторон, влияющих на этот процесс, мы с вами должны задать вопрос, а кто табак допустил на свободный рынок? Это сделал не пациент. Это вредное вещество, от которого возникает зависимость, и согласно 7-й статье закона «О защите прав потребителей», Роспотребнадзор обязан предпринять меры к тому, чтобы товар, который причиняет вред, не вращался на свободном рынке. Он это делает? Нет. Кто виноват? Я не знаю.

Один из факторов – питание. Все мы знаем, что существуют исследования о том, что люди, которые мало получают, плохо едят. Да, едят всякую нехорошую еду. Это кто виноват? Вот эти люди виноваты? Нет.

Медицинская помощь. Вот здесь написано в рекомендациях: давайте мы накажем пациентов, которые плохо ведут, снижением расходов на лекарства, ещё каких-то там тарифов. То есть мы тем самым сделаем их ещё более больными и, соответственно, будем потом инвалидов всю жизнь кормить. Как бы это экономически нецелесообразно, понимаете? И на самом деле, если мы так начнём перебирать все факторы, которые влияют на здоровье человека, то первое, что я вам хочу сказать в этом отношении, что виноватым в его болезнях можно сделать любого.

Председательствующий. Можно ближе к теме? Я о другом говорю совершенно, я говорю, что пациентами становятся вначале здоровые люди. И мы не говорим о том...

Саверский А. В. Я обсуждаю причины.

Председательствующий. Нет, давайте говорить о другом. Мы говорим о том, что есть люди, которые занимаются и контролируют здоровье, и они меньше болеют, и во многих странах это стимулируется работодателем, страховой компанией.

И есть другая группа, которая на тех же самых продуктах питания и так далее ведёт себя очень, будем говорить, агрессивно к своему организму. И здесь тоже возникает принцип простой. Значит, «а» – предупреждение заболевания, чтобы они не стали пациентами: нужно определённо культивировать и правильное питание, и остальное – потребление алкоголя и все остальное. Стимулировать, так сказать, через страховые компании, через работодателя и так далее.

Саверский А. В. Так я как бы на эти вопросы вам и отвечаю, что на самом деле обвинить пациента в ситуации, когда государство не выполняет своих, извините, функций, проще всего. Вы понимаете, что вы столкнётесь с регрессными исками? Вы говорите, вы курите. Окей, я подам регрессный иск, почему вы разрешили обращение табака на свободном рынке? И так по любому поводу, который вы мне приведёте. Понимаете, если мы начнём обвинять друг друга в том, кто у нас больше виноват: государство или гражданин, – это вообще деструктивная позиция по определению. А уж на юридическом уровне, как я вам говорю, это будет реализовано в форме регрессных исков.

Председательствующий. Александр Владимирович, мы немножко не понимаем друг друга в этом плане.

Саверский А. В. Но мы для этого сюда и пришли, давайте поговорим.

Председательствующий. Вы рассуждаете как юрист, а мы говорим, что нужно сделать, чтобы снизить заболеваемость.

Саверский А. В. Что нужно сделать? Я могу сказать что. Это опять же вы пытаетесь на человека стрелки перевести, а я считаю, что у нас государственная политика ущербная. И прежде чем спросить с человека, мы с себя должны спросить, обеспечиваем ли мы заботу государства о человеке, чтобы он нам взаимностью ответил. Ответ однозначный – нет. Мы не совершаем тех действий, которые население от нас ждёт, чтобы у нас было моральное право спросить у этого человека: слушай, мы для тебя все сделали, а ты, гад, ешь бог знает что, не ходишь в спортзал, которого, извините, нет. Лекарств, вы говорите, нет. Так лекарство денег стоит. Не выполняют назначения врача почему? Сейчас трехуровневую систему собираются везде делать, а частная медицина в Москве выросла, потому что помощь недоступна стала, и так во всём.

Председательствующий. Хорошо, я вас услышал. Но мы как раз речь ведём о системе государственной мотивации граждан, работодателей, страховых компаний к ведению здорового образа жизни, чтобы люди меньше болели. Пока Министерство здравоохранения подходило, я смотрел паспорт приоритетного проекта формирования здорового образа жизни. И здесь указано, что Министерством здравоохранения уже разработаны к 20 декабря предложения по дополнительным мерам, в том числе мерам экономического характера, направленным на повышение ответственности работодателей за здоровье организаций и также ответственности граждан за своё здоровье.

Хотелось бы услышать в этом случае позицию Министерства здравоохранения, какие документы разработаны. И я уже вначале говорил о том, что возникает вопрос о внесении поправок в «Основы охраны здоровья» об ответственности граждан, и какие необходимы, на ваш взгляд, если вы прорабатывали вопросы, дополнительные, допустим, поправки в законодательство, КЗоТ или другие, Фонд социального страхования, стимулы, которые должны мотивировать граждан работающих на ведение здорового образа жизни.

Вот я недавно, буквально сейчас, был на пленарном заседании, рядом со мной полковник сидел один, он говорил: «У меня никогда солдаты не болели, не простывали, потому что я запрещал зимой выходить не одетым на улицу». Так же, как работодатели, которые ответственно относятся к здоровью граждан, он делает определённые меры для защиты. У нас, к сожалению, очень много работодателей, будем говорить мягко, не очень ответственно относятся к здоровью своих граждан, а там же два фактора имеются: это вопрос производственных, допустим, травм, профессиональных заболеваний, и вопрос, который касается граждан вообще в бытовых условиях слежения за своим здоровьем. Поэтому именно понять, какие нужны поправки в законодательство и подзаконные акты, вот здесь я хотел бы предоставить слово представителю Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Пожалуйста.

Бузин В. Н. Добрый день!

Сейчас у нас федеральный проект укрепления общественного здоровья вошёл в национальный проект «Демография». Все те меры по укреплению здоровья, по стимулированию работодателей предусмотрены в работе над этим проектом, но проблема очень непростая, и мы вместе с РСПП, с федеральными органами исполнительной власти, с другими создаём рабочую группу по анализу, во-первых, существующих практик работодателей. Поскольку не секрет, что многие крупные рекламодатели действительно заботятся о здоровье своих сотрудников, устраивают соревнования, стимулируют тех, кто не курит, доплачивают за абонементы в фитнес. Я вот до прихода в Минздрав тоже работал в такой большой компании под названием «Видео Интернешнл», которая для своих сотрудников помимо добровольного страхования ещё оплачивала 50 процентов стоимости фитнес-клуба. Проблема в том, что мы не можем обязать компании это делать, тем более маленькие компании и средние компании, для них это будет достаточно весомая финансовая нагрузка.

И тут стоит задача обсудить это со всеми заинтересованными сторонами, поскольку, с одной стороны, работодатели тоже понимают, что им здоровые сотрудники нужны. С другой стороны, нужен баланс между теми затратами, которые несёт работодатель, и той выгодой, которую он получает от этого.

И вопросы стимулирования действительно сложные. Мы не можем впрямую как-то, здесь нужна разработка законодательных актов. Но активная работа над этим начнётся в следующем году, когда начнётся, собственно, новая работа, национальный проект «Демография».

Что касается темы повышения ответственности граждан за своё здоровье, у нас есть статья 27 Федерального закона № 323-ФЗ, в которой прописано, что граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья, но ответственность за это, естественно, не предусмотрена. И рассмотрение вопросов ответственности, мы уже сталкивались с этой проблемой, здесь очень много разных точек зрения, иногда не стыкуемых. Поэтому любые изменения в эту очень чувствительную для общества область должны проходить с привлечением широкого круга специалистов и общественности.

И Минздрав, в свою очередь, готов рассмотреть любые предложения, направленные на повышение ответственности. Потому что мы знаем, что в некоторых странах, например, в Корее, там человек обязан два раза в год пройти диспансеризацию. Для этого там выделяется определённый день. Поликлиники выстроены именно под это. И человек, который прошёл диспансеризацию вовремя, пользуется бесплатной медицинской помощью. Как только человек не прошёл, для него вся медицинская помощь становится платной. Это, конечно, мощный рычаг для повышения ответственности человека за своё здоровье. Но наша законодательная ситуация сейчас не позволяет нам эти вещи вводить. Спасибо.

Председательствующий. Валерий Николаевич, совершенно правильно, о чём мы сейчас и ведём такой предварительный разговор. И я почему назвал «круглый стол» мозговой атакой? Потому что мы тратим довольно серьёзные деньги на профилактику, а толку нет, результатов немного.

В какие законы какие поправки нужно внести, что нужно сделать, какие подзаконные акты?

И вы должны были уже разработать предложения по мерам экономического характера, направленным на повышение ответственности работодателей и так далее, вот этот пакет документов уже разработан Минздравом?

Бужин В. Н. Он не разработан. Я сказал, что, во-первых, это федеральный проект, он уже практически закрыт. И теперь наш федеральный проект несколько с другим названием – «Укрепление общественного здоровья» – входит в нацпроект «Демография». И там сроки просто немножко все сдвинуты. Но все эти цели и задачи остались.

Как я сказал, когда работали над этим проектом, мы пришли к тому, что необходимо вместе с РСПП или с федеральными органами исполнительной власти, и с представителями общественности создать рабочую группу по обсуждению разработки механизмов стимулирования, потому что это оказалось очень сложной проблемой, это не совсем проблема здравоохранения, это проблема действительно и налоговая, и финансовая, и так далее.

И здесь нам и с Минфином надо это обсуждать, с Минэком, с Минпромторгом и со всеми, с экономическим блоком.

Председательствующий. А мы можем обязать граждан проходить диспансеризацию?

Бужин В. Н. Мы можем предложить им и убеждать, действовать методом убеждения. Вы знаете, иногда этот метод работает очень хорошо.

Вот я несколько лет назад был в ФАПе, в сельском, в Белгородской области, там женщина врач, она приехала туда по программе «Земский доктор», у неё двое детей и муж. И вот я спрашиваю: а как у вас с вакцинацией? Потому что это же проблема – заставить людей вакцинироваться. Он говорит: у нас очень просто, у нас вот три села, все здесь, в центре, встречаются. Как всегда, площадь, ФАП, церковь, детский сад и клуб. Говорит: мы все друг друга знаем, я сама себе делаю, сама вакцинируюсь, мужа и детей вакцинирую, и все это знают, и все идут и вакцинируются, и по графику у меня там 100-процентный показатель.

Вот личный пример здесь убеждает. Но когда мы говорим о большой популяционной работе, как заставить людей проходить диспансеризацию, вакцинироваться? Вот только вчера закончился конгресс иммунобиологический «Щит России», это очень большая проблема. И здесь много проблем по убеждению населения.

Много надо работать Минздраву над тем, чтобы врачей убеждать, что нужно и правильно выполнять те клинические методические рекомендации, которые издаёт профессиональное сообщество под руководством Намазовой-Барановой Лейлы Сеймуровны, Николая Ивановича Брико. Потому что вроде как все прописано вот там, на бумаге все прописано, а вот добиться выполнения – это уже как бы следующая задача. И здесь мы тоже действуем убеждением. В рамках нашего национального проекта у нас запланированы ежегодные информационные кампании с рассказами о том, как надо правильно питаться, как вредно курить, как вредно пить. И здесь я хочу пример привести, я ещё когда работал в рекламе, занимался этим вопросом. В Штатах очень долго выделялись огромные деньги на борьбу с курением. Потом отказались от этого, поскольку вот таких сиюминутных эффектов в этих информационных кампаниях, в рекламных кампаниях не наблюдалось. Но зато сработал долгосрочный эффект. Они после 15 лет проведения этих кампаний и вложения огромных денег обнаружили, что курить-то люди стали меньше. И мы, в общем-то, идём практически тем же путём. Мы работаем как бы на будущее.

Председательствующий. Понятно. Уважаемые коллеги, я, во-первых, хотел бы по регламенту сказать, с учётом того, что мы должны закончить до шести часов, давайте регламент установим до пяти минут, даже много, минуты три. И только по сути, что можно. Я говорю, вопросы такие стоят, что можно сделать законодательно, что можно сделать подзаконными актами, приказами и всё.

И вот здесь я ещё хотел бы слово дать Оксане Михайловне Драпкиной, директору Института профилактической медицины. Ваш взгляд. И подготовиться Говорину Николаю Васильевичу.

Драпкина О. М. Спасибо большое за приглашение, за возможность коротко сказать. Вообще, проблема ответственного отношения к своему здоровью – это действительно проблема. И я хочу сказать, что, да, мы не можем обязать проходить диспансеризацию, но у нас создана вся нормативно-правовая база. У нас функционируют четыре тысячи отделений и кабинетов медицинской профилактики, 850 центров здоровья. И надо сказать, что всё регламентировано и всё подвержено маршрутизации.

Но здесь всё общество действительно должно быть заряжено этой идеей профилактической лихорадки, это должно захватить сейчас наши умы. И нам это в какой-то степени удаётся. Нам это удаётся потому, что весь прошлый год страховые компании очень здорово и активно нам помогали в информировании населения о прохождении диспансеризации. Этот год проходит под эгидой помощи страховых компаний, страховых поверенных третьего уровня в мотивации к прохождению диспансерного наблюдения. Остаётся очень серьёзным вопрос низкой приверженности населения к проводимой терапии. Я согласна, что есть определённые сложности, но тем не менее есть совершенно доступные дженерические препараты, которые чётко доказали свою эффективность. И нашими экспертами, экспертами центра профилактической медицины чётко доказано, что если на участке добиваются трёх целевых значений, а это давление ниже, чем 140 и 90, холестерин ниже, чем 6 и 5 миллимоль на литр, и отсутствие курения, три простых показателя, – мы снижаем сердечно-сосудистую смертность на 15 процентов, а общую смертность на 10 процентов.

Мы прекрасно знаем, что у нас стоит задача ежегодного прохождения профосмотров. Эта задача была поставлена в указе президента. И мы сейчас практически подвели базу под то, как её решить. Я буду, естественно, в регламенте и поэтому, уважаемый Николай Фёдорович, мы написали предложения в письменном виде, это вторая часть по поводу возможного законодательного обеспечения ответственности граждан и именно в отношении мотивирования работодателей к сохранению здоровья граждан и работников. Это огромный пласт. Это огромный потенциал, который мы сейчас, на наш взгляд, используем недостаточно.

Я коротко зачитаю три пункта из этого. А перед этим хочу сказать, что для того чтобы нам завершить создание правовой базы, нам необходимо всё-таки принять стратегию формирования здорового образа жизни и профилактики хронических неинфекционных заболеваний. Мы обсуждаем сейчас 52-ю её версию. Именно эта стратегия сейчас – это единственный документ, который позволит нам осуществлять деятельность на межведомственном уровне, потому что одно Министерство здравоохранения с этой проблемой не справится. И, коллеги, я приглашаю посмотреть эту 52-ю версию, ещё раз обсудить её. И, может быть, мы всё-таки сделаем так, чтобы её приняли.

И последний пункт – по поводу работодателей. Итак, первое. К мерам и механизмам мотивирования работодателей к деятельности, направленной на обеспечение прав работников в сфере охраны здоровья, относится, ещё раз подчеркну, формирование системного, скоординированного межведомственного подхода.

Ряд мер уже внесены. И мы прекрасно знаем, что есть дополнение в Трудовой кодекс, которое обязывает работодателей отпускать работников для прохождения диспансеризации с оплатой на один день, а предпенсионного возраста – в течение двух дней. Это огромное достижение. И огромное спасибо, спасибо за то, что это есть. Мы предложили, и эти предложения тоже направлены на наш «круглый стол», некие практические реализации мер экономического стимулирования работодателей. Это определённые мероприятия по охране здоровья работающих. В законодательство по налоговым льготам тоже есть предложения, которые мы подготовили и послали.

Наконец, повышение критериев приверженности здоровому образу жизни работающих в коллективах, материальные меры стимулирования. И самое простое – это прохождение диспансеризации или выезд центров здоровья, который мы практикуем, на предприятия. Это просто, удобно, быстро и эффективно. И последняя мера – это снижение налоговых выплат при предоставлении администрацией работникам условий для ведения здорового образа жизни: бассейнов, спортплощадок, секций. Может быть, за счёт компаний или за счёт финансирования.

Вот все документы собраны здесь. Если не дошли, я могу это оставить.

Председательствующий. По закону, вот по диспансеризации. Мы планировали два дня, но потом остался один. Сейчас мы можем поправку внести. Но вам нужно дать информацию, достаточно одного дня в три года или недостаточно. Потому что президент сказал: ежегодный осмотр. Так?

Драпкина О. М. Да.

Председательствующий. Это практически то, что и есть, да? Хватит или нет? И какие предложения от вас, допустим, поступят в этом направлении.

Если вы не сформулировали, сформулируйте, в какие законодательные акты. Вот, допустим, по стимуляции тех же работающих на предприятиях, меры для стимулирования, в какие законы и так далее. Хорошо?

Драпкина О. М. Хорошо. Всё это представим.

Председательствующий. Хорошо.

А теперь я с удовольствием предоставлю слово Николаю Васильевичу Говорину.

Пожалуйста, Николай Васильевич.

Говорин Н. В. Спасибо большое, Николай Фёдорович.

Уважаемые коллеги, мы на самом деле обсуждаем сегодня такую чувствительную часть этой проблемы. Но в рамках работы над национальным проектом, определением приоритетов было важным как раз превентивную, профилактическую модель определить как стратегическую линию.

Результаты диспансеризации свидетельствуют о том, что охрана здоровья или здоровьесбережение – это дорога с двусторонним движением. С одной стороны, государство должно делать многое, для того чтобы население могло получать доступную и качественную медицинскую помощь. Возобновление в стране диспансеризации – свидетельство того, что эти шаги по профилактике, по ранней диагностике реально осуществляются. Но результаты диспансеризации, в том числе недостаточно активное участие населения определённых кругов в этом, свидетельствуют о том, что мы должны сегодня сделать очень многое, для того чтобы повысить мотивацию или развить ответственное отношение граждан к своему здоровью. Это на самом деле важно.

Мы видим, что такой индикатор здоровья граждан, как смертность, или я бы назвал, сверхсмертность населения трудоспособного возраста, является тем показателем, который свидетельствует о том, что здесь нужны особые шаги. Вы видите, как отличаются субъекты по уровню смертности от внешних причин, эти отличия в шесть раз, какова смертность мужчин трудоспособного возраста, это в пять раз разница в разных субъектах, и разница гендерная, то есть между мужчинами и женщинами. Все это свидетельствует о том, что недостаточно... вернее, рискованное поведение ведёт к тому, что значительную часть заболеваний и смертности мы получаем от такого образа жизни. И в этом плане пути, которыми мы должны двигаться, это комплексный должен быть подход, комплексные меры, которые, с одной стороны, будут включать всё-таки дальнейшее совершенствование мер здравоохранения, профилактических мероприятий, диспансеризацию, улучшение её качества.

Но, с другой стороны, мы должны серьёзно пересмотреть всю профилактическую работу по отношению к населению с позиции информирования граждан, с позиций повышения роли работодателей, экономического мотивирования, в том числе, и работодателей к тому, чтобы они стимулировали, чтобы их работники занимались и организовывали себе здоровый образ жизни.

Вопрос, конечно, может стоять, в том числе, как это в некоторых странах, когда мы должны говорить о том, что пациент должен стать субъектом медицинского права и страхования ответственности гражданина за своё здоровье, как это существует во многих странах. Но я вижу, что мы находимся ещё далеко от принятия таких решений, и мы должны к этому двигаться, это очень важно, чтобы мы в конечном счёте смогли создать условия для таких мотивировочных, экономически выгодных, и я хочу подчеркнуть эту мысль, поощрительных позиций по отношению к гражданам. Потому что мы обсуждали эту тему и на стратегии развития здравоохранения, и мы об этом говорили на площадке Общероссийского народного фронта, о профилактической и превентивной модели медицины, где важно в конечном счёте нам создать систему, где и врач будет субъектом медицинского права, может быть, тогда ряд таких карательных сейчас институтов не срабатывал бы, и врач был бы защищён.

А с другой стороны, и сам пациент мог быть субъектом медицинского права. В этом смысле сегодня мы готовы к тому, чтобы это мотивирование носило поощрительный характер. Никакого наказания за то, что человек, скажем, не выполнил указание врача, сегодня быть не может, мы к этому сегодня не готовы, и в нормативно-правовом регулировании этого сейчас нет. Но все вместе мы должны сделать все возможное для того, чтобы двигаться в рамках концепции здорового образа жизни, в рамках этой единой концепции, межведомственного взаимодействия для того, чтобы этот блок обязательно усилить, потому что всё-таки в значительной степени здоровье человека в руках самого человека. Понимаете? Мы должны создать ему условия для этого и всё-таки побуждать его к этому здоровому образу жизни, в том числе через различные экономические механизмы.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо.

Уважаемые коллеги, мы говорим о законодательных аспектах или оставить все, как есть сейчас, а мы собрались именно для того, что это не срабатывает. Многие предприятия, где руководитель отрасли заботится о здоровье, у них заболеваемость меньше. Мы каким-то образом, допустим, введём законодательно, что руководитель ответственен за состояние здоровья. Это прежде всего. Потому что даже сравнивать субъекты Российской Федерации: в одном субъекте, где нормально работает, и губернатор, и все направлено, там меньше заболеваемости. А в другом ничего не делается, и там тоже. То есть какие именно, я подчёркиваю, именно законодательные аспекты в разные законы: в КЗоТ, о социальном страховании, о медицинском страховании и так далее, нужно вносить эти поправки.

Вы тоже поделитесь в Москве, как, что делается и какие необходимы законодательные меры.

Стебенкова Л. В. Вы знаете что, я вот хочу сейчас сослаться на опыт Южной Кореи и подумать, подходит он нам или нет, потому что мы в том году были с делегацией правительства Москвы и Московской Думы.

В Южной Корее система здравоохранения считается второй вообще в мире по эффективности, и как раз очень эффективна профилактика так называемая, которая на самом деле очень дорогая, стоит 500 долларов. Это то, что оплачивается. Самое дешёвое – 500 долларов, но у них подушевой доход населения средний две тысячи долларов на человека. Тем не менее у них 90 процентов населения проходит эту диспансеризацию. Я интересовалась, как им это удаётся. У них, в отличие от российской системы, есть система содоплат. Например, если больной заболевает онкологическим заболеванием, то в нор-

мальной ситуации он платит пять процентов от того лечения, которое ему положено. А если он не прошёл диспансеризацию, он тогда платит 30 процентов. Но это своеобразный такой штраф, который есть. Как мы говорили, для нашего населения он явно не подходит, потому что и доходы другие, всё другое.

Вот здесь представитель Минздрава говорил о рекламной кампании. Вы знаете, на самом деле рекламная кампания там отрывочная: больше пей, больше двигайся и прочее. Она действительно, наверное, не очень воспринимается людьми, потому что я очень много встречалась с предприятиями, с коллективами, и мне задавали вопросы. А вообще, что такое здоровый образ жизни? Как правильно надо питаться, как что делать, и мы на самом деле сделали такой проект. Мы инициировали его, и департамент нас поддержал. Он называется проект «Здоровая столица», который состоит из 15-минутного фильма и такой брошюры. Брошюра называется «Хочу жить долго», она посвящена четырём нозологиям: сердечно-сосудистым заболеваниям, соответственно, с признаками инфаркта, инсульта, сахарному диабету, бронхолегочным и онкологическим заболеваниям, где в том числе правила здорового питания. То есть такой целостный проект, и мы начали его проводить в учреждениях образования среди сотрудников этих учреждений. Он состоит из показа фильма, потом мы делаем работу над ошибками в виде презентаций, смотрим, как закреплён материал, и раздаём эти брошюры.

В принципе, люди, казалось бы, все знают. Но они узнают очень многое. Мы уже в этом году провели более чем в 800 учреждений образования все это, у нас охват будет около 100 тысяч людей. Собираемся распространить его дальше на бюджетную сферу. Я хочу вообще... Я его, кстати, отдавала, вот этот буклет, Веронике Игоревне Скворцовой. Она была на выставке. Мы готовы поделиться с Минздравом, потому что на самом деле, как мне кажется, людям нужно рассказывать системно. У нас очень много по каналам нашим идёт различных фильмов о том, каким образом можно сбросить вес, питаюсь в «Бургер-Кинге». Это понятно, чисто заказные такие фильмы. Понятно, что к здоровому питанию это не имеет никакого отношения. Но я считаю, что надо проводить системную работу с показами каких-то роликов перед фильмами по телевидению, с приглашением на диспансеризацию. А ты прошёл свою диспансеризацию, тебе сейчас 57? Ты знаешь, что тебе пора идти? Или 27, возраст твой делится на три. В Москве создана, я считаю, вообще уникальная возможность для населения.

Сегодня первый этап диспансеризации можно пройти за 90 минут, и мы сегодня обзваниваем людей и приглашаем. Но очень важно, чтобы у них была внутренняя мотивация. Они должны понимать, что на 60 процентов здоровье их зависит от их образа жизни. И я всё-таки считаю, что если проводить рекламную кампанию, то она должна быть не такой отрывочной, а системной с показами фильмов. Я не знаю. Я готова предоставить этот фильм. Он получился достаточно неплохой и людям он нравится. И, может быть, мы не будем говорить о штрафах, а будем говорить о каких-то бонусах предприятиям, которые будут, естественно, отпускать своих людей на диспансеризацию в положенное время. О каких-то выходных днях. То есть сегодня мы должны мотивировать людей не тем, что мы их накажем, потому что это не совсем правильно. У нас достаточно много штрафов и прочего, и у нас платёжеспособность населения не настолько высокая, чтобы мы сегодня их облагали ещё штрафами. Но побуждать их к тому, чтобы они проходили диспансеризацию вовремя, я сейчас не буду обсуждать её качество в нынешнем виде, потому что не все там устраивает. Понятно, что это связано с деньгами, но хотя бы то, что там есть сегодня, пройти. Это уже большая польза для людей даже в том виде, который сейчас есть.

А люди, к сожалению, не чувствуют мотивированности, они не чувствуют того, что ты придёшь, и получишь.

Председательствующий. Людмила Васильевна, для этого мы как раз и собрались. Мы об этом и ведём речь – о мотивации.

Стебенкова Л. В. Я предлагаю первое: ввести мотивационные моменты для предприятий, для сотрудников, для организаций.

И второе – всё-таки проводить системную рекламную кампанию. Не отрывочную такую, понимаете, а системную рекламную. Долбить постоянно человеку.

Я хочу просто привести пример в конце. Вот, помните, в Финляндии, все помнят прекрасно эту кампанию по здоровому образу жизни, когда они просыпались, финны, и им говорили: убери солонку со стола. Потому что уровень потребления соли у нас сегодня зашкаливает – 15 грамм на человека вместо пяти. Вот такую рекламную кампанию нам нужно. И вот в это нужно вкладывать деньги. Все прекрасно знают, как это было сделано в Финляндии. У нас что, трудно это сделать? Мне кажется, просто надо захотеть.

Председательствующий. Сейчас обсуждаем законодательные аспекты. Не надо больше. Потому что технология эта уже известна, и будем делать.

У меня вопрос к Министерству труда. У нас присутствует Альберт Шамильевич Сакаев из Минтруда России. У Минтруда есть какие-то наработки по мотивации отраслей, предприятий, чтобы они всё-таки занимались и отвечали за здоровье своих граждан, не только за производственный травматизм и профессиональные заболевания, а вообще за заболеваемость и так далее? Какие-то у вас есть наработки по мотивации?

Сакаев А. Ш. Спасибо, Николай Фёдорович.

Общие риски – это, наверное, не совсем то, чем может управлять работодатель. Поэтому, если говорить о мотивации работодателей и работников, то мы, в первую очередь, я представляю департамент условий и охраны труда, я говорить могу о том, что касается производственных факторов, вы сегодня о них упоминали, это немалая доля в общей заболеваемости.

Несмотря на то, что динамика снижения травматизма и профессиональной заболеваемости у нас положительная, то есть количество случаев ежегодно снижается, мы обратили внимание на то, что в последние годы она серьёзным образом замедлилась, в сравнении с периодом 2011–2015 годов, когда темпы были значительными. Сокращается и количество профессиональных заболеваний.

Но что надо отметить по части профессиональных заболеваний? Практически три четверти впервые выявленных заболеваний, по данным Фонда социального страхования, выявляются у работников в возрасте старше 50 лет. То есть это поздние заболевания.

Я хотел вернуться к тому, о чём говорили и 3 декабря, обсуждая стратегию развития здравоохранения, подготовленную Минздравом, и к тому, что сегодня уже уважаемые выступающие отмечали.

Первое. Это акцент на профилактику и предупреждение тех самых негативных последствий, которые мы имеем, в частности, в производственной сфере. Это первое.

Второе. Это, естественно, повышение информированности не только работодателей, они, как правило, знают о рисках, хотя не все и не о всех рисках и опасностях, присущих их деятельности, знают. Но это вовлечение самих работников в процесс совершенствования и повышения уровня безопасности условий труда.

По тем данным, которые у нас есть по состоянию на начало декабря этого года, я хочу сказать, что практически на 70 процентах рабочих мест в стране проведена специальная оценка условий труда. Оценено порядка 22 миллионов рабочих мест, на которых занято почти 30 миллионов работников, и вот из этого оценённого числа более восьми миллионов, а если быть точнее, то практически 8 183 000 человек заняты во вредных и опасных условиях труда.

Динамика улучшения условий труда в наблюдаемых Росстатом отраслях у нас тоже положительная. Но Росстат наблюдает не все отрасли, а наиболее крупные, и это понятно. И вот те самые восемь с лишним миллионов человек, естественно, в зоне повышенного риска по части появления и развития у них профессиональных заболеваний.

Теперь то, что касается инициатив Минтруда России, вы спрашиваете, подготовлены ли какие-то инициативы?

Председательствующий. По мотивации.

Сакаев А. Ш. То, что касается мотивации. Понимаете, мотивация или побуждение, или, наоборот, принуждение – это всегда вещи, идущие рядом. Очень сложно мотивировать, с одной стороны. Другая сторона мотивации – это демотивация. То есть в законодательном аспекте это либо бонусы, какие-то льготы, либо штрафы, наказания.

Председательствующий. Сразу вопрос. Оценивает ли Минтруд или вообще кто-то руководителей отраслей, предприятий по уровню заболеваемости работника? Это входит в какую-то оценочную категорию?

Сакаев А. Ш. Я прошу прощения, я не очень понял вопрос. Цифры по заболеваемости?

Председательствующий. Как, допустим, человека или руководителя оценивать можно? Если меньше болеет? В принципе, болеть должно как можно меньше, потому что бизнес теряет от того, что люди не выходят на работу. Оцениваются ли, у вас есть, как у Минтруда, оценочные характеристики, что именно по заболеваемости, я не говорю по другим параметрам, а по заболеваемости оцениваются или нет отрасли, предприятия? Где, допустим, самая высокая заболеваемость, где самая низкая?

Сакаев А. Ш. У нас лидеры по вредным и опасным условиям труда, и там, соответственно, где вредные и опасные факторы, наиболее ярко, не ярко, а чаще представлены и чаще оказывают воздействие, это такие отрасли, как обрабатывающая промышленность, добывающая промышленность, это в целом по отраслям. То, о чём говорите вы, элементы мотивации, да, конечно, они есть, и, в принципе, те механизмы, которые сейчас есть, дают определённые результаты, это и скидки, и надбавки к тарифам на социальное страхование, это и дополнительный тариф на пенсионное страхование. В зависимости от тех условий, в которых заняты работники, работодатель либо платит дополнительные тарифы, повышенные дифференцированные, либо не платит этот дополнительный тариф. То есть если у него оптимальные и допустимые условия труда для его работников, значит, дополнительный тариф – ноль процентов. Если класс условий труда вредный или опасный, то в зависимости от подкласса от двух до восьми процентов дополнительный тариф уплачивается должен работодателем.

Что касается ФСС, это скидки к тарифам, скидки и надбавки в диапазоне от –40 до +40 процентов к тарифу. Я всё-таки хотел бы о том, о чём вы говорите, – о законодательном регулировании и о той работе, которая проделана Минтрудом в последний год с участием объединений и работодателей, и профсоюзов. На основе тех данных, о которых я говорил, и тех тенденций, на которые мы обратили внимание, мы подготовили проект федерального закона «О внесении изменений в Трудовой кодекс

Российской Федерации». И главная цель этого законопроекта – это как раз то, о чём я говорил, это повышение эффективности профилактики производственного травматизма, профессиональной заболеваемости, повышение информированности работников. И, конечно, мы попытались предусмотреть определённые механизмы мотивации как для работодателей, так и для работников. Для работодателей, я уже сказал, есть и действующие механизмы, но в рамках работы над этим законопроектом мы думали, как стимулировать работодателей перейти на новую систему управления профессиональными рисками. Они и сейчас это должны делать, но сейчас нет методологии, и поэтому законопроект, с одной стороны, впервые вводит принцип предупреждения и профилактики в Трудовой кодекс, с другой стороны, предоставляет Минтруду полномочия по определению методологии для проведения этой работы и определяет роль работника в обеспечении безопасных условий труда. В большей степени это, конечно, его общие обязанности по соблюдению требований по охране труда, но самое главное, что мы делаем – это... Не самое главное, я прошу прощения, а одно из направлений, как я и говорил, – это расширение прав работников на информацию о тех условиях труда, на которых он занят. Когда человек знает, какие риски и какие угрозы присущи его рабочему месту, естественно, он начинает задумываться о том, как себя обезопасить от воздействия тех или иных производственных факторов.

И одна из серьёзных мотивирующих для работников новаций, которая нами предложена в этом законопроекте, я хочу сказать, что мы его внесли в правительство в ноябре этого года, он сейчас находится на рассмотрении, там ряд разногласий мы пытаемся урегулировать. Но одна из основных...

Председательствующий. А эта поправка в какой закон?

Сакаев А. Ш. В Трудовой кодекс, то, о чём вы говорили.

Смотрите, сейчас за непредоставление средств индивидуальной защиты, если средство индивидуальной защиты не предоставлено работнику, работник вправе отказаться от выполнения работы, и вот этот простой оплачивается работодателем в размере 2/3 от среднего заработка работника.

Что мы предлагаем в качестве элемента мотивации для работника и мотивации, в том числе для работодателя? То есть мотивация с двух сторон. Мы предлагаем повысить этот размер до среднего с тем, чтобы работник, не получая СИЗ, не боялся, что у него будет сокращение заработка или дохода, а работодатель, соответственно, понимает, что непредоставление средств индивидуальной защиты повлечёт для него, с одной стороны, простой на производстве, а с другой стороны, полную оплату труда работника. Это вот элемент такой экономической или денежной стимуляции, который, на наш взгляд, позволит обеспечить в полной мере обязанность работодателя по защите здоровья работников, занятых во вредных и опасных условиях труда.

Что ещё мы предлагаем сделать? Это, скорее, профилактическая мера, это учёт микроповреждений или микротравм так называемых, которые получают работники в процессе осуществления трудовой деятельности. Сейчас в таких передовых компаниях, в крупных, на крупных предприятиях, мы знаем, что есть ряд работодателей, которые систему учёта и рассмотрение причин получения таких микротравм ввели. Не буду называть наименования компаний.

Председательствующий. Вы уже время, в общем-то, исчерпали своё.

Сакаев А. Ш. Я прошу прощения.

Председательствующий. Спасибо, я уже понял ваши направления, что, в общем, действуют.

Сакаев А. Ш. Мы направляли информацию об этом законопроекте.

Председательствующий. Есть, да? Хорошо.

Я теперь хотел бы слово предоставить Натарову Сергею Васильевичу, первому заместителю председателя Комитета по охране здоровья. Пожалуйста, Сергей Васильевич.

Натаров С. В. Коллеги, я в нескольких тезисах хотел сказать, вот то, что мы сегодня обсуждаем, и некоторые предложения и свои мысли в законопроект, который, по личному моему мнению, считаю, что сделает все возможное, поправит ситуацию в неких тех мотивациях, о которых мы сегодня говорили.

Вы знаете, сегодня мы обсуждаем, вот «круглый стол» проходит, в каком информационном поле? Сегодня социальные сети обсуждают, что мы сегодня обсуждаем законопроект об ответственности граждан с радикальными мерами.

Социальные сети – это некое сегодня, ну вот можно как температуру померить. Поэтому можно однозначно сказать, что граждане, по крайней мере, такое молодое население, будет категорически против каких-либо радикальных мер по отношению к ним, для того чтобы стимулировать их на здоровый образ жизни.

Поэтому мы должны смотреть немножко в другом направлении. Много очень услышали здесь предложений и в трудовое законодательство, и вот опыт Москвы, конечно же. Нам никогда не подойдёт опыт Кореи, потому что мы совершенно другие люди, у нас население другое, менталитет другой.

Я вот просто на своём опыте. Вот несколько лет назад у нас прошла хорошая, активная кампания по всем практически средствам массовой информации на мотивацию людей бросить курить. У многих из нас всех и у молодёжи есть свои кумиры. И те кумиры появлялись на центральных каналах и говорили о хороших вещах.

Вот несколько моментов, которые мне позволили, человеку более 10 лет курившему, бросить курить. Поэтому я считаю, что те предложения, которые делает Москва, вот Центр профилактики, они достаточно правильные.

Сегодня необходима массированная рекламная кампания в средствах массовой информации для того, чтобы люди узнали, по всем направлениям, по всем зоологиям, где, чего, что может их ожидать, в том числе и молодёжь. Есть кумиры, социальные сети, вот что нужно включать.

Дальше я хотел бы несколько слов сказать о тех предложениях, которые, на мой взгляд, каким-то образом могли бы поправить ситуацию.

Здесь несколько законопроектов, в которые можно внести поправки, в том числе и в Административный кодекс, и в закон «О рекламе». Необходимо на законодательном уровне ужесточить меры наказания для СМИ, пропагандирующих порочный образ жизни. Это внутреннее убеждение практически всех.

Сегодня очень много рекламы идёт на некачественное питание. Очень много идёт рекламы на лекарства. Это даёт людям основание заниматься самолечением. Очень много информации идёт о некачественных лекарствах. Поэтому в этой части в закон об административной ответственности, в закон «О СМИ» мы могли бы внести предложения, в том числе включая те предложения, которые проходили, которые могли бы повлиять на мотивацию людей к здоровому образу жизни.

Спасибо.

Председательствующий. Совершенно правильно, об этом речь и идёт, в какие законы вносить, в том числе, вы правильно говорите, я всегда об этом говорю, что у нас телевидение как раз формирует нездоровый образ жизни. Эти постоянно показы «папа может», там шоколад, там сникерсы и все остальное, «Пенси-Кола», там сахара огромное количество и все остальное. Поэтому мы ведём речь о том, в какие законы внести определённые поправки.

Теперь вот к медицинскому страхованию вопрос. Смотрите, можно или нет, допустим, ввести дифференцированный тариф. Вот сейчас, допустим, сколько работодатель платит, 5,2? 5,1, да, это, как и все.

Вот я спрашиваю, допустим, если высокая заболеваемость на этом предприятии связана как раз с нерадивостью предприятия или отрасли, можно или нет вводить дифференцированные страховые тарифы, чтобы, допустим, не 5,1 платили, а платили повышенный тариф, потому что государство тратит деньги на их лечение?

И второй вопрос. В ряде европейских стран страховые компании используют метод кнута и пряника для заболевших. Те, кто ведут здоровый образ жизни, тому лечение дешевле, в смысле преференции по оплате лечения. Тем, кто, например, злостно курит, медики решают вопрос, что толку, допустим, ставить стент, если человек продолжает курить. Ему сначала делают предложение бросить курить, а потом ставить этот стент. Нет, но это правильно, в принципе. Потому что системные заболевания, это только в одной артерии, одно только это сделать и всё.

Поэтому у вас есть предложения, у частных страховых компаний, каким-то образом проводить эту мотивацию?

Сучкова Т. В. Николай Фёдорович, спасибо за вопросы. Они такой достаточно системный характер носят.

Если позволите, я бы хотела начать со второго. Дело всё в том, что если мы говорим о какой-то градации либо ранжировании населения: одни хорошо заботятся о своём здоровье, значит, у них будет больше преференций, другие всю жизнь пьют, курят, страдают ожирением, значит, у них меньше возможностей получения медицинской помощи, он должен что-то там доплачивать, – я думаю, что присоединюсь к мнению коллег, что мы, общество, к этому, наверное, сейчас пока не готовы, это раз.

А второе – у нас нарушается конституционное право наших граждан, в котором предусмотрены равные возможности получения бесплатной медицинской помощи. Но что такое бесплатная медицинская помощь? Мы все с вами понимаем, это в рамках базовой программы ОSM. На сегодняшний день базовая программа покрывает 90 процентов программы госгарантий.

И таким образом, вводить какие-либо дифференцированные тарифы, наверное, будет с нашей точки зрения не совсем корректно.

Председательствующий. Так это же не касается граждан. Это касается предприятий. Они же платят повышенный тариф.

Сучкова Т. В. Вот смотрите, у нас как бы равное партнёрство, социальное партнёрство – это работодатели, профсоюзы, и профсоюзы за работников, работодатели за работодателей, правительственная сторона как бы тоже один из координаторов на трехсторонней комиссии этих сторон.

Значит, нужно выравнять баланс. Поэтому сейчас у нас законодательно установлен 5,1 процента, платят все. Чем больше сумма, тем, естественно, сумма отчислений также больше. Социальные принципы, на которых построена система обязательного медицинского страхования – это получение медицинской помощи и оплата в зависимости от наступления страхового случая.

Если мы сейчас начнём вводить дифференцированно для какого-то одного предприятия, то где та основа, та фактура, почему именно они должны платить больше?

Председательствующий. Потому что у них выше заболеваемость.

Сучкова Т. В. Это нужно доказать. Он сегодня работает на этом предприятии, допустим, а завтра он работает на другом. Каким образом мы будем устанавливать ему тариф? Это очень...

Председательствующий. Нет. Там они длительно работают, годами. Определённые предприятия, отрасли и так далее.

Сучкова Т. В. Сейчас очень большая миграция. У нас сейчас люди могут жить в Москве, а работать в Московской области или в Ивановской. То есть это практически, на наш взгляд, будет невозможно.

Если позволите, я бы хотела сейчас прямо кратко, потому что знаю, что времени мало, сказать о том, что мы уже сделали в рамках развития того института страховых представителей, о котором сегодня было сказано.

Соглашусь с Сергеем Васильевичем по поводу социальной рекламы. Да, сейчас задача, чтобы общество повернулось и посмотрело на себя. Мы многое делаем, для того чтобы их замотивировать прийти на диспансеризацию. У нас сейчас повышается процент тех граждан, которые проинформированы и прошли диспансеризацию. Вот по итогам 10 месяцев уже порядка 61 процента прошли диспансеризацию, это хороший результат. У нас в том году были не такие высокие позиции в этой части. Что мы делаем? Мы изменяем формат информирования, то есть это индивидуальное информирование. Приходят целыми семьями на диспансеризацию.

Вопрос доступности. Сейчас коллега тоже говорил по поводу частных, платных и так далее. Почему? Потому что у нас нет ограничения для медицинских организаций с любой формой собственности. Поэтому у нас и частники могут работать в ОМС, и государственные на равных правах. И это правильно, наверное. Это для конкуренции и для возможности выбора у наших пациентов.

И то, что сейчас делают страховые представители всех этих трёх уровней... Этот институт очень молодой, но они уже сделали многое в части заинтересованности самих граждан в профилактических мероприятиях. И здесь, конечно, нам нужна помощь, я так думаю, в части того, чтобы были какие-то более низкие тарифы на социальную рекламу. Потому что выдержать конкуренцию с этими роликами на коммерческих расценках невозможно. Вот, наверное, мы это хотели попросить.

Председательствующий. Понятно. Ну, про социальную рекламу мы тоже уже в проекте отметили, что необходимо менять.

У меня только один вопрос. Вот раньше всю жизнь оценивали работу терапевтической службы именно по диспансеризации. Этим занимались терапевты, и занимались медсёстры, приглашали. Когда перевели на страховых представителей, я не совсем понимаю это дело. И как их оценивать?

Сучкова Т. В. Если позволите, я сейчас отвечу.

Председательствующий. Ладно, позже...

У нас есть Институт медицины труда. Здесь присутствует заместитель Кузьмина Людмила Павловна?

Кузьмина Л. П. Да.

Председательствующий. Вы же работали над этим очень серьёзно. И какие у вас научные предложения?

Кузьмина Л. П. Глубокоуважаемые коллеги! Уважаемый Николай Фёдорович!

Что мы хотим сказать? Мы работаем с работниками, которые работают во вредных и опасных условиях труда, которые в рамках 302-го приказа Минздравсоцразвития России проходят обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры. И, понимаете, в рамках этого регламента, там есть список противопоказаний общих и частных при работе во вредных условиях труда. И, в общем-то, для работников это является мотивацией – быть здоровыми, потому что когда они проходят периодический медицинский осмотр, и они знают, что если по каким-то общим или частным противопоказаниям будут профнепригодны, то они потеряют работу, и это как бы является мотивацией.

И второй момент, который сейчас мы тоже увидели, успешный такой момент – это предсменные осмотры, предсменные и предрейсовые осмотры, которые являются автоматизированными. Если убирается человеческий фактор, если используется автоматизированная информационная система, то работник знает, что он не попросит фельдшера или врача, который напишет ему нормальное артериальное давление, а все это будет выглядеть совершенно независимо. И многие крупные корпорации показывают большие успехи в снижении артериального давления. Потому что разной степени бывают, и люди тоже боятся потерять работу, и тоже, в общем-то, принимаются меры, создаются группы риска, они понимают, что они будут не допущены и так далее.

И, конечно, мы знаем примеры таких тоже больших корпораций работодателей, например, СУЭК, которые неоднократно докладывают свои программы, которые внедрили программу по питанию. И в рамках большой корпорации не так много вложений было сделано. Это тоже хорошая мотивация, потому что, вы знаете, как показывают исследования и также утверждает Всемирная организация здравоохранения, что в организованных популяциях очень хорошо проводить вот эти профилактические мероприятия, возбуждать мотивацию, и даже лучше, чем на индивидуальном уровне.

И вот, если говорить, допустим, про рекламу социальную, мы, когда работаем с работодателями, мы тоже говорим и обсуждаем эти моменты, что в рамках большого производства у всех есть средства печати какие-то, СМИ, где описывают постоянно, постоянно капают, капают, очень доступным языком рассказывают про нозологические формы, про заболевания на понятном языке, какие могут возникнуть и профессиональные, и общей патологии, и что нужно делать. И радио есть, которое постоянно вот этой рекламой капает, капает на человека, это и лечебно-профилактическое питание, и ещё что-то. И это имеет тоже очень большое значение.

И, конечно, я совершенно согласна, вот Оксана Михайловна уже зачитала, что нужно налоговые скидки делать для того, чтобы работодатели разрабатывали, внедряли у себя эти корпоративные программы, потому что они имеют очень большое значение, потому что работающих практически 70 миллионов человек, это очень большая численность. И это успешно проходит на предприятиях.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо.

Кузьмина Л. П. Мы тоже дали свои предложения.

Председательствующий. Хорошо.

Дальше по науке пройдемся. Ефремов Дмитрий Викторович, ведущий сотрудник отдела изучения образа жизни и охраны здоровья Института имени Н. А. Семашко.

Пожалуйста.

Ефремов Д. В. Спасибо большое, Николай Фёдорович.

Поскольку я являюсь ещё координатором рабочей группы РСПП, я предложения РСПП тоже озвучу в этом плане.

Когда этот вопрос поднялся, ещё в конце прошлого года, мы провели достаточно большое исследование, целью которого было узнать, что делают наши работодатели в плане охраны здоровья, что они могут делать, как они это делают и что нужно для того, чтобы этот процесс простимулировать со стороны государства.

Посмотрев на опыт наших ведущих компаний, мы увидели, что основные блоки, которые как бы направления здоровья, выходят далеко за рамки здорового образа жизни, который является одним из таких важных, надстроечным таким механизмом, который основан на более глубоких подходах.

В основе всего лежит, конечно, механизм оценки рисков, о которых сегодня уже говорилось. Оценка здоровья – очень важный компонент, потому что на основании исследования здоровья, изучения компании формируют группу риска, уже по которым реализуются целенаправленно профилактические программы, что позволяет достигать достаточно позитивных результатов в короткие сроки.

Далее. Оказание первой и экстренной помощи. Этот компонент крайне важен, особенно для тех компаний, которые работают на удалённых территориях, и позволяет не просто сохранить здоровье, а сохранить во многом жизнь работников при острых ситуациях.

Далее. Это санитарно-противоэпидемические мероприятия, к которым относится в основном наиболее часто встречающаяся вакцинация, на втором месте – контроль качества пищевого питания и воды, и здоровый образ жизни как уже такая осознанная управленческая функция, которую реализуют компании.

Следующий вопрос: как это делается? Компании, большие компании делают это на основании корпоративных стандартов по управлению здоровьем, куда все эти элементы входят с соответствующими показателями оценки этой эффективности.

Мы предложили на основании нескольких экспертных сессий подготовить национальный стандарт, который называется «Система управления охраной здоровья, организация медицинской помощи, профилактика и укрепление здоровья работников». Об этом мы много говорили и с Министерством здравоохранения, и с Министерством труда. Инициатива эта поддержана, и уже в этом году данный стандарт внесён Росстандартом в перечень национальных стандартов на следующий год. То есть, какая цель? Формализовать требования к организациям медицинской помощи на предприятиях, куда войдут все эти ключевые направления. На основании этих требований будут сформулированы требования к квалификации тех специалистов, которые будут отвечать за здоровье на производстве, потому что без квалифицированных специалистов управлять здоровьем, достигать больших результатов будет сложно. Да, безусловно, формирование здорового образа жизни – очень важный компонент. Но поскольку, чтобы изменить поведение человека, требуется достаточно много времени, а изменение демографических показателей сокращения смертности и заболеваний нужно уже сегодня, то, на наш взгляд, вот именно такой подход, когда мобилизуются все имеющиеся ресурсы работодателей, может дать очень хороший результат.

Что касается стимулирования, мы направляли также свои предложения в правительство и в ФОИВы, и сюда тоже направили. Первое – это все затраты, которые несёт работодатель по организации медицинской помощи, нужно, чтобы они были отнесены на себестоимость, то есть платились хотя бы не из прибыли, а из себестоимости.

Дальше. Николай Васильевич очень здорово сказал, что нужна позитивная мотивация, и на работодателей она тоже должна распространяться. Давайте сначала не повышать тариф на ОМС для тех,

у кого серьёзное заболевание, а понизить для тех, кто делает правильные шаги, это приведёт, на мой взгляд, к большим результатам.

Компании вкладываются в профилактику. Это, в общем-то, снижает нагрузку на бюджет. Да, потом также можно рассматривать вопросы изменения, как сказать, как он называется, в рамках надзорной деятельности, понижение степени риска, что, соответственно, ведёт к урежению проверяемости вот этих объектов. Это тоже очень важный момент для предприятий. Фонд социального страхования может повысить процент возврата денежных средств для тех предприятий, которые, в общем-то, системно занимаются здоровьем. И что также крайне важно, здесь, в предложениях, это есть – введение системы лекарственного страхования. Потому что, сколько бы работодатель ни вкладывался в выявление заболеваний и факторов риска, человек идёт потом в аптеку, и если по цене лекарство недоступно, то это, конечно, снижает эффективность этих положений.

То, что мы с Минздравом уже проговорили, и что планируется, очень важный, на мой взгляд, системный момент, это в 302-м приказе. Во-первых, будет проведена оценка сердечно-сосудистого риска. Дополню, что будет выявлять основные наши заболевания. И, самое главное, в заключительном акте будет разбивка по группам здоровья, то есть работодатель будет получать информацию, каково состояние здоровья у его коллектива. Поскольку персонафицированная передача данных запрещена, то хотя бы в обобщённом виде. А вообще, может быть, подумать, если мы говорим о законодательстве, вывести из-под медицинской защиты какие-то данные, относящиеся больше к факторам риска, которые можно передавать. Например, работодателю, чтобы он уже формировал группы, на которые воздействовали конкретные мероприятия. Потому что у нас запрещено сейчас все передавать. И вот это было бы тоже таким очень хорошим методом.

Председательствующий. Спасибо. Коллеги, мы – Комитет Государственной Думы по охране здоровья, являемся законодательным органом, я вас всё время призываю говорить о законодательстве. Потому что есть исполнительная власть, и Минтруд, и Минздрав, и другие, которые должны диспансеризацией заниматься и всем остальным. Поэтому предложения по законодательству уже так вырисовываются некоторые, да? Я прошу, чтобы выступающие, кто ещё тут желает выступить, говорили как раз о законодательстве, что нужно сделать. Я уже обещал Анатолию Ильичу слово, и переходим в более короткий режим, до двух минут. ...

Петров А. И. Спасибо, Николай Фёдорович. Спасибо, коллеги.

Перед нами президент поставил достаточно амбициозную задачу, непростую – войти в клуб 80+ в достаточно сжатые сроки. Дорога к этой цели достаточно непростая, сложная, тернистая. И мы здесь все сегодня говорим, что уже начиная с периода, когда человек становится взрослым, работодатель должен выстроить свои отношения с работником, с какими-то там предпочтениями в ту или другую сторону. Да, это дорога с двусторонним движением, никто не спорит. Но мы должны с вами воспитывать культуру быть здоровым, а это начинается с детского возраста, с рождения, если мы не забыли. И сегодня государство для нас уже сделало первый шаг. Если мы раньше детей посылали в детский сад с трехлетнего возраста, то сегодня они уже с полутора лет у нас будут организованы. И кто здесь постарше, вы все прекрасно помните, что физкультура всегда была культом в школе, были занятия физкультурой, а были занятия ещё посередине школьных занятий, когда лёгкую гимнастику делали. Это не просто так, чтобы было кому-то интересно, цель была одна – сделать ребёнка не больным по выходу, по окончании школы, а сохранить ему здоровье. Что мы имеем с вами к концу обучения в школе? Минздрав, я думаю, скажет: высокий процент заболеваемости школьников. Задумайтесь, товарищи, что у нас получает работодатель на выходе.

Я подвожу к тому, что основная скрипка, основная роль в поддержании, в привитии здорового образа жизни, чтобы потом говорить о здоровье нации, лежит на Минздраве, Министерстве образования. С одной стороны, это фактура, с другой стороны, методология образовательная. Как донести до ребёнка, учитывая его возрастные психоэмоциональные возможности? И не только ребёнку, но и родителям привить. Мы должны к этому возрасту, когда человек становится взрослым и приходит на производство, привить ему культуру. Я не хочу сказать, что мы все, как китайцы, должны выйти на площадь и заниматься ушу. Но зарядку дома или где-то ещё должен делать каждый. У нас не было в наше время столько площадок для занятий хоккеем и футболом, но все бегали, потому что у нас были идеалы другие: у нас был Пеле, был Марадона, Мальцев и многие, многие другие. Сегодня коллега хорошо привёл этот пример. И нам со своими рекламами со СМИ надо добиваться того же. Слава богу, что ушло пиво и прочее, прочее, но нам также нужно методично убрать и лекарственные препараты, потому что от них один только вред.

Ребёнок растёт, уходит из детского сада, приходит в школу, там уже другой подход, там уже начинают понимать и уходить, и приобретать вредные привычки. Здесь нам тоже методично нужно их убирать. Наша задача – привести его на производство, чтобы не возникало, как со слов Северского, конфликтной ситуации, быть мне здоровым или не быть здоровым. Это должно как с молоком матери войти: я не имею права быть больным – вот что у него должно быть в голове. Я должен быть здоровым – это идеал, к чему мы должны стремиться. А потом уже все предпочтения. Но это я говорю,

идеологом должен быть Минздрав с Министерством образования, но у него в союзниках должны быть все министерства. Потому что от здравоохранения зависит, как помните, всего лишь 15 процентов, это максимум, а то и 10, а остальное – это образ жизни, экология.

Вчера в Подмоскowie, под брюшиной столицы, накрыли некую контору, которая делала масло бог знает из чего. Понимаете? В красивой упаковке, это они уже десятки тонн готовили отправить в сеть. А здесь должны нам помогать и МВД, и Роспотребнадзор, и Минтруд, и Минэкономразвития, потому что они должны рассчитать те самые предпочтения, о которых мы говорим, и по налогам, и по всем остальным делам. Это комплексная программа, дорогие мои, комплексная. Но ещё раз говорю, идеологом должен быть Минздрав. Вот об этом мы должны сегодня говорить. И здесь инициативы должны быть совершенно чёткие, мы должны себе сказать, что в данной ситуации мы очень много не дорабатываем. И если мы не начнём это делать с детсадовского возраста, мы с вами ничего не добьёмся. Это всё равно, что выпустить машину, не поставив на неё колёса, и ждать, что она поедет. Так же и мы.

Они приходят на работу, и мы говорим, начинаем убеждать, что они должны быть здоровыми – да ничего не получится. Время упущено. Мы это время с вами должны не упустить. Это я вам говорю как врач-педиатр.

Спасибо.

Председательствующий. Спасибо.

Слово предоставляется Цывовой Валентине Викторовне, заместителю председателя Комиссии по охране здоровья и развития здравоохранения Общественной палаты. Пожалуйста. И кто желает ещё выступить, поднимите руки.

Цывова В. В. Уважаемые коллеги, я попросила слово и хочу сказать не как член Общественной палаты Российской Федерации, а как главный врач, который работает в регионе на промышленном предприятии. И всё, что вы сегодня говорили, правильно и здорово.

Я 17 лет работаю главным врачом, и именно в медсанчасти группы «Газ» пыталась построить систему такую, которая была бы полезна работникам промышленного предприятия.

Во-первых, что я хотела сказать вам? Вот мы говорим о профосмотрах по 302-му приказу. Осмотры в обычных государственных лечебных учреждениях проводят врачи, те, которые ведут обычный амбулаторный приём, и врачи общей практики.

Я считаю, что это в корне неверно. Вот я разделила в настоящий момент службы, омэсовская система – это омэсовская система. Они ведут амбулаторный приём. А вот по 32-му приказу у меня работает отдельное отделение профосмотров, в котором врачи всех специальностей обучены в Институте профпатологии именно для того, чтобы мы выявляли заболевания на ранней стадии.

Но с чем столкнулись? Мы обязаны что делать? Выявить профзаболевание. А когда его выявляешь, подключаются СМИ, и тут же всю информацию выдают о промпредприятии в СМИ, выкладывают в Интернет и говорят, что вот на таком-то предприятии выявлено столько осмотров. Да, выявлено. Мы для того и работаем, чтобы их выявлять и бороться с ними.

У нас, как ни у кого на промпредприятии, есть даже физиопродилатории, которые лечат профвредников, которые есть. Вы понимаете, я считаю, как главный врач, что это правильно, нужно разделить, во-первых, все системы. Нельзя нам все в одну кучу сваливать – и профосмотры, и диспансеризацию.

И с чем столкнулись на диспансеризации? Перейду к этой части, по ОМС. У меня прикреплена 31 тысяча населения. Вот в этом году подлежат диспансеризации шесть тысяч человек, а осмотрели на конец года 5 тысяч 800 человек, которые начали диспансеризацию, и 400 из них пропали. Начинаю выяснять, почему пропали люди, почему не продолжали диспансеризацию. Что говорят? Вот такая диспансеризация, которая есть в настоящий момент, которую определил кто-то в Минздраве, никому не нужна. Скандалы с пациентами в чем? Приходят на УЗИ, почему вот в этом возрасте, кто определил, что нужно сделать только УЗИ брюшной полости, почек, в другом возрасте только печени. Там все по возрастам распределено.

Вы понимаете, больные нас не понимают и не хотят этого понимать. Они хотят прийти, сделать УЗИ органов брюшной полости, органов малого таза. Поэтому, по сути дела, это просто абсурд какой-то.

А посмотрите, что с анализами крови, которые именно в этом году, во время диспансеризации. Этого тоже совершенно недостаточно для диспансеризации. А мы говорим, мы будем в СМИ об этом говорить, мы где-то будем говорить. Чтобы мы с вами ни говорили, но ведь народ-то у нас сознательный. И они об этом пишут в Интернете. И нам, главным врачам, пишут жалобы. И именно с нас они требуют того, чтобы мы проводили диспансеризацию такую, какую проводили в советские времена. Там за неё никто не платил, но тем не менее больные хронические наблюдались.

А что в настоящий момент? Мы провели диспансеризацию, пришла страховая компания и все деньги сняла. Вот вам, пожалуйста, и мотивация для врачей общей практики, участковых врачей, терапевтов.

Здесь ситуация совершенно неоднозначная. И заставить людей проходить диспансеризацию, в которой они не видят никакого смысла, и многие врачи не видят в ней такого смысла, это неправильно и неграмотно.

Её нужно сделать такой, какой она была в советские времена. Это то, что касается диспансеризации, то, что касается здорового образа жизни. Как мы должны с вами мотивировать работодателей? Наверное, тем, что вы правильно изложили. Налогами. Если у них все прошли диспансеризацию, все грамотно прошли профосмотр, если у них снижается профвредность, профзаболевания, тогда, наверное, и налоги им нужно снижать, и вот тогда у нас с вами будет полное взаимопонимание, потому что то, что сегодня перечисляли... Я вам правду говорю. У меня есть все. У меня есть и мобильные, передвижные комплексы, которые выезжают на производство и проводят прямо на рабочем месте флюорографию. Практически все есть. Тем не менее люди не всегда хотят это делать.

И теперь то, что касается работы нашей комиссии Общественной палаты.

То, что мы говорили по обязательному медицинскому страхованию, мы провели. Я просто рекомендую Государственной Думе, вашей комиссии посмотреть тарифы по подушевому финансированию, по всем 85 регионам. Мы провели эту работу, и вы понимаете, что происходит, что в каждом регионе фонд ОМС отдал нам на откуп в регионы тарифы по ОМС. Они настолько ничтожны в некоторых регионах, они отличаются. Мы позавидовали, например, очень позавидовали Якутии. Там все сделано правильно. Правильно все сделано в Татарстане. В Татарстане в подушевой норматив вошли только три врача, врач общей практики, врач участковый терапевт и врач участковый педиатр. В других регионах все сделали, кто как может, у кого восемь врачей, у кого 15, у кого 21. Коэффициент при подушевом финансировании, которым могут играть страховые компании, у всех разный, и поэтому живём мы в регионах все недостаточно хорошо. Я, когда езжу по районам, я это вижу, с «Лигой здоровья нации» объехала половину нашей страны. По сути, все врачи, все главные врачи – у всех одна головная боль. Это низкие тарифы по ОМС, по подушевому нормативу. Спасибо за внимание.

Председательствующий. Спасибо. Совершенно правильно, я поддерживаю. Мы говорили, что низкий норматив для первичной помощи, собственно говоря, и делает то, что у людей поздно выявляются заболевания, осложнения. Потом это все в сеть высокотехнологичной помощи, а нужно как раз, чтобы был смысл диспансеризации, смысл работы сети – не допускать до этого. Поэтому речь и идёт о первичной помощи и повышении тарифов. Хорошо, спасибо. Кто ещё желает выступить? Да, пожалуйста. Называйтесь только. Я не вижу фамилию.

Юнусов Ф. А. Профессор Юнусов. Комиссия здравоохранения. Госсовет Удмуртии.

Председательствующий. Пожалуйста.

Юнусов Ф. А. В таком формате, как назван «круглый стол», конечно, законодательное обеспечение в настоящее время невозможно. Для этого необходимо, чтобы наши граждане имели достойную зарплату, качественную питьевую воду, продукты, доступность объектов спорта. О состоянии лежащей на боку нашей медицины я умолчу. Последние реформы, которые признаны провалившимися. Вопрос сложный межведомственный. У государства не хватает денег на сохранение здоровья. Это и тарифы, и прочие моменты. А бизнес в своей основной массе в ситуации прессинга со стороны государства, конечно же, не готов заниматься здоровьем самих сотрудников. Здоровье начинается в семье, и роль законодателя в настоящее время, я считаю, недооценивается. Ответственность у человека за своё здоровье формируется именно в семье.

Теперь что касается федерального и регионального законодательства. На мой взгляд, федеральный закон нужен. Нужен рамочный межведомственный закон с учётом положений международной классификации функционирования ограничения жизнедеятельности и здоровья, где отражены составляющие здоровья. Но закон федеральный должен, на мой взгляд, иметь другое название. Например, о мотивации граждан на сохранение и укрепление здоровья. И на базе такого федерального рамочного закона можно было бы подумать о подготовке модельного законопроекта для регионов, чтобы они в своих регионах, мы в своих регионах начали проводить реально политику на сохранение здоровья, пропаганду здоровья, более полноценную диспансеризацию и профилактику заболеваний.

Здесь можно подключить Институт сравнительного правоведения и законодательства при Правительстве Российской Федерации, у них есть опыт в этом вопросе и другие структуры.

И вот в дополнение по коррекции федерального законодательства, я считаю, что надо исправлять грубейшую ошибку, которая произошла, когда были внесены поправки в Федеральный закон № 131-ФЗ «О местном самоуправлении». Надо вернуть полномочия муниципальным районам и городским округам по оказанию первичной медико-санитарной помощи и убрать эти позорные слова «создание условий» для этой медико-санитарной помощи.

И вот, имея полноценное муниципальное здравоохранение, можно было бы подумать, каким образом усилить на законодательном уровне в регионах роль семьи и общественных советов по реализации здорового образа жизни и профилактики.

А происходящая сейчас централизация здравоохранения полностью разрушает наше здоровье.

Спасибо.

Майданникова В. Валерия Майданникова, Национальная ассоциация заслуженных врачей Российской Федерации. Просто Виктор Иванович Егоров, к сожалению, не смог приехать сегодня, он задержался.

Я хотела бы, во-первых, рассказать позицию национальной ассоциации, я вижу здесь много лиц, с которыми мы встречались на консилиуме заслуженных врачей, очень приятно вас всех видеть.

Мы хотели бы поддержать позицию, которую изложил наш коллега, по поводу соцсетей и по поводу закона о СМИ. Потому что на самом деле мы сейчас много говорим здесь о взрослом поколении, но мы опять же забываем про молодёжь, а с молодёжи начинается здоровая нация. И молодёжь сидит в соцсетях, и вы не заставите молодёжь вести здоровый образ жизни. То есть тут надо продумывать систему мотивирующих программ, которые могли бы каким-то образом зацепить молодёжь, и ориентироваться на их лидеров мнений, тех, которые опять живут в социальных сетях, на блогеров.

И наше предложение – выявлять существующие общественные системные программы, направленные именно на молодёжную аудиторию, и осуществлять системную государственную поддержку таких программ для популяризации понятия, формирования понятия «здоровая нация» у нашего молодого поколения.

Буквально два коротких предложения. Знаете, у нас был «круглый стол» на площадке «Народного фронта», в котором принимал участие Валерий Николаевич. И один наш заслуженный врач из Нижнего Новгорода сказал относительно отношения граждан к своему здоровью следующее: человек живёт всю свою жизнь в своё удовольствие, пьёт, курит, ничего не делает, не занимается спортом, а потом он попадает под нож к врачу, и страна тратит огромные деньги на его лечение, делаются дорогостоящие операции на дорогостоящем оборудовании. Поэтому заслуженные врачи считают, что забота о своём здоровье – это гражданский долг каждого россиянина.

И последнее, что я хотела бы сказать по поводу Фонда медицинского страхования. Это сейчас очень большая тема, которой занимается наша национальная ассоциация, у нас создана комиссия, которая занимается этим вопросом. Вопрос очень сложный, вопрос очень непростой. Я хочу поддержать Елену Николаевну, что это невозможно вот так решить «с кондачка»: здесь увеличим, а там уменьшим, – потому что это затронет все сферы жизни россиян. И неизвестно, к чему это приведёт: к лучшему или к худшему.

Поэтому наше предложение – без углублённого изучения ситуации в страховой медицине, в медико-социальном страховании не заниматься популистскими методами и не предлагать снижение или увеличение ставки по ОМС.

Спасибо.

Председательствующий. Ивановна Лилия Георгиевна, пожалуйста, заместитель заведующего кафедрой клинической физиологии и нелекарственных методов терапии.

Иванова Л. Г. Я занимаюсь не только клинической физиологией, но и организацией здравоохранения в институте Семашко, и плюс ко всему много лет работала руководителем ДМС страховых компаний и руководителем сети частных медицинских центров. Поэтому достаточно хорошо понимаю те нюансы, которые существуют у нас в страховании и вообще в обслуживании пациентов.

Наверное, слайды сейчас уже не успеем, поэтому спасибо, не надо.

Основное предложение следующее. Действительно, все очень много и правильно говорили, но, когда мы говорим о здоровье нации и об общественном здоровье людей, мы должны понимать: что бы мы ни говорили про 50 процентов, которые составляют образ жизни, на самом деле там очень много факторов – это социальная ситуация, экономическая ситуация, которая окружает человека, и выше своей планки того, где он живёт и какая у него есть зарплата, он не сможет перепрыгнуть. Поэтому, по большому счёту, то место, где он живёт, в каких условиях он живёт, его бытовые условия, это тоже всё-таки является, скажем так, определяющим фактором его образа жизни. И когда мы говорим о том, чем же может, по большому счёту, управлять человек, когда встаёт вопрос, что он должен быть ответственным за своё здоровье, на самом деле выясняется, что есть очень небольшой кусочек изменений, за которые он реально отвечает.

И, соответственно, предложение следующее: нужно пересматривать роль взаимодействия страховых медицинских организаций и лечебных учреждений и территориальных ФОМСов в принципе. Если мы сможем сделать долгосрочные программы страхования, как за границей, когда это не на один год, а на несколько лет, то возникает возможность долгосрочного планирования, в том числе убыточности. И тогда в первый год страховые компании могут закладывать больше суммы на диспансеризацию, на какие-то профилактические меры, потому что эти меры дают экономический эффект только на второй, третий год работы. Соответственно, пересмотр, в том числе и требований к результатам деятельности страховых компаний и лечебных учреждений, как правильно говорили о том, что сейчас все считают деньги, бухгалтерский такой подход. На самом деле должны быть всё-таки результаты оценены по состоянию здоровья человека.

Может стать достаточно перспективным шагом включение страховых территориальных фондов в систему информирования руководства области и консолидация информации о том, что же, какие территориальные факторы риски выявлены глобально. В этой ситуации можно будет дальнейшую, следующую страховую программу, те самые, которые выше базовой, уже рассчитывать и делать с учётом

тех самых территориальных факторов, которые как раз, как правильно говорили, серьёзно отличают один регион от другого.

Председательствующий. Вы ближе к предложениям.

Пожалуйста, какие предложения?

Иванова Л. Г. Мы говорим о том, чтобы увеличить период страхования на два, три года. Заключение договоров страхования позволит рассчитывать долгосрочные риски, по крайней мере, в ДМС это очень чётко даёт эффект. И все корпоративные страховые компании, которые работают с предприятиями, всегда просят увеличения страхового периода.

Соответственно, если мы сможем ввести в обязательное медицинское страхование, как в добровольном медицинском страховании, беспспорный блок, то есть ту самую обязательную часть, которая есть, и с ней нет никаких вопросов. И, может быть, та часть, которая есть в добровольном медицинском страховании, которая оказывается по согласованию со страховой компанией. Вот тот самый институт страховых представителей, который есть, он мог бы как раз помогать в индивидуальных случаях решать вопрос об увеличении объёма той или иной медицинской помощи для конкретного пациента по необходимости и расширять перечень доступных медицинских услуг.

Председательствующий. Спасибо. Ну, что, уважаемые коллеги, будем завершать?

Саверский А. В. Я просто не очень хорошо начал, может быть, закончу лучше.

Значит, я на самом деле по общему настроению, просто обращаю ваше внимание, что термин «ответственный за своё здоровье» всё-таки не очень удачный, на мотивацию лучше поменять. Будет просто лучше восприниматься всем обществом. Это всё равно ответственность, просто сразу такое ощущение, что в тюрьму посадят сейчас.

Николай Фёдорович, предложение такое у нас, поскольку ответственность лежит на регионах здравоохранения, надо предусмотреть, прежде всего, стимулирование, мотивацию для регионов, у которых идёт улучшение динамики состояния здоровья и смертности.

Председательствующий. Регионы по-разному относятся, и отрасли по-разному, и предприятия.

Саверский А. В. И ещё одну вещь скажу, просто не могу, поскольку про детей много говорили. Значит, не резонирует это почему-то. У нас СанПиН школьный позволяет детям учиться 48 часов в неделю. А по ТК люди взрослые имеют право работать 40 часов.

Когда мы говорим о том, что нужен здоровый образ жизни, пока вот такие вещи сохраняются, это несоизмеримые просто вещи, вы понимаете, пока не решим проблему с СанПиНом, всё остальное обсуждать просто бессмысленно.

Председательствующий. Но это в Рособрнадзоре, Росздравнадзор может тоже заняться, Роспотребнадзор.

Уважаемые коллеги, мы сегодня провели, так сказать, первый этап мозговой атаки, будем продолжать.

Есть два варианта. Как говорится, человек пытался поднять паровоз, ну и что, что не поднял. Нельзя сейчас решить все проблемы заново во всех здравоохранениях, муниципальном, допустим, и так далее. Мы взяли очень важную тему, именно законодательные аспекты мотивации и граждан, и работодателей к ведению здорового образа жизни для снижения заболеваемости. Очень конкретная цель.

Так же, как, допустим, конкретно мы брали тогда цель – диспансеризацию проводить законом о КЗоТе для работающего населения, их просто не отпускали. И приняли закон, теперь можно уже думать, что если не хватит одного, будет два дня, так и здесь. Я считаю, что плодотворно поговорили, все предложения, которые сформулированы, передайте.

На этом мы работу не заканчиваем, почему мы и проводим именно «круглый стол», а не парламентские слушания, то есть мы тогда будем работать вместе с Министерством здравоохранения, с Фондом обязательного медицинского страхования, с Минтрудом, с налоговой, ФНС и другими, каким образом это всё можно регулировать. Потому что проблема очень тяжёлая. Цели поставлены очень амбициозные, но, если мы не снизим заболеваемость и не улучшим ситуацию с оказанием медицинской помощи, прежде всего, первичной, то мы можем этих целей поставленных просто не достичь. Поэтому нам и нужно вместе всем поработать именно над этим. Это серьёзная проблема, серьёзная мотивация. Я думаю, нам нужно будет создать рабочую группу в этом направлении. Сергей Станиславович Коршиков вёл, подайте в Комитет по охране здоровья, чтобы мы вместе собирались, обрабатывали предложения и думали, каким образом всё это ввести уже на законодательный уровень.

Спасибо всем.

Стенограммы
«круглых столов» и парламентских слушаний,
проведенных Комитетом Государственной Думы
по охране здоровья в 2018 году

Электронное издание

ООО «Новосибирский издательский дом»
630048, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 104

Редактор В. В. Нарбут
Корректор Т. Д. Романосова
Компьютерная верстка Л. А. Дерр

Подписано к выпуску 25.07.2019
Формат 60x90/8. Печ. л. 60,0.