

ФЕДЕРАЛЬНОЕ СОБРАНИЕ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ДУМА

**Стенограммы  
парламентских слушаний и «круглых столов»,  
проведённых Комитетом Государственной Думы  
по охране здоровья в 2019 году**



Издание Государственной Думы  
2020

ФЕДЕРАЛЬНОЕ СОБРАНИЕ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ДУМА

Стенограммы  
парламентских слушаний и «круглых столов»,  
проведённых Комитетом Государственной Думы  
по охране здоровья в 2019 году

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 парламентских слушаний и «круглых столов», проведённых Комитетом Государственной Думы по охране здоровья в 2019 году.** – М.: Издание Государственной Думы (электронное), 2020. – 480 с.

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

© Аппарат Государственной Думы, 2020

## СОДЕРЖАНИЕ

Парламентские слушания на тему «Законодательное обеспечение паллиативной помощи в Российской Федерации». 11 февраля 2019 года . . . . .	4
«Круглый стол» на тему «Медицина и право. Врач и пациент». 18 февраля 2019 года . . . . .	54
«Круглый стол» на тему «Медицинская помощь в образовательных организациях» (мероприятие организовано на базе Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей). 12 марта 2019 года . . . . .	102
«Круглый стол» на тему «Единый цифровой контур в здравоохранении – проблемы нормативного регулирования, парламентский контроль». 1 апреля 2019 года . . . . .	150
«Круглый стол» на тему «Отказ от вакцинации – серьезная угроза XXI века. Как избежать эпидемии?». 11 апреля 2019 года . . . . .	195
«Круглый стол» на тему «Лечение хронического болевого синдрома в Российской Федерации: состояние и перспективы развития. Законодательные аспекты». 21 июня 2019 года . . . . .	239
«Круглый стол» на тему «Хирургия – зона профессионального и юридического риска». 20 сентября 2019 года . . . . .	278
«Круглый стол» на тему «Реализация национального проекта «Здравоохранение» в субъектах Арктической зоны Российской Федерации» (г. Якутск). 27 сентября 2019 года . . . . .	330
«Круглый стол» на тему «Совершенствование организации медицинской помощи лицам, страдающим сахарным диабетом». 7 октября 2019 года . . . . .	353
Парламентские слушания на тему «О внедрении федеральной государственной информационной системы мониторинга движения лекарственных препаратов для медицинского применения». 15 октября 2019 года . . . . .	396
«Круглый стол» на тему «Психическое здоровье детей. Проблемы и пути решения». 9 декабря 2019 года . . . . .	429

**СТЕНОГРАММА**  
**парламентских слушаний Комитета Государственной Думы**  
**по охране здоровья на тему «Законодательное обеспечение**  
**паллиативной помощи в Российской Федерации»**

*Здание Государственной Думы. Большой зал.*  
*11 февраля 2019 года. 11 часов.*

**Председательствует Председатель Государственной Думы**  
**Федерального Собрания Российской Федерации В. В. Володин**

**Председательствующий.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Спасибо за то, что приехали. Многие, насколько мы знаем, приехали из регионов. Спасибо тем, кто выбрал для себя сегодняшний день именно здесь, в Государственной Думе, для того чтобы принять участие в больших парламентских слушаниях вопроса очень важного – вопроса развития паллиативной помощи. И надеюсь, что мы с вами плодотворно поработаем.

Вы знаете, что в первом чтении 16 января принят законопроект о развитии системы паллиативной медицинской помощи, прошёл Совет по законотворчеству 31 января, прозвучало много предложений по доработке закона. Мы исходим из того, что до второго чтения нам крайне важно будет пообщаться с представителями и экспертного сообщества, выслушать мнение тех, кто работает в системе оказания паллиативной медицинской помощи. Безусловно, выслушать представителей Правительства Российской Федерации, учитывая, что законопроект, который мы сегодня с вами будем обсуждать, внесён Правительством Российской Федерации. Нам правильно обменяться мнениями именно сейчас для того, чтобы за оставшееся время возможно было бы внести изменения в законопроект, концепция которого уже принята, и сделать его лучше, сделать его эффективным.

И в этой связи хотелось бы сделать акцент на ряд вопросов, которые звучали и при обсуждении законопроекта в первом чтении, они звучали и на Совете по законотворчеству. Речь идёт, в первую очередь, об издании нормативной базы. Вы знаете, что законопроект об оказании паллиативной медицинской помощи во многих вопросах является рамочным. И в этой связи, конечно, многое будет зависеть от наших профильных министерств: Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, именно эти министерства будут формировать нормативную базу, подзаконную базу, и нам хотелось бы, чтобы с принятием закона эта нормативная база была уже сформирована.

Надеемся, что присутствующие здесь наши коллеги, министр здравоохранения Российской Федерации – а мы с вами видим Веронику Игоревну Скворцову – и наши коллеги из Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (здесь присутствует министр Максим Анатольевич Топилин) нам об этом расскажут, и тогда у нас будет чёткое понимание, когда будет сформирована нормативная база. Было бы

правильно, чтобы она к третьему чтению уже была. Это, конечно, в идеале. Если мы по этому пути сможем пойти, это будет очень хорошо и ответственно перед теми, о ком пойдёт речь при обсуждении законопроекта.

Уважаемые коллеги, необходимо сделать акцент на том, что данный законопроект является законопроектом совместного ведения. Именно по этой причине мы до первого чтения отправляли его на месяц в регионы с тем, чтобы регионы могли изучить законопроект и направить нам свои отзывы на него. А сейчас законопроект обсуждается в плане подготовки его ко второму чтению, это также месячная рассылка законопроекта в регионы с тем, чтобы мы могли вновь получить обратную связь из регионов. И когда мы говорим о том, что законопроект совместного ведения, мы с вами должны понимать, что это значит в том числе и особые межбюджетные отношения в рамках реализации этого законопроекта.

В этой связи нам также хотелось бы в рамках наших больших парламентских слушаний услышать позицию представителей министерства, которое будет отвечать за финансирование данного законопроекта, за реализацию его норм именно финансового обеспечения. Нам правильно будет с вами обсудить этот вопрос и выяснить, когда средства пойдут в регионы, какие требования регионы должны выполнить для того, чтобы эти средства поступили, потому что реализация норм этого закона – это прерогатива регионов.

И в этой связи, уважаемые коллеги, учитывая большое представительство регионов – а у нас всего заявили о желании участвовать сегодня в больших парламентских слушаниях порядка 700 человек, – было бы хорошо, если бы представители регионов высказались, и мы смогли бы благодаря этой вот непосредственной обратной связи с вами понять, готовите ли вы свои программы, как вы планируете реализацию норм этого закона, как вы вообще видите у себя оказание паллиативной медицинской помощи и какие сложности, возможно, вы предполагаете, могут возникнуть. И хотелось бы, чтобы вы поделились и своими сомнениями, а если есть предложения, то и их бы высказали.

И, уважаемые коллеги, две темы, которые при обсуждении законопроекта и в первом чтении содержательно звучали, и при обсуждении на Совете по законотворчеству. Это вопрос оказания паллиативной медицинской помощи по месту нахождения гражданина, а не только по месту проживания, и здесь, наверное, будет правильным, чтобы мы на этом акцент сделали. Хотелось бы, чтобы высказали свою точку зрения представители и экспертного сообщества, и наших профильных министерств, и, конечно, руководители наших профильных комитетов Государственной Думы.

Здесь у нас присутствует председатель комитета Совета Федерации, было бы также правильно услышать его мнение по этому вопросу, потому что это один из таких ключевых вопросов, которые нам сегодня задают при обсуждении законопроекта, и на сегодняшний день он пока не решён в рамках принятого в первом чтении законопроекта. Ко второму чтению нам необходимо будет дать на него ответ и, ещё раз подчеркну, изучить возможность оказания паллиативной медицинской помощи по месту фактического проживания человека.

Ещё одна тема – это вопрос, имеющий отношение к незарегистрированным лекарственным препаратам, их использованию для оказания паллиативной медицинской помощи, в первую очередь оказания такой помощи детям. И, коллеги, хотелось бы также, чтобы мы с вами постарались в рамках сегодняшних слушаний обсудить эту тему. Просьба наших коллег из Правительства России высказаться по этому вопросу и вопросам, которые ранее прозвучали.

Если мы снимем проблемы, которые на сегодняшний день пока остаются нерешёнными по этим вопросам, у нас законопроект, безусловно, станет лучше, а это значит, что сотни тысяч людей получают качественную медицинскую паллиативную помощь, это

значит, что наши граждане, наши близкие будут легче переживать те проблемы, с которыми сталкиваются, когда мы им не можем помочь. Вот данный законопроект как раз решает эту проблему, и эта помощь может быть оказана.

Коллеги, если вы не возражаете, давайте мы с вами обсудим регламент нашей работы. Предлагается первые выступления сделать представителям Правительства Российской Федерации – министру здравоохранения Российской Федерации Веронике Игоревне Скворцовой и министру труда и социальной защиты Российской Федерации Максиму Анатольевичу Топилину, затем позицию Общественной палаты Российской Федерации в лице Валерия Александровича Фадеева, руководителя Общественной палаты, выслушать, потом Анну Юрьевну Кузнецову, Уполномоченного при Президенте по правам ребёнка, послушать, после этого выслушать представителей медицинского сообщества, экспертного сообщества, тех, кто непосредственно работает в сфере оказания паллиативной медицинской помощи, выслушать представителей регионов. А далее доклады сделают председатели профильных комитетов Государственной Думы – по охране здоровья и по вопросам труда и социальной помощи, а также выскажутся представители политических фракций Государственной Думы. И мы выйдем на рекомендации, которые примем по итогам слушаний, с тем, чтобы уже их наши профильные комитеты учли при доработке законопроекта и внесли эти предложения для рассмотрения законопроекта Государственной Думой во втором чтении.

Если у вас не будет возражений, тогда мы будем исходить из такого подхода в организации нашей работы. Коллеги, нет возражений? Те, кто приехал из регионов, и те, кто представляет сферу оказания паллиативной медицинской помощи, если есть желание выступить, можете через секретариат подавать свои обращения. Мы постараемся все ваши просьбы учесть.

А сейчас слово предоставляется Веронике Игоревне Скворцовой, министру здравоохранения Российской Федерации. Вероника Игоревна, сколько времени вам необходимо? 15 минут, пожалуйста, поставьте.

Подготовиться Максиму Анатольевичу Топилину.

Вероника Игоревна, если можно, на вопросах, которые были озвучены, по ходу выступления остановитесь. Они, возможно, снимут сразу большое количество проблем, и дальнейшие выступления не будут уже касаться их.

Пожалуйста.

**Скворцова В. И.** Глубокоуважаемый Вячеслав Викторович, глубокоуважаемые члены президиума, глубокоуважаемые депутаты и участники парламентских слушаний!

Впервые определение паллиативной медицинской помощи как вида медицинской помощи появилось в российском законодательстве в 2011 году после принятия Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», что и послужило стимулом для развития этого вида помощи, создания и финансирования специализированной службы. В соответствии с рекомендациями ВОЗ выделение паллиативной медицинской помощи – это подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов с тяжёлым неизлечимым заболеванием и их семей путём предотвращения и облегчения страданий за счёт раннего выявления, тщательной оценки и лечения боли и других физических симптомов, а также оказания психосоциальной и духовной поддержки.

С 2012 года в нашей стране в основном развивался стационарный сегмент паллиативной медицинской помощи. На сегодняшний день в регионах действует 12329 коек паллиативной медицинской помощи, включая койки для паллиативной химиотерапии, и более 16 тысяч коек сестринского ухода. Число паллиативных коек для взрослых и детей за пять лет выросло в 4,8 раза, а число получивших стационарную помощь пациентов в 4,5 раза. В структуре паллиативной помощи выделяют помощь, оказываемую в условиях хосписа пациентам, находящимся в терминальной стадии неизлечимого за-

болевания, как правило, в последние дни жизни. Только за последний год число хосписов выросло с 23 до 73, в том числе детских с 5 до 14.

Вместе с тем Всемирная организация здравоохранения, признавая существование разных моделей системы паллиативной медицинской помощи, рекомендует встраивать этот компонент в существующую структуру здравоохранения, прежде всего в службу первичной медико-санитарной помощи с организацией ухода за пациентами в кругу семьи и близких, что учтено в представленном законопроекте, ведомственной целевой программе по развитию паллиативной медицинской помощи и утверждённой на 2019 год и плановый период программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению.

По рекомендациям ВОЗ в стране организована подготовка врачей всех специальностей по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи. Во все профессиональные стандарты врачей-специалистов, в том числе врачей первичного звена, включены разделы по паллиативной медицинской помощи на основе профессиональных стандартов, обновлены программы подготовки специалистов путём включения модулей по паллиативной медицинской помощи как на этапе получения базового образования, специалитет, так и на этапе ординатуры.

Были разработаны интерактивные образовательные модули по организации паллиативной помощи для взрослых и детей, по лечению болевого синдрома у детей и хронического болевого синдрома у взрослых, которые освоили уже более ста тысяч врачей и специалистов разного профиля.

Наряду с этим введена отдельная должность врача по паллиативной медицинской помощи, а в 2018 году утверждён профессиональный стандарт «Врач по паллиативной медицинской помощи», включающий перечень компетенций указанных специалистов, в том числе по методологии организации и координации процессов паллиативной медицинской помощи, осуществляемых всеми другими специалистами.

Численность врачей, занимающих должность «врач паллиативной медицинской помощи», увеличилась по сравнению с 2014 годом более чем в 10 раз – с 64 до 642 человек.

Совместно с экспертным сообществом были разработаны и утверждены приказы Минздрава России, порядки оказания паллиативной медицинской помощи взрослому и детскому населению, правила расчёта потребности, назначения и выписывания наркотических лекарственных препаратов паллиативным больным. Были изданы клинические рекомендации по ведению паллиативных больных и купированию болевого синдрома.

Государством уделяется особое внимание вопросам финансирования дальнейшего развития системы паллиативной медицинской помощи.

Программой государственных гарантий на 2019 год и плановый период установлены нормативы, объёмы и финансирование паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, на дому и в условиях стационара.

Начиная с 2018 года в дополнение к закреплённым в законе расходам региональных бюджетов из федерального бюджета выделяются средства на софинансирование паллиативной медицинской помощи в объёме более 4 миллиардов рублей ежегодно.

Суммарный объём расходов на оказание паллиативной медицинской помощи в 2018 году вырос на 24 процента к объёму 2017 года – до 21 миллиарда рублей, а на 2019 год – до 23 миллиардов рублей.

Следует подчеркнуть, что бюджетное законодательство (статья 135 Бюджетного кодекса Российской Федерации) предусматривает возможность оплаты паллиативной медицинской помощи гражданину, проживающему в ином регионе, за счёт предоставления иных межбюджетных трансфертов между бюджетами субъектов Российской Федерации, и законодательных препятствий к этому в настоящее время нет.

Кроме того, в настоящее время в Государственную Думу внесён и принят в первом чтении, о чём только что было упомянуто, законопроект, дающий право предоставлять бюджету иного субъекта субсидии в порядке и случаях, установленных законодательством субъекта Российской Федерации.

Важным компонентом паллиативной медицинской помощи является лекарственное обеспечение пациентов, в первую очередь, обезболивающими препаратами, а также обеспечение медицинскими изделиями.

Утверждение Минздравом России методик расчёта потребности в наркотических и психотропных лекарственных средствах, предназначенных для лечения паллиативных пациентов, привело к четырехкратному увеличению расчётной потребности в обезболивающих по заявкам регионов в 2018 году по сравнению с 2014 годом.

С учётом роста финансовой поддержки охват обезболиванием нуждающихся увеличился более чем в семь раз – с 12 процентов в 2014 году до 80 процентов в 2018 году.

За этот же период количество подразделений аптечных и медицинских организаций, отпускающих наркотические и психотропные средства, увеличилось в 2,4 раза – с 1668 до более 4000.

Особое внимание уделяется расширению спектра обезболивающих препаратов с учётом потребностей детей разного возраста, в том числе в неинвазивных формах.

В рамках реализации государственной программы «Развитие фармацевтической медицинской промышленности на 2013–2020 годы» разработано и зарегистрировано девять наименований наркотических лекарственных препаратов в различных лекарственных формах и дозировках, из них 8 форм предназначены для применения у детей с первых лет жизни.

Находятся в стадии разработки и клинических испытаний ещё 13 лекарственных форм лекарственных препаратов, в том числе быстродействующие формы для детей.

В перечень жизненно важных препаратов на 2019 год включены восемь международных непатентованных наименований наркотических анальгетиков в 18 лекарственных формах.

Совместно с Минпромторгом России и производителями мы продолжаем развивать имеющийся потенциал, и с 2019 года разработан дополнительный вариант обеспечения детского населения обезболивающими наркотического ряда через восстановление, можно сказать, возрождение производственных аптек, их у нас сейчас, допущенных к производству детских наркотических препаратов, уже открыто 262 в 52 регионах России.

И достигнута договорённость с производителями о малых фасовках наркотических субстанций для производства ректальных свечей и суппозиториев, капель в рот, сиропов – это то, что делается на месте, *ex tempore*, соответственно, начиная фактически с рождения и до необходимого возраста.

Во исполнение поручения Президента Российской Федерации, в целях повышения доступности паллиативной медицинской помощи, уточнения порядка её оказания, приближения к месту проживания пациента и организации межведомственного взаимодействия, разработан законопроект, который мы сегодня обсуждаем и который был принят Государственной Думой в первом чтении 16 января 2019 года.

Внимание общества к проблемам организации паллиативной медицинской помощи отразилось в широком её обсуждении на разных площадках: в Государственной Думе, в Общественной палате Российской Федерации, в Общероссийской народном фронте, в Центральном исполкоме партии «ЕДИНАЯ РОССИЯ», где в целом законопроект был одобрен и поддержан.

Законопроектом предлагается расширить действующее понятие паллиативной медицинской помощи. В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения предусматривается возможность оказания паллиативной медицинской помощи в дневном стационаре и лекарственного обеспечения при лечении в нём, что

позволит разнообразить региональные модели оказания медицинской помощи с учётом территориальных особенностей.

Предлагаемая законопроектом классификация паллиативной медицинской помощи: доврачебная, врачебная и специализированная – позволяет шире вовлечь врачей всех специальностей и средний медицинский персонал в оказание медицинской помощи пациентам с неизлечимыми заболеваниями.

В ходе обсуждения поступивших предложений по доработке законопроекта ко второму чтению принято решение уточнить понятие «паллиативная медицинская помощь» через определение порядка получения опциальных услуг, мер социальной поддержки и духовной помощи на основе взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и иных организаций.

Также предлагается урегулировать вопросы оказания паллиативной медицинской помощи на основании решения врачебной комиссии в случае, если пациент не может выразить свою волю в силу тяжести его состояния.

Предлагается уточнить право пациента на обезболивание, закреплённое в статье 19, исключая слова «доступное при выборе методов и способов обезболивание», в чётком соответствии с клиническими рекомендациями.

Вместе с тем по ряду предложений были даны необходимые разъяснения. Так, по вопросу закрепления в законе понятия «стационар на дому» было указано, что понятие «стационар» в современном законодательстве предполагает обязательность условий, которые могут создать и обеспечить только медицинские организации, а именно: круглосуточное наблюдение медицинским персоналом, выполнение требований санитарных норм и правил и другие условия, обеспечивающие качество и безопасность медицинской деятельности.

Альтернативным вариантом может явиться закрепление понятия «медицинский патронаж», наблюдение пациента медицинским персоналом, в том числе с использованием телемедицинских технологий, в амбулаторных условиях, с активным выездом на дом, в соответствии с планом ведения пациента, что обеспечивает сохранение принципа преемственности.

Также даны разъяснения по вопросу возможности введения понятия «паллиативная помощь» вместо «паллиативная медицинская помощь». Поскольку действующей системой правового регулирования не определён вид такой деятельности, а также полномочия и ответственность органов государственной власти и источники финансового обеспечения, более целесообразным представляется сохранить конструкцию предложенного законопроекта с расширением понятия «паллиативная медицинская помощь» и включением в него социальной, психологической и духовной составляющей в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения.

На обсуждение был также поставлен вопрос и об отдельном регулировании мер социальной поддержки при оказании амбулаторной паллиативной медицинской помощи с возложением на субъекты Российской Федерации обязанностей по утверждению перечней лекарственных препаратов и медицинских изделий для обеспечения пациентов, нуждающихся в данной помощи. С учётом того, что пациенты, страдающие неизлечимыми заболеваниями и нуждающиеся в паллиативной помощи, соответствуют критериям инвалидности, они должны получать социальную поддержку, гарантированную Федеральным законом № 178-ФЗ. При этом взаимодействие медицинских организаций и учреждений медико-социальной экспертизы с Минтрудом России уже налажено, в том числе с использованием информационных технологий. Переход на информационную связь учреждений здравоохранения и социальной защиты по плану и «дорожной карте» должен быть завершён к концу 2020 года.

Таким образом, доработанный с экспертным сообществом законопроект позволяет повысить доступность и качество паллиативной медицинской помощи, полностью соответствует рекомендациям ВОЗ и лучшим мировым практикам.

В случае принятия закона потребуется утверждение совместного приказа Минздрава и Минтруда России, положений об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включающих порядок взаимодействия сотрудников медицинских организаций и учреждений социального обслуживания, выявления у пациентов или постоянно проживающих в интернатах лиц признаков терминальных стадий заболеваний и определение нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи, порядок информационного обмена. Проект положения подготовлен, он был передан, и в настоящее время завершается его обсуждение экспертным сообществом.

На основе принятой в 2019 году программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и с учётом разработанного законопроекта всем руководителям субъектов Российской Федерации даны рекомендации по развитию паллиативной медицинской помощи, в том числе в медицинских организациях первичного звена, включая условия дневного стационара и на дому, а также даны рекомендации по созданию условий для жителей всех населённых пунктов в обеспечении необходимыми лекарственными препаратами и медицинскими изделиями. После принятия закона будут внесены необходимые изменения в программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и вторично во все региональные нормативные акты, включая территориальные программы государственных гарантий. Таким образом, принятие законопроекта станет очередным шагом в развитии паллиативной медицинской помощи в нашей стране, просим его поддержать.

Спасибо большое.

**Председательствующий.** Спасибо, Вероника Игоревна.

Если можно, прокомментируйте ещё раз четыре темы, которые были обозначены, учитывая, что они звучали при обсуждении законопроекта в первом чтении, затем на Совете по законотворчеству.

Итак, правильно мы поняли, что нормативная база будет сформирована до принятия законопроекта в третьем чтении и сразу после его вступления в силу законопроект заработает?

**Скворцова В. И.** Спасибо большое.

Основной приказ об утверждении положений об организации оказания паллиативной медицинской помощи полностью готов, он уже прошёл обсуждение на площадках двух министерств и с экспертами. Остаются некоторые шероховатости, которые будут убраны, но к третьему чтению он будет полностью готов.

И второй нормативный акт, который, соответственно, тоже будет необходим, – это изменение критериев лицензирования. Этот акт нами вместе с Росздравнадзором тоже подготовлен, здесь присутствует руководитель Росздравнадзора Михаил Альбертович Мурашко. С учётом принятия этого положения порядки оказания медицинской помощи будут либо изменены в соответствии, либо будут отменены и будет работать это положение.

**Председательствующий.** Вероника Игоревна, и второй вопрос.

Учитывая, что государственным распределителем бюджетных средств является Министерство здравоохранения Российской Федерации, а у нас с вами законопроект совместного ведения, и это полномочия регионов, как вы видите начало финансирования в текущем году региональных программ?

**Скворцова В. И.** Спасибо большое.

Я отмечала, что в принятой в декабре программе государственных гарантий на 2019 год и плановый период уже имеются существенные изменения нормирования оплаты паллиативной медицинской помощи. Введены нормативы объёма и нормативы финансирования паллиативной медицинской помощи не только в стационаре, но в амбулаторных условиях, на дому и в условиях стационара. Это первое.

И как я уже отмечала, при обсуждении возникает много вопросов, каким образом по месту непосредственного нахождения получать паллиативную медицинскую помощь,

как может горизонтально осуществляться оплата этой медицинской помощи. Значит, я ссылаясь на статью 135 Бюджетного кодекса Российской Федерации, которая позволяет это уже сегодня делать за счёт межбюджетных трансфертов, но параллельно вместе с Минфином России нами разрабатывался и второй законопроект, который позволяет выделять и субсидии другому региону, где формально прописан пациент, на основе тех нормативных актов, которые издаёт субъект Российской Федерации. Поэтому при доработке этого законопроекта мы тоже готовы в нём принять участие.

И третья составляющая – это те четыре с лишним миллиарда, которые выделены в федеральном бюджете в рамках реализации ведомственной программы Минздрава России по развитию паллиативной медицинской помощи. Эти деньги тоже будут распределены как субсидия в помощь регионам. В этом году они использовались преимущественно на покрытие потребностей в обезболивающих и обеспечении медицинскими изделиями, в том числе это дыхательные аппараты и всё необходимое для инфузионной терапии на дому. Сейчас у нас уже более 250 больных по регионам имеют дыхательное вспоможение на дому.

**Председательствующий.** Вероника Игоревна, я правильно понимаю, что те средства, которые выделены в этом году, сегодня уже расходуются по назначению Министерством здравоохранения Российской Федерации? И необходимо ли регионам готовить свои программы по оказанию паллиативной помощи (затем, как правило, заключается соглашение между субъектом Федерации и Министерством здравоохранения Российской Федерации с тем, чтобы субсидия направлялась в регион)?

Вот эти вопросы звучали, и если можно, поясните, пожалуйста, когда в этом случае средства пойдут в регионы и регионы их получат.

**Скворцова В. И.** Спасибо большое.

Ведомственная целевая программа прошла сейчас первичный круг обсуждения с другими федеральными органами исполнительной власти, мы получили ряд замечаний, сейчас это в срочном порядке всё дорабатывается. И после второго круга, после одобрения необходимыми ФОИВами – прежде всего это Министерство экономического развития Российской Федерации, Министерство финансов Российской Федерации, – эта программа будет утверждена. Как только она будет утверждена (мы постараемся это сделать в ближайшие сроки), так включаются те механизмы, Вячеслав Викторович, о которых вы говорили. Это будет обязательное формирование аналогичных региональных программ и подписание соглашений с регионами для перечисления денег.

**Председательствующий.** Вероника Игоревна, если можно, всё-таки назовите месяц завершения подписания соглашения и направление денег.

**Скворцова В. И.** Я так думаю, что в течение месяца эта ведомственная программа должна быть не только подписана, она должна быть зарегистрирована Министерством юстиции Российской Федерации. Сейчас у нас середина февраля, я так думаю, что это будет сделано в марте. Но параллельно мы начнём уже сейчас работать с регионами, потому что уже по драфту можно делать региональные программы, чтобы соответственно сократить время.

**Председательствующий.** Спасибо. И завершающий вопрос. Учитывая, что на один вопрос вы ответили, подчеркнув экстерриториальный принцип оказания паллиативной помощи, остаётся прояснить вопрос использования незарегистрированных лекарств, которые эффективны, но при этом в России не зарегистрированы, в первую очередь, для детей, которым требуется паллиативная помощь. Вот здесь какие подходы министерство предлагает?

**Скворцова В. И.** Спасибо большое.

На самом деле, Вячеслав Викторович и уважаемые коллеги, министерство, естественно, не приветствует расширение круга препаратов незарегистрированных, которые начинают применяться в нашей стране. Мы вместе с Минпромторгом России

предпринимаем очень серьёзные действия для того, чтобы у нас расширялся спектр зарегистрированных препаратов, и здесь мы существенно преуспели. И у нас есть уже формы, с нуля, с рождения используемые, с года, с двух лет и так далее. Другой вопрос, что пока того количества и той линейки, которая есть, нам недостаточно. Мы знаем, в каком направлении развиваться. Я говорила о том, что у нас сейчас уже проходят клинические испытания ещё 13 препаратов. Это и неинвазивные – пластыри и транскутантные системы, это пластыри ротовые, это капли в рот, это сироп, это суппозитории и так далее, то есть неигольчатые методы введения, что особенно важно в том числе для маленьких детей.

При этом у нас разрешён для использования конкретными больными ввоз препаратов незарегистрированных, и разрешение на их ввоз даётся очень быстро – 2,5 дня, по данным 2018 года.

Кроме того, чтобы решить эту проблему, я проводила с присутствующими здесь нашими экспертами и специалистами совещание вместе с производителями и с нашей медфармакадемией. Мы подняли сейчас в регионах всю информацию об аптечных организациях, территориальные подразделения Росздравнадзора проверили и выяснили, что у нас сейчас есть 262 организации, которые могут производить на месте, *ex tempore*, о чём я уже говорила, наркотические препараты в удобных формах: это суппозитории, это ректальные свечи, это растворы в рот и так далее, в тех дозах, в которых нужно, начиная с минимального возраста.

Огромная работа за вторую половину 2018 года проведена. Во-первых, силами Санкт-Петербургской медфармакадемии разработаны все программы для сотрудников аптечных организаций, проведено дополнительное образование этих сотрудников. Параллельно с Минпромторгом России мы провели встречи и договорённости со всеми производителями мелкой фасовки соответствующих препаратов, наркотических субстанций. Таким образом, мы будем готовы в нынешнем году запустить этот механизм на переходный период, пока у нас не будут выпущены официальные формы, но с ними тоже торопятся, в том числе Московский эндокринный завод, так что мы подстраховались всеми возможными путями.

И если мы пойдём по пути открытия нашего рынка для незарегистрированных препаратов... Я говорю, что в конкретных случаях это возможно, но если мы к этому подойдём как к системной мере, мы существенный вред нанесём юрисдикции Российской Федерации в плане организации обращения лекарственных препаратов на нашей территории.

Я хотела бы закончить тем, что по результатам последних трёх лет мы вышли в мировые лидеры, и мы сейчас фактически диктуем мировую политику с учётом регламентов и регистрации и контроля за обращением лекарственных препаратов. Представители Российской Федерации сейчас возглавляют эти мировые сообщества и европейское сообщество.

Поэтому, на наш взгляд, тот путь, который мы предлагаем, на самом деле самый рациональный в данной ситуации.

**Председательствующий.** Спасибо, Вероника Игоревна.

Пожалуйста, Максим Анатольевич Топилин, министр труда и социальной защиты Российской Федерации.

Максим Анатольевич, какое время вам необходимо для доклада? 10 минут поставьте, пожалуйста.

**Топилин М. А.** Добрый день, уважаемый Вячеслав Викторович, уважаемые члены президиума, уважаемые депутаты, коллеги!

Действительно, складывающаяся в стране демографическая ситуация ставит перед нами, перед министерством, новые задачи. Это прежде всего повышение качества жизни пожилых людей при любом состоянии их здоровья. Но тема, которая сегодня яв-

ляется предметом нашего рассмотрения, является особой, и во исполнение поручения Президента России от 23 августа 2017 года, о котором Вероника Игоревна говорила, был подготовлен проект закона, который мы сегодня рассматриваем.

Но я хотел бы сказать, что до этого законопроекта Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации вместе с коллегами из Министерства здравоохранения Российской Федерации, вместе с региональными органами исполнительной власти была организована подготовительная работа, работа, которая велась в субъектах Российской Федерации в соответствии с действующим законодательством в рамках тех полномочий, которые имеются у субъектов Российской Федерации и у министерств.

Безусловно, паллиативная помощь – это в первую очередь медицинская помощь. И в законопроекте понятие паллиативной медицинской помощи расширяется. А главное, что, с нашей точки зрения, паллиативные больные нуждаются не только в медицинских услугах, но и в сохранении и в расширении списка социальных, бытовых, психологических услуг, потребность в которых возникает в связи с тяжёлой болезнью, в поддержке, которая бы позволяла сохранить жизненные интересы и необходимую социальную активность.

Как я уже сказал, в связи с этим были разработаны подходы к взаимодействию между социальными службами и медицинскими службами по принципу одного окна. И я хотел бы напомнить, что в конце 2017 года был подготовлен соответствующий совместный приказ Минтруда и Минздрава России по этим формам взаимодействия, который прописал всё в соответствии с действующим законодательством. И работа в регионах была начата.

Кроме тех полномочий, которые мы реализуем в соответствии с Федеральным законом от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», это и бытовые услуги, и психологические услуги, мы также в соответствии с законодательством предоставляем по линии социальных служб услуги социального сопровождения, что также предусмотрено данным законом. Что это такое? Это именно комплекс тех услуг, о которых я говорю, это подключение всех необходимых специалистов, услуги которых требуются на каждом этапе оказания помощи паллиативному больному. Сейчас в законопроекте этот инструмент, как нам представляется, правильным образом совершенствуется. Этот совместный механизм будет не рекомендательным документом, а он уже будет закреплён в качестве совместного документа в законопроекте. И эта технология будет развиваться дальше и приобретёт уже нормативное исполнение. Я также хотел бы отметить, что мы уже фактически подготовили данный проект приказа. Сейчас мы собираем все возможные замечания, предложения с тем, чтобы его сделать наиболее, что называется, удобным, понятным, технологичным как для граждан, так и для социальных и медицинских служб. Мы его готовы, как вы, Вячеслав Викторович, говорили, в кратчайшие сроки после принятия закона, безусловно, выпустить, обсудив его ещё при подготовке законопроекта ко второму чтению. У нас он в определённом виде готов. Но ещё раз хотел бы подчеркнуть, что, конечно, мы бы хотели услышать дополнительные предложения от различных заинтересованных сторон.

Не могу не сказать, что мы также двигались в направлении развития профессиональных стандартов. Такую задачу перед нами тоже ставили профессиональное сообщество и профессиональный стандарт помощника по уходу на дому, сиделки. Он был утверждён в Минтруде России приказом от 30.07.2018 г. № 507н, предусматривающим все требования к такой профессиональной деятельности. Я напомню, что такого приказа, такой регуляторики до настоящего времени в Российской Федерации не было, и это именно требование профессионального сообщества, общественности с тем, чтобы мы в этом вопросе уже поставили точку и прописали все необходимые процедуры.

Очень важно также то, что мы по просьбе, по настоянию профессионального сообщества и тех, кто оказывает эти услуги, также подготовили изменения и уже их внесли, подписав совместный с Минздравом России приказ от 6 сентября. Это внесение изменений в форму направления из медицинского учреждения в медико-социальную экспертизу, чтобы делалась пометка, что больной имеет паллиативный статус, для того чтобы учреждение медико-социальной экспертизы в кратчайшие сроки могло присвоить статус инвалидности, и получившие его граждане могли бы при необходимости обеспечиваться техническими средствами реабилитации. Это тоже было проработано в качестве подготовительного этапа по регулированию действий различных служб. Мы можем и дальше продолжать совершенствовать наши нормативные документы, если это потребуется. В принципе, мы готовы.

И последний момент, на котором хотел бы остановиться, связан с финансированием регионов, о чём Вячеслав Викторович сказал. Мы в федеральном проекте «Старшее поколение» национального проекта «Демография» предусмотрели финансовые средства. В прошлом году это была субсидия некоммерческой организации «Старость в радость», которая нам помогала организовать такую экспериментальную площадку в ряде регионов.

С нынешнего года этот эксперимент уже будет проходить по гораздо большему количеству территорий. В 2022 году мы исходим из того, что программа долговременного ухода и оказания социальных услуг в рамках паллиативной помощи, безусловно, требует расширения и более качественного предоставления социальных услуг, в том числе это уже будут субсидии регионам в размере двух миллиардов рублей ежегодно. При этом мы исходим из того, что если в регионах этот процесс пойдёт более интенсивно, мы, безусловно, в рамках корректировки бюджета, в рамках корректировки национальных проектов сможем скорректировать эту сумму. Я считаю, что главное будет зависеть от того, насколько субъекты Российской Федерации активно в эту работу будут включаться. Мне кажется, что заинтересованность у регионов есть. Мы сейчас это наблюдаем и постоянно с регионами в этом направлении работаем. Мне кажется, что это очень правильное и позитивное направление.

В принципе, мы исходим из того, что те поправки, о которых говорила Вероника Игоревна, будут поддержаны, в том числе Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации, мы с коллегами над этим работаем. У нас тоже большая просьба поддержать данный законопроект. Безусловно, Минтруд России вместе с Минздравом России сделают всё необходимое с тем, чтобы эти все технологии очень активно и в соответствии с теми изменениями, которые законопроектом предусмотрены, развернулись по всей стране, и граждане могли бы получать качественные услуги так, как мы с вами предполагаем и закладываем в нормы законопроекта. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Максим Анатольевич. В вашем выступлении вы сказали о том, что больной будет иметь паллиативный статус. А вы планируете введение региональных регистров и федеральной базы паллиативных больных?

**Топилин М. А.** Вячеслав Викторович, я сказал о том, что в направление, которое получает человек при его направлении на медико-социальную экспертизу, мы внесли строчку о том, что врач будет отмечать этот паллиативный статус. Поэтому для медико-социальной экспертизы такая информация будет поставляться.

**Председательствующий.** А введение регистра по аналогии с орфанными больными планируется?

Пожалуйста, Вероника Игоревна. Просто этот вопрос сам по себе возник, учитывая, что Максим Анатольевич заговорил о статусе. Пожалуйста.

**Скворцова В. И.** С прошлого года ведётся система мониторинга, которая собирает информационную базу по всем пациентам, по каждому региону, в котором оказывается паллиативная помощь.

На сегодняшнее утро в этой системе чуть больше 340 тысяч пациентов из всех регионов, по расчётным показателям, которые мы согласовали специально в преддверии парламентских слушаний дополнительно с ВОЗ. Расчёт, усреднённый по миру, это 0,5 процента от населения. Всего в мире сейчас пользователями являются 40 миллионов человек на 7,5 миллиарда. Но в развивающихся странах, особенно в Южной Америке, Африке, показатель чуть выше. Мы относимся к странам благополучным, поэтому, скорее всего, показатель будет чуть ниже.

Таким образом, расчётный показатель на сегодняшний день – это примерно 730 тысяч пациентов. У нас в реалиях заполнено чуть больше 340. То есть мы сейчас говорим о том, что примерно в два раза у нас ещё есть люфт, ресурс, который пока не выявлен регионами. И наша задача в рамках ведомственной программы и всех остальных наших действий помочь регионам выявлять по критериям правильным, в том числе и в домах инвалидов, соответственно, в организациях социальной защиты, где иногда недовыявляются эти пациенты. Вот этим мы будем заниматься вместе с Максимом Анатольевичем и с Минтрудом России.

**Председательствующий.** Вероника Игоревна, учитывая, что у нас с вами законопроект рамочный, но вместе с этим основополагающие нормы закона являются нормами прямого действия, как вы считаете, может быть, нам ко второму чтению ввести норму об обязательном ведении регистра? Причём это может быть база как общедо-ральной, так и региональная, которая будет её наполнять. Исходя из того, о чём сказал Максим Анатольевич, наверное, будет не только правильно, но и облегчит принятие решений по этому вопросу и ускорит их, когда в соответствии с рекомендацией ВОЗ больной заносится в базу оказания паллиативной помощи, после чего он может, в том числе исходя из экстерриториального принципа, получать помощь в других регионах, и ему будут выделять лекарственные препараты и обезболивающие, и, собственно, появится ответственность за региональный регистр. Понятно, что база будет общедо-ральной, тем более здесь звучало, что методическое, методологическое обеспечение будет за федеральным центром. И, наверное, вот этот вот регистр как раз будет основой для работы, в том числе по методологии и принятии других решений.

У нас с вами пока этого нет в норме закона, но эта тема звучала. Поэтому, учитывая актуальность этого вопроса, было бы правильно нам сразу позицию высказать с тем, чтобы потом кто-либо дополнительно высказался – подверг сомнению это или, наоборот, поддержал. Вот на таких ключевых вопросах доработки законопроекта, внесения изменений в него ко второму чтению нам было бы правильно остановиться. Потому что Максим Анатольевич, он, что называется, в среднем по больнице, причём очень грамотно, температуру обозначил, но нам хотелось бы всё-таки, чтобы конкретные болевые точки были раскрыты в докладе.

**Скворцова В. И.** Если позволите, Вячеслав Викторович...

**Председательствующий.** Меня коллеги от политических фракций просто критикуют, когда выступления идут общего характера, и поэтому я обязан реагировать.

**Скворцова В. И.** Значит, в отличие от всех других существующих регистров информ-ационная база, которая заполняется по пациентам, требующим паллиативной ме-дицинской помощи, отличается текучестью.

Если, скажем, база на пациентов с орфанными заболеваниями только преумножа-ется, было «Семь нозологий», стало «Двенадцать нозологий», у нас плюс 8–10 про-центов членов этого регистра в год прибавляется, потому что мы спасаем жизни, люди живут десятилетиями на наших препаратах...

Здесь ситуация другая. Мы фактически должны онлайн отслеживать статус се-годняшнего дня по всем обозначенным в этой базе пациентам, поскольку по такому деле-нию всех этих пациентов достаточно большая их часть проживает последние дни перед смертью. Примерно для 50 процентов пациентов это последний год жизни, но внутри

оставшихся 50 процентов большой процент тех, кто оказывается в этой базе в последние дни перед смертью.

В этой связи это будет, безусловно, нестабильный регистр, не то, что мы привыкли ждать от регистра. Поэтому как его назвать, мы подумаем ещё дополнительно. Вести учёт надо, однозначно, и надо видеть, соответственно, весь пул и понимать, если человек переезжает из региона в регион, и мы здесь поможем наладить межрегиональные отношения, если мы будем видеть это всё.

Поэтому мы за учёт. А вот оставить ли, действительно, систему мониторинга, которая уже сейчас шлифуется и пополняется, и формировать единую информационную базу с региональными сегментами, либо делать регистр? Регистр – это немножко другое, на мой взгляд, но мы подработаем и вам доложим.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Максим Анатольевич.

Слово предоставляется Валерию Александровичу Фадееву, секретарю Общественной палаты Российской Федерации.

Подготовиться Анне Юрьевне Кузнецовой. А затем, если не возражаете, послушаем Леонида Михайловича Рошала.

**Фадеев В. А.** Уважаемый Вячеслав Викторович! Уважаемые участники слушаний!

В Общественной палате мы огромное внимание уделили этому законопроекту, и были дискуссии, и прошли масштабные слушания, куда мы приглашали всех специалистов, что важно для нас, поскольку мы – Общественная палата представителей гражданского общества. И я хочу напомнить, что ростки паллиативной помощи возникли более 20 лет назад именно в гражданском обществе. Именно гражданские активисты первыми обратили внимание на эту сложнейшую задачу ещё в 90-х годах, в тяжёлые 90-е годы. За это время накоплен огромный опыт, наработаны компетенции, созданы хосписы, и некоторые хосписы можно считать фактически образцовыми. Пока их немного, но уже есть результаты, которые можно продемонстрировать.

На мой взгляд, сейчас есть опасность, что к этому важному делу отнесутся бюрократически: чиновники закупят оборудование на выделенные деньги, пусть даже самое современное оборудование, отчитаются, как они эффективно потратили деньги. Насчёт эффективности тоже вопрос – не забыты ещё истории с томографами, ещё некоторые из тюрьмы не вышли, которые решили заработать на закупке первоклассного оборудования, мы же всё это помним. Никого не обвиняю, но жизнь есть жизнь, и об этом тоже надо помнить. Нам нужен скачок качественный в этом деле, раз уж государство, и Государственная Дума, и депутаты такое серьёзное внимание этому уделяют, качественный скачок нужен.

Владимир Владимирович Путин посетил 6 января детский хоспис в Петербурге, его организовал и управляет им отец Ткаченко, который здесь в зале присутствует. Мы с коллегами из Общественной палаты тоже бывали в этом хосписе. И хоспис – это ведь не помещение, где люди, в данном случае дети – это детский хоспис, – умирают. Они там продолжают жить столько, сколько им отпущено. Хоспис – это очень сложная организация, и как правильно сказано в законопроекте, здесь не только о медицинских факторах идёт речь, о чём министр труда Российской Федерации говорил, здесь факторы социальные и психологические, это сложнейшая организация, и я ещё раз повторю, надо хорошо сделать эту работу.

Вот в законопроекте, в пункте 4 сказано: «Организация оказания паллиативной медицинской помощи осуществляется в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти». И очень важно, какой будет установлен порядок. Вероника Игоревна сказала о механизмах финансирования, Максим Анатольевич рассказывал о нормативах, это всё очень важно, но представляется, что здесь нужен проектный подход, нужно оценивать то, что предлагают регионы, и то, на что они просят деньги.

Я считаю, что необходимо создание специальной комиссии, может быть, эту комиссию должен создавать уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, как сказано в законе. В неё должны входить и представители исполнительной власти, чиновники, и депутаты, представители местных властей, врачи и, конечно, представители некоммерческих организаций, у которых есть огромный опыт работы в этом направлении, в этой области.

Не только формально, по существу надо относиться к этой работе и деньги выделять именно на проект, а не по нормативам. Это возвращаясь к моей мысли о том, что мы должны совершить качественный скачок. Ведь, скажем, сколько мы с этим сталкиваемся, во многом паллиативная помощь оказывалась, во многом оказывается за счёт пожертвований, за счёт благотворительности, и мы видим много примеров, сотни примеров по стране, когда бизнес, например, оказывает в этом помощь, деньги выделяет. Является ли помощь бизнеса частью такого проекта регионального? Я считаю, что является.

Волонтерская работа. Закончился Год волонтера, но волонтерская работа продолжается, в стране миллионы волонтеров. Волонтеры помогают таким организациям, в частности, хосписам? Помогают. Является ли такая гражданская деятельность частью этого большого проекта? Является. Я считаю, что комиссия, о которой я говорю, должна оценивать проект в целом, и только после оценки такого проекта принимать решение о выделении министерством денег. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Валерий Александрович.

Слово предоставляется Анне Юрьевне Кузнецовой, Уполномоченному по правам ребёнка при Президенте Российской Федерации. Пожалуйста, Анна Юрьевна.

Подготовиться Леониду Михайловичу Рошалю. Затем у нас выступит Лариса Дмитриевна Попович.

**Кузнецова А. Ю.** Уважаемый Вячеслав Викторович, уважаемые коллеги!

С готовностью подключаемся к обсуждению законопроекта и рады видеть в этом зале людей, с которыми весь этот год, прошлый год мы провели вместе на площадках, обсуждая как конкретные меры, так и общие подходы к развитию паллиативной помощи сегодня.

Этот год начался с визита Президента России, как Валерий Александрович уже отметил, в детский хоспис. И конечно, вот это беспрецедентное внимание к этой теме сегодня порождает такое бурное развитие. Паллиативная помощь в России сегодня идёт вперёд семимильными шагами. Очень важно, чтобы это развитие шло гармонично, и самое главное, чтобы её как можно скорее смогли получать наши дети.

Конечно, самым главным стимулом для нас, уполномоченных по правам ребёнка, являются непосредственно дети, их запросы и обращения в аппарат уполномоченных. Отец Александр, смотрю на вас и вспоминаю глаза Саши из хосписа, отца Александра, и понимаете, мы знаем, что, конечно, назад дороги нет.

Сегодня закладывается фундамент. И законопроект, тот федеральный закон, который мы обсуждаем, является вот этим монолитом. Каким он будет, насколько он будет содержать в себе все основные нормы, которые позволят нарастить потом системную, инфраструктурную, развитую и многонаправленную объёмную паллиативную помощь, зависит сегодня от вас, уважаемые депутаты, уважаемые эксперты.

Со своей стороны хотим поддержать целый спектр предложений, отмеченных в законопроекте. Это, безусловно, возможность предоставления и оказания паллиативной помощи не только в стационарных условиях, но и в условиях дневного стационара. Мы считаем важным это предложение. Сегодня обсуждалась тема регистров. Уважаемая Вероника Игоревна, безусловно, поддерживаем это предложение о необходимости учёта и подходов к формированию учёта нуждающихся в паллиативной помощи. Это облегчит и ускорит в целом процедуру помощи.

Что хотелось бы предложить и что хотелось бы отметить со своей стороны. За этот год нами был отмечен и разработан план мероприятий по совершенствованию оказания паллиативной помощи детям. Благодаря поддержке Президента России весь спектр мероприятий, – уважаемые коллеги, кто участвовал в разработке этой «дорожной карты», знает об этом, – был принят Министерством здравоохранения Российской Федерации. Вероника Игоревна, я благодарю вас за чуткость к тем позициям, которые разработали мы с участием экспертов.

Но что хочется добавить? В соответствии с определением ВОЗ, которое сегодня уже цитировалось, мы считаем важным включить в определение паллиативной помощи оказание помощи в том числе и семье. Это облегчит подходы, позволит в тех нормативных документах, которые будут разработаны после того, как будет принят основной федеральный закон, нарастить инфраструктуру оказания паллиативной помощи, позволит также развивать стандарты оказания паллиативной помощи и социальной помощи семье, что особенно важно, когда речь идёт о детях.

Со своей стороны хочу добавить, уважаемые коллеги, что кроме тех концептуальных предложений, которые я сейчас озвучила, есть ещё необходимость утверждения, возможно, в подзаконных актах или в тех совместных документах с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации, которые будут разработаны, стандарта или модели эффективной паллиативной помощи. Очень важно точно знать, к чему мы идём, какая модель помощи будет эффективна.

К сожалению, лишь 19 регионов Российской Федерации могут сказать, что у них более или менее развита инфраструктура паллиативной помощи. Создано всего лишь 13 хосписов, взрослых и детских. И естественно, есть такие жемчужины, как в Казани, как в Петербурге и в ряде других субъектов Федерации, в которых мы побывали за это время. Но всё-таки большинство из них очень нуждаются в предоставлении готовой и обдуманной модели, это облегчит получение финансирования, облегчит выстраивание и ускорит формирование инфраструктуры паллиативной помощи в субъекте Федерации.

Уважаемый Вячеслав Викторович, спасибо большое.

**Председательствующий.** Спасибо, Анна Юрьевна.

Слово представляется Леониду Михайловичу Рошалю, президенту Национальной медицинской палаты Российской Федерации.

Подготовиться Ларисе Дмитриевне Попович. А затем у нас выступит Георгий Андреевич Новиков.

**Рошаль Л. М.** Глубокоуважаемый Вячеслав Викторович, члены президиума, глубокоуважаемые депутаты и приглашённые!

Я выступаю сейчас как сопредседатель Общероссийского народного фронта, с этих позиций.

Я не знаю, это ошибка или мы действительно обсуждаем законодательное обеспечение именно паллиативной, а не медицинской помощи? Если бы это была правда, я был бы очень рад.

Я имею личный опыт. У меня на руках в течение года умирал от рака мой 30-летний брат, недавно ушла болевшая больше года моя родная сестра, и даже мне, врачу, в социальном и медицинском плане было очень тяжело справляться с этой ситуацией. Поэтому я поддерживаю поручение Президента России.

Общероссийский народный фронт провёл слушания с участием регионов страны по обсуждаемой проблеме. Обсуждалось выполнение поручения Президента России от 23 августа 2017 года о внесении изменений в законодательство Российской Федерации, предусматривающих расширение понятия «паллиативная помощь», уточнение порядка её оказания гражданам, в том числе в амбулаторных условиях и на дому, а также порядка социального обслуживания неизлечимо больных граждан и межведомственных взаимоотношений при оказании им медицинских услуг.

В поручении Президента России говорилось об установлении для паллиативных больных единого стандарта социальных услуг, единого стандарта медицинской помощи, рекомендованных для применения в субъектах Федерации, и далее об определении принципов и особенностей социального обслуживания и сопровождения граждан, полностью или частично утративших способность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, и оказания им медицинской помощи.

Подчеркиваю, срок исполнения был обозначен до 21 декабря 2017 года.

И это относится не только и не столько к Министерству здравоохранения Российской Федерации. Я вообще знаю, как там организована социальная служба, и конечно, в целом обидно. В целом, кажется, много сделано, но поручение Президента России выполнено частично, и во многом не выполнено.

Предлагаемый к принятию закон не отвечает на все принципиальные задачи, поставленные Президентом России, включая структуру и функции паллиативной помощи в стране, организацию и управление ею, важные вопросы финансирования (хватит ли у регионов ресурсов), взаимодействие медицинской и социальной сферы и прочее.

Мы рассматриваем сегодня, с нашей точки зрения, проект как промежуточный закон, который после дополнений, думаю, можно принять.

Положительно оценивая проведённую работу по исполнению поручений Президента России, считаем, что до принятия закона во втором чтении ещё необходимо поработать, так как предложенный проект решает только часть задач, поставленных Президентом.

Мы считаем, что необходимо в будущем подготовить единый закон об организации паллиативной помощи в стране, включающий и медицинские, и социальные аспекты, в соответствии с поручением Президента России, и ОНФ будет способствовать этому.

Что касается замечаний к обсуждаемому проекту, которые мы направляем в Государственную Думу, в них отмечено, что часть положений должны иметь прямое действие.

В отношении информированного согласия: у нас же есть хороший опыт, когда нет родственников и нужно срочно решать вопрос об операции, поскольку показания определяет консилиум врачей. Так можно и в нашем случае.

При назначении обезболивающих мы конкретно возражаем, чтобы это было какое-то неопределённое число лиц. Назначение должно быть решением врачебного консилиума не менее двух врачей.

Мы поддерживаем оплату конкретной медицинской паллиативной помощи вне зависимости от прописки больного, используя структуру ОМС, позволяющую проводить трансфер между регионами.

Нам бы хотелось внимательнее ознакомиться с подзаконными актами и окончательной позицией, но сегодня мы это услышали и от Минздрава России, и от Минтруда России.

В пояснительной записке я прочитал дежурную фразу, что дополнительного финансирования не требуется. Неправда, требуется. Тем более есть закон совместного действия. Не понимаем, как паллиативную медицинскую помощь будут оказывать не медицинские работники, которые не имеют медицинского образования – это новая дефиниция.

Незарегистрированные препараты у детей...

**Председательствующий.** Добавьте время.

**Рошаль Л. М.** ...это проблемы, которые касаются не только паллиативной помощи – это большая проблема у нас.

И я благодарю Государственную Думу за то, что она внимательно рассматривает эту проблему, мы готовы работать дальше.

Спасибо за внимание. *(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо, Леонид Михайлович.

Слово предоставляется Ларисе Дмитриевне Попович, директору института экономики здравоохранения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики».

Подготовиться Георгию Андреевичу Новикову. И затем мы переходим к выступлениям от политических фракций. Геннадий Андреевич Зюганов, готовьтесь.

**Попович Л. Д.** Вячеслав Викторович, спасибо. Спасибо, коллеги. Если можно, мне кликер, если нет, ладно.

*(Демонстрируется слайд.)*<sup>1</sup>

Уважаемые коллеги, паллиативная помощь – это помощь, которая на треть оказывается людям моложе 60 лет, и, к сожалению, точного количества людей, которые в ней нуждаются, нет. Оценки ВОЗ показывают, что в России количество людей, которые могут её требовать, может достигать почти 850 тысяч – это на 200 тысяч больше, чем мы пока учитываем.

Дальше. Лишь на 40 процентов эта помощь оказывается в онкологических ситуациях, остальное – это сердечно-сосудистые, неврология и прочие заболевания.

*(Демонстрируется слайд.)*

Если посмотреть отчётность Минздрава России, то, к сожалению, почти 180 тысяч человек вообще не получают эту помощь, по крайней мере, из отчётности нельзя понять, те же это люди, которые получают её. Вполне возможно, что ещё большее количество людей её лишены, причём в основном, как вы видите, розовая часть – это те, кто её не получает, это онкопатология, онкопаллиатив.

*(Демонстрируется слайд.)*

В Российской Федерации есть регионы, где количество коек, доступных паллиативным больным, в пять раз превышает среднемировые значения, но есть территории, где вообще нет этих коек. Непонятно, зачем нужна такая конфигурация, непонятно, как территории, не оказывающие помощь, обеспечивают её своим гражданам?

*(Демонстрируется слайд.)*

Что касается количества врачей: посмотрите, тёмно-синие [столбики] – это международные требования минимального обеспечения врачами, голубые – это наше штатное расписание, красные – это физические лица, которые оказывают эту помощь, двадцать процентов физической обеспеченности врачей в регионах Российской Федерации.

*(Демонстрируется слайд.)*

К сожалению, не существует закономерности между уровнем смертности в регионе и финансированием паллиативной помощи и доступности стационарной помощи. Внизу [графика] – это смертность, по ординату – финансирование и доступность госпитализации. Полностью отсутствует какая бы то ни было связь, регионы не занимаются этим вопросом прицельно.

*(Демонстрируется слайд.)*

Объём, доступность госпитализации в регионах отличается в 28 раз, притом, что в целом только 65 процентов от потребности госпитализации реализуется в России

Нам необходима межведомственная серьёзная система контроля качества оказания паллиативной помощи и обеспечения прав граждан, нам необходимо эти права прописать законодательно.

*(Демонстрируется слайд.)*

Мы посчитали дефицит и коек, и врачебных кадров. Почти 60 регионов имеют дефицит и того, и другого.

*(Демонстрируется слайд.)*

Мы просчитали объёмы финансирования: розовые столбики – это существующий объём финансирования, зелёные – это потребные по нормативам Минздрава России. Не выполняются нормативы Минздрава России по финансированию, нормативы программы государственных гарантий.

---

<sup>1</sup> Здесь и далее иллюстративный материал не приводится.

И рядом представлена средняя длительность лечения, которая должна быть учтена: нельзя делать плоские нормативы, нормативы должны быть дифференцированы, вероятно, в подзаконных актах Минздрав России это учтёт.

*(Демонстрируется слайд.)*

Но надо понимать, что паллиативная помощь – это не специализированная помощь, она включает самые разные виды помощи, и это тоже нужно учитывать. Все специалисты всех специальностей, и не только медицинских, вовлечены в оказание этой помощи нашим паллиативным пациентам. Эта система должна быть прописана куда более широко, чем сейчас она существует в порядках.

*(Демонстрируется слайд.)*

И, наконец, последнее. Нам необходимо следить за тем, чтобы не было смещения статистики по смертности в регионах Российской Федерации. Здесь представлены графики смертности от онкологической заболеваемости с 2006 года до введения индикаторов и после введения индикаторов. Без точной и грамотной, и главное, честной статистики невозможно планировать объёмы паллиативной помощи. Поэтому последний слайд – предложения наши законодательству. Да, статус, да, регистр, да, жёстко прописанные права...

**Председательствующий.** Добавьте время.

**Попович Л. Д.** ...Жёстко прописанные права, да, система межведомственного контроля качества предоставления паллиативной помощи и обеспечение прописанных законодательно прав граждан. Спасибо. *(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо, Лариса Дмитриевна.

Если вы не возражаете, мы у вас попросим материалы исследования, вами подготовленные. И если опять-таки вы не возражаете, давайте их размножим и раздадим депутатам Государственной Думы. И хотелось бы, чтобы профильные комитеты эти материалы получили в первую очередь. Сейчас идёт работа над законопроектом ко второму чтению. Вот Геннадий Андреевич предлагает всем раздать.

Если можно, Сергей Валерьевич, подумайте, как это сделать, и постарайтесь, чтобы такая возможность была у тех, кто хотел бы получить эти материалы. Спасибо.

Слово предоставляется Георгию Андреевичу Новикову, председателю правления Российской ассоциации паллиативной медицины, заведующему кафедрой паллиативной медицины.

Подготовиться Геннадию Андреевичу Зюганову. А дальше мы попросим выступить Александра Евгеньевича Ткаченко.

**Новиков Г. А.** Уважаемый Вячеслав Викторович, члены президиума, коллеги и друзья, которых, безусловно, огромное количество в этом зале!

Прежде чем взойти на эту трибуну, я подумал, что на самом деле первое упоминание о паллиативной медицинской помощи случилось с позиции терапии хронической боли, когда во всех федеральных онкологических институтах с 1985 по 1987 годы открылись первые кабинеты противоболевой терапии.

Жизнь жестока, поэтому многие наши коллеги, к сожалению, уходили от онкологических заболеваний. И я считаю, что сегодняшние парламентские слушания – хороший памятник им уже после жизни в их профессиональной компетенции, которая только поэтому, может, и состоялась.

*(Демонстрируется слайд.)*

Я хотел бы остановиться на трёх аспектах: это организационно-методологические аспекты, финансирование и подготовка кадров.

*(Демонстрируется слайд.)*

На этом слайде видно, что на самом деле мы говорим с вами о трёх главных блоках в паллиативной медицинской помощи. Это медицинская помощь, медико-социальная помощь, социальная медицинская услуга, которая появилась впервые после введения

совместного приказа, подписанного Вероникой Игоревной и господином Топилиным, он вышел в декабре позапрошлого года.

Если мы говорим об организационно-методологических подходах, то паллиативная медицинская помощь – это то, что в первую очередь имеет отношение к тем койкам, о которых сегодня уже говорилось, их 12 тысяч, это отделения, больницы и центры паллиативной медицинской помощи.

Если мы говорим о медико-социальной помощи, то эта помощь в первую очередь касается хосписов, и она крайне нужна. И, к сожалению, здесь мы сдали позиции, потому что не в каждом субъекте Российской Федерации есть это медико-социальное учреждение.

Если мы говорим о социальной медицинской услуге, то, безусловно, это погружение в социальную службу тех медицинских возможностей, которые есть у нашей страны.

*(Демонстрируется слайд.)*

Существуют различные варианты конечного периода, и очень импонирует, что сегодня вы затронули тему регистра. Это также было, Вячеслав Викторович, и на совете, который вы проводили.

Безусловно, если мы говорим о потребности, то в первую очередь надо рассчитать методологию оказания этой помощи. Такие методики у нас есть. Это касается не только онкологических больных, которых всего-навсего 1/3, это в основном пациенты неонкологического профиля – их 2/3. И после программы «80 плюс», подписанной Президентом России, речь идёт, безусловно, и о гериатрических пациентах.

К сожалению, в порядках оказания медицинской помощи по разным профилям позиция по паллиативной медицине есть только в гериатрии и в онкологии. Я думаю, что если они появятся в следующих, в других профилях, по кардиологии, неврологии и так далее, это только усилит наши позиции.

*(Демонстрируется слайд.)*

Если мы говорим о регистре, то в первую очередь его надо было бы составлять и делать не только с позиции учёта тех пациентов, которые нуждаются в паллиативной медицинской помощи, а, безусловно, с учётом оценки эффективности оказания этой помощи, потому что тогда это будет не бюрократический подход, а подход конкретный, с анализом каждого случая и оценкой того, насколько мы смогли этому пациенту помочь.

Я плохо разбираюсь в законотворчестве, но, если закон имеет прямое действие, то, внося туда регистр именно такой статьёй, от этого мы бы только выиграли и не тратили бы время на поиск этих пациентов.

*(Демонстрируется слайд.)*

Эта модель, которую мы предлагали в своё время, она может в каждом субъекте Российской Федерации выглядеть самостоятельно. Слава богу, в новом законе дан зелёный свет дневному стационару, но до сих пор в забвении остались центры и больницы паллиативной медицинской помощи, а они крайне нужны, на наш взгляд.

*(Демонстрируется слайд.)*

Они крайне нужны, на наш взгляд, и они должны создаваться с учётом географии, демографии, экономики каждого субъекта Российской Федерации.

На совете этот вопрос тоже поднимался. Я сейчас выступаю не от себя лично, а от Ассоциации паллиативной медицинской помощи, от правления: необходимо было бы создать национальный центр паллиативной медицины, федеральный, раньше это называлось бы, наверное, научно-исследовательский институт паллиативной медицины, который бы обеспечивал методологическое сопровождение этой проблемы. И этот центр должен финансироваться, как и окружные центры, которые должны быть созданы в каждом федеральном округе, за счёт федеральных средств и быть федерального подчинения.

Далее. В каждом региональном подчинении должны быть республиканские, краевые и областные центры, которые могут быть созданы как на функциональной ос-

нове в существующих медицинских организациях, такой опыт есть в ряде регионов, я не буду сейчас географией вас загружать, так и как самостоятельные медицинские организации, такие тоже у нас примеры уже есть.

*(Демонстрируется слайд.)*

Несколько вопросов о финансировании. Безусловно, отчасти фраза о том, что необходимо дополнительное финансирование, та справка...

**Председательствующий.** Добавьте время.

**Новиков Г. А.** Спасибо.

Та справка, которую мы читали с вами, если и не устарела отчасти, то жизнь вносит новые коррективы.

По тому эпидемиологическому исследованию, которое мы провели по поручению Министерства здравоохранения Российской Федерации... «Мы» – это не ассоциация, а Московский научно-исследовательский медико-стоматологический университет, – мы выявили, что 20 процентов этих пациентов нуждаются в инструментальных методах оказания паллиативной медицинской помощи, которые могут как раз в этом блоке медицинской помощи быть применены.

Поэтому, на наш взгляд, можно было бы рассмотреть возможность использования финансирования, выделения средств на эти методы и систему ОМС, и это бы закрыло очень многие проблемы, касающиеся реканализации, пункции, стентирования, различных блокад, имплантированных частей, элементов – это помпы и дозаторы и так далее. Поэтому обращаем ваше внимание, что в ОМС, наверное, надо было бы часть паллиативной медицинской помощи обязательно предусмотреть.

*(Демонстрируется слайд.)*

Несколько слов о подготовке кадров. На первом этапе мы занимались подготовкой кадров в Институте онкологии имени Герцена, этого было достаточно, потому что готовили специалистов для онкологической службы. Начиная с 1999 года 14 лет при кафедре онкологии Первого московского медицинского государственного университета, теперь это Сеченовский университет, был курс по паллиативной медицинской помощи. В 2013 году Первому меду «изменили по любви» с Третьим медом, и там была открыта первая кафедра, которая занимается подготовкой кадров, и основные её задачи – это обучение по программам дополнительного профессионального образования и научное обоснование, разработка методологии паллиативной медицинской помощи.

По межвузовскому сотрудничеству в этот процесс вовлечено более 35 вузов, и эту работу мы будем продолжать.

*(Демонстрируется слайд.)*

Если говорить о том, что нужно менять, то, безусловно, в систему дополнительного и додипломного профессионального образования необходимо внедрять эти программы, потому что любой врач, который заканчивает вуз, должен знать основы неотложной медицинской помощи и основы паллиативной медицинской помощи. Мы в нашем вузе уже два года преподаём эти основы в объёме 72 часов и готовы с ректорским корпусом поделиться всеми этими программами.

И, безусловно, надо бы уравновесить ситуацию и предусмотреть ординатуру и аспирантуру по паллиативной медицинской помощи. Может быть, её погружать, как предлагали в Сеченовском университете, в систему ординатуры по онкологии: там, где идёт, предположим, химиотерапия, лучевая терапия, хирургия, сделать один год по паллиативной медицинской помощи. Хорошо бы, чтобы ректорский корпус это тоже взял на заметку.

*(Демонстрируется слайд.)*

Пока нет таких возможностей, мы, как институт гражданского общества, занимаемся подготовкой кадров в регионах, поэтому достаточно хорошо знаем там ситуацию.

С 2016 года в рамках непрерывного медицинского образования исколесили полстраны и продолжаем это делать. И это крайне важно, поскольку именно там, осма-

тривая все эти подразделения, советуясь с коллегами, ты можешь до конца правильно сформировать то мировоззрение и те подходы, которые можно было бы применить для улучшения качества оказания этой помощи и совершенствования в дальнейшем паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации.

Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо, Георгий Андреевич.

Слово предоставляется Геннадию Андреевичу Зюганову, руководителю фракции Политической партии «Коммунистическая партия Российской Федерации».

Подготовиться Александру Евгеньевичу Ткаченко, протоиерею, генеральному директору Санкт-Петербургского детского хосписа, а затем послушаем Андрея Константиновича Исаева.

**Зюганов Г. А.** Уважаемые коллеги, товарищи!

Мы рады вас приветствовать и благодарим, что вы профессионально помогаете нам решать одну из самых сложных проблем.

Заверяю вас, что мы дружно поддержим все ваши предложения. Более того, наши авторитетные депутаты Мельников, Осадчий, Куринный, Ганзя, которые занимаются этими проблемами, слушают внимательно, всё конспектируют, и мы активно поддержим все предложения – даже если кто не выступит, просьба их сдать. Эта тема особо актуальна.

Сущность социального государства всегда определялась и определяется отношением к детям, женщинам и старикам, а высший гуманизм – в отношении к тяжелобольным, многодетным и инвалидам. В этом отношении Послание Президента России Федеральному Собранию, которому 1 марта исполнится год, отличалось от предыдущих документов.

Там впервые поставлены стратегические задачи на ближайшие годы, суть которых определяется необходимостью войти в пятёрку самых мощных держав мира, наполовину сократить бедность, повысить доходы граждан и чётко определить приоритетные задачи.

Среди этих 12 национальных проектов главные, на мой взгляд, – образование, здравоохранение и наука. Весь вопрос упирается в то, и сейчас об этом говорили, достаточно ли финансирования для решения этих сложных проблем.

Когда Президент России представлял премьера, я, выступая с этой трибуны, сказал: у вас прекрасные задачи и есть возможность прорваться. Но для того чтобы их решить, элементарный подсчёт гласит, надо расширить расходную базу бюджета, главного закона, который здесь принимается, минимум на 10 триллионов.

После обсуждения с премьером и министрами сошлись, что надо как минимум 8 триллионов, но в современном бюджете этим пока и не пахнет.

Всемирная организация здравоохранения объясняет: хотите развивать здравоохранение, иметь продолжительность жизни до 80 лет – выделяйте минимум 6 процентов расходной части бюджета.

Немцы, американцы, французы вкладывают около 9 процентов, некоторые побольше, поменьше. У нас всё топчется вокруг 3,6.

На этот год, после того как мы вместе с вами немножко поднадавили, получилось 3,7. Открываете бюджет на следующий год – опять 3,6. И какие бы прекрасные обещания нам ни давали министры, которые профессиональны в своём деле, какие бы вы советы ни давали, если таким образом будет и дальше финансироваться главная отрасль страны, никаких принципиальных улучшений быть не может, надо просто быть реалистом в этом деле.

Я взял ваши предложения, этот бюджет здравоохранения, национальную программу, открыл 41-ю статью Конституции, которая гласит, что доступность и бесплатность здравоохранения гарантирована каждому.

Я смотрел опрос: 49 процентов граждан недовольны качеством обслуживания и считают, что оно не улучшается, а во многом ухудшается.

Каким же образом финансируется здравоохранение?

На первичную помощь, которая исключительно важна, на ближайшие годы выделяется 62 миллиарда, детской медицине – 211 миллиардов.

Сравните с «Роснефтью», которая за один год, за прошлый год, выплатит дивидендов 274 миллиарда. В одной компании, которая добывает нашу нефть, выплатят своим акционерам больше, чем выделяется на две главные программы оздоровления, рассчитанные на ближайшие 5 лет.

Фридман взял и укачал 420 миллиардов наших денег на развитие здравоохранения в Америке и в Англии. Тем не менее попал в санкционные списки. Сумасшедшие деньги, которые соизмеримы с нашими бюджетными расходами на образование и здравоохранение. А нам заявляют, что нет денег. В прошлый раз нам Силуанов доказывал, мы с этим категорически не согласились, надеюсь, и председатель Государственной Думы нас теперь поддержит, что денег нет.

Какова же ситуация с банками, где государство имеет контроль? У них 50 триллионов, три бюджета лежат омертвлённых средств, и всего 4–5 процентов они вкладывают в инвестиции. Ну, при таком финансировании никаких принципиальных изменений быть не может. Говорят, давайте подождём. Вот тут я абсолютно, категорически не согласен. Мы с вами за 25 лет потеряли девять миллионов наших соотечественников. Русские области Российской Федерации потеряли каждого шестого жителя. Моя родная Орловская область потеряла больше, чем в годы Великой Отечественной войны. С этим нельзя смириться, потому что исчезновение государствообразующего народа означает распад этих территорий – их нечем будет держать. А сейчас, когда спрашивают: «Чем вы гордитесь?», – получают ответ: «Великой Победой, великой наукой, великим космосом, великим русским языком, великой классикой». «А чего стыдитесь?» – «Распада страны и обнищания населения». Так вот, чтобы сплотить людей на решение этих проблем, надо прежде всего позаботиться об этом.

Открываю официальную статистику за последние два года: 300 тысяч жителей России исчезло. Мы теряем население. Американцы за 25 лет увеличили на 77 миллионов, французы на 10, англичане на 9, а мы 9 потеряли, притом что приехало 7 миллионов мигрантов, и всё равно отрицательный баланс. ВИЧ-инфекция у нас в семь раз больше, чем в США, и в 10 раз, чем в Китае. Наркомания – в пять раз больше, чем в Евросоюзе. Туберкулёз, как пожар, в восемь раз больше, чем в Германии. Рынок лекарств – 1 триллион 300 миллиардов в год.

То есть у нас тут огромное поле для решения проблем. И вот то несчастье...

**Председательствующий.** Добавьте время.

**Зюганов Г. А.** ...которое касается тяжелобольных, тех, о ком мы сегодня заботимся, кому должны протянуть руку в первую очередь, должно нас подтолкнуть прежде всего к изменению финансовой политики. Я надеюсь, что Президент России нас услышит. Недавно мы с ним целый час обсуждали эту проблему, он понимает нашу обеспокоенность. Но ещё раз хочу подчеркнуть простую мысль: за 100 рублей вы хорошо жить не будете. Если хотите решить проблему, бюджет развития должен быть 25 триллионов. Деньги реально есть. Мы положили на стол Государственной Думы 12 законов, которые позволяют решить эту проблему в ближайшее время. Поддержите, и мы справимся с многими проблемами, которые нас волнуют.

Удачи всем. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо, Геннадий Андреевич.

Слово предоставляется Александру Евгеньевичу Ткаченко, протоиерею, генеральному директору Санкт-Петербургского детского хосписа. Подготовиться Андрею Константиновичу Исаеву. А затем у нас выступит Анна Константиновна Федермессер.

**Ткаченко А. Е.** Глубокоуважаемый Вячеслав Викторович, члены президиума, дорогие коллеги!

Первые в России взрослые и детские хосписы были созданы в Санкт-Петербурге, где на практике разрабатывалось понятие паллиативной помощи и формировались первые законодательные основы системы паллиативной помощи людям. Система паллиативной помощи развивалась благодаря усилиям коллег, которых я хочу поблагодарить, а в первую очередь коллег из Министерства здравоохранения Российской Федерации. При огромном общественном прессинге именно Минздрав России целенаправленно и методично разрабатывал систему паллиативной помощи, формировал нормативно-правовую базу, создавал инфраструктуру и систему социального партнёрства.

Я хочу вспомнить Андрея Владимировича Гнездилова, создателя первого взрослого хосписа в 1990 году. Мы все в определённой степени его ученики, последователи.

Валентина Ивановна Матвиенко, первый детский хоспис в России – это её личный проект. Именно она смогла поддержать инициативу Русской православной церкви, донести идею о необходимости создания детского хосписа до официальных лиц государства и создать условия, при которых это стало государственной услугой, предоставляемой за счёт средств бюджета. Коллеги из регионов России знают, что громче всех, чаще звучат мнения экспертов в Петербурге и Москве. Но судьба паллиативной помощи формируется и вершится именно в регионах.

Я хочу вспомнить и поблагодарить присутствующего здесь Георгия Андреевича Новикова, руководителя Ассоциации паллиативной помощи, за почти 30-летний труд по развитию науки и подготовке кадров.

Возвращаясь к теме законодательных основ паллиативной помощи, хочу заметить, что никакие законодательные изменения не решат проблему. Вопрос стоит в исполнении законодательства. Там, где паллиативной помощью занимаются, где губернаторы поддерживают эту тему, где некоммерческие организации активны, находятся возможности и ресурсы для организации и межведомственного взаимодействия, и решения других вопросов. Там пациенты получают помощь.

Данная законодательная инициатива прошла серьёзное общественное обсуждение. Ко второму чтению поправки в большей степени выражают мнение экспертов и общественных организаций. Нулевые слушания в Общественной палате состоялись. Прошло обсуждение в регионах. И хотя звучали разные и порой диаметрально противоположные оценки, мы понимаем, что нынешний вариант законодательства не идеален.

Например, не раскрыта тема экономической целесообразности. Требуется более детальной проработки утверждение, приведённое в финансово-экономическом обосновании к законопроекту. Вызывают беспокойство риски, связанные с применительной практикой использования нормативно незакреплённого в настоящее время термина «поддержание функции организма». Но я уверен, что предложенные поправки улучшат положение людей, нуждающихся в паллиативной помощи. После принятия этих поправок потребуется внести изменения в нормативные акты, касающиеся здравоохранения, социальной защиты, образования, порядка оснащения учреждений. И самое главное, в каждом регионе нужно будет разработать программу развития паллиативной помощи с учётом особенностей региона, его протяжённости и плотности населения.

Президент России дал поручение выделять громадные средства – 5,35 миллиарда рублей ежегодно на протяжении пяти лет. Но важно, чтобы выделяемые бюджетом средства были не просто освоены для обновления больничного оборудования, а расходовались с умом.

Я обращаюсь к депутатскому корпусу, к каждому из вас, прошу в своём регионе вместе с общественными палатами регионов, некоммерческими организациями, практикующими специалистами оценить и обсудить эффективность предлагаемых региональных программ развития паллиативной помощи.

Ещё один очень важный аспект – это аспект этики. Когда в какую-то сферу приходят деньги, сразу появляются люди, которые на этой теме надеются построить собственную политическую карьеру. Мы видим уже немногочисленные попытки использовать эту тему для самопиара. Я считаю, что это неэтично. Нужны не призывные речи с трибун, а конкретная методическая работа на местах.

Господь сказал в притче, что дерево познаётся по плодам. Наши сегодняшние парламентские слушания – это плод многолетних трудов людей, сидящих в этом зале, врачей, общественников, священнослужителей.

Сейчас мы ожидаем от депутатского корпуса не только принятия поправок, но и контроля за практическим исполнением закона.

Я вчера приехал к себе, в детский хоспис, и рассказал, что я готовлюсь к выступлению в Государственной Думе перед депутатами. Меня спросили дети: кто такие депутаты? Я сказал, что это люди, которые принимают законы, в том числе они будут принимать закон о паллиативной и хосписной помощи. Меня спросил мальчик: откуда они знают, что нам нужно? Вот в этом детском вопросе звучит надежда, которая возлагается на вас. Ведь каждая буква закона отражает судьбу конкретного человека, очень тяжёлую судьбу. И именно по нам пациенты хосписа будут судить о том, насколько ответственно каждый из нас подошёл к формированию паллиативной помощи в стране.

Я благодарю всех за труды и приглашаю посетить Санкт-петербургский детский хоспис, чтобы поговорить с детьми и родителями. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо.

*(Аплодисменты.)*

Спасибо, Александр Евгеньевич.

Слово предоставляется Андрею Константиновичу Исаеву, первому заместителю руководителя фракции политической партии «ЕДИНАЯ РОССИЯ».

Дальше попросим выступить Анну Константиновну Федермессер.

И после этого, если вы не возражаете, предоставим слово Сергею Васильевичу Натарову.

Коллеги, у нас так складывается, что уже второй раз звучат с этой трибуны предложения выступающих, которые приходят в Государственную Думу, представляя профессиональное сообщество тех, кто занимается оказанием паллиативной помощи. И такая мысль всё больше и больше продвигается: вот мы знаем, что это такое, а присутствующие не знают.

Уважаемые коллеги, у нас есть дети, у нас есть близкие, у нас есть друзья. И наши близкие, друзья уходят из жизни. Мы хорошо знаем, что такое мучиться от боли, что такое оказываться в ситуации, когда тебе помочь никто не может. И давайте мы эту тему закроем, потому что она неэтична. Потому что вы, с одной стороны, говорите: давайте не будем использовать этот вопрос в политике, политизировать эту тему, – а с другой стороны, постоянно пытаетесь на этом спекулировать. Неправильно это.

Вот в этом зале присутствуют депутаты. Депутаты – это ваши представители. Председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья впервые избран в Государственную Думу, это один из лучших детских хирургов Российской Федерации, профессор, доктор медицинских наук Дмитрий Анатольевич Морозов. Фракцию КПРФ на слушаниях представляет Алексей Владимирович Куринный – главный врач медицинского центра Ульяновской области. И я бы мог вот так перечислять наших коллег, имеющих отношение к медицине, к образованию. Вот здесь у нас Тамара Васильевна Плетнева была, учитель, директор школы из Тамбовской области.

Поэтому, когда вас дети будут спрашивать, вы можете смело говорить, что депутаты знают эти проблемы. И нам хотелось бы эти проблемы решить как можно более эффективно. И давайте здесь вместе этим вопросом заниматься. Потому что такой режим обратной связи нам позволит, с одной стороны, уйти от ошибок, а вам быть сопри-

частными выработке решений, от которых зависит судьба и детей, которые требуют паллиативной помощи, и взрослых. И, в общем-то, это закон, который может коснуться любого из нас, коллеги, любого: депутата, работника паллиативного центра, чиновника, пенсионера. Давайте из этого исходить. А потом, власть – она не вечна. Вот мы сидим здесь за столом в президиуме, а завтра окажемся в ситуации, когда нам необходима будет эта помощь. Все под богом ходим. Поэтому давайте исходить либо из этих принципов, либо мы с вами будем всегда искать что-то такое, на чём можно сыграть.

Вот мы ведём открытый диалог с министерствами. Два министра здесь уже почти два часа принимают участие в обсуждении, делают пометки, заместители министров также в этом зале присутствуют. Представители 74 регионов сюда приехали, 700 человек, для того чтобы при принятии законопроекта во втором чтении исправить ошибки, внести новые предложения и сделать законопроект работающим, потому что, ещё раз подчеркну, этот законопроект сложный, он рамочный. А рамочный законопроект предполагает, с одной стороны, базовые нормы и принципы, которые мы принимаем, а с другой стороны, участие регионов, программы регионов. С одной стороны, финансирование федеральное, а с другой стороны, софинансирование региональное. А дальше это, безусловно, участие и сообщества, которое представлено некоммерческими организациями, волонтерами, вовлечение их в это. Это, коллеги, очень сложный процесс.

А вот если мы с вами, пройдя всё это, примем закон, который не будет работать, который не решит проблемы, вот тогда можно будет сказать: депутаты – те люди, которые нас не услышали. Но мы хотим вас услышать. И поэтому давайте по существу разговаривать, коллеги, и если такие вопросы возникают, то старайтесь их объяснять так, как вы считаете правильным, исходя в том числе из опыта этого взаимодействия. А иначе мы можем постоянно встречаться, а заканчиваться всё это будет, знаете, политическими играми.

В общем-то, у нас с вами до избирательной кампании много времени, вот когда она придёт, люди учтут и наши решения, и принятые нами законы. И если они будут работать, и если они принесут пользу, люди свой выбор сделают в пользу того депутата, кто эти решения принимал, а если эти законы не будут работать, понятно, что такой депутат, скорее всего, не изберётся.

А сейчас слово предоставляется Андрею Константиновичу Исаеву, первому заместителю руководителя фракции Всероссийской политической партии «ЕДИНАЯ РОССИЯ» в Государственной Думе. Пожалуйста.

**Исаев А. К.** Спасибо.

Уважаемый Вячеслав Викторович! Уважаемые коллеги!

Мы, безусловно, очень долго шли к этому закону. Необходимо было, чтобы изменилось в целом отношение общества – общества, которое не хочет думать о смерти, общества, которое считает, что смерть – это то, что бывает с другими, что медицина должна заниматься только людьми, которые имеют возможность выздороветь полностью или частично. И общество долго отодвигало от себя эту тему, просто не хотело о ней говорить и думать.

Напомню, что перелом наступил и это стало широко обсуждаться в том числе на парламентской площадке в 2014 году, когда общество потрясли несколько самоубийств безнадежно больных людей, которые не могли получить надёжное современное обезболивание. Тогда об этом заговорили все. Тогда, в 2014 году, был принят закон, значительно облегчивший доступ к обезболивающим препаратам.

Мы внимательно взглянули на работу тогдашнего наркоконтроля, чем он на практике реально занимается. Я согласен с тем, что, как сказал предыдущий оратор, надо отдать должное Министерству здравоохранения Российской Федерации, потому что в этот момент появилась «горячая линия», были изданы первые два приказа о паллиативной помощи взрослым и отдельный приказ о паллиативной помощи детям.

Мы продолжали изучать эту тему. Напомню, что в 2016 году Государственная Дума заказала большое комплексное исследование, посвящённое этому вопросу, опыту зарубежных стран. В прошлом году в мае состоялись первые парламентские слушания, посвящённые этой теме. Таким образом, законопроект готовился долго, готовился на разных площадках, поэтому, конечно, хотелось бы, чтобы сегодня он вышел из стен парламента максимально эффективным.

Что для этого, с нашей точки зрения, необходимо сделать?

Первое. Совершенно очевидно, что первая и самая главная проблема, которая должна быть решена для, к сожалению, безнадежно больных людей и для их семей, – это обезболивание. Только после этого можно говорить о каких-то иных видах помощи. Боль затмевает всё. Сегодня в законе сформулировано в качестве задачи облегчение боли, а не избавление от неё, и использование доступных методов обезболивания. Комитет по этому поводу уже высказывался и во время первого чтения законопроекта, и на Совете по законотворчеству при Председателе Государственной Думы. Мы считаем, что должна быть найдена юридическая формулировка, которая нацеливала бы медиков на исключение боли, на работу в этом направлении, на использование всех необходимых для этого средств.

Второе. Здесь неоднократно уже говорилось о подготовке подзаконных актов. Напомню, что в Регламенте Государственной Думы информацию о подзаконных актах представляют нам к третьему чтению, но в данном случае Государственная Дума сделала исключение. Мы попросили представить проекты подзаконных актов ко второму чтению. Почему? Закон, как уже говорил Вячеслав Викторович, во многом является рамочным, и от того, какие это будут проекты, мы поймём, какие поправки ещё необходимы ко второму чтению либо от каких можно отказаться, потому что это уже в подзаконных актах отрегулировано. Мы хотим получить проекты подзаконных актов ко второму чтению, мы хотим иметь полную картину того, как заработает данный законопроект.

Третье – это то, что будет, наверное, нашей самой большой головной болью: реализация законопроекта в субъектах Федерации. Очень хорошо, что сегодня прозвучала важная мысль о том, что человек, переехавший из региона в регион, в результате межбюджетных трансфертов получит помощь, хотя он состоит на медицинском учёте в другом субъекте, а приехал провести свои последние дни, предположим, к детям. Это очень важно и это очень значимо, но тревожит другое.

Федеральный бюджет, об этом говорилось, выделил средства помощи субъектам Федерации на организацию паллиативной помощи в прошлом году. Некоторые субъекты, к счастью, их мало, вернули эти средства, не смогли их освоить. Это что означает? Это означает, что паллиативная помощь в этих субъектах не организована в принципе. Это означает, что мы можем столкнуться с ситуацией, что право человека получить возможность достойно прожить свои последние дни будет зависеть от того, в каком субъекте Федерации он прописан. Этого допускать, безусловно, нельзя. И это должно стать центром особого внимания и со стороны государства и правительства, и со стороны парламента после того, как закон заработает.

Необходимо, я думаю, в подзаконных актах особо уточнить ситуацию с обеспечением людей, находящихся на дому, необходимым медицинским оборудованием. Вот, честно говоря, до сих пор непонятно: была названа цифра, что более 250 человек получают, скажем, помощь, связанную с искусственным дыханием. Но, наверное, нуждается в этом гораздо большее количество людей. Необходимо чётко прописать, кто будет отвечать за это оборудование, за его сохранность, за его качественную работу, за финансирование по этому оборудованию. Это мы должны увидеть если не в законе, то в подзаконных актах.

Безусловно, мы понимаем, коллеги, что принятием данного закона вопрос не будет исчерпан. Надо будет принимать много других норм. Вот здесь говорили с благодарно-

стью о хосписах. Это очень правильно, и они должны развиваться. Но вот, например, законопроект, подготовленный моими коллегами из Государственной Думы, который давал право предоставлять некоммерческим организациям безвозмездно земельные участки на 49 лет в пользование для строительства хосписа, был Правительством России не поддержан под, с нашей точки зрения, надуманными предложениями, что это может использоваться для иных целей. Сомневаюсь, что некоммерческая организация откроет на одном и том же участке хоспис и увеселительный клуб. Это маловероятные вещи, и, наверное, такой аргумент не может быть принят.

Совершенно очевидна тема лекарственного обеспечения. Я понимаю и согласен идеологически с Вероникой Игоревной, что нам надо стремиться к тому, чтобы действовали только зарегистрированные наши лекарства. Но тема использования...

**Председательствующий.** Добавьте время.

**Исаев А. К.** Можно добавить одну минуту? Тема использования незарегистрированных лекарств возникла потому, что наших-то не хватает, особенно, в первую очередь, для детей.

С целью исправления ситуации необходимо сделать многое. Сегодня недорабатываем и мы, Государственная Дума, и Правительство России в вопросах устранения препятствий для регистрации как наших новых лекарств, так и лекарств, произведённых в других странах.

С этой целью по поручению Председателя Государственной Думы мы создаём межфракционную рабочую группу. Сегодня состоится организационное собрание. Мы приглашаем представителей общественности, заинтересованных министерств и будем работать в постоянном режиме над совершенствованием нашего законодательства с целью обеспечить необходимыми лекарственными средствами всех наших граждан.

В целом же хочу сказать, что с принятием закона работа в этом отношении не закончится. Она продолжится, безусловно. И эта тема была и останется одной из основных тем парламентского контроля. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Андрей Константинович.

Уважаемые коллеги, мы с вами работаем уже более чем два часа, но желающих выступать всё больше и больше. И так как изначально договорились с министром здравоохранения Российской Федерации, что будем исходить из регламента, а Вероника Игоревна должна будет присутствовать на совещании у Председателя Правительства России, коллеги, давайте мы проведём уже заявленные выступления, а затем послушаем Веронику Игоревну, после чего Вероника Игоревна вместо себя делегирует для обсуждения первого заместителя Татьяну Владимировну Яковлеву и своих коллег по Министерству здравоохранения Российской Федерации. Мы продолжим обсуждение с тем, чтобы у всех была возможность выступить. И по итогам этих выступлений сформируем предложения по внесению поправок в законопроект во втором чтении.

Поэтому, если вы не будете возражать, мы предоставим слово Анне Константиновне Федермессер, директору московского многопрофильного центра паллиативной помощи учредительного благотворительного фонда помощи хосписам «Вера».

Затем выступит Сергей Васильевич Натаров от фракции ЛДПР. И далее у нас выступление Вероники Игоревны, которая будет иметь возможность ответить на вопросы, которые ранее прозвучали.

А потом у нас уже будут идти выступления. Если прозвучат темы, имеющие отношение к Министерству здравоохранения Российской Федерации, в заключительном слове по ним выскажется Татьяна Владимировна Яковлева.

Нет возражений по такому регламенту? Нет. Но, учитывая, что у нас действительно интерес огромный, давайте мы организуем свою работу таким образом, чтобы она была эффективной.

Пожалуйста, Анна Константиновна Федермессер.

**Федермессер А. К.** Большое спасибо за возможность выступать – это огромная честь. И огромное спасибо коллегам из Государственной Думы, потому что я предположить не могла, что можно найти людей, которые так быстро и так глубоко погружаются в тему, как Юрий Викторович Кобзев, Дмитрий Анатольевич Морозов, как Андрей Константинович Исаев, спасибо вам огромное за доклад.

И, Вячеслав Викторович, большое спасибо за то, что вы осмеливаетесь озвучивать все те проблемы, которые мы уже устали озвучивать и внутренне готовы идти на компромиссы. Спасибо, что вы не позволяете идти на компромиссы. Большое спасибо.

Я подумала, что не буду говорить про поправки, мы всё это поделили между выступающими, все уже знают, все уже всё это обсудили. Я хочу ещё раз вам сказать, что это действительно народный закон, это действительно про каждого человека.

Вот на этой трибуне герб. Это огромная ответственность – выступать под гербом страны, под ним не должно звучать ни слова лжи, никакой.

И мы действительно идём вслед за невероятными людьми: за Андреем Владимировичем Гнездиловым, за Верой Васильевной Миллионщиковой, за Елизаветой Петровной Глинкой, за Галиной Чаликовой, за контрадмиралом Афанасенко и его мужественной семьёй, которая не побоялась вытащить эту тему.

За такими потрясающими врачами, как Алевтина Петровна Хориняк, которая не побоялась пройти суды, чтобы доказать, что пациенты заслуживают обезболивания.

Мы идём за такими удивительными людьми, которые продолжают работать и сейчас сидят здесь, в этом зале, – это Ольга Васильевна Осетрова, Ольга Александровна Березикова, это Эльмира Шамильевна Каражаева, те, кто начинал хосписную помощь тогда, когда в законодательстве её не было и она совершенно вне правового поля существовала.

Я говорю от имени родителей детей, которые нуждаются в паллиативной помощи, и родителей, которые столкнулись с самым страшным – с необходимостью провозжать своего ребёнка. От имени родственников пациентов и от имени самих пациентов, которых сейчас в той организации, которой я руковожу, более 7 тысяч человек.

Если говорить про фонд «Вера» – это более 70 организаций, которые фонд «Вера» поддерживает по стране, и мы ежедневно получаем от них обратную связь, мы действительно знаем, какие проблемы существуют. И к сожалению, далеко не все эти проблемы решаются законопроектом.

Андрей Владимирович Гнездилов как-то сказал: голос дилетанта в оркестре слышнее, и поэтому мне не стыдно, что я не врач. Да, за счёт этого во многом мой голос оказался слышнее, и я невероятно признательна, что он был услышан и Президентом России, и Государственной Думой, и Администрацией Президента.

Есть такой треугольник, который Всемирная организация здравоохранения показывает как основу строительства института паллиативной помощи, треугольник, у которого три стороны: образование, лекарственное обеспечение и инфраструктура. Но у этого треугольника на макушке есть ещё одно очень важное – политическая воля. Ни в одной стране паллиативная помощь без политической воли не получила развитие.

То, что мы имеем в Москве в последние три года – это результат политической воли московского руководства: это и Собянин, и Печатников, и Хрипун, за что им огромное спасибо.

Очень коротко о том, что Москва сделала в рамках существующего законодательства. В Москве есть координационный центр и система учёта: все больные посчитаны, всё персонифицировано, и мы можем прогнозировать, сколько нам нужно денег, сколько нам нужно препаратов и какая помощь больше нужна: на дому или в стационаре?

Есть внутренний отдел контроля качества, который регулярно, ежедневно обзванивает дома и проверяет пациентов в стационарах, общается с родственниками. Мы единственный субъект, который сумел погрузить в госзадание транспортировку. Доро-

же? Да, дороже. Но нужно озвучивать проблемы. Сегодня по всей стране в связи с тем, как это зафиксировано в норме приказа Минздрава России, самые уязвимые пациенты, умирающие, не имеют права транспортироваться скорой помощью и платят за это деньги.

Только в Москве сегодня есть выездные службы, в единственном субъекте в стране. А почему? Ведь это не сложно, это не требует изменения федерального законодательства. Единственный субъект в стране, где выездные на дому работают 24 на 7, где у каждого врача, что не запрещено в выездной бригаде, есть укладка с опиатами и миорелаксантами, и каждый приезжающий на дом врач может обезболить пациента, выписать ему рецепт.

**Председательствующий.** Добавьте время.

**Федермессер А. К.** У нас в единственном субъекте есть приказ о межведомственном взаимодействии, он трудно идёт, в ручном управлении, но он идёт, мы уже год оказываем помощь людям в учреждениях социальной защиты стационарного типа, а наших пациентов, нуждающихся в длительной помощи и в сестринском уходе, а не в паллиативе, забирают к себе практически без очереди учреждения соцзащиты Москвы. И мы единственный субъект, где есть постановление правительства Москвы № 503, прописывающее права и механизм предоставления дорогого респираторного оборудования, аппаратов искусственной вентиляции лёгких семьям. Мы очень хотим, чтобы подобный механизм был отражён в федеральном законодательстве для других субъектов.

Даже тогда, когда закон будет принят, во втором чтении, третьем чтении, тогда, когда какие-то поправки учтутся, а какие-то нет, останется ещё целый ряд моментов, которые будут препятствовать эффективному развитию паллиативной помощи, помощи для каждого из нас.

Это находящийся сейчас на рассмотрении законопроект о декриминализации ответственности врача. Сейчас его формулировка крайне неразумна, она ужесточает меры в отношении физических лиц, хоть и переводит в административную преюдицию нарушения со стороны медиков.

Есть третий федеральный закон, где не разведены понятия «пропаганда» и «информирование», и мы сегодня не имеем права в нужном объёме информировать пациентов о том, что боль нельзя терпеть и нужно лечить, а главное, можно вылечить.

К сожалению, нет в нашем законе сегодня, в его поправках возможности оказывать помощь членам семьи. Нам чиновники говорят, что всё уже написано и прописано и психологическую помощь можно получить в поликлинике. Так вот, нельзя, дорогие депутаты, имейте это в виду, когда будете голосовать. Сегодняшний законопроект всё-таки не позволяет нам создать грамотную межведомственную систему и в едином учреждении уникальную команду профессиональную, которая состояла бы, как рекомендует ВОЗ, из врача, медицинской сестры, психолога, где-то священника, диетолога и обязательно социального работника. Социальный работник – ключевой в системе паллиативной помощи. Когда они работают в разных структурах, в разных ведомствах получают зарплату, команды не получаются.

Препятствовать также будет отсутствие детских форм, и нет, по индивидуальным показаниям сегодня нельзя ввезти в страну наркотические обезболивающие средства, а если было бы можно, то представьте себе, что ребёнок должен был бы ждать в течение двух недель, пока ему привезут морфин в сиропе.

Кроме того, у нас не предусмотрена помощь особо уязвимым категориям граждан, всё-таки я не верю, что будет работать норма, и просила бы от Министерства финансов Российской Федерации дополнительных разъяснений норм по оказанию помощи гражданам, проживающим без регистрации. Да, у субъектов есть право, но это право, не обязанность. Я бы хотела настаивать на том, чтобы в законе был прописан запрет на отказ в оказании паллиативной помощи, если человек проживает без регистрации.

В Москве невероятное количество мигрантов, в Москву приезжают люди лечиться в федеральные клиники, и каждый раз, когда департамент здравоохранения Москвы подписывает нам разрешение на госпитализацию, это для руководства департамента нравственная дилемма – или они соглашаются и помогают, или они отказываются. Но, соглашаясь, они идут на внебюджетное, нецелевое расходование бюджетных средств.

Самое грустное, что в статье 80 мы не прописали обеспечение пациентов в полном объёме оборудованием, расходными материалами на дому, ссылаясь на то, что наши пациенты инвалиды, а раз они инвалиды, то им всё это положено из средств социальной защиты. Но срез одного дня по Москве показывает, что более 40 процентов пациентов, находящихся под опекой паллиативных служб, не инвалиды, они не успели получить инвалидность.

И то, о чём говорил Максим Анатольевич Топилин: да, эта норма кое-что упростит, но всё равно очень долго. Сам вот этот статус уже должен быть обязательством к тому, чтобы человек даже без инвалидности, став пациентом, нуждающимся в паллиативной помощи, приобрёл право на социальные услуги.

И последнее – это то, как распределяются деньги.

Да, региональные программы, на мой взгляд, сейчас ключ к решению, чтобы не повторить ошибку 2018 года.

Кроме того, если региональные программы будут учитывать особенности работы субъекта – демографические, экономические, – то тогда есть шанс тратить деньги грамотно, не на оборудование и лекарства. Что изменится, если мы, не умея качественно помочь, положим человека на хорошую кровать, что изменится, если мы купим препараты, но не избавим врача от страха работать с опиатами?

Если мы говорим о том, что в этом законе (ура!) прописываем возможность оказания паллиативной помощи на всех этапах, то дальнейшее движение законопроекта по открытой реанимации – это must, это крайняя необходимость, потому что и там, в отделениях реанимации, масса людей нуждается в оказании паллиативной помощи в силу тяжести состояния.

И три цитаты. Последнее.

Андрей Владимирович Гнездилов сказал удивительную вещь про паллиативную помощь: «Мы работаем с неглаженными стариками. Мы их гладим, они рыдают».

Вера Васильевна Миллионщикова: «Как мы с ними, так и с нами будет».

И доктор Гааз: «Милосердие важнее справедливости».

Милосердие важнее справедливости.

Спасибо большое. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Учитывая, что вы имели возможность выступать при обсуждении законопроекта в первом чтении, а сегодня мы готовимся к его рассмотрению во втором чтении, вы видите, насколько меняется отношение к закону, насколько мы с вами находим понимание в Правительстве России, с нашими коллегами из профильных министерств по данному законопроекту. Это во многом результат и вашей работы, ваших коллег, и вам слова благодарности за то, что вы фактически днюете и ночуете в стенах Государственной Думы, знакомитесь с работой комитетов, а всё оставшееся время посвящаете тому, чему посвятили жизнь – хосписам.

Спасибо.

Коллеги, слово предоставляется Сергею Васильевичу Натарову. Он у нас выступает от фракции Политической партии ЛДПР – Либерально-демократической партии России. А затем послушаем Веронику Игоревну Скворцову с промежуточным докладом, а итоговый доклад в конце слушаний от министерства сделает Татьяна Владимировна Яковлева. Пожалуйста.

**Натаров С. В.** Спасибо, Вячеслав Викторович.

Я хочу поприветствовать всех в зале. Огромное спасибо, что из регионов очень много откликнулось, приехало после первого чтения.

Хочу коллегам рассказать и доложить, что в этом же зале этот закон в первом чтении был принят всеми фракциями, 415 человек, ни одного против. Поэтому надеюсь, что так же тщательно мы подготовимся и ко второму чтению, и закон будет принят единогласно.

О чём это говорит? Буквально год назад в стенах Государственной Думы проходили общественные слушания на эту же тему, только в Малом зале. Наша фракция и наш лидер Владимир Вольфович заявили тогда о том, что государство должно более активно включаться в эту проблему и формировать законодательное поле.

Но вот прошёл год, Правительство России признало, что эта проблема в обществе стоит очень остро, и включилось в её решение, был внесён законопроект.

Мы считаем, что это только начало пути. Необходимо, конечно, формировать базу и предложения, которые высказывали наши эксперты, формировать в полноценный законопроект о паллиативной помощи, который должен появиться в России.

Мы также поддерживаем предложения, которые сегодня были озвучены, о том, что необходим контроль и учёт в паллиативной помощи. Считаем, что те подзаконные акты, которые, как мы договорились, будут внесены ко второму чтению, дают нам возможность правильно сформировать поправки и договориться. Сегодня есть возможность всем принять этот закон и получить некое общественное согласие. Тогда этот закон будет действительно работать. Поэтому думаю, что мы только в начале пути. Необходимо будет вернуться, и нам придётся возвращаться к этому законопроекту. Хотелось бы отметить, что практически все вопросы, которые обсуждались общественниками на различных площадках в субъектах Федерации, где мы встречались, сегодня были заданы в начале слушаний Председателем Государственной Думы. Вячеслав Викторович, огромное спасибо, потому что на многие вопросы, которые вы задали, были получены ответы из министерств. Поэтому можно понять, в какой степени депутаты и руководство погружены в этот законопроект.

На субъекты Федерации, наверное, ляжет самая основная часть ответственности за реализацию этого законопроекта и не только, потому что полномочия там, и весь механизм, который, видимо, будет предусматривать подзаконные акты, будет ложиться именно на субъекты Федерации. И мы видели по многим выступлениям, что субъекты Федерации не совсем готовы к этому вопросу. Поэтому, наверное, всё-таки двум министерствам в рамках той «дорожной карты», которая уже представлена в Государственную Думу, придётся работать в ручном режиме. Я думаю, что у нас всё получится.

Благодарю.

**Председательствующий.** Спасибо, Сергей Васильевич.

Коллеги, как и договаривались, давайте мы предоставим Веронике Игоревне возможность ответить на вопросы, которые прозвучали в ходе ваших выступлений, а затем продолжим обсуждение. Насколько я понимаю, Максим Анатольевич, вы остаётесь с нами? И Татьяна Владимировна Яковлева присоединится к этой работе.

Пожалуйста, Вероника Игоревна.

**Скворцова В. И.** Спасибо большое.

Глубокоуважаемый Вячеслав Викторович, глубокоуважаемые коллеги! Прежде всего я хотела поблагодарить всех, кто имел сегодня возможность высказывать своё мнение, и всех тех, кто принимал участие в обсуждении на предыдущих этапах. Очень много важных и интересных мыслей сегодня было высказано. Я очень чётко, как и мои коллеги, это всё фиксировала. Поэтому, естественно, мы все вместе примем сейчас участие в дополнительном обсуждении, более локальном, с тем чтобы максимально это всё учесть.

Первое. Об этом говорили несколько человек: однозначно нужен учёт в виде некой информационной базы. Как её называть, мы вместе подумаем. Я абсолютно согласна с Георгием Андреевичем в отношении того, что это не просто фиксация наличия как факта, но это и эффективность применённых соответственно средств, поскольку нам необходимо замкнуть кольцо качества. И я абсолютно согласна с Анной Константиновной, что внутренний контроль этого качества на уровне каждого региона должен существовать. К счастью, он не только в Москве сейчас уже есть, а есть и в других регионах, как и региональные комплексные программы паллиативной помощи. Наша задача, чтобы это было в каждом регионе.

Второй момент. Я горячо поддерживаю предложение Общественной палаты создать межведомственную комиссию по вопросам оказания паллиативной помощи. Я думаю, что мы это сделаем в ближайшее время в силу того, что на основе ведомственной целевой программы мы хотели бы уже комиссионно утвердить некий формат типовой региональной межведомственной комплексной программы. И мы хотели бы запустить работу этой комиссии для заслушивания и принятия проектов региональных программ, которые явятся основой для подписания соглашений между Министерством здравоохранения Российской Федерации, Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации и регионами.

Хотела бы упомянуть, что статистика очень быстро устаревает. Основные наши успехи были достигнуты в последние полтора года. В этой связи, конечно, просим, перед тем, как распространять эти данные по фракциям, по депутатам и сенаторам, сначала сверить всю эту статистику, дать её самой современной, которая бы не искажала сделанные выводы.

Основой того, что предлагается, – и это звучало в каждом выступлении, – должен быть союз между отраслями медицины. Речь идёт не только о паллиативной медицине, потому что часто в докладах сегодня размывались границы паллиативной помощи и элементы геронтологии, у которой другое целеполагание и другие методы и технологии, а также реабилитологии и даже реанимации и анестезиологии, всё это сливалось в некий единый пакет. Это специфические вещи, в которых, я надеюсь, мы на площадке министерства дополнительно разберёмся, и я обязуюсь провести такое совещание с нашими специалистами разных профилей.

На прошлой неделе я вынуждена была сама проводить консилиум в нашем федеральном центре геронтологии, где присутствовали врачи паллиативной медицины и геронтологи. И выяснилось, что подход к ведению больного перпендикулярный, потому что целеполагание у паллиативной помощи и у поддержания активного долголетия, геронтологии, совершенно разное. Надо разобраться, чтобы мы паллиативной помощью не называли всё и не искажали тем самым векторы возможного восстановления и реабилитации. Вот это тоже такой тонкий момент.

Но я хочу сказать, что, конечно, эффективность всего, что задумывается, будет зависеть от того, насколько тесно, командно сработают службы медицинской помощи и социальной помощи и, с другой стороны, отряд педагогов и психологов. Это касается и создания единых междисциплинарных команд, о которых говорила Анна Константиновна. И это касается 15-дневного оформления инвалидности. При терминальных состояниях это не тот срок, который можно назвать очень длинным, это открывает путь к бесплатному обеспечению и лекарствами, и медизделиями, и к другим различным опциям. И надо сделать просто так, чтобы это делалось без промедления. Это вопросы транспорта, потому что сейчас службы социальной помощи любому инвалиду транспортные услуги оказывает бесплатно.

Что касается некоторых моментов, о которых говорила Анна Константиновна, скорой помощи и так далее, то сейчас нет никаких ограничений к обезболиванию по скорой помощи. И если такое случается, это нарушение уже действующего законодательства и нормативной базы. Мы готовы в этих случаях вмешиваться вместе с Росздравнадзором.

Я хочу закончить, Вячеслав Викторович, словами глубокой благодарности в ваш адрес. Спасибо за такое потрясающее сегодняшнее совещание, парламентские слушания, неформальные. Действительно, от сердца все участвуют в этом совещании. Я хочу от имени Министерства здравоохранения Российской Федерации всех заверить: всё, что было здесь сказано, всё услышано. Мы вместе со всеми специалистами продолжим нашу работу. Надеемся, что ко второму чтению ни у кого в зале не останется сомнений в том, что законопроект действенный и хороший, необходимый стране и нашим людям.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Вероника Игоревна.

Мы обсуждали с Комитетом Государственной Думы по охране здоровья дату рассмотрения законопроекта во втором чтении и, исходя из наших регламентных процедур, планируем это сделать 19 февраля. И если у вас будет возможность принять участие в рассмотрении законопроекта во втором чтении, мы вас приглашаем. Давайте поблагодарим министра здравоохранения Российской Федерации за ту большую работу, которую проделало министерство и по подготовке законопроекта, ведь это законопроект, который регулирует новые вопросы оказания паллиативной медицинской помощи.

И, конечно, хотелось высказать слова благодарности вам, Вероника Игоревна, и Максиму Анатольевичу Топилину за то, что вот так своевременно подготовлена нормативная база. Мы надеемся, что если законопроект будет в ближайшее время принят, мы с вами увидим, как сразу начнётся его реализация в регионах, и люди получают помощь. Спасибо вам большое.

Что касается статистики: если вы в наш адрес её направите, мы обязательно уже завтра нашим коллегам депутатам и тем, кто хотел бы эти данные получить, ознакомиться, направим эту статистику, чтобы у них была возможность сравнить в том числе разные источники информации. Как вы понимаете, это всегда положительно влияет на качество принимаемых решений. Ещё раз вам спасибо.

*(Аплодисменты.)*

Коллеги, а мы продолжаем разговор. И учитывая, что всё больше и больше желающих выступить, наверное, будет правильно огласить список и подвести определённую черту под выступлениями. Я назову тех, кто у нас уже записался.

Владимир Владимирович Вавилов, председатель правления Фонда имени Анжели Вавиловой, город Казань. Ольга Николаевна Епифанова, заместитель Председателя Государственной Думы, фракция «СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ», это будет выступление от фракции. Кира Владимировна Маляр, заведующая отделением паллиативной помощи Городской клинической больницы № 5 Челябинска, президент Благотворительного фонда паллиативной помощи «Пеликан». Игорь Николаевич Каграманян, первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике. Алексей Евгеньевич Репик, президент Общероссийской организации «Деловая Россия».

У нас затем планируются два выступления руководителей профильных комитетов – Ярослава Евгеньевича Нилова, председателя Комитета Государственной Думы по труду, социальной политике и делам ветеранов, и Дмитрия Анатольевича Морозова, председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья, руководителя комитета, который, собственно, является базовым при рассмотрении законопроекта.

Коллеги, есть ли желающие ещё выступить и необходимо ли продолжать выступления? Или под этим списком мы подведём черту? Коллеги? Подводим черту, да? Хорошо.

Пожалуйста, записывайтесь, думаю, коллеги, если у кого-то будет желание выступить, обязательно предоставим такую возможность.

Ну и ещё раз хочу подчеркнуть, коллеги, давайте исходить из того, что мы уже работаем 2,5 часа, насколько затянутся выступления, сложно сказать, но важно, что-

бы в выступлениях, которые прозвучат, в первую очередь были ответы на те вопросы, с которыми вы приехали. Вот если вопросы останутся, давайте будем их обсуждать. Тем более у нас представители министерств здесь присутствуют и будут вместе с нами до окончания слушаний. Но не должно быть самоцелью обязательно выступить. Вот если вопросы остались, давайте обсуждать эти вопросы.

Итак, переходим к обсуждению.

Пожалуйста, Владимир Владимирович Вавилов, председатель правления Фонда имени Анжелы Вавиловой, город Казань.

**Вавилов В. В.** Уважаемый Вячеслав Викторович! Уважаемый президиум! Уважаемые депутаты и коллеги!

По опыту работы казанского хосписа с 2011 года я просто хочу высказать ряд предложений по улучшению паллиативной медицинской помощи, чтобы и у нас в Татарстане, и в регионах это развивалось, улучшая качество жизни.

Первое. Обязательно нужно ввести специальность «врач по ПМП».

Второе. Организовать при лечебных учреждениях, обслуживающих не менее 100 тысяч населения, кабинеты паллиативной медицинской помощи с выездными бригадами. Но для этого надо, чтобы на деньги, которые выделяются, можно было приобрести автомобили для выездных служб и также организовать выездные бригады.

Наш опыт подсказывает, что лучшая модель оказания паллиативной помощи – это лечебные учреждения, паллиативные отделения, где можно организовать дневной стационар, хоспис. Но если пациент на дому получает паллиативное лечение, наша выездная бригада при хосписе столкнулась с такой проблемой.

По СанПиНу мы не можем на дому применять медицинские инвазивные процедуры. То есть если пациент проживает, к примеру, на шестом этаже, и его вес, извините, бывает до 150–160 килограммов, в домашних условиях мы не имеем права, например, при асците провести лапароцентез, мы будем наказаны юридически.

И вот моё предложение: ввести отдельный СанПиН на паллиативную помощь, разработать этот СанПиН, вот тогда мы улучшим качество паллиативной помощи. Улучшим, потому что сейчас мы в рамки этого законодательства упираемся. Мы даже внутривенный укол на дому не можем сделать по законодательству.

Ну и самое главное. Пример Казани: некоммерческая организация построила хоспис, и детское, и взрослое отделение. Мы кое-как добились участка земли.

Меня нередко приглашают во многие регионы, где некоммерческие организации готовы строить хосписы, я выезжаю и вижу, что всё упирается в закон о земле. Не выделяют землю.

Недавно по приглашению я выезжал в Крым, где встречался с руководством республики, там министр здравоохранения присутствовал, представитель Минсоцзащиты тоже был, разговор шёл о выделении участка земли. Но на каких условиях выделили его некоммерческой организации, которая решила построить хоспис? 10 миллионов арендной платы в год!

Но ведь и так уже некоммерческая организация вкладывает деньги в строительство хосписов! Мы ведь не требуем деньги на строительство у государства, мы сами находим эти средства и строим.

Всё-таки самый лучший эффект от оказания паллиативной помощи населению – это хосписы, потому что качественную медико-социальную помощь можно получить только в хосписах, как в детских, так и взрослых.

Пожалуйста, обратите на это внимание. Вот это надо для улучшения качества жизни.

Спасибо огромное вам за это.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Владимир Владимирович. Мы здесь уже обсуждаем реализацию ваших предложений с Андреем Константиновичем и Дмитрием Анатольевичем. Они на самом деле заслуживают и поддержки, и внимания.

Вы правильно акцентировали вопрос на теме, связанной с отводом земельных участков под хосписы, а то, что вы сказали в отношении СанПиНов, Татьяну Владимировну попросим прокомментировать, когда она будет выступать с заключительным словом. Это как раз региональный взгляд на проблемы, как они на самом деле у нас с вами складываются.

Спасибо ещё раз.

Коллеги, давайте послушаем Ольгу Николаевну Епифанову, заместителя Председателя Государственной Думы, она представляет фракцию «СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ», выступает именно от политической фракции.

Пожалуйста, Ольга Николаевна.

А затем послушаем Киру Владимировну Маляр из Челябинска.

**Епифанова О. Н.** Уважаемые коллеги, сегодня очень детально обсудили многие вещи, и мне бы не хотелось повторять экспертов, но хотелось бы сказать о нескольких моментах, которые не учтены в действующем законопроекте, над которыми нам ещё стоит поработать.

Первое. Когда мы говорим, что паллиативная помощь должна быть доступной, своевременной и комплексной, мы должны понимать, что содержание паллиативного пациента на дому приводит к очень большому росту расходов в семье. При этом люди, которые ухаживают за родным человеком, фактически не могут работать. Но и те же выделяемые аппараты искусственной вентиляции лёгких, которые теперь можно будет использовать дома, требуют достаточно дорогих расходников, большего расхода электричества, воды, и конечно, нам необходимо продумать, как сделать на государственном уровне полное обеспечение больного, включая коммунальные платежи либо освобождение от них.

Следующий момент касается необходимости включения в паллиативные мероприятия семей пациентов, потому что родственники пациентов иногда не очень готовы к тому, что им предстоит, им самим требуется психологическая помощь не меньше, чем больным. И мы считаем, что семьи пациентов должны получать поддержку именно внутри паллиативного звена. Сейчас надо продумать, каким образом все учреждения должны иметь службу паллиативной помощи и психологической поддержки, особенно это касается онкологии. Необходимы многопрофильные команды паллиативной поддержки: врачи, медсёстры, психологи, социальные работники, их задача – помочь и самим пациентам, и их родственникам справиться с тягостными синдромами, информировать, учить, консультировать.

Ещё один момент. Мы много говорим о том, что закон должен чётко регламентировать права и меру ответственности медицинских работников. Но также мы считаем, что необходимо не забывать непосредственно о самих медицинских и социальных работниках, об их правах и их защите. При обсуждении законопроекта в первом чтении звучала мысль об установлении надбавки медицинским работникам за непрерывный стаж работы в медицинских организациях и структурах, оказывающих паллиативную медицинскую помощь. На наш взгляд, это очень разумное предложение, и также нужно решить вопросы о других людях, которые ухаживают за тяжелобольными. Возможно, следует включать в трудовой стаж домочадцев и волонтеров их работу по уходу за тяжелобольными.

Очень важный тезис, на который я просила бы вас обратить внимание: паллиативная помощь должна быть ориентирована не только на медицинскую помощь с медикаментозным обезболиванием, но и на обеспечение качества жизни неизлечимо больного пациента. И в нашем законопроекте сейчас об этом нет практически ни слова.

И конечно, особое внимание детскому паллиативу, доступности детских лекарственных форм, препаратов, облегчающих страдания перед смертью. Дело в том, что у нас есть жизненно необходимые лекарства, есть лекарства, ввоз которых на терри-

торию России запрещён, есть лекарства, ввоз которых не запрещён, но обставлено настолько сложными процедурами, что всё это становится настоящей пыткой. Я говорю о препаратах, которые дают единственную возможность лечения, и я сама несколько раз лично сталкивалась с этой проблемой, помогая орфанным больным, пациентам с орфанными заболеваниями. И получается, что сейчас государство ставит человека в ситуацию вынужденного нарушения законодательства, потому что мамы и папы сегодня провозят на территорию нашей страны фактически те формы лекарственных средств, которые до сих пор вне закона. Необходимо срочно решить эту проблему хотя бы в отношении детских препаратов, дать возможность легально везти их из-за рубежа, тем более что сумма в масштабах всего бюджета страны минимальная.

Коллеги, мы ещё не раз будем возвращаться к этой теме, она действительно большая и многопрофильная, многоведомственная, и поэтому наша фракция предлагает вполне понятные, не вызывающие споров вопросы учесть уже сейчас, принять законопроект, включить механизмы наблюдения за законопроектом. Соответственно, при достаточном накоплении результатов по тем вопросам, по которым сейчас есть несогласие и споры, вновь рассмотреть их и вернуться к законотворчеству.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Ольга Николаевна.

Слово предоставляется Кире Владимировне Маляр, заведующей отделением паллиативной помощи Городской клинической больницы № 5 Челябинска, президенту Благотворительного фонда паллиативной помощи «Пеликан».

Подготовиться Игорю Николаевичу Каграманяну.

**Маляр К. В.** Уважаемые участники слушаний!

К 2019 году в Челябинске и Челябинской области заложен прочный фундамент оказания паллиативной медицинской помощи населению. Я заведу, наверное, самым крупным на сегодня в Уральском федеральном округе подразделением паллиативной медицинской помощи на 46 коек для взрослых. Нозологическая структура заболеваний широка – это новообразования, болезни органов дыхания, эндокринной, нервной системы, мочеполовой, пищеварения и кровообращения, а также инфекционные заболевания – ВИЧ и гепатит.

Именно поэтому в интересах пациента необходима организация преемственности с междисциплинарным подходом. Но ещё важнее узнать, чего хочет сам пациент, его волю. Ну, вот, например, сегодня у нас лежит ВИЧ-инфицированный пациент, 35 лет, получил травму головы, развился парапарез, расписаться не может. То же самое, больные правосторонним гемипарезом. Левая рука у них также недостаточно координирована. Ещё пациент, 32 года, рассеянный склероз, голова ясная, но ручку держать уже, к сожалению, не может. Поэтому прошу обратить внимание и услышать, что необходимо внести поправку в статью 20 федерального закона для того, чтобы наши пациенты с паллиативными состояниями также могли свою волю изъяснить.

В ближайшее время благодаря программе Минздрава Российской Федерации мы планируем открытие в нашем отделении ещё 50 коек, а также запустить работу выездных бригад, открыть палату респираторной поддержки. И мы располагаем всем необходимым для организации дневного стационара – есть площади, есть кадры, есть оборудование, и самое главное, есть потребность населения. Поэтому, конечно, необходимо статью 80 расширить за счёт формы дневного стационара.

В настоящее время в Челябинской области действуют 183 стационарные койки для взрослого населения и 25 для детей, выездные бригады, 37 кабинетов паллиативной медицинской помощи. В деятельности специалистов паллиативной помощи требуется эффективная связь со всеми медорганизациями, аптеками, отпускающими сильнодействующие и наркотические препараты. За полгода работы нашего отделения мы обезболили 109 пациентов. Но мы обезболиваем не всеми доступными средствами,

мы сегодня уже профессионалы, грамотные специалисты и работаем на основании рекомендаций Всемирной организации здравоохранения и клинических рекомендаций по боли как у детей, так и у взрослых, которые утверждены Минздравом России. Поэтому статья 19 также должна «расти» вместе с нами.

Кроме того, наше отделение взаимодействует с 27 стационарными подразделениями соцобслуживания и с 50 центрами. Паллиативная помощь выросла уже из медицины. В ходе работы регулярно встают вопросы обращения в бюро медико-социальной экспертизы и тесного сотрудничества с подразделениями, подведомственными Министерству труда социальной защиты Российской Федерации.

Вы знаете, что паллиативная медицина нуждается в помощи волонтеров больше, чем любое другое медицинское подразделение. При этом волонтеры могут реализовывать себя и на стационарной площадке, и в уходе за пациентами даже на дому. Ведь важно гулять с больными людьми, нужна организация досуга, чтобы они жили, а не доживали, а также оформление отделений и приусадебной территории.

Но требуется законодательное разграничение зон ответственности между медицинской организацией и её помощниками. Помимо этого необходимо реализовывать на местах образовательные комплексы. Мы благодарны Российской ассоциации паллиативной медицины, фонду «Вера», Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи за систематическую работу со специалистами паллиативной помощи региона по повышению их профессионализма.

В свою очередь уже наша больница стала клинической базой для обучения студентов медицинского университета и также для других образовательных учреждений среднего персонала области. Помимо этого надо, конечно, вести масштабную методическую и психологическую работу с родственниками неизлечимо больных пациентов, и мы это делаем. Таким образом, в целях повышения эффективности оказания паллиативной помощи населению необходимо на местах внедрять междисциплинарный и межведомственный подход к четкой координации работы НКО и волонтеров. Для достижения данной цели необходимо создание единого организационно-методического центра.

Моё предложение – статью 36, поправку 3, предложенную Государственной Думой Российской Федерации, дополнить предложением «оказание паллиативной помощи координируется центром паллиативной помощи».

Спасибо за то, что вы неравнодушны к проблемам паллиативной помощи.

**Председательствующий.** Спасибо, Кира Владимировна.

Уважаемые коллеги, давайте, исходя из того, что все желающие обозначили свою позицию по вступлению в дискуссию, договоримся следующим образом: у нас прозвучит выступление Игоря Николаевича Каграманяна, первого заместителя председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике.

Вы знаете, что Государственная Дума, приняв законопроект в третьем чтении, направляет его в Совет Федерации для одобрения. Совет Федерации имеет возможность отклонить законопроект, создать согласительную комиссию по законопроекту, поэтому нам крайне важно выслушать позицию и Совета Федерации.

У нас на протяжении всего времени председатель Комитета Совета Федерации по социальной политике Валерий Владимирович Рязанский здесь присутствует. А слово мы предоставим его первому заместителю.

И у нас записалось шесть участников наших слушаний: Алексей Евгеньевич Репик, президент Общероссийской общественной организации «Деловая Россия», Игорь Владиславович Конкин, профессор кафедры государственного и муниципального управления института государственной службы и управления Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Ольга Васильевна Осетрова, главный врач АНО «Самарский хоспис», Ольга Александровна Березикова, главный внештатный специалист по паллиативной помощи департамента

охраны здоровья населения Кемеровской области, и Екатерина Сергеевна Овсянникова, координатор благотворительного фонда помощи хосписам «Вера», Санкт-Петербург. А также просит полторы минуты Анастасия Александровна Жданова, Москва.

У нас затем планируется выступление двух руководителей профильных комитетов и ответы на вопросы, и заключительное слово первого заместителя министра здравоохранения Российской Федерации Татьяны Владимировны Яковлевой и министра труда и социальной защиты Российской Федерации Максима Анатольевича Топилина.

Вот, коллеги, собственно, весь список записавшихся. Как вы к нему отнесётесь? На этом будем завершать. Договорились? Договорились. Тогда будем следовать этому. Мы с вами работаем уже около трёх часов, как вы понимаете, эти выступления, они, наверное, нам здесь добавят ещё около часа времени. Поэтому давайте исходить из этого и планировать нашу работу.

Пожалуйста, Игорь Николаевич Каграманян, первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике. Подготовиться Алексею Евгеньевичу Репику.

**Каграманян И. Н.** Спасибо большое.

Глубокоуважаемый Вячеслав Викторович, уважаемые коллеги! Я, прежде всего, хотел бы от лица своих коллег, присутствующих в зале, поблагодарить за возможность принять участие в парламентских слушаниях и подчеркнуть, что тот формат, который избран для обсуждения этого резонансного и ожидаемого обществом законопроекта, действительно беспрецедентно открыт.

В этой связи, Вячеслав Викторович, хотелось бы подчеркнуть следующее. С самого начала рассмотрения законопроекта в профильном комитете Государственной Думы, в Комитете Государственной Думы по охране здоровья, возглавляемом Дмитрием Анатольевичем Морозовым, мы, группа докторов из Комитета по социальной политике Совета Федерации, работаем в тесном контакте, и поэтому на всех этапах обсуждения законов, в том числе обсуждения потенциальных поправок, здесь позиция координируемая и, в общем-то, единая: законопроект необходимо принимать с учётом всего того, что прозвучало в том числе в ходе сегодняшнего обсуждения.

В Совете Федерации 24 декабря мы с нашим председателем Валерием Владимировичем Рязанским провели «круглый стол» тоже с участием регионов, экспертного сообщества по паллиативной медицинской помощи.

И могу совершенно ответственно сказать, что всё то, что сегодня звучало в зале, Вячеслав Викторович, всё то, что звучало в ходе предшествующих обсуждений на площадке Государственной Думы – это не желание улучшить некую идеальную модель, а это предложения, рождённые конкретной правоприменительной практикой конкретных регионов и конкретных людей.

В этой связи ещё раз повторюсь: поддерживая принципиальные направления доработок, которые сегодня уже от вас прозвучали, хотел бы сосредоточиться на двух принципиально важных организационных моментах.

С учётом того, что система оказания паллиативной помощи у нас в стране находится в стадии активного становления, принципиально важным считаем необходимость принятия единой концепции и единой организационной модели функционирования службы в регионах и, соответственно, оказание паллиативной помощи.

Здесь уже говорилось о системе учёта, статистике, регистрах. Безусловно, это важно, потому что это не только инструмент учёта всех нуждающихся в паллиативной помощи, но это также инструмент планирования для органов управления здравоохранения.

Отрадно было слышать в выступлении Вероники Игоревны Скворцовой, что министерство найдёт формат такого информационного обеспечения.

Важная проблема, которая была затронута и которую, возможно, мы не решим в рамках данного законопроекта с тем, чтобы не тормозить прохождение основных

его положений, являющихся, безусловно, шагом вперёд в развитии системы паллиативной помощи, – это так называемая экстерриториальность. Вы, Вячеслав Викторович, совершенно справедливо подчеркнули, что эта проблема имеет много граней. Это и вопросы обезболивания, это и вопросы пребывания в учреждениях по типу хосписа у пациентов, приехавших к своим родственникам. Безусловно, здесь нужна активная работа Министерства финансов Российской Федерации вместе с Министерством здравоохранения и Министерством труда и социальной защиты населения Российской Федерации, поскольку действующие нормы в полном объёме не решают и не дают возможности на практике это реализовать.

Ну и, конечно, есть ещё проблема, и вряд ли она тоже будет решена в данном законопроекте, но требует отдельного рассмотрения и углублённой работы двух палат Федерального Собрания вместе с профильным ведомством, регионами, – это обеспечение пациентов, особенно детей, незарегистрированными лекарственными препаратами при жизнеугрожающих состояниях.

В целом ещё раз хотел бы подчеркнуть, что та тональность обсуждения, которая задана, позволит нам быть твёрдо уверенными в том, что основная задача, как сделать закон работающим и как обеспечить в нём и особенно в подзаконных нормативных актах ведомств чёткую регламентацию прав пациента на оказание паллиативной помощи, должна быть решена.

Хотел бы также поддержать предложение Валерия Александровича Фадеева. Действительно, у нас есть опыт реализации сердечно-сосудистой программы в масштабах страны. Сейчас, после Послания Президента России Федеральному Собранию, профессиональное сообщество и Минздрав России разработали национальную онкологическую программу. Там заложен чёткий алгоритм. Вот то же самое предстоит и необходимо сделать в отношении паллиативной помощи. У нас крайне высока дифференциация ситуации в регионах. В одном регионе необходимо дополнительно прирастить койки. В другом регионе необходимо в большей степени акцент сделать на выездные формы работы. В формате проектного управления эти вопросы будет легче решать.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Игорь Николаевич.

Пожалуйста, Алексей Евгеньевич Репик, президент Общероссийской общественной организации «Деловая Россия».

Подготовиться Игорю Владиславовичу Понкину.

**Репик А. Е.** Уважаемый Вячеслав Викторович, уважаемые коллеги!

Я не могу не согласиться с Нютой Федермессер в том, что милосердие важнее справедливости. Но то, что мы сегодня обсуждаем, на самом деле та самая реализация справедливости, запрос на которую в обществе очень велик на сегодняшний момент, когда мы подошли не только к определению сути паллиативной помощи, но и к её реальному внедрению в нашей стране. Мы сейчас должны действительно максимально учесть всё и законодательно, и правоприменительно. Попробую, не повторяясь, обозначить те вопросы, которые, на мой взгляд, нужно ещё более детально проработать.

Совершенно согласен с коллегами из Министерства здравоохранения Российской Федерации в том, что паллиативная помощь, паллиативное сопровождение – это всё-таки не поддержание жизненных функций, это больше к гериатрии вопрос, а это именно сохранение качества жизни. И поэтому про качество жизни мы должны помнить, принимая любой закон, любое решение.

Вот вопросы, которые сегодня не обсуждались. Содержание неизлечимого больного гражданина на дому неизбежно приводит к увеличению коммунальных расходов. Искусственная вентиляция лёгких осуществляется за счёт потребления электроэнергии. Зачастую требуется перепланировка помещений. Требуются большие расходы. Давайте подумаем, например, над распространением социального вычета в части на-

лога на доход физических лиц, членов семей больных граждан, которые сталкиваются с этой ситуацией в период оказания паллиативной помощи родным и близким.

Мы говорим про работу с болью. Но понятие интенсивности боли по-прежнему очень субъективно. Формулировка требует доработки, уточнения. И именно исходя из неё мы должны подойти к формату и формированию стандартов лечения и индивидуальной выписки обезболивающих лекарственных средств.

Я полностью соглашусь с коллегами, и в первую очередь с Андреем Константиновичем Исаевым, что у нас необходимо резко улучшить ситуацию с регистрацией новых средств, потому что без этого у нас просто ничего не получится. Очень рассчитываю, что вы меня пригласите в созданную рабочую группу.

Здесь можно не только и не столько говорить о ввозе незарегистрированных лекарств, сколько о том, чтобы ускорить и максимально облегчить процесс регистрации, сделав это экстренными, быстрыми способами, определив перечень препаратов, применяемых в паллиативной помощи.

Не согласен с позицией Минздрава России, что привлечение к данной проблеме производственных аптек позволит разобраться с ситуацией. Где-то, может быть, но далеко не везде.

Более того, то, что называется малоконтролируемой раздачей субстанций, в том числе наркотической природы, в аптечных учреждениях – это большие риски. Я боюсь, что нашей правоохранительной системе будет сложнее совладать с возникшей ситуацией, чем, например, в случае более системной работы с зарегистрированными лекарственными средствами.

Такие же проблемы есть, про них не говорили сегодня, с нутритивными препаратами, парентеральным питанием. Не говорили о необходимости поддержать вот эту самую жизненную функцию тогда, когда в ней нуждаются больные паллиативной помощи.

**Председательствующий.** Добавьте, пожалуйста, полминуты.

**Репик А. Е.** Относительно реестров.

Мы согласны со сложностью создания единого реестра нуждающихся в паллиативной помощи, но возможность подреестров в соответствующих перечнях, как онкологическом, так и прочих, может быть хорошим решением в этой ситуации.

Помимо препаратов наркотической природы и сильнодействующих часто помощь можно оказать препаратами базовыми, рецептурными. Конечно, Комитету Совета Федерации по здравоохранению нужно серьёзно подумать над рассмотрением закона о дистанционной торговле лекарственными средствами. Возможность для таких пациентов подобным образом получить лекарства – это особенно важно и актуально в сельской местности.

Спасибо, коллеги.

**Председательствующий.** Спасибо, Алексей Евгеньевич. Ваши предложения носят практический характер, и думаю, что наши комитеты обязательно их изучат.

Что же касается регистрации препаратов – мы об этом говорили в рамках Совета по законотворчеству. И в ближайшее время, Дмитрий Анатольевич, надеюсь, будет подготовлено предложение, мы его внесём на рассмотрение с тем, чтобы Счётная палата вместе с профильным комитетом проанализировали ситуацию за прошлый год, может быть, мы посмотрим два последних года – как вообще регистрировались препараты, и почему одни препараты регистрируются очень долго, другие – быстро. Вот хотелось бы, чтобы здесь нам Министерство здравоохранения Российской Федерации подставило плечо и было так же открыто к диалогу, как сегодня. Потому что много нареканий идёт именно на то, что волокита большая, и долгожданные препараты наши граждане не могут получать из-за того, что регистрация идёт слишком длительное время.

Пожалуйста, Игорь Владиславович Понкин, профессор кафедры государственного и муниципального управления Института государственной службы и управления

Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации.

Подготовиться Ольге Васильевне Осетровой.

**Понкин И. В.** Большое спасибо за возможность выступить.

Помимо сказанного, ещё член экспертного совета при Уполномоченном при Президенте России по правам человека в Российской Федерации.

То, что сегодня обсуждается законопроект, безусловно, следует приветствовать. Низкий поклон тем, кто причастен к нему, прежде всего профильному комитету, руководству Государственной Думы и всем тем, кто был задействован.

Однако давайте пометим это как меру надлежащего, а я в своём выступлении остановлюсь на мере чуть лучшего.

Сфера паллиативной хосписной помощи – это именно та сфера, где наиболее высок риск врачебной ошибки и субъективных претензий родственников больных по поводу мнимых или реальных недочётов медицинской помощи. И мы не сможем сдвинуть с мёртвой точки или надлежащим образом продвинуть всю эту сферу, если не озаботимся вопросом конструирования и закрепления правовых норм о гарантиях прав врача на то, чтобы поступать сообразно своим внутренним убеждениям при выполнении стандарта надлежащего, рационального отношения в клинически сложных случаях.

Неслучайно сегодня Нюта Федермессер замечательно сказала о том, что врачи боятся работать с опиатами. У нас это вообще, в принципе, пробел жутчайший – права врачей. В стране есть одна-единственная книжка на тему прав врачей – в соавторстве вашего покорного слуги. И вот эти права врача в сфере хосписной паллиативной помощи следует обязательно акцентировать, это большущий правовой пробел в законодательстве Российской Федерации. При этом обратим внимание на Кодекс общественного здравоохранения Франции, где достаточно обширные разделы не только по правам пациентов, но и по правам врачей.

Далее. Мне представляется, что при всей замечательности данного законопроекта, принятого Государственной Думой в первом чтении, он обладает такими недостатками, что он не очень существенно продвинулся в сравнении с той нормой, что действует в сегодняшнем законодательстве.

Вместе с тем мы забываем о системообразующих понятиях, о кардинальных ключевых вопросах, а именно, у нас до сих пор не закреплено надлежащим образом юридическое понятие «боль», у нас не закреплены в чёткой детализации гарантии права на избавление или на редуцирование, на левиацию, на облегчение боли.

Все эти вопросы мне представляются весьма и весьма значимыми, тем более у нас полный правовой пробел – это гарантии прав ребёнка на перинатальной стадии развития на облегчение боли. Здесь в отличие от Соединённых Штатов Америки у нас полный провал.

Большое спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо, Игорь Владиславович.

Слово предоставляется Ольге Васильевне Осетровой, главному врачу «Самарского хосписа», АНО.

Подготовиться Ольге Александровне Березиковой.

**Осетрова О. В.** Добрый день, уважаемые коллеги!

У меня буквально несколько слов. У нас сегодня путались всё время в терминах, что же мы обсуждаем: паллиативную помощь или паллиативную медицинскую помощь? Эксперты за паллиативную помощь, именно комплексную, именно такую, какая она есть в мире. И мы должны этого добиться во втором или в третьем, пусть в десятом чтении, но чтобы это было обязательно так. Ну, например, в нашем хосписе 10 процентов нашего времени занимает помощь семье ушедшего пациента. Кто и как опишет эту работу? Как её описать?

Ну и второе, очень маленькое замечание о кадрах. Вот есть такая программа «Земский врач». Учитывая то, что у нас будет впереди большой рост количества специалистов нашего профиля, будут открываться всё новые учреждения, необходимо подумать о том, чтобы была какая-то программа для молодёжи, программа «Врач паллиативный» и «Паллиативная медицинская сестра», и осуществлялась поддержка тех кадров, которые уже работают, но об этом уже говорилось. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Ольга Васильевна.

На ваш вопрос попросим ответить в заключительном слове Татьяну Владимировну Яковлеву, Максима Анатольевича Топилина и наших руководителей профильных комитетов. Думаю, что это будет во всех отношениях правильно, тем более этот вопрос изначально поставил Леонид Михайлович Рошаль.

Поэтому, коллеги, давайте дождёмся понимания нашими коллегами из Правительства Российской Федерации этой темы, а слушания у нас с вами по вопросам законодательного обеспечения паллиативной помощи в Российской Федерации. Так что исходите из того, что это наша тема, она именно так сформулирована. А вот что здесь будет превалировать – нормативные документы ВОЗ или те подходы, которые сегодня звучат, давайте посмотрим. Многое в том числе зависит и от этой дискуссии и дальнейшего обсуждения с нашими коллегами из Правительства России.

Пожалуйста, Ольга Александровна Березикова, главный внештатный специалист по паллиативной помощи Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области.

Подготовиться Екатерине Сергеевне Овсянниковой.

**Березикова О. А.** Здравствуйте, коллеги! Прежде всего, здравствуйте, потому что я хочу всем вам пожелать здоровья.

Вячеслав Викторович, я вас услышала. Я совсем коротко, потому что очень важные вопросы обозначены, работает целая огромная команда законодательная, специалисты, которые подготовили документы очень хорошего содержания с небольшой коррекцией от нас, специалистов из регионов.

Кемеровская область на протяжении уже 26 лет активно принимает участие в совершенствовании паллиативной медицинской помощи. И мне сейчас отрадно и можно уходить уже на пенсию, потому что сегодня очень хороший Минздрав России, Комитет Государственной Думы по здравоохранению. Низкий поклон этим специалистам. И все те специалисты, которые сейчас работают на ниве паллиативной помощи, дай бог вам здоровья и чтобы этот энтузиазм не затухал.

О чём я хочу сказать. У нас сейчас даже при том, что есть, можно работать и оказывать хорошую паллиативную медицинскую помощь. Огромный плюс, что выделены федеральные деньги. Та кровать, которая поступила в наш хоспис, это единственное место, на котором может быть пациент. В пределах кровати ограничена жизнь пациента Российской Федерации, и это очень важно, и это очень значимо.

Между тем, дорогие коллеги, во многих регионах, в частности, в Кемеровской области, начинается кадровый голод – нехватка специалистов паллиативных служб. Возраст средний – 58–60 лет, совместительство во всех формах организационных паллиативной помощи. Поэтому, чтобы выполнить то, о чём мы мечтаем – создать базу, обеспечить лекарствами, сделать хорошие нормативные правовые документы, создать... Я очень приветствую предложение о формировании национальной программы развития паллиативной помощи и хочу предложить вам подумать о наших специалистах и рассмотреть вопрос повышения заработной платы прочего персонала, работающего в хосписах. Сейчас средняя заработная плата такого персонала 14 729 рублей.

В целях обеспечения социальной гарантии льгот работников, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, предлагаем: определить и утвердить перечень надбавок медицинским работникам, установить и утвердить на федеральном...

**Председательствующий.** Добавьте, пожалуйста, минуту.

**Березикова О. А.** Установить и утвердить на федеральном уровне надбавки не менее 80 процентов при достижении стажа работы 5 лет, включить медицинские организации и структурные подразделения в перечень медицинских организаций, работа в которых в течение года в должности врачей, средних медицинских работников засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости.

Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо, Ольга Александровна.

Слово предоставляется Екатерине Сергеевне Овсянниковой, координатору благотворительного фонда помощи хосписам «Вера».

Подготовиться Анастасии Александровне Ждановой.

**Овсянникова Е. С.** Я приехала из Санкт-Петербурга, который сегодня уже много раз упоминался в этих стенах. Я приехала из города, с которого паллиативная помощь в России началась.

Так как я работаю в благотворительном фонде, чаще всего ко мне обращаются те люди, которые по каким-либо причинам помощь получить не смогли, и поэтому имею достаточно большой опыт работы как раз-таки с ошибками системы, поэтому так получается, что – сейчас мне очень стыдно об этом говорить, – несмотря на то, что Петербург – это город, в котором паллиативная помощь родилась, человек здесь не может стопроцентно быть уверен, что он эту помощь получит.

Например, к нам часто обращаются люди, нуждающиеся в обезболивании. У нас есть поликлиники, которые отвечают за амбулаторную помощь, у нас есть выездные службы, у нас 22 выездные бригады по городу.

Но очень важно понимать, что за этими цифрами стоит и что мешает ему получить помощь. Чаще всего это отсутствие специального образования у врачей и информации о паллиативной помощи.

По данным Минздрава России, мы на 84-м из 85 регионов по выборке обезболивающих препаратов. Но, к сожалению, это не показывает фактической ситуации. К чему я обо всём этом говорю?

Мне кажется, когда мы оцениваем доступность и качество паллиативной помощи, очень важно понимать, что стоит за цифрами, с одной стороны, а с другой стороны, привлекать экспертов и в том числе опыт некоммерческих организаций, потому что у нас есть своя оценка качества паллиативной помощи. И мне кажется, очень важно, чтобы на уровне субъекта Федерации была региональная программа развития паллиативной помощи, которая бы подходила конкретно этому субъекту, которая бы регламентировала взаимодействие между учреждениями, преемственность, так как, несмотря на то, что Петербург – город первых хосписов, мы говорим о том, что системы и системности здесь нет как раз-таки потому, что нет регулирования участников процесса. Спасибо большое. Большая честь была перед вами выступать.

**Председательствующий.** Спасибо.

Слово предоставляется Анастасии Александровне Ждановой, юристу Центра паллиативной помощи, Москва. Пожалуйста.

**Жданова А. А.** Здравствуйте, уважаемые коллеги!

Я бы хотела остановиться на вопросе, который мы несколько раз сегодня обсуждали. Это оказание помощи иногородним.

В апреле 2015 года, то есть почти четыре года назад, Президентом России было дано поручение организовывать оказание паллиативной медицинской помощи гражданам Российской Федерации не по месту регистрации, не по месту жительства, а по месту умирания.

В Москве оказывается такая помощь гражданам по месту умирания, но только в тех случаях, когда департамент здравоохранения, идя на определённые риски признания

данных расходов нецелевыми, согласовывает оказание паллиативной медицинской помощи иногородним.

Также мы прибегаем к таким вещам, как регистрация по месту временного пребывания, и этим гражданам тоже оказывается помощь в Москве.

Екатерина Овсянникова делилась со мной опытом, что в Санкт-Петербурге тоже для того, чтобы иногородний получил медицинскую помощь паллиативную, таким гражданам делается незаконная регистрация.

Сегодня Вероника Игоревна сказала, что есть статья 135 Бюджетного кодекса Российской Федерации, которая позволяет осуществлять межбюджетные трансферты. Этой статье 21 год, но она не работает. Я не знаю ни одного межбюджетного трансферта, который был бы реализован в этих целях.

В связи с этим я полагаю, что всё-таки в законопроекте должна быть норма о том, что паллиативному центру нельзя отказывать в паллиативной медицинской помощи по месту умирания. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Анастасия Александровна.

*(Аплодисменты.)*

Уважаемые коллеги, мы переходим к выступлениям председателей профильных комитетов. Слово предоставляется Ярославу Евгеньевичу Нилову, председателю Комитета Государственной Думы по труду, социальной политике и делам ветеранов. Подготовиться Дмитрию Анатольевичу Морозову.

**Нилов Я. Е.** Всем добрый день!

Я постараюсь очень коротко и тезисно. Уже обсуждалось много вопросов, с которыми мы и согласны, и приняли их в работу, что позволило найти точки соприкосновения и выйти на определённые решения.

Первое, что я подчеркну: паллиативная помощь, и сегодня Леонид Рошаль и другие выступающие это подчеркнули, – это не хоспис с умирающими больными.

Паллиативная помощь – это комплекс: это и медицинская помощь, и социальная помощь, и психологическая моральная помощь не только больному, но и его родственнику. Но при этом мы должны понимать и, анализируя опыт зарубежных стран, где паллиативная помощь находится на совершенно другом качественном уровне, сделать следующий вывод: чем раньше начать её оказывать, тем она будет более действенной, и меньше будет нагрузка и на бюджет, и на инфраструктуру. Но одновременно с этим нагрузка возрастает на сферу социального обслуживания. И если дальше анализировать, то здесь прямая связь с вопросами финансирования.

Поэтому всё будет зависеть от того, какие средства будут выделяться и как эти средства будут осваиваться, в том числе регионом, я к этой теме ещё вернусь. Но в рамках рассмотрения этого вопроса, касаясь сферы социального обслуживания, подчеркну, что сегодня есть Федеральный закон № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», есть утверждённый национальный проект «Старшее поколение», действует пилотный проект по уходу за пожилыми людьми и выделена финансовая помощь из федерального бюджета.

То есть и сегодня уже оказываются меры социальной поддержки и социальная помощь гражданам, которые являются паллиативно-нуждающимися больными.

Если есть инвалидность, то, соответственно, это и программа реабилитации, и технические средства реабилитации, которые предоставляются за счёт средств Фонда социального страхования, то есть федерального бюджета. И я убеждён, что тогда, когда появится нормативно-правовой документ, регулирующий взаимоотношения учреждений здравоохранения и социального обслуживания, многие вопросы, которые сегодня звучат, они будут устранены, сняты.

Также на что хотелось обратить внимание. Здесь присутствуют порядка 80 представителей разных регионов, примерно 80 регионов. Вот прошу обратить внимание на то,

что впервые в постановлении Правительства России о распределении субсидий предусмотрена такая норма: финансирование поступит в регионы только тогда, когда будут утверждены ваши региональные программы. В противном случае мы будем получать ситуации, схожие с прошлым годом, когда в регионах невозможно будет реализовывать эти вопросы. Поэтому прошу регионы на это особо обратить внимание.

Что касается межрегиональных взаимоотношений. Мы уже слышали в выступлении министра здравоохранения Российской Федерации, что Бюджетный кодекс Российской Федерации позволяет. Но, наверное, со стороны Минфина России должна быть донстроена система вот этих горизонтальных межбюджетных отношений в этом вопросе, чтобы была выстроена такая система, как в вопросах обязательного медицинского страхования. Тогда всё будет у нас ясно, прозрачно и понятно, в том числе и с такой категорией, как люди без постоянной регистрации.

Насколько я понимаю, они и сегодня имеют право получать эту помощь. А если паллиативная помощь – это вид медицинской помощи, соответственно, действует закон об охране здоровья граждан, и отказать в этой помощи учреждения здравоохранения не имеют права. Поэтому здесь надо понимать, необходимы уточнения на уровне нормативно-правового регулирования или нужны оперативные поправки к действующему законодательству.

Что касается озвученного предложения о регистре, реестре, предлагаю обратить внимание на существующий реестр инвалидов. Такая же база данных есть в Пенсионном фонде, в Фонде обязательного медицинского страхования. И, может быть, на базе этих ресурсов сделать определённую выборку. Тогда можно было бы оперативно информацию получать и с этим массивом данных работать.

Ну и в завершение по поводу лекарств, которые не зарегистрированы, но которые требуются нашим гражданам. Вячеслав Викторович в самом начале просил также озвучивать позиции. Считаю, что абсолютно правильно, что на эту проблему вы обратили внимание. Насколько я помню из выступления Татьяны Алексеевны Голиковой, было дано соответствующее поручение по итогам совещания, и Минпромторг России в ближайшее время должен закупить необходимое количество. Другое дело, что наша общая задача – проконтролировать, чтобы всё было вовремя и в срок доставлено, и нуждающимся гражданам это всё было предоставлено, потому что поручение поручением, но мы знаем, как иногда у нас на практике эти поручения реализуются.

Спасибо за внимание. Я постарался коротко.

**Председательствующий.** Спасибо, Ярослав Евгеньевич.

*(Аплодисменты.)*

Слово предоставляется Дмитрию Анатольевичу Морозову, председателю Комитета Государственной Думы по охране здоровья. Пожалуйста, Дмитрий Анатольевич.

**Морозов Д. А.** Спасибо большое. Глубокоуважаемый Вячеслав Викторович, глубокоуважаемые коллеги, я хочу сказать, что сегодня в зале разные люди, но нас объединяет одно. Мы – единомышленники в решении той задачи, которая стоит перед обществом.

По сути, о чём мы сегодня говорим и говорим уже на протяжении практически двух лет. Что мы должны делать? Кому мы должны делать? Какими силами и средствами? И последний вопрос: что нам мешает?

Вот отвечая на эти вопросы коротко и спокойно, мы, конечно же, я думаю, и достигнем консенсуса в понимании проблем нормативно-правового регулирования паллиативной медицинской помощи и паллиативной помощи, я сразу оговорюсь, что мы следуем Всемирной организации здравоохранения, которая подчеркнула тождественность этих понятий и возможность существования различных форм.

По сути, и я бы хотел обратить на это внимание, многие говорили, что это разные пациенты. Ребёночек, который требует долгой и длительной респираторной поддерж-

ки – это одна модель пациента. Человек со злокачественным образованием, множественными метастазами, которые требуют обезболивания – другая модель. И угасающий с нарушениями мозгового кровообращения пожилой человек – это третья модель. Паллиативная медицинская помощь и паллиативная помощь чрезвычайно гетерогенна. И, конечно же, об этом говорили неоднократно, нам нужна чёткая государственная модель с понятным финансированием по каждому из этих, я перечислил далеко не все, конечно же, модели, по каждому из этих направлений.

Я, с вашего позволения, не буду останавливаться на тех позициях, которые были ключевыми к первому чтению, они сегодня слегка звучали, но они очень серьёзные. Я уже не говорю об оказании помощи на дому, что практически революционно. И может быть, об этом говорили коллеги и опасались, перебрасываем мостик с возможностью или невозможностью оказания медицинской помощи на дому. Сейчас по изменениям в 80-ю статью, по программам госгарантий, станет возможно оказывать медицинскую помощь на выезде в условиях патронажа или в условиях амбулаторного расширения нашей деятельности.

Без сомнения, принципиально важным в понимании паллиативной помощи является взаимодействие с социальными органами. Они прописаны и в первом чтении, я не буду говорить, в каких пунктах, но они требуют ещё и уточнения в девятой статье, которая касается ответственности государственной власти за охрану здоровья граждан.

Какие позиции болезненны? Это то, что касается права человека на облегчение боли. Мы подчёркивали, на избавление от боли. И сегодня, когда Государственная Дума приняла закон о клинических рекомендациях и протоколах лечения, я думаю, здесь уже вопрос как бы юридической техники и качества подзаконных актов, чтобы мы это прописали.

Субъективность боли – это очень серьёзно. Серьёзный момент, когда даже при использовании полной палитры препаратов вы не можете на дому достигнуть клинического эффекта. Таким пациентам должна быть прописана их маршрутизация в хоспис или паллиативное отделение для дальнейшего лечения.

Очень важно понимать, что и длительная респираторная, медикаментозная терапия, они должны оказываться для обеспечения качества жизни этого пациента. И об этом сегодня говорили. Но нам нужно, конечно, быть очень аккуратными в наших дефинициях. То, что было паллиативно в прошлые годы, в будущем эти пациенты могут получить излечение. Даже более того, в некоторых учреждениях паллиативное лечение может быть дополнено вполне радикальными мерами.

Мы согласны с тем, что в паллиативной помощи нуждается и пациент, и семья, это должно быть прописано как минимум во взаимодействии. А в каком масштабе и с обозначением каких льгот, в том числе льгот в системе ЖКХ и так далее, это, конечно, важно.

Мы за то, чтобы была прописана отдельно духовная помощь не только во взаимодействии, но и в самом понятии паллиативной помощи, поскольку это чрезвычайно важно, когда мы говорим о боли, душевной боли и страданиях. Знаете, они, может быть, сложно измеряются, но они порой доминируют.

В нашем законодательстве, конечно, нужно предусмотреть взаимодействие с волонтерами. Разделение на виды – принципиальный факт, имея в виду первичную и доврачебную помощь, поскольку паллиативный пациент – это не только человек в центре мегаполиса, но и в далёкой, отдалённой деревушечке. И мы, конечно, понимаем, что оказывать её будут все.

Следующая позиция – патронаж. Я уже об этом сказал, мы за изменения статей 72 и 80, которые планируются. Мы обсуждали это, без сомнения, это чрезвычайно важно. Равно как включение и расширение спектра медицинских изделий, санитарного транспорта, возможность проводить парентеральное питание, которое детям с синдро-

мом короткой кишки мы не можем сейчас провести в амбулаторных условиях, эту проблему мы поднимали.

Равно как и следующая – это информированное добровольное согласие, когда человек не может расписаться. Будьте добры, одну минуточку.

**Председательствующий.** Добавьте минутку.

**Морозов Д. А.** Когда человек не может расписаться. Это есть и при оказании скорой помощи, когда человек без сознания. И мы неоднократно поднимали эту проблему. Без сомнения, совместный приказ – это очень важно именно в этом моменте, поскольку он определяет качество реализации наших проектов.

Оказание помощи по месту фактического пребывания. Думаю, что если попросить поднять руку тем представителям регионов, которым удаётся это оплатить в другие регионы, мне кажется, таких будет меньшинство. Нам нужно мало того, что предусмотреть для этого финансовые механизмы, но ещё и мотивировать наши субъекты Российской Федерации, в том числе к изменениям в программе государственных гарантий.

Обеспечение незарегистрированными препаратами. Ну, тут вообще практика – критерий истины. Есть ребёночек, есть проблема – государство должно обеспечить закупками, какими угодно мерами. Но мы, естественно, придерживаемся этой политики, пока наше министерство не обеспечит нас полностью детскими дозировками, не инвазивными, ректальными, суппозиториями и многим, многим другим.

Регистр поддерживаем полностью, имея в виду в том числе планирование, но нужно к этому грамотно подойти, чтобы с водой не выплеснуть ребёнка, имея в виду гармонию федерального и регионального регистров, в том числе сквозь призму закона о телемедицине, который мы в прошлом году приняли. Это чрезвычайно важно, равно как региональные программы, подготовка кадров, обеспечение последипломного образования и многое, многое другое.

В целом, уважаемые коллеги, хочу вас заверить, что Комитет Государственной Думы по охране здоровья, в котором из 21 человека 17 врачей и 11 докторов медицинских наук, приложит все силы, чтобы все замечания были учтены.

*(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо, Дмитрий Анатольевич.

Уважаемые коллеги, давайте действительно поблагодарим этот комитет, депутатов, которые в него входят, они очень много делают для того, чтобы законопроект становился лучше. Но знаете, необходимо отметить и форму работы, она открытая, она основана на диалоге, и следует подчеркнуть, что сейчас важный этап этой работы будет – рассмотрение законопроекта во втором чтении, и здесь важно, чтобы комитет сделал всё, чтобы предложения, прозвучавшие сегодня, были услышаны и реализованы.

А сейчас давайте послушаем представителей Правительства России.

Слово предоставляется первому заместителю министра здравоохранения Российской Федерации Татьяне Владимировне Яковлевой. Татьяна Владимировна, исходя из того, что на часть вопросов Вероника Игоревна ответила, вы посмотрите, есть вопросы, которые, возможно, остались без ответа именно со стороны министерства? Ну и вот тема, которая вызывала здесь дискуссию, начало ей положил Леонид Михайлович Рощаль. Паллиативная медицинская помощь – вот ваш подход, почему вы придерживаетесь этого определения и какие аргументы?

**Яковлева Т. В.** Спасибо огромное.

Уважаемый Вячеслав Викторович! Уважаемые коллеги!

Сегодня вектор развития здравоохранения со стороны Минздрава России – именно системный подход. Сколько бы мы с вами ни закупили аппаратуры, ни понастроили больниц и паллиативных центров, если нет системного подхода, ничего не получится. И в рамках национального проекта «Здравоохранение», куда входят восемь федеральных, именно такой системный подход и заложен. И мы говорим регионам, представи-

телям департаментов здравоохранения регионов, которые сегодня присутствуют, что это не освоение денег, а это построение системного оказания медицинской помощи, начиная от рождения и заканчивая смертью человека. Ну какая онкология у нас может быть, допустим, без первичной помощи, без реабилитации и тем более без паллиативной помощи?

Поэтому подход Минздрава России таков, что паллиативная помощь действительно входит в систему оказания медицинской помощи, и эта система не может чисто медицинской быть, мы с вами это отлично понимаем. Она должна быть комплексной, межведомственной и, естественно, системной. Я ещё раз, простите за тавтологию, это повторяю.

Потому огромное спасибо всем участникам этого процесса за то, что многое нам даёт. Вы действительно те люди, которые стоят на земле, которые работают, и мы это слышим, Вячеслав Викторович, все поправки, о чём уже Вероника Игоревна сказала, были учтены нами. Отвечу на следующие вопросы. Вот СанПиН... действительно, СанПиН должен быть новый, и вот сегодня мы с Анной Юрьевной Поповой это обсуждали и вместе над этим работаем. СанПиН по паллиативке, тем более на дому, действительно будет новый, с разрешением всех процедур, о чём говорил Владимир Владимирович из Татарстана.

Затем расходники. Действительно, это огромные деньги, тем более что это и откашливатели, и ИВЛ на дому. Если у нас до 2018 года деньги нельзя было тратить из федерального бюджета на это, то с 1 января 2019 года деньги из федерального бюджета, которые идут на паллиативную помощь, в том числе включают и средства на расходники.

Следующее – вопрос об информированном согласии. Мы согласны абсолютно с тем, что говорили по этому поводу, и в статью 20 ко второму чтению мы готовы вносить те изменения, которые мы с комитетом обсуждали и с другими общественными организациями.

По производственным аптекам. Мы отлично понимаем, что производственные аптеки, то, что они сегодня будут *ex tempore* готовить, это не совсем выход из положения. Это переходный этап, это нужно на сегодня, чтобы выросла доступность лекарственных препаратов и детям, и взрослым.

Естественно, мы собирали (говорила же Вероника Игоревна) всех производителей, представителей фармацевтической промышленности здесь вместе с Минпромом России. Такая «дорожная карта» действительно существует. Представители эндокринного завода у нас присутствовали и многие другие. Но пока они начнут раскручивать это производство, нам с вами нужно увеличить доступность. Я ещё раз говорю, это переходный период.

Я бы ещё отметила ситуацию по кадрам.

У нас позиция всё-таки такая, чтобы каждый врач каждой специальности, будь то онколог, невролог, кардиолог, педиатр, терапевт, обладал знаниями паллиативной медицины, потому что медицина может быть паллиативной и в стационаре, как мы с вами записали, и на дому, и в деревне, и в городе, и в любой точке, где живёт наш человек.

Поэтому...

Я прямо одну минуточку ещё, можно?

**Председательствующий.** Да, конечно. Коллеги, я думаю, что будет интересно послушать. Пожалуйста, Татьяна Владимировна.

**Яковлева Т. В.** Спасибо огромное.

Поэтому у нас сегодня (как говорила Вероника Игоревна) созданы дополнительные образовательные модули, где все профильные специальности. И конечно, у нас есть и паллиативный врач.

Почему мы в рамках национального проекта, федерального проекта сегодня эту проблему по кадрам взяли на себя? Сегодня регион не получит финансирование по пал-

лиативке, пока не сдаст нам региональные программы, где действительно будет в том числе подготовка кадров, подготовка врача паллиативной медицины.

И в федеральном проекте, я ещё раз повторяю, по кадрам всё это мы учитываем и даём возможность регионам, чтобы они на эти кадры дали нам заявку, и мы обязательно их подготовим.

И деньги на зарплату, конечно, тоже будут, это полномочие именно субъекта Российской Федерации – и кадровая политика, и зарплата. Но мы готовы в этом помогать. *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Спасибо, Татьяна Владимировна.

*(Аплодисменты.)*

Слово предоставляется министру труда и социальной защиты Российской Федерации Максиму Анатольевичу Топилину.

**Топилин М. А.** Уважаемые коллеги, я буквально несколько комментариев.

Было сказано и представителями регионов, и Москвы, где наиболее развит этот сегмент, что и с действующим законодательством, в принципе, безусловно, можно реализовывать схемы оказания паллиативной помощи. Другой вопрос, что это требует определённых изменений в регламентах, определённых изменений в порядке финансирования, определённого, что называется, творческого человеческого подхода к таким больным, что уже сегодня потребовало изменения законодательства. С одной стороны, это делать можно. С другой стороны, нужно внести те предложения, те поправки, которые готовятся сейчас ко второму чтению.

Второе. Хотел бы тоже обратить внимание на то, что мы внесли изменения в форму № 88 по инвалидности, о чём Нюта Федермессер тоже говорила. Мы исходили из того, что будет 15-дневный срок медико-социальной экспертизы, можно будет фактически моментально реагировать. И мне казалось, мы как раз, ещё в прошлом году готовя «дорожную карту», договорились об этом сроке. Если требуется ещё более короткий срок, мы, безусловно, готовы на это пойти, готовы это рассмотреть.

Звучал вопрос о льготах по ЖКХ. Вячеслав Викторович, у нас, если у гражданина есть статус, есть инвалидность, то льготы по ЖКХ предусматриваются 50 процентов, это действующее законодательство. Если ребёнок инвалид, то эти льготы предусматриваются для всех членов семьи, даже большее льготирование. Если что-то нужно там ещё посмотреть, давайте посмотрим, но мне кажется, это уже сейчас работает, уже сейчас действует в нынешнем законодательстве.

Ну, собственно, я бы хотел тоже поддержать то, что было сказано Татьяной Викторовной, Минздравом России. Мы готовы по поправкам ещё посмотреть все необходимые предложения, которые коллеги дадут, и на площадке Комитета очень плотно в те сроки, которые вы обозначили, поработать.

Спасибо большое.

**Председательствующий.** Спасибо, Максим Анатольевич.

Уважаемые коллеги, прозвучало 28 выступлений, мы работаем уже около 4 часов. Какие будут предложения? Завершаем?

Коллеги, нам необходимо по итогам слушаний принять рекомендации. Давайте мы попросим наши профильные комитеты – Комитет Государственной Думы по охране здоровья, Дмитрия Анатольевича Морозова, и Комитет Государственной Думы по труду, социальной политике и делам ветеранов, Ярослава Евгеньевича Нилова, вместе с профильными министерствами – Минздравом России, в первую очередь, и Минтрудом России (было бы правильно к этой работе подключить и Общественную палату, Национальную медицинскую палату, выступивших), чтобы они совместно оформили предложения.

Мы их в форме рекомендаций направим в профильный комитет, который будет работать над законопроектом и готовить его ко второму чтению, с тем, чтобы всё, что

было предложено, было учтено, проработано, и законопроект был улучшен. Его качество должно быть, безусловно, высокое.

Ещё раз хочу, коллеги, подчеркнуть, этот законопроект рамочный. С другой стороны, он относится к совместному ведению, и нам всем вместе необходимо постараться очень ответственно подойти к реализации этого закона, чтобы он заработал.

И в этой связи большая роль отводится Министерству здравоохранения Российской Федерации и Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации, учитывая, что эти два министерства должны будут издать совместные нормативные документы, регионы должны будут принять региональные программы, и только после этого финансирование будет выделяться.

Ну и, конечно, коллеги, нормы закона – это новые нормы, и нам крайне важно, чтобы мы с вами, приняв закон, на этом не останавливались, а посмотрели, насколько в рамках правоприменительной практики эффективно работают те положения, которые мы обсуждаем.

Спасибо вам большое.

Большие парламентские слушания объявляются закрытыми.

**СТЕНОГРАММА**  
**«круглого стола» Комитета Государственной Думы**  
**по охране здоровья на тему «Медицина и право. Врач и пациент»**

*Здание Государственной Думы. Малый зал.*  
*18 февраля 2019 года. 16 часов.*

**Председательствуют**  
**председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья Д. А. Морозов**  
**и депутат Государственной Думы Б. Д. Менделевич**

**Менделевич Б. Д.** Уважаемый Владимир Вольфович, уважаемые друзья, коллеги! Хочу предоставить слово руководителю фракции ЛДПР в Государственной Думе Владимиру Вольфовичу Жириновскому.

**Жириновский В. В.** Добрый день!

Очень важная тема. В роликах, которые показали, есть и отрицательная составляющая. Они, кажется, вызывают агрессию. Ребёнок их видит, если мы постоянно их тиражируем, и у него в сознании откладывается, что это можно делать. Это мы понимаем, что всё это плохо, жутко, поэтому должна быть борьба с актами насилия во всех передачах на всех каналах.

На одной радиостанции заставку сделали постоянную, как журналист Шевченко угрожает другому журналисту: я тебе сейчас дам по морде, – и это повторяется каждый день. Дети слушают, думают: а что, наверное, можно бить по морде. Что это такое?

Вот я взял лекарство «Эреспал». По телевизору сообщали, что французы отозвали лицензию, оно оказалось вредным. Я посмотрел: 9 таблеток я выпил когда-то, оно у меня лежит уже пару лет. Позвонил. Фирма, которая его производит у нас в Новой Москве, в деревне Софьино, тоже уже остановила производство. Вот опасность. Лучше свои лекарства производить. Конечно, если иностранные лекарства лучше по качеству, мы не можем советовать брать наши, плохого качества, не очень помогающие. Но здесь опасность в том, что эти импортные препараты очень вредными будут признаны впоследствии. И это хорошо, что французы лицензию отозвали – сколько бы людей могли покалечить себя!

Конечно, рыночные отношения в медицине очень опасны. Врач старается лечить дольше, если ему пациент платит за это, и стремится выписывать дорогие препараты.

Как они этого за рубежом избежали? Во-первых, конкуренция. Если какой-то врач плохо работает, пациенты не пойдут к нему. Страховая фирма проверяет, правильно ли врач назначил большой курс дорогих препаратов. Если нет, они не будут ему деньги возвращать. То есть, нужен внешний контролёр. У нас пока этого нет, и нет чисто рыночной медицины, когда врач заботится о своём добром имени.

Это наши первичные рыночные отношения, от них больше вреда. На взгляд ЛДПР, всё-таки в этой сфере государство должно остаться, потому что это главное – здоровье людей. Ведь сегодня не надо больших войн, достаточно заражать население.

Индейцев как убили американцы, первые мигранты? Они давали им одеяла с возбудителями чумы там или ещё каких-то болезней, и индейцы просто вымирали от за-

болеваний. И сегодня мы знаем много вариантов, когда заражение идёт. Вот это всё нужно нам знать, понимать. И, к сожалению, закон не даёт врачу каких-то специальных гарантий и прав, мы знаем, как не уступают дорогу машинам скорой помощи. Но там, где мы, депутаты, можем исправить положение, мы должны, конечно, бороться. Например, никакого возврата рекламы алкоголя на наши телеэкраны или возвращения комнат для курения в аэропортах. Ведь количество курящих снизилось на 20 процентов. Замечательный успех.

Нет, лоббисты табака или алкоголя продолжают давить. Глава одного региона, видимо, себе построил пивной заводик и просит, чтобы на стадионах разрешили продавать пиво. То есть он думает о прибылях своего заводика пивного, а о населении не думает. Поэтому надо продолжать вести эту борьбу.

Я бы запретил рекламу всех лекарств. Каждый день с экрана нам сообщают, какие болезни какие лекарства лечат, но это психологически давит, люди начинают думать, что они все больные или вся страна больная. Не нужно этого делать. Врачи пускай этим занимаются. Кто ответит за нанесение вреда? Никто. Что делать? Рекламу лекарств нужно запрещать.

Вот посмотрите: только-только снесли больницу в Ховрино. Начали её строить в 1980 году, 40 лет впустую ушло. Деньги выделялись, а куда они ушли, деньги? Теперь мы снесли её. Кто ответит? Может быть, товарищи, которые планировали её строительство, ещё живы. Они скажут: а мы не знали, что будет перестройка, мы не могли планировать. Они правы. В 1980 году начали строить, но в 1985-м-то Горбачёв пришёл...

Вот такой вопрос, как служба патологоанатома. Я сам был автором закона, а Государственная Дума не приняла. После смерти больного в Москве, по-моему, 30 процентов, а по всей стране 70 процентов диагнозов не подтверждается. Вот я вижу вас, что вы из Минздрава России. Представляете, что происходит: патологоанатом видит, что диагноз не тот, не от этой болезни умер больной. Но главврачу невыгодно, чтобы статистика была о том, что его врачи лечат неправильно поставили диагноз и неправильно лечили. Но это же удар по здоровью! Ставят тот диагноз, от которого неправильно лечили и больного погубили. Поэтому, конечно, нужна независимая медико-социальная экспертиза.

Я почему очень недоволен? Со мной когда-то произошла такая история. Я пошутил в детстве, мне было 10 лет. Я сказал, что болит в правом боку, как при аппендиците. Вечером привезли в больницу, утром сделали операцию. Зачем? Я пошутил! Я ребёнок! Вы сначала анализы какие-то сделайте, ведь при аппендиците идёт воспалительный процесс, проверьте кровь, мочу... Ничего не сделали, отправили на операционный стол. Или вот гланды вырезали, потому что был план в советской медицине: если койки свободны, врач не получает премию. Нужно, чтобы были койки заняты. И больничный врач при мне говорит своему коллеге из поликлиники: ты мне присылай больше больных. Вот меня и прислали к нему, вырезали мне гланды в 16 лет. Сейчас говорят, это вредно, вырезать не надо. Это что такое, вообще? Как можно вот так вот? Ставят диагноз: ревматизм у него, ещё что-то. Через два года выясняется: ничего нет. Конечно, может быть, врачи не виноваты. Надо помогать им приобретать более высокую квалификацию. Но ведь больные страдают, когда живут с ложным диагнозом, когда их лечат не от того и не теми лекарствами. Вот я привёл пример. Спасибо им сказать, французам, или в суд на них подать? Сколько миллионов таблеток разошлось по стране! «Эреспал», у себя дома проверьте, лекарство называется «Эреспал». Ну, так же нельзя! Ну хорошо, а может быть, я нанёс своему здоровью ущерб. Кто проверит? Это же пять дней я принимал, полный курс, утром, вечером. К кому мне обращаться? Кто виноват? Наш Минздрав или французы? Пока я французами займусь, а Минздрав России оставлю в стороне, всё-таки с уважением относимся к нему. Ольга Викторовна – замечательный врач, и присутствующий здесь доктор Рошаль, люди замечательные, так сказать,

герои нашего времени. Мы должны быть благодарны врачу. Но есть больные, которые страдают от недостатка внимания.

Я зашёл как-то в мединститут, на лекции иногда к студентам хожу, и вижу, что наверху сидят девочки и вяжут. Чему они научатся? Ты же врачом должна стать, а ты сидишь и вяжешь.

Прохожу мимо детского сада, воспитательница сидит и читает книгу. Ты на детей смотри, у тебя 30 детей здесь бегают.

Вот пускай женщины не обижаются на меня, но легкомысленное отношение к работе надо искоренять. Особенно в здравоохранении. У нас может быть больше всего в мире ракет, в космосе можем всё делать, эстрада будет, культура великолепная, но если здоровья не будет у людей, нам это радости не доставит.

Поэтому задача всех наших врачей и юристов, и нас, депутатов, сделать так, чтобы медицина получила большую защиту. И пациенты получили, и врачи. И чтобы мы все были здоровы.

**Рошаль Л. М.** Владимир Вольфович, есть предложение к вам. Прикрепляйтесь к нам в детскую больницу, и будем ставить вам точный диагноз. Говорю, приходите.

**Жириновский В. В.** Я, когда был ребёнком, в городе Алма-Ате мне не ставили диагнозов. Я жил голодно, а знал, что в больнице кормят хорошо. И я в детское отделение напросился: вот у меня здесь болит, говорю, болит и болит. На самом деле ничего у меня не болело, но хоть три дня я там побыл. Потом я прикинулся, что сердце болит. Опять мне хотелось вырваться из коммуналки, и скорая помощь отвезла меня в больницу, я один в палате был. То есть у советской медицины коек было больше, чем больных. Вот сколько раз я сам спровоцировал отправку меня в больницу, чтобы без необходимости сделать две операции по ложным диагнозам. То есть я вину принимаю, доктор Рошаль. Я принимаю вину. Вы приглашаете – это хорошо, но это Москва, столица, и вы замечательный врач. А если далеко от Москвы...

**Рошаль Л. М.** Да нет, я говорю не только про Москву. Я говорю про педиатрическую службу в целом.

А зачем вы симулировали аппендицит?

**Жириновский В. В.** Я симулировал, потому что я хотел вырваться из коммуналки, хотел куда-то прийти, где хорошо кормят, где другие люди. И потом, детское любопытство – что такое больница, что такое операция? Я же ничего не знал.

**Рошаль Л. М.** По вашему опыту, симулировать не нужно. А может быть, наоборот, хорошо. Смотрите, каким человеком стали.

**Жириновский В. В.** Да, я согласен. Дети иногда обманывают нас. Вот надо научиться распознавать, где ребёнок заболел, а где он хочет уйти от папы, от мамы хотя бы на несколько дней в больницу, познакомиться с кем-то, узнать другое учреждение. То есть правильная любознательность, но мы получаем 5–6 диагнозов неверных, а тем более ещё связанных с операциями. Я согласен, вина ребёнка, моя вина. Но и врач-то, какова его квалификация? Что бы я ни сказал, он всё принимал на веру. Когда я сказал, что сердце болит, то услышал разговор медсестры: «Чего его привезли? Полностью здоровый парень». Я даже разочаровался – скоро выпишут меня, а я хотел полежать подольше. Питание хорошее. Так что меня не критиковали, когда боль в сердце не подтвердилась, они поняли, что всё в порядке.

Я не знаю, может быть, мы в чем-то тоже виноваты, как пациенты, но в любом случае мы благодарны врачам, они стараются продлить нашу жизнь. Тем не менее есть над чем работать.

**Менделевич Б. Д.** Спасибо большое, Владимир Вольфович, за, как всегда, очень яркое выступление.

Слово для доклада предоставляется заместителю председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Николаю Васильевичу Говорину.

**Говорин Н. В.** Добрый вечер, уважаемые коллеги, уважаемые друзья! Я сделаю очень короткое вступление.

И хочу сказать, что тема, которую мы сегодня с вами обсуждаем практически с разных аспектов, является предметом серьёзных дискуссий на протяжении уже многих лет. Мы и в прошлом составе Государственной Думы обсуждали эту тему, в том числе рассматриваемые законопроекты, которые были предметом очень тщательного анализа.

Следует отметить, что проблема взаимоотношений в системе «врач – больной» – это проблема вечная.

Но в последние годы мы отмечаем существенный рост числа нападений на медицинских работников. Именно эти факты побуждают нас пересмотреть ряд нормативно-правовых механизмов регуляции этих взаимоотношений. Что происходит в обществе? Изучение обстоятельств тех случаев, которые мы анализируем, свидетельствует о том, что отношения в системе «врач – больной» становятся, собственно говоря, психологически нездоровыми. С одной стороны, мы должны защитить и врача, фельдшера или другого человека, который занимается медицинской деятельностью или оказывает помощь врачу. Но с другой стороны, мы должны защищать и пациентов, потому что растёт параллельное количество жалоб. И ведь не напрасно в Следственном комитете формируется уже целое подразделение, которое будет заниматься расследованием врачебных ошибок и уголовных или административных правонарушений, которые возникают по результатам деятельности врачей. Это вызывает, естественно, определённое напряжение в обществе. Где найти этот баланс, что происходит?

Я хочу сказать, что, на мой взгляд, эта тема выходит за рамки в целом взаимоотношений в системе «врач – больной». Мы видим, что в обществе в целом уровень личностной агрессии при взаимоотношении друг с другом на самом деле вырос. Вы посмотрите вопиющие случаи, как водители при дорожно-транспортных каких-то происшествиях ведут себя по отношению друг к другу. То есть налицо совершенно брутальная агрессивность и жёсткость, это, к сожалению, сегодня является такой вот реальностью, на которую мы не можем не обращать внимания.

Я считаю, что врачи, медицинские работники нуждаются в серьёзной психологической поддержке. И в этом смысле те направления, которые развиваются сегодня в стране в плане создания медицинских ассоциаций, врачебных ассоциаций, могут являться как раз своеобразной системой защиты интересов медицинских работников и правовой и врачебной оценки их деятельности. И это направление является чрезвычайно важным и перспективным.

Но с другой стороны, я бы хотел обратить внимание ещё на один аспект проблемы. Это взаимодействие со средствами массовой информации. Сегодня мы видим, как часто непроверенные случаи являются предметом очень серьёзного резонансного обсуждения, в конечном счёте, что серьёзно усиливает дополнительный, порой совершенно неоправданный негатив в отношении медицинских работников. А когда подобного рода факты вовсе не подтверждаются, то не следует никакого опровержения этого. Так что существует аккумулятивный эффект от негативной информации, которая исходит от средств массовой информации, по деятельности медицинских работников. Это тоже отдельный вопрос, над которым мы должны работать и в конечном счёте навести здесь, по крайней мере, определённые мосты взаимодействия, для того чтобы врач или фельдшер не были сегодня в такой ситуации.

Мы, депутаты, очень часто выезжаем в регионы и видим, что подавляющая часть медицинских работников сегодня практически является, с одной стороны, едва ли не заложниками системы, особенно в первичном звене, где очень много недостатков. Но подавляющая часть этих врачей добросовестно несёт свою миссию, реализуя заповедь врача помогать пациентам. И в этом смысле наши мероприятия, направленные на реализацию главной задачи – нормализацию взаимоотношений в системе «врач –

больной», должны быть комплексными. Я очень надеюсь, что сегодня, учитывая состав присутствующих в этом зале, будут конкретные предложения, а не только обозначение проблем. Я специально не комментирую те конкретные предложения, над которыми мы работали и на площадке Общероссийского народного фронта. Недавно мы проводили такой «круглый стол». И Леонид Михайлович Рошаль будет об этом говорить.

Я считаю, что очень важным является сегодня аккумуляция и накопление тех конкретных задач, конкретных предложений и инициатив, которые могут в конечном счёте стать предметом такой законодательной проработки. Ну и, конечно, нам очень важно обсудить те конкретные предложения, которые уже существуют, в том числе и проекты федеральных законов.

**Соломатина Т. В.** Спасибо, Николай Васильевич.

Я хочу предоставить слово члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Борису Давыдовичу Менделевичу.

**Менделевич Б. Д.** Ещё раз добрый день, уважаемые коллеги, уважаемые друзья!

Сегодня проводится «круглый стол» на очень актуальную тему. Права пациентов и врачей, их взаимоотношения всегда будут острой темой для общественного обсуждения. Именно врачебные ошибки всегда были и будут в центре внимания общества. Если в процессе оказания медицинской помощи пострадал человек, не отреагировать на такой факт просто невозможно. Право на качественную, доступную и бесплатную медицинскую помощь закреплено в нашем российском законодательстве, и в первую очередь в его основном законе, Конституции Российской Федерации.

Однако, если мы говорим о медицинской помощи как о процессе, в котором участвуют две стороны, пациент, с одной стороны, и медицинский работник, с другой стороны, то, конечно же, нельзя не сказать и о защите прав самого врача, самого медицинского работника.

В своём докладе я хотел бы остановиться не только и не столько на теме защиты медицинского работника от хулиганских нападений, о чём был показан ролик и говорили выступающие до меня, а прежде всего на теме профессионального риска медицинского работника. Согласно информации Следственного комитета Российской Федерации, в 2017 году было зарегистрировано 6050 заявлений, по которым возбуждено 1790 – вдумайтесь в эту цифру! – уголовных дел. Рост по сравнению с 2016 годом в 2,3 раза.

Данных за последний год, к сожалению, нет, однако мы видим тенденцию, она прослеживается очень чётко. Естественно, что врачи обеспокоены этим фактом. Ведь мы с вами должны понимать, что в медицине нет 100-процентных решений, нет чёткой границы между регламентом, стандартами и непредвиденными реакциями организма в каждом индивидуальном случае. Зачастую в экстренной ситуации медпомощь сродни творчеству. В итоге страх перед ответственностью может привести к бездействию врача.

Сейчас система ОМС работает, прежде всего, в интересах пациента, обеспечивается возможность оказания качественной и своевременной медпомощи, также оказывается сопровождение граждан и помощь при выборе вида медицинских услуг. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, на территории нашей страны работают уже почти 9000 страховых представителей. Однако страхование самих медицинских работников и их профессиональных рисков развито на сегодняшний день крайне слабо. А ведь причин для так называемых врачебных ошибок становится, к сожалению, всё больше. Работа современного врача постоянно усложняется, появляются новые болезни, новые технологии, происходит постоянная мутация вирусов, растёт резистентность к лекарственным препаратам и многое, многое другое.

Страхование профессиональной ответственности становится острой необходимостью в плане правовой и социальной защиты персонала, медицинского персонала.

Если посмотреть на мировой опыт, то в среднем каждое десятое медицинское вмешательство в мире заканчивается врачебной ошибкой. К сожалению, это так. В России

с каждым годом растёт уровень юридической грамотности населения, и, безусловно, количество претензий со стороны пациентов к врачам, к медперсоналу будет только увеличиваться, что уже и сейчас показывает статистика Следственного комитета.

Мы изучили мировой опыт. На сегодняшний день в мире существуют две хорошо известных модели страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

Одна из них принята в Соединённых Штатах, так называемая система деликатной ответственности или гражданского суда. Она предусматривает материальную компенсацию за халатность и включает два вида полисов страхования ответственности, на основании страхового случая и на основании риска.

Однако в США, как уже показало время, это привело к развитию так называемой защитной медицины. Во избежание судебных исков врачи стали избегать случаев, сопряжённых со значительным риском. Для подстраховки всё чаще используются дорогие и неоправданные анализы и обследования. То есть врач работает с оглядкой, образно говоря, со связанными руками.

И как показывает данная практика, увеличение затрат на здравоохранение, к сожалению, не влияет на качество медицинской помощи.

В других странах, таких, например, как Швеция, Финляндия, Канада, применяется иная система страхования ответственности вреда без вины страхователя.

В случае причинения вреда здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи существующая система компенсаций не требует поиска конкретно виновных врачей, и пациенту автоматически выплачивается определённая судом денежная компенсация.

Конечно, речь в данном случае не идёт о покрывательстве врачебных преступлений. Преимущества такой системы очевидны – максимальное удовлетворение интересов пациентов, это то, что мы получаем при этом варианте.

Закон, впервые принятый в Финляндии, предусматривает компенсацию пациенту любого ущерба, причинённого ему в результате медицинского вмешательства или, наоборот, отсутствия как таковой медицинской помощи, включая инфекции, воспаления, несчастные случаи в ходе осмотра, и даже при санитарной перевозке.

Медработники, не выискивая виновных, смело анализируют, что стало причиной нанесённого вреда здоровью пациента, и работают по предотвращению подобных рисков в будущем.

В результате данная система страхования фактически свела на нет все судебные иски против медиков. Многие случаи решаются в досудебном порядке, не затронув профессиональную репутацию врача и медицинской организации.

У нас в России на сегодняшний день, согласно пункту 7 части первой статьи 71 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские и фармацевтические работники имеют всё-таки право в том числе и на страхование риска своей профессиональной ответственности.

Но, к сожалению, данный вид страхования реализуется сегодня не так активно.

При отсутствии обязательного страхования ответственности лечебного учреждения или медицинского работника страховые организации, будучи в большинстве своём коммерческими предприятиями, имеют право отказать в заключении подобного договора страхования, если сочтут, что степень рисков слишком высока.

Таким образом, медицинские работники могут застраховать на сегодняшний день свою профессиональную ответственность в добровольном порядке и исключительно за свой счёт.

Страхование же профессионального риска врача в нашей стране должно стать обязательным для всех лечебных учреждений, независимо от формы их собственности. Врач не может работать под постоянным надзором, боясь назначить пусть даже сложное, но в каждом конкретном случае наиболее эффективное лечение.

Сейчас, как вы все знаете, принят федеральный закон о клинических рекомендациях, вводятся протоколы лечения, алгоритм действий медицинского работника в отношении пациента будет чётко регламентирован и расписан.

Обеспечивается именно на законодательном уровне, и это очень важно, повышение качества оказания медицинской помощи за счёт регламентации требований и протоколов лечения, тем самым мы защищаем одновременно и врачей, и пациентов.

Следующим шагом, на мой взгляд, должно быть введение в Российской Федерации обязательного страхования профессиональной ответственности для всех медицинских работников.

Пользуясь случаем, обращаюсь к Министерству здравоохранения Российской Федерации с предложением всесторонне рассмотреть этот вопрос совместно с профессиональным сообществом и внести в Государственную Думу соответствующий законопроект.

Готов также включиться в эту работу.

**Соломатина Т. В.** Борис Давыдович, спасибо вам большое.

**Менделевич Б. Д.** Да, спасибо.

Слово предоставляется члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Татьяне Васильевне Соломатиной.

Пожалуйста, Татьяна Васильевна.

**Соломатина Т. В.** Уважаемые коллеги, мы собрались в этом зале не просто так. Я вам скажу, что для нас, как депутатов, для членов Комитета Государственной Думы по охране здоровья, эта тема «круглого стола» очень важна.

Ещё в осеннюю сессию мы планировали провести 13 декабря «круглый стол» на тему «Этика и деонтология». Но вопросы медицинского права сегодня нас просто, я бы сказала, заваливают, и эта тема стала более актуальной, чем проблемы, которые касаются медицины.

Что сегодня происходит в нашей системе здравоохранения, в нашем медицинском сообществе? Сложилась такая ситуация, когда врач, выполняя свои непосредственные обязанности по лечению пациента, иногда спасая его жизнь, делает всё возможное и невозможное для спасения этого пациента. И, казалось бы, и медицинская документация оформлена, и информированное согласие подписано, и пациент предупреждён о том, какие могут быть последствия в той или иной ситуации при оказании медицинской услуги, но тем не менее пациент после всего, что произошло, подаёт заявление в следственные органы, в судебные органы о том, что ему оказана недостаточно квалифицированная медицинская помощь. С одной стороны, мы с вами едины в том, что помощь должна оказываться вовремя, она должна быть качественной, она должна соответствовать всем нормам, требованиям и правилам. И для этого у нас есть профильное министерство, которое охраняет эти положения, есть у нас Роспотребнадзор, Росздравнадзор, есть органы местного управления власти на территориях.

В тех случаях, когда нанесён урон здоровью человека, мы с вами считаем, что должны быть приняты соответствующие меры. Однако что происходит тогда, когда всё выполнено так, как положено, как мы с вами говорим, *lege artis* – по всем правилам искусства, когда предприняты все меры, тем не менее происходит то, о чём сказал сегодня Борис Давыдович, напомнивший, что иногда человеческий организм отвечает на наше вмешательство не так, как нам бы хотелось, и не так, как написано в этих правилах? Что делать в таком случае? И тогда мы начинаем говорить о врачебной ошибке. Наверное, этот термин всегда был, но и сегодня на законодательной основе он не утверждён. В результате действия врача обсуждаются на разных площадках юристами, следователями, теми людьми, которые в принципе не имеют базовых знаний, не знакомы ни с системой здравоохранения, ни с системой оказания медицинской помощи.

Сложившуюся ситуацию усугубляют два момента.

Первый – это непосредственная экспертиза врачебной ошибки. Кто сегодня проводит экспертизу так называемой врачебной ошибки? Я приведу вам сейчас пример. Вот врач выполнил уникальную операцию, которую никто не делает в нашей стране, а экспертизу проводит другой врач, который даже не знает о том, что такая операция может быть проведена. И исход этой операции, и сама техника этой операции зависят от того, кто провёл эту экспертизу и каковы последствия данного принятого экспертного заключения.

В этой связи я считаю, что необходимо ставить вопрос о создании в нашей стране института независимых медицинских экспертов. Наверное, эта проблема сегодня назрела, и мы обращаемся в профильное министерство, чтобы подумать на эту тему и принять какие-то решения. Сразу оговорюсь: сегодня Борис Давыдович уже говорил о принятом федеральном законе о клинических рекомендациях, он действительно может и в проведении экспертизы, и в проведении лечебных процессов.

Второй момент – это, как уже тоже говорили, создание в структуре следственных органов специализированных отделов, занимающихся расследованием так называемых врачебных ошибок. Но чтобы расследовать врачебные ошибки, необходимо понимать хотя бы основные принципы организации системы здравоохранения, системы оказания медицинской помощи.

В этой связи, я полагаю, что целесообразно рассмотреть вопрос об обучении лиц, которые будут рассматривать данные врачебные ошибки, с тем чтобы дать им базовые знания в системе здравоохранения.

Тревожная тенденция, о которой я сейчас сказала, уже имеет свои последствия. И, как сказал Борис Давыдович в своём выступлении, многие врачи сегодня уходят от тех решений, которые бы они приняли. Врач начинает задумываться над тем, что же произойдёт, если он примет то или иное решение, но результат не будет соответствовать ожидаемому эффекту, который нужен был для данного пациента.

И самое страшное: мы общаемся со студентами, с теми людьми, которые выходят из стен наших вузов, и видим, что они сегодня не идут в хирургические, акушерско-гинекологические, реанимационные профессии, в которых возникает больше риска получения неудачного результата при лечении пациента. И я понимаю этих студентов, этих выпускников, потому что сегодня государство не защищает их и профессиональное сообщество тоже не может их сегодня защитить в полной мере.

Вот это те моменты, на которых я сегодня хотела остановиться.

И ещё на одну тему я бы хотела сегодня обратить ваше внимание. Это тема этики и деонтологии. Она касается и врача, и пациента. И сегодня мой коллега Николай Васильевич Говорин об этом говорил. Средства массовой информации, взаимодействие друг с другом играют огромную роль в тех заявлениях, которые подают пациенты на наших коллег, на нас с вами. И походя сказанное в адрес своего коллеги несправедливое слово приводит к тому, что пациенты, будучи дезориентированы, начинают писать заявления о некачественном оказании медицинской помощи.

И у меня есть такой печальный опыт. Мы в 2013 году на территории Томской области провели анализ тех заявлений и жалоб, которые подают наши пациенты. И поверьте мне, в 75 процентах случаев подача пациентом заявления или жалобы является следствием нарушения врачами медицинской этики по отношению друг к другу.

О чём я хочу попросить руководителей медицинских вузов наших, фармацевтических, медицинских колледжей: у нас сегодня есть учебные программы по медицинской этике и деонтологии, но, как правило, мы проводим эти обучающие семинары на первых курсах, когда нашему студенту 18–20 лет, он не имеет ни жизненного, ни профессионального опыта.

Необходимо сегодня, чтобы мы углубили, что ли, вот эти навыки медицинской этики и вспомнили то, чему нас когда-то учили. Я помню эти два тома учебников этики и де-

онтологии, эта тема у меня сегодня сидит в подкорке, я никогда не могу сказать плохо о своём коллеге. И я надеюсь, что люди моего поколения воспитаны точно так же.

Уважаемые коллеги, что мы сегодня хотим от вас услышать? Те проблемы, которые есть, их надо озвучивать. Было бы лучше для нас, как для законодателей, чтобы вы не только обозначили проблему, но и сказали о путях её решения. Это поможет нам на законодательном уровне принять те решения, которые будут защищать, как наших медицинских работников, так и наших пациентов.

Спасибо за внимание. Я очень хочу, чтобы наша работа была продуктивной.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо большое, Татьяна Васильевна.

Уважаемые коллеги, позвольте предоставить слово заместителю Председателя Государственной Думы Российской Федерации Ольге Николаевне Епифановой.

Пожалуйста, Ольга Николаевна.

**Епифанова О. Н.** Уважаемые коллеги, только что закончился Совет Государственной Думы. Позвольте передать вам приветствие и пожелания плодотворной эффективной работы от нашего Председателя Вячеслава Володина и от Совета Государственной Думы.

Хочу поблагодарить и наш профильный комитет, и его замечательного председателя Дмитрия Морозова, и всех вас за внимание к очень важной проблеме, ради которой все собрались здесь сегодня. И позвольте сказать несколько слов.

Уникальная миссия врача в том, что он сопровождает человека всю его жизнь, от рождения до смерти. И, конечно же, поэтому правовые аспекты, регулирующие взаимоотношения и врача, и пациента, являются принципиально важными. Медицина – одна из сложнейших сфер, как в научном, так и в организационно-прикладном плане, и здесь всегда были, есть и будут неясности и противоречия. К тому же следует признать, что с правовой точки зрения не все стороны деятельности медицинских работников в настоящее время имеют безупречную защиту.

Например, появляются новые вызовы, и с ними появляется новая головная боль. Совсем недавно никто даже предположить не мог, в страшном сне не мог себе представить, что возможно нападение на медицинских работников. Сегодня эта проблема встала уже в полный рост, и мы говорим о необходимости её законодательного решения.

Также в профессии врача, как ни в какой другой, во главе стоят морально-этические аспекты, принципы гуманизма, милосердия, сострадания, они, как известно, труднее всего поддаются законодательному регулированию, чаще вообще не поддаются.

И нельзя обойти молчанием очень сложную медико-социальную проблему, к настоящему времени тоже не до конца решённую. Я говорю о так называемой врачебной ошибке, о которой только что говорила наша коллега. К ней в последнее время в обществе проявляется повышенный интерес, и хотя все эксперты в медицинской сфере прекрасно знают, что любое врачебное воздействие сдержит в себе потенциальную угрозу жизни и здоровью человека, но...

Кстати, сошлюсь здесь на слова нашего признанного медицинского эксперта Леонида Михайловича Рошаля, он говорит о том, что даже самые серьёзные научные доказательства обеспечивают лишь 95 процентов вероятности верного диагноза и результата лечения. То есть получается, что даже при правильных действиях врача могут наступить нежелательные и неблагоприятные последствия, которые невозможно просчитать. И вот здесь из-за правовой неполноты наши медицинские работники попадают под шквал обвинений со всех сторон. Проводятся журналистские расследования, в интернете пишут такие страшные истории о врачах-убийцах, распространяются недоказанные факты, звучат обвинения во всех смертных грехах. Люди забывают, что любой из них может оказаться на медицинском столе в любой момент. Конечно, с этим надо разбираться.

Есть ещё ряд проблем. Например, такая типовая, но, как выясняется, не до конца отработанная процедура, которая называется дачей информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от медицинского вмешательства. В настоящее время она предусмотрена лишь для определённых видов медицинского вмешательства, и там, где она не предусмотрена, медицинские организации такие формы разрабатывают сами и сами утверждают. Это приводит к возникновению коллизий из-за того, что медицинской организацией и надзорным органом эти формы могут трактоваться по-разному. А ведь на самом деле медицинская документация при спорных случаях, когда надо определить, что же на самом деле произошло, и защитить врача, является основным доказательством правомерности действий врача. Поэтому к ней должно быть очень внимательное и строгое отношение, как и к любому вещественному доказательству.

И, наконец, нельзя не упомянуть о развитии системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Сейчас многие специалисты смотрят на это, как на реальную меру социально-профессиональной защиты медиков.

И в заключение хочу сказать, что наша задача, именно как законодателей, в максимальной степени устранить все правовые пробелы в сфере взаимоотношений врача и пациента, совершенствовать систему защиты медицинских работников и облегчить их и без того непростую миссию. Если мы этого не сделаем, скоро врач будет бояться лечить, и пациенты вообще останутся без помощи.

Плодотворной вам и эффективной работы, дорогие мои коллеги.

Благодарю за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, позвольте предоставить слово президенту Национальной медицинской палаты Леониду Михайловичу Рошалю, детскому хирургу.

**Рошаль Л. М.** Дмитрий Анатольевич, дорогие друзья!

Во-первых, Борис Давыдович, Национальная медицинская палата приглашает вас к сотрудничеству, потому что мы уже четвёртый год занимаемся проблемой страхования профессиональной ответственности, прошли определённый путь, сделали два пилотных проекта, один из которых до конца нас не удовлетворяет. Поэтому этот вопрос для нас очень важный.

Татьяна Васильевна, мы редко с вами общаемся, потому что вопрос независимой и профессиональной экспертизы был разработан Национальной медицинской палатой, и уже пятый год мы с ней работаем, причём создана система независимой и профессиональной экспертизы, одна из лучших в мире. Мы взяли немецкий опыт, когда во главе комиссии стоит не врач, а судья или опытный юрист, чтобы рука руку не мыла, все документы, которые приходят, обезличиваются и рассматриваются экстерриториально.

Система работает сейчас. К нам сейчас обращается Следственный комитет России, обращаются суды, обращаются защитники, но вот оформить эту действующую сегодня систему юридически, добиться внесения изменений в закон до сих пор не смогли, ну просто какая-то полуобструкция, да?

Мы это на заседании Народного фронта обсуждали пару дней тому назад и договорились, что до 28-го числа мы все вопросы должны снять, потому что это действительно хорошая система.

И в результате не получается так, что всегда врач прав. Некоторые врачи говорят: а зачем нам такая независимая экспертиза, которая приводит к результату, что мы оказываемся виноваты? Но это действительно независимая экспертиза, она защищает не только врачей, она защищает и пациентов, что очень важно.

И мы далее будем решать эту проблему, и я думаю, Олег Олегович, что мы с вами должны завершить эту работу.

Права пациента определены в Конституции Российской Федерации. Исполнять надо Конституцию, и больше ничего. Речь идёт о бесплатном, качественном, доступном и, если меня Государственная Дума поддержит, есть ещё одна формулировка – удобном для пациента методе, формах лечения. Потому что иногда это правильно, когда идёт оптимизация каких-то вещей, но когда в результате этой оптимизации люди с пересадками едут до другой поликлиники или больницы, или даже в другой город за 100–200 километров, и только там могут получить качественное лечение – вот этот вопрос и для нас, и для пациентов очень важен.

Конечно, в целом пациенты, и это правильно, более защищены, чем врачи, чем медики. Медики абсолютно не защищены. Их не защищает Конституция России, их не защищает никакой закон. И, может быть, я ошибусь, и тогда извините, но думаю, что принятые поправки к закону о клинических рекомендациях увеличат число жалоб на врачей, потому что это хороший материал для следователей, которые, как пиявки, сегодня сели на эту тему и зарабатывают деньги на нас.

Мы провели сейчас работу в Народном фронте, опросили и врачей, и пациентов о нашей работе и задали вопрос: как вы считаете, врач должен сидеть в тюрьме, если допущена неумышленная ошибка и возникло какое-то осложнение? Врачи-то ясно, как ответили, но даже опрошенные пациенты в подавляющем большинстве сказали, что нет, при неумышленных осложнениях врач не должен сидеть в тюрьме. Это очень для нас важно. И мы по этому поводу сейчас работаем со Следственным комитетом России, очень сложно работаем. Это тяжёлая работа, потому что следователей тоже нужно понять. Когда увеличивается число вот этих самых жалоб на врачей в геометрической прогрессии – 4000, 5000, 6000, 7000, они же должны как-то реагировать на это. И в целом эта жёсткость наказания ещё существует. Но мы продолжаем пытаться договориться со Следственным комитетом и разъяснить, что это неправильно. Ну, а если ещё в новую статью 121<sup>1</sup> внесут положение о плоде и привлечение врачей за ошибки при внутриутробных вмешательствах, мы потеряем всё акушерство. Уйдут из этой сферы врачи, просто уйдут.

Вчера был на Конгрессе педиатров, мы обсуждали вопрос об абортгах, в отношении детей маловесных, и надо договориться сейчас и с церковью в этом плане. Плод не должен быть предметом права, но Следственный комитет считает по-другому. Тогда давайте сделаем предметами права сперматозоид и яйцеклетку, и круг замкнётся у нас полностью.

В общем, много всего мы стараемся делать. Да, мы разработали целую систему обучения врачей юридическим вопросам. И с университетом юстиции проводим открытые семинары, сеть семинаров по этой проблеме.

Кроме того, мы издали такой сборник рекомендаций для врачей, что надо делать в той или иной ситуации, и распространили его по всей стране, так как врачебные объединения всех 85 территорий входят в Национальную медицинскую палату. Мы работаем, но это очень сложно.

Какая реакция бывает? Мы почти еженедельно проверяем скрининг всех публикаций в газетах России, в сети Интернет, которые касаются врачебных ошибок или привлечения врачей к ответственности. Вот случай: у бабушки отрезали здоровую ногу. Больше 150 публикаций, включая центральные издания: «У бабушки отрезали здоровую ногу». Ещё не разобрались, что и как. К сожалению, Следственный комитет в Воронеже повторил эту формулировку из жалобы сына. На самом деле ничего не отрезали, всё нормально, больная нога, были показания прямые к ампутации, но вот этот взрыв по всей стране: «Бабушке отрезали здоровую ногу!».

Или другой случай: в Калининграде в родильном доме не оказалось лекарств, и ребёнок погиб. Главного врача родильного дома посадили в тюрьму. Мы освободили его из тюрьмы, доказав, что лекарство было, и главврач не виновата. Она виновата в другом, но это пусть суд разбирается.

В общем, есть над чем работать, у нас хорошая группа специалистов, юристов. Я думаю, что мы должны защищать и пациентов, должны пересмотреть защиту врачей, потому что нас низвели до положения «убийц в белых халатах», и всё тут. Хотя мы посчитали, и оказалось, что число пациентов, подавших жалобу, меньше 0,01 процента от числа тех, кто к нам в течение года обращается за помощью.

Дмитрий Анатольевич, мы придём к вам с представителями Национальной медицинской палаты и Народного фронта, и давайте мы поработаем вместе для того, чтобы решить этот вопрос.

Спасибо большое, желаю всем здоровья.

**Председательствующий.** Спасибо, Леонид Михайлович.

Уважаемые коллеги, позвольте предоставить слово Татьяне Игоревне Цыбизовой, члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья.

**Цыбизова Т. И.** Глубокоуважаемый президиум! Уважаемые коллеги!

Здесь собралась аудитория профессионалов, поэтому я не буду останавливаться на актуальности темы, повторю только, что мы с вами хорошо знаем: за последние 10–12 лет в систему здравоохранения были беспрецедентные финансовые инвестиции – это и нацпроект «Здоровье», и программа модернизации здравоохранения, и строительство высокотехнологичных центров. И всё это, безусловно, повлияло на показатели, они улучшились, повлияло на исход заболеваний, но не произошло чуда в отношении пациента к результатам нашего с вами труда.

Борис Давыдович приводил уже цифры – более 6000 обращений в Следственный комитет России. И можно было бы согласиться с тем, что не так уж это и много, однако налицо тенденция: с 2012 года количество этих обращений увеличилось ровно втрое. Это говорит о том, что наши с вами пациенты, которых мы холим и лелеем, уже не ограничиваются жалобами и отдают предпочтение судебным преследованиям медиков за малейшую ошибку, с их точки зрения, а иногда предъявляют претензии весьма необоснованные.

Конечно, стимулирующими факторами в этом отношении являются публикации в СМИ, в сети Интернет, и различные телерепортажи и ток-шоу. Согласитесь, когда звучит с экранов телевизора информация о шести тысячах обращений в Следственный комитет, это устрашает. Это устрашает пациентов, это устрашает, безусловно, и профессиональное сообщество, особенно молодых докторов.

Я не буду говорить о тех фактах, которые подпадают под расследование Следственного комитета, таких, как халатность, допустим, или вымогательство. Это всё лежит в плоскости общечеловеческой морали. Коснусь лишь наших профессиональных моментов.

Структура уголовных дел в отношении врачей и других медицинских работников, возбуждённых Следственным комитетом в 2017 году, выглядит следующим образом.

74,7 процента – это причинение смерти по неосторожности, это подавляющее большинство обращений.

10,9 процента – это ненадлежащее оказание услуг.

И 6,3 процента – это причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности.

Один из медицинских парадоксов заключается в том, что медицина способна и помощь оказывать, и вред причинять одновременно. И с развитием высоких технологий такого рода ситуаций становится всё больше и больше.

Вы знаете, что ещё 15–20 лет назад был ряд заболеваний, которые считались неизлечимыми – некоторые аномалии развития у новорождённых, случаи с острыми инфарктами миокарда, опухоли и так далее.

Сейчас часть из них активно лечится. Больные об этом осведомлены, им рассказывает сеть Интернет. Поэтому, когда в случаях с их близкими возникает ситуация, которая их не устраивает, они, будучи гораздо более подготовленными, идут в суд, потому что в интернете им сказали, что этот недуг можно вылечить, а врачи не помогли.

А что же врачи? Насколько им сегодня психологически комфортно работать, будучи априори виноватым во всём? Кто и как их готовит к этой ответственности.

Далее я буду всё-таки акцентировать внимание на некоторых рекомендациях, с моей точки зрения, назрело их внедрение.

Вот смотрите. Современное законодательство закрепило приоритет во взаимоотношениях врача и пациента за пациентом. Пациент сегодня имеет 11 законодательно закреплённых прав (об этом говорил Леонид Михайлович) и три обязанности, причём за их неисполнение пациенту не грозит ничего. Мы с вами ни разу не наказали ни одного пациента за то, что он не соблюдал режим (в судебном порядке, я имею в виду), за то, что он не уделял внимание сохранению своего здоровья и так далее.

У медработника при этом всего лишь семь прав. Они не специфичны и практически, за исключением того страхования, о котором мы говорили, не отличаются от прав граждан других специальностей. Зато у них пять обязанностей и шесть ограничений. Это беспрецедентные обязанности и ограничения, малейшее неисполнение которых является для пациента основанием обратиться в суд.

То есть мы сегодня имеем законодательство, которое в отношении медицинских работников в некотором смысле слова оценивается, как дискриминационное.

Профессиональное сообщество, то есть мы с вами, уже давно принимаем это как должное, и со своими правами медики знакомятся, увы, с очень большим опозданием. Почему с опозданием? Да потому что в настоящее время в медицинских университетах отсутствует предмет «Медицинское право».

«Правоведение», которое преподаётся на первом курсе, в отрыве от клиники профессиональных знаний, отнюдь не дисциплинирует и не мотивирует будущего врача. Есть биомедицинская этика, она тоже изучается рановато, на втором курсе, но и её сейчас в некоторых вузах предлагают присоединить к философии.

Что мы имеем на выходе из университета? Мы имеем выпускника, который бывает беспомощен в отстаивании своих собственных прав, как медработника. Раньше навыки бесконфликтного общения с пациентами прививали наставники в интернатуре, но сейчас нет интернатуры. И иногда только первая жалоба или судебный иск заставляют молодого доктора уточнить свои права, обязанности пациента, чтобы не быть без вины виноватым. И вот это первое, что хотелось бы записать в рекомендации.

Татьяна Васильевна обращала внимание на вопросы медицинского образования, но, на мой взгляд, предмет медицинского права, который должен изучаться в преломлении к той специальности, которую получает врач, это необходимость сегодняшнего времени.

Только защищённый в правовом плане врач способен принимать грамотные решения. И здесь уже тоже звучала эта тема – правильно принятое решение. Если мы говорим о врачебных ошибках, то чаще всего они происходят именно на стадии принятия решения: как лечить, оперировать или нет, в каком объёме.

Так вот, принимать решения и прогнозировать риски – это тоже искусство, которому надо учить. В беседе с молодым специалистом я услышала буквально на прошлой неделе такую мысль: зачем думать? Медсестра в лист назначений протокол перепишет, прокурору понравится. Леонид Михайлович говорил про протоколы, это очень важно. Возможно, если прокурору-то и понравится, то пациенту вряд ли, потому что мы с вами прекрасно понимаем, что большинство жалоб и судебных исков возникает от невнимания, от неумения общаться с пациентами, от неспособности правильно донести до них информацию. И кто же учит этому?

К чему я подвожу? Всё-таки в медицине должно быть наставничество. Возможно, следует вернуть понятие старшего ординатора, который мог бы принимать решения, контролировать, восполнять в этом смысле утраченную интернатуру. Но все мы прекрасно понимаем, что ему надо предоставить особые условия работы, освободить

от лишней нагрузки, дать зарплату, которая будет отличаться не на полторы тысячи рублей, а в разы от медика новобранца.

А что сегодня происходит? Сегодня и опытные врачи, и молодые тратят часы на бумаготворчество. Что они пишут помимо дневников и листа назначений? Я не буду зачитывать, у меня перечень из 14 пунктов, которые мне сегодня надиктовал врач-хирург высшей категории. Он сегодня заполнял помимо дневников и плана ведения пациентов 14 дополнительных бумаг. Скажите, пожалуйста, кому из пациентов от этого стало легче? Я не уверена, что кому-то. Сколько этому пациенту, на которого оформляли все эти документы, и другим больным уделили сегодня времени? Очевидно, мало. Сколько пациентов при таком бумажном рабстве должен врач в стационаре вести? И эти нормативы, которые, извините за выражение, существуют со времён царя Гороха, не учитывают реалий сегодняшнего дня, их тоже требуется менять. Все эти вопросы требуют новых современных подходов, регламентов. И если этого не сделать, то, поверьте, мы никогда не решим кадровую проблему в здравоохранении. Чувство незащищённости врача угнетает.

Кто защитит врача в результате возникших осложнений? Здесь звучала тема – врачебная ошибка, как угодно можно трактовать, причинение вреда. Так вот, можно ли это законодательно регулировать? Я считаю, что настало время законодательного регулирования. Есть уже на этот счёт предложения блестящего профессора, который всю жизнь занимается биомедицинской этикой, это доктор и юристических, и социологических наук Наталья Николаевна Седова, которая говорит о том, что законодательно следует определять социальные субъекты защиты прав врачей. Это такой буфер между специалистом и Следственным комитетом. Потому что когда Следственный комитет приглашает независимую экспертизу, то, поверьте, для врача уже светлая полоса в его жизни кончилась. И каждый из вас понимает, что за этими словами.

Долгие годы обсуждается передача этих функций ассоциациям врачей, профсоюзам, но тут мы как законодатели говорим, что мы на это не можем повлиять, потому что общественные организации не подпадают в этой части под действие федерального законодательства. Мы не вправе им диктовать, чем они должны заниматься. Звучит тема, давно уже звучит тема этических комитетов, и она могла бы заработать, если бы была чётко определена их принадлежность и функционал.

А в итоге что мы сегодня имеем? По данным той же самой Натальи Николаевны Седовой из её работы насчёт личного опыта врачей, на вопрос, кто защищал их права в случае конфликтов с пациентами, жалобами, исками, 1 процент ответили «суд», 3 процента – досудебные механизмы, 27 процентов – администрация ЛПУ и 69 процентов защищались сами. То есть в большинстве случаев врач остаётся один на один со своей профессиональной проблемой, которая перестаёт быть профессиональной, становится его и личной, и семейной.

И это ещё далеко не всё, что требует сегодня законодательного регулирования.

Когда мы обсуждаем вопиющие случаи нападения на врачей, причинение им физического вреда, мы почему-то оставляем за скобками клевету, осознанные оговоры и необоснованные жалобы.

По данным различных авторов, число необоснованных сегодня колеблется от 26 до 60 процентов от всех обращений. Уже есть целая категория, целая команда адвокатов, которые активно зарабатывают вместе с пациентами на медицинских делах.

А врачам профессиональное достоинство, недостаток средств, времени, в общем-то, не позволяет давать достойный отпор.

Поэтому я считаю, что здесь мы можем, как законодатели, предусмотреть и в Уголовном кодексе Российской Федерации, и в Кодексе об административных правонарушениях Российской Федерации такого рода дисциплинирующие моменты. И это было бы правильно.

И последнее, на чём я хотела бы остановиться, – это социальный статус врача.

Вы знаете, тема эта обсуждается очень давно, и буквально весь президиум, который здесь сидит, принимает очень живое участие в обсуждении. И мы с вами сегодня должны сказать: не защитив врача, мы не сможем помочь пациентам. Социальный статус врача не может быть таким же, как у представителей других профессий.

Некоторые говорят: зачем выделять врачей из прочих граждан? Но мы с вами должны сегодня повторить ещё раз, что их принципиально другая ответственность, принципиально иные риски требуют изменения этого подхода.

Мы же выделяем прокуроров, судей, придавая им особый статус в обществе законодательно, так почему же нельзя это сделать для тех, кто не только судьбы, но жизни своих в профессиональных руках держит? Оснований для этого более чем достаточно.

Врачи военнообязанные. Они участвуют практически во всех чрезвычайных ситуациях. Они работают по ночам, в выходные и праздники. Они подвергаются рискам, от риска заражения инфекционными заболеваниями до риска уголовного преследования за свою профессиональную деятельность и за неоказание помощи.

Вот при всём уважении к людям других профессий, я никогда не слышала, чтобы, допустим, на педагога родители школьника подали в суд за то, что их ребёнок, допустим, не сдал ЕГЭ. Не было такого, да? Не было. Может, когда-то мы и до этого доживём, но пока такого не было.

Вот сегодняшняя ситуация такова, что обязанности врачей, ограничения в их профессиональной деятельности, закреплённые законом, не соответствуют ни вознаграждению, ни правам, ни сегодняшнему положению врача в обществе.

И как бы это ни было печально, но на сегодняшний день и общество, и государство, требуя от медиков безупречного самоотверженного труда, взамен отдают маловато.

У меня три конкретных предложения по образованию, по законодательству в отношении наших очень, скажем так, в неправомерном поле действующих пациентов, всё подготовим.

Спасибо большое.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, перед тем как предоставить слово Олегу Олеговичу Салагаю, я бы хотел всё-таки, чтобы в этом зале прозвучал следующий посыл.

На мой взгляд, ситуация просто дошла до предела. И дело не в том даже, правы мы или нет, дело даже не в том, слышат нас и уважают ли нас, это всё можно отнести на счёт лирики. Дело, на мой взгляд, в том, что если мы пройдем точку невозврата, о которой мы точно знаем, вот эту линию предела, то ситуация просто обвалится моментально.

В отличие от многих-многих вокруг нас, мы знаем, о чём говорим. Вот та точка, к которой мы подошли, это очень опасно. Потом нас спросят: а что же вы сложившуюся ситуацию не так серьёзно до нас донесли? А это уже системная проблема.

И поэтому мне бы хотелось предоставить слово Олегу Олеговичу Салагаю, заместителю министра здравоохранения Российской Федерации.

Спасибо.

**Салагай О. О.** Уважаемый Дмитрий Анатольевич, уважаемые коллеги!

Наверное, градус сегодняшнего обсуждения таков, что я не могу, с одной стороны, не присоединиться ко многим из тезисов, которые уже звучали. Конечно, как врач, я внутренне разделяю тезис о том, что профессия наша совершенно особая. И я думаю, что любой медик, который находится в этом зале и который в этом зале не находится, с этим утверждением согласится.

Но, уважаемые коллеги, мы в наших выступлениях по какой-то причине очень часто противопоставляем врача и пациента. Вот мне бы хотелось, чтобы сегодняшнюю нашу дискуссию мы всё-таки вернули к теме нашего «круглого стола» «Медицина и право. Врач и пациент». Интересы врача и пациента не взаимоисключающие, они

как раз не то чтобы дополняют друг друга, они совпадают, поскольку и врач, и пациент, скажем так, в основном заинтересованы в благополучном исходе дела.

Конечно, вы приведёте мне примеры некорректного поведения пациентов. И, поверьте, я приведу такие же примеры, потому что мы в Министерстве здравоохранения Российской Федерации тщательно анализируем жалобы, которые поступают, и видим, что есть определённый процент жалоб, которые, вероятней всего, не основаны на корректном понимании права и медицины. Но при этом и вы, и я назовём друг другу довольно много примеров, в которых медицинский работник вёл себя некорректно и поступал несообразно нормам врачебной этики, действовал, к сожалению, несообразно канонам медицины. Я не буду говорить много о каких-то общих подходах к взаимоотношениям врача и пациента, а попробую кратко отреагировать на те темы и на те тезисы, которые уже прозвучали. Конечно, в этой аудитории собрались и правоведа, и врачи, и пациентское сообщество. Я вижу много знакомых лиц из тех, кто очень давно и весьма успешно занимается и защитой прав пациента, и защитой прав медиков. Поэтому я уверен, что сегодняшняя дискуссия получится очень содержательной.

Поэтому нам важно будет перейти к содержательным докладам. Я должен сказать, что у нас здесь, кроме меня, присутствуют и другие коллеги из Министерства здравоохранения Российской Федерации, из юридической службы Министерства здравоохранения Российской Федерации, которые тоже будут внимательно вас, уважаемые коллеги, слушать.

Вот из тех тем, которые сегодня стоят на повестке дня Министерства здравоохранения Российской Федерации и на повестке дня, я думаю, Комитета Государственной Думы по охране здоровья, я остановлюсь на нескольких, но прежде всего на защите врачей, как мы называем этот законопроект. Это те нормы, которые позволят защитить медицинского работника от любого физического воздействия. Это и воспрепятствование деятельности врача, и те совершенно чудовищные случаи, когда на врача нападают. Это те случаи, когда не предоставляется проезд автомобилям скорой медицинской помощи. Вот в настоящее время министерство ведёт работу над проектом поправок, это регламентная процедура Правительства Российской Федерации к проекту федерального закона, который был подготовлен депутатским корпусом. И Дмитрий Анатольевич как раз является одним из авторов этого закона. Это законопроект о корректировке Уголовного кодекса Российской Федерации и Кодекса об административных правонарушениях Российской Федерации.

Мы очень плотно работаем по этому законопроекту с Национальной медицинской палатой. Не так давно Леонид Михайлович проводил большое слушание в Общероссийском народном фронте по этому вопросу. Обсуждение достаточно конструктивное и открытое.

И я, уважаемые коллеги, вас тоже призываю посмотреть внимательно эти законопроекты, и если у вас есть какие-то предложения по ним, представить их или в Национальную медицинскую палату, я думаю, Леонид Михайлович поддержит, или в Министерство здравоохранения Российской Федерации. Мы рассчитываем, что до 1 марта мы соответствующие поправки по законопроекту внесём.

Если говорить о теме, которую я затронул, – это взаимодействие с профессиональным сообществом, с Национальной медицинской палатой, которую мы упоминали, – то одним из тех законопроектов, которые сегодня наиболее активно обсуждаются с Национальной медицинской палатой, является законопроект о независимой экспертизе.

Я не буду повторять, Леонид Михайлович, по-моему, довольно красноречиво назвал положительные стороны этого законопроекта, который достаточно долго готовится, обсуждается в профессиональном сообществе. Я тоже, уважаемые коллеги, вас призываю посмотреть на этот проект, он есть на сайте [regulation.gov.ru](http://regulation.gov.ru), и какие-то свои предложения по нему также высказать.

Законопроект, на мой взгляд, сегодня приобретает сбалансированный характер, он, может быть, получит ещё несколько дополнительных корректировок, но в целом, по-моему, работа ведётся в верном направлении.

Конечно, говоря о профессиональном сообществе, я не могу не упомянуть в качестве отдельного вопроса о расширении взаимодействия с пациентским сообществом и в целом с гражданским обществом, потому что, конечно, мы сегодня с вами постоянно поднимаем вопрос защиты врачей, но мы с вами, как врачи, понимаем, что наша работа не замкнута сама в себе, она, конечно, предполагает помощь человеку.

И теперь задача – наши идеи, наши предложения также сопрягать с теми ожиданиями, которые есть у целого ряда представителей пациентского сообщества.

В числе тем, которые требуют отдельного обсуждения – вопросы общественного здоровья. Сегодня об этом тоже говорили, в самом начале Владимир Вольфович об этом говорил: вопрос противодействия потреблению табака, снижения потребления алкоголя, потому что это, как вы знаете, одни из принципиальных факторов риска в плане преждевременной смертности, особенно смертности трудоспособного населения.

Я вижу в зале знакомые лица, не только специалистов в области права, но и организаторов здравоохранения. Называя вещи своими именами, уважаемые коллеги, хочу сказать: от нас с вами ожидают в том числе изменения и демографических показателей, и смертности, и общей смертности, и увеличения продолжительности жизни, и снижения смертности трудоспособного населения, что, конечно, требует усилий далеко не только системы здравоохранения.

Конечно, коллеги, об этом говорились сегодня немало: вопросы медицинского образования, и в частности, преподавания медицинского права, биомедицинской этики тоже требуют своего совершенствования. И я не могу не сказать о том, что и сам не только как студент эти дисциплины изучал, но и имел опыт преподавания этих дисциплин.

Конечно, когда мы преподаём этику студенту первого курса, наверное, это вряд ли можно считать достаточным, особенно с точки зрения того, что решать какие-то клинические задачи со студентом первого курса в контексте биомедицинской этики достаточно затруднительно.

Это не означает, что студент первого курса не должен изучать этику, но это означает, что мы с вами должны очень серьёзно подойти к обсуждению того, каким образом этика должна проходить через всё медицинское образование. Говоря «медицинское образование», я имею в виду то самое непрерывное медицинское образование, которое длится всю жизнь, а не заканчивается за стенами медицинского университета.

Нельзя, конечно, не согласиться с необходимостью обсуждения вопросов страхования. Существуют разные модели, опять же Леонид Михайлович об этом сказал: это и страхование профессиональной ответственности, это и модель страхования пациента, это и взаимное страхование, поэтому существует ряд подходов. И надо сказать, что модель так называемого «безвиновного возмещения», о которой сегодня было сказано уже, во всём мире рассматривается как наиболее корректная. Поэтому, наверное, можно согласиться с тем, что Борис Давыдович предлагает.

И наверное, коллеги, говоря о враче и пациенте, нам с вами предстоит ещё обсудить немало с точки зрения ответственности самого пациента за состояние своего здоровья.

Вот Татьяна Игоревна остановилась на этом достаточно подробно. Речь, конечно, не идёт о какой-то уголовной, административной или гражданской ответственности. Но мы с вами должны сформировать систему стимулов, которая бы мотивировала человека заботиться о своём здоровье. И я всех призываю, уважаемые коллеги, подумать над этим очень серьёзным вопросом. И поскольку у нас с вами есть возможность в рамках федерального проекта укрепления общественного здоровья предлагать такого рода инициативы, воспользоваться этой возможностью и перевести это из профессиональной дискуссии в юридической плоскости, в медицинской плоскости в формат конкрет-

ного предложения в виде, может быть, нормативного акта или какого-то иного документа, который бы был материальным носителем этой нашей с вами идеи. Я думаю, что все присутствующие с этим согласятся. Тема ответственности звучит достаточно давно, но при этом серьёзных нормативных решений на этот счёт, к сожалению, пока не предложено. И нам с вами ещё предстоит это сделать.

Заканчивая выступление, я не могу не отреагировать на то, что сегодня было сказано относительно врачебных ошибок. Всё-таки, коллеги, мы должны очень чётко понимать, что когда мы говорим «ошибка», мы должны быть юридически очень точны, потому что часто под ошибкой в общественном мнении понимается любая форма, скажем так, некорректного поведения врача. Но ошибка, конечно, это всегда добросовестное заблуждение. И министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Игоревна Скворцова об этом говорила, что ошибка – это всегда ошибка. Это то, что сделано не умышленно, это не по халатности, и такого рода происшествия, конечно, должны получать определённую оценку со стороны профессионального сообщества, прежде всего.

Уважаемые коллеги, я хочу пожелать вам конструктивных дискуссий сегодня. По градусу тех выступлений, которые уже были, я понимаю, что дискуссия будет жаркой. Но что бы мне очень хотелось? Чтобы наша с вами работа не закончилась обсуждением. И вот со стороны Министерства здравоохранения Российской Федерации я могу пообещать, что те рекомендации, которые будут подготовлены по итогам этого «круглого стола», будут самым детальным образом проанализированы. После этого, я думаю, Дмитрий Анатольевич это поддержит, можно провести заседание Комитета, на котором мы дадим тщательную и скрупулёзную оценку этим рекомендациям, и перед этим заседанием отчитаемся за то, насколько эти рекомендации можно внедрить, насколько они могут найти практическое применение.

Спасибо большое, уважаемые коллеги!

Хорошей дискуссии.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

На самом деле, уважаемые коллеги, мы ведём стенограмму, как всегда, и принято решение на основе стенограммы, всех предложений, всех замечаний издать материалы нашего разговора. Это будет отправной точкой дискуссии с нашими партнёрами и оппонентами, с одной стороны, и с сподвижниками, с другой.

Действительно, не могу не сказать, что Олег Олегович совершенно прав: слово – это очень серьёзная вещь. И когда кто-то врачебную неудачу и неуспех назвал ошибкой, он просто искажил смысл понятия. Говоря «ошибка», русский человек имеет в виду ошибку. А когда мы смотрим трактовку медицинской ошибки, ошибки врача, там ошибкой и не пахнет, потому что жизнь человека конечна, заканчивается она через болезнь, болезнь заканчивается через осложнения – это общая биология живого существа. А мы отрываемся от этого и пытаемся приобрести здоровье в магазине, переходя на товарно-денежные отношения. Это вообще не соответствует развитию биосоциума.

Слово предоставляется Юрию Александровичу Жулеву, сопредседателю Всероссийского общества пациентов.

**Жулев Ю. А.** Жалко, что Олег Олегович ушёл, потому что, конечно, хотелось бы, чтобы он лично выслушал нашу точку зрения.

Полностью согласен с мнением, что не надо противопоставлять врача и пациента. Мою жизнь неоднократно спасали врачи, я не представляю, как можно столь гуманистическую профессию и деятельность выставлять в негативном свете.

Но, с другой стороны, мы должны объективно посмотреть на существующие проблемы и вместе их обсудить, потому что времена меняются, меняется социально-экономическая обстановка, отношения между людьми.

*(Демонстрируется слайд.)*

Я говорю о пациентоориентированном отношении к медицине, потому что пациент уже не тот, пациент получает много информации из источников, он иногда уже подкованный приходит к врачу, пациент не готов смириться с выполнением функций, как я говорю иногда, машины по заглатыванию таблеток и выполнению каких-то медицинских процедур, он хочет понимать суть своего заболевания, возможные исходы, как позитивные, так и отрицательные. И в этой связи, конечно, готовность врача общаться на определённом уровне с пациентом, готовность всей системы быть понятной для пациента становится крайне актуальной.

*(Демонстрируется слайд.)*

Вот источники, собственно, конфликтов, ничего нового я вам не говорю: конечно, неудовлетворённость качеством и доступностью медицинской помощи, отношением медицинского персонала.

Олег Олегович совершенно правильно сказал: медицинские работники. Ведь не только во враче дело, у нас есть ещё средний медицинский персонал и младший медицинский персонал, который, к сожалению, зачастую может вносить негативную лепту, так скажем, в общую атмосферу в лечебном учреждении, отношение пациента к происходящему. Условия оказания медицинской помощи, суть и порядок оказания медицинской помощи, программы государственных гарантий – пациент зачастую просто не понимает этих вещей.

И агрессивное поведение. Я хочу согласиться с этим. Но а где у нас сейчас не агрессивное поведение? Посмотрите, что происходит на дорогах, в кафе.

Ещё я хочу вот что сказать: принятие решения о закрытии вытрезвителей разве не внесло хорошую лепту в то, что мы видим на экране? Я побывал в приёмных отделениях больниц. Там же заранее ситуация поставлена на грани криминала: боятся не только медработник, боятся пациенты, которые в этот момент находятся в этом приёмном отделении, потому что часто привозят совершенно неадекватного, агрессивного человека, а полиции рядом нет.

Я не обобщаю, я говорю о конкретике, я говорю о том, что если мы закрыли вытрезвители и сказали, что это медицинская услуга, мы должны её оказывать со спецификой того, какой контингент в этот момент поступает, не более того.

Если я неправ, вы меня поправите, но это моё личное восприятие.

Поэтому нужно ли защищать врача? Да, конечно же, надо. Нужно ли снижать градус социальный? Нужно, это общая наша с вами забота.

*(Демонстрируется слайд.)*

У нас есть «горячая линия», на которую звонят пациенты со всей страны. Вот структура, собственно говоря, обращений, жалоб, которые мы обрабатываем. В первую очередь, это организация медицинской помощи, на втором месте – лекарственное обеспечение, следующее – качество медицинской помощи, и так далее, на понижение.

То есть основных звонков по этике и деонтологии вроде бы нет, но эта тема погружена в организацию медицинской помощи, потому что там жалобы в этом плане.

*(Демонстрируется слайд.)*

А теперь обратите внимание на очень интересную статистику. На «горячей линии» у нас сидят не юристы, не врачи, а такие же активисты пациентского движения. И если они видят, что только 65 процентов жалоб на лекарственное обеспечение обосновано, то по организации медицинской помощи вообще только 40 процентов обоснованных жалоб. И это опять-таки вопрос информирования пациентов. И мы признаём, что часть жалоб обоснована, а часть (причём вы видите – по нашей статистике значительная) не столь обоснована, как на первый взгляд кажется.

*(Демонстрируется слайд.)*

И о конкретике. У нас есть поручение Президента России, касающееся формирования системы защиты прав пациентов. Мы не согласны с позицией Министерства

здравоохранения Российской Федерации, которое свело формирование этой системы только к системе ОМС и к страховым представителям. Мы работаем со страховыми компаниями и с ОМС, это действительно важное направление, но этого недостаточно.

Поэтому наши предложения касаются и медицинских работников на самом деле, потому что мы не разделяем друг друга и не противопоставляем.

Во-первых, как мы выяснили, предмет «этика и деонтология» не является теперь обязательным, он погружён в специалитет. Я могу ошибаться, но вы, наверное, понимаете, о чём я говорю. На наш взгляд, причём не только пациентского сообщества, но и ведущих экспертов, «этику и деонтологию» надо возвращать в образование.

Полностью согласен с предложением о медицинском праве. Безусловно, если пациент повышает свой уровень, и наша организация активно старается в этой сфере, то и врач должен понимать и свои права, и свои обязанности. У нас есть очень специфическое отраслевое законодательство. Врач не должен быть юристом, но основы правового регулирования он должен понимать.

Следующее. Это прямое наше обращение к Минздраву России. Я хочу вам сказать, что нужно переводить конфликты в досудебное рассмотрение. Я полностью согласен, что значительная доля конфликтов возникает или из-за неинформированности пациента, или из-за отсутствия у врача навыков коммуникации, этики и деонтологии. Поэтому, на наш взгляд, нужно подойти системно к этому вопросу. Должны быть сформированы системы в ЛПУ по предотвращению, профилактированию конфликтных ситуаций и их разрешению. Этим должна заниматься, в первую очередь, администрация лечебно-профилактических учреждений, в том числе анализируя причины возникновения таких конфликтных ситуаций. Потому что там и маршрутизация пациента, и подготовка кадров, профессиональное выгорание, и много чего ещё.

Следующий момент. В оценку деятельности самого ЛПУ должна в том числе входить оценка того, насколько такая система сформирована, насколько хорошо она работает.

Далее. То, о чём уже говорилось, – непрерывное профессиональное образование. При аккредитации врачей должны быть оценены не только глубоко профессиональные познания специалиста, но и его навыки в этике и деонтологии, коммуникации. Это крайне важный теперь элемент профессиональной деятельности врача.

И, говоря о профессиональной деятельности: конечно, повышение защищённости врача важно, мы не можем защищать права только пациента. Мы тоже за страхование, безусловно. Мы тоже за чёткое разделение уголовной и гражданско-правовой ответственности. Мы должны разобраться в этой ситуации. В общей массе, конечно, всё должно уходить в гражданско-правовую ответственность, в область страхования и так далее.

*(Демонстрируется слайд.)*

Мы ведём с Минздравом России большую работу по развитию деятельности общественных советов пациентских организаций. И так же, как Национальная медицинская палата, деятельность которой мы, безусловно, разделяем и поддерживаем, мы считаем, что советы в сфере защиты прав пациентов, которые существуют в значительном количестве регионов, должны получить свой правовой определённый статус и погружаться в систему защиты прав пациентов, в их диалог. Безусловно, нам нужно подумать о нормативном регулировании и статусе общественных организаций по защите прав пациентов. Давайте подумаем в этом направлении в дальнейшем развитии статьи 28 Федерального закона № 323-ФЗ.

То, о чём я говорил на протяжении всей своей презентации: должна быть сформирована система информирования пациентов – и через школы пациентов, и через страховые компании, и в том числе через деятельность врача. Потому что у врача просто нет времени посмотреть в глаза пациенту.

И последнее моё замечание – по экспертизам. Мы постоянно сталкиваемся с тем, что экспертиза необходима всем, от следственных комитетов до простого пациента. Па-

циент не знает, куда можно обратиться, где получить независимое экспертное мнение, которое бы помогло ему разобраться в сложившейся ситуации. Я поддерживаю факт независимой экспертизы, но думаю, что, по-хорошему, любая экспертиза должна быть независима. Мы должны выстроить такую систему, чтобы, во-первых, для пациента она была, безусловно, бесплатна. А во-вторых, она должна быть независима, независима от ведомственных каких-то принадлежностей или тех сфер, в которых она действует.

Мы готовы, Дмитрий Анатольевич, активно взаимодействовать. Наши предложения зафиксированы в данной презентации. Мы подавали их заранее и готовы по всем этим направлениям оказывать максимальное содействие. Благодарю вас.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Юрий Александрович.

Полностью разделяем то, что вы сказали, хотя вопрос независимой экспертизы, Татьяна Васильевна тоже говорила об этом, технически не очень прост, потому что у нас, если даже посмотреть теоретически, должен быть как минимум точно такой же штат по численности врачей, оценивающих действия других врачей. При этом они должны быть работающие, практикующие врачи.

**Жулев Ю. А.** Поэтому я говорю, что в идеале любая экспертиза должна вызывать доверие.

**Председательствующий.** Согласен с вами.

**Жулев Ю. А.** Иначе зачем нам такой экспертный орган?

**Председательствующий.** Коллеги, позвольте предоставить слово Игорю Владимировичу Тимофееву, заместителю председателя уставного суда Санкт-Петербурга.

Добрый день!

**Тимофеев И. В.** Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Глубокоуважаемые коллеги!

Больше 30 лет мы занимались проблемами со всех сторон, имею в виду, со всех сторон баррикады.

**Председательствующий.** Будьте добры, микрофоны к себе, пожалуйста. Идёт запись.

**Тимофеев И. В.** Находясь одновременно и в медицинском сообществе, и в профиле конституционной юстиции, я пришёл к глубокому убеждению, что правовые основы и культура отношений медицинских работников и пациентов, включающая правовые обязанности и ответственность, во многом базируются на соблюдении принципа юридического равенства, которое диктует необходимость формальной определённости понятийного аппарата. Точность, ясность, недвусмысленность правовых норм и их согласованность в системе действующего правового регулирования. Это не я такой умный, так работает Конституционный суд.

*(Демонстрируется слайд.)*

Я выделил как раз то, о чём говорит Конституционный суд. Смотрите, нарушение принципа формальной неопределённости при конструировании изложения нормы такой-то повлекло неправомерное расширительное толкование, привело к нарушению общих принципов права, таких как справедливость, равенство, соразмерность.

*(Демонстрируется слайд.)*

Нарушение принципа формальной неопределённости допускает неограниченное усмотрение в процессе правоприменения. Вдумайтесь. Это когда уполномоченный орган начинает издавать свои так называемые подзаконные акты, и как считает нужным, так их издаёт. И мало того, что девиация есть в законодательстве. Этот орган замечательный может увести ещё дальше от сути и от важности проблемы.

*(Демонстрируется слайд.)*

Особую значимость требования чёткости и недвусмысленности правовых норм и их согласованность в системе правового регулирования имеют для уголовного законодательства. То, о чём сегодня, уважаемые коллеги, мы говорим.

*(Демонстрируется слайд.)*

И вот финал 2019 года, одно из последних решений Конституционного суда: «Принцип юридического равенства диктует необходимость формальной определённости, точности, ясности, недвусмысленности правовых норм и их согласованности в системе действующего правового регулирования, поскольку юридическое равенство может быть обеспечено только при условии единообразного понимания и толкования правовой нормы».

Понятно, наличие юридической неопределённости в терминах используется для регулирования медицинской деятельности и выступает, как об этом говорил Конституционный суд, правовой гарантией интересов как медицинского работника, так и пациента.

Поэтому, когда я писал, Дмитрий Анатольевич, вам заявку на выступление, я сказал: уважаемые коллеги, о каких взаимоотношениях мы можем говорить, когда мы терминологически не определились во всех этих основных понятиях? О каких отношениях можно говорить, когда нет понятия «дефект медицинской помощи»? Пусть это носит название медицинской ошибки или профессиональной ошибки медицинского работника, как угодно.

Ятрогения? Сейчас в Следственном комитете России уже всю терминологию «ятрогенные преступления» применяют.

Два года назад имел честь быть приглашённым в Санкт-Петербург, в Следственный комитет. Не под следствие, а для небольшой лекции для следователей, которые, как я понял, теперь уже работают по медицинским делам.

И я их убеждал: уважаемые коллеги, мы ещё сами пока плаваем во многих вопросах в медицине, например, по качеству медицинской помощи, есть куча проблем...

Пожалуйста, не применяйте их. У вас есть статья 109, часть вторая, статья 118, часть вторая, где написано «при ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей». Вот и работайте, и не трогайте, пожалуйста, надлежащее качество, ненадлежащее качество.

А теперь посмотрим, что же происходит. Все эти известные нормы статьи 41, которые потом очень правильно в Федеральном законе № 323-ФЗ поименованы, в части второй статьи 18 показано, что право на охрану здоровья обеспечивается доступной и качественной медицинской помощью. А до этого введён принцип доступности качества. И если ещё хоть какое-то определение качества есть в статье 2, то понятие «доступность» уважаемый законодатель так и не представил. И вот кто как хочет, так и понимает эту доступность.

Мы сейчас говорим, что хотим, чтобы это называлось отраслью права. Но пока вот у меня язык не поворачивается. Это межотраслевой комплексный правовой институт – медицинское право, в рамках делового оборота в здравоохранении, в медицинском страховании. Пока не будет точного понятийного аппарата в законе...

Открываешь программу на три года, читаешь: «Критерии доступности качества медицинской помощи». И там определение содержания указанных понятий, и в том числе связанных с этим понятием.

Уважаемые товарищи депутаты, я сам трижды был депутатом Законодательного собрания Санкт-Петербурга.

Пока вы на федеральном уровне законов не введёте вот эти понятия, которые здесь перечислены, и не дадите эти дефиниции, будет продолжаться разговор немого с глухим.

При этом нам представляется, что качество медицинской помощи и доступность медицинской помощи выступают не только как часть содержания права, но и как важнейший механизм реализации права, правовой охраны и защиты.

*(Демонстрируется слайд.)*

Определение КМП, определения «медицинская ошибка», «дефект медицинской помощи». И, соответственно, нами предлагается выстраданное понятие, что такое доступность. Да, пусть это рабочая модель.

Уважаемые коллеги, я сейчас за неимением времени не буду её читать, но кому угодно я отдам презентацию, мне не жалко её показать. И, кстати, недавно вышла книга с таким же названием.

Поэтому вот такое предложение, уважаемые депутаты, мне кажется, оно заслуживает внимания. Здесь прописано в связке с Конституцией России, как надо читать, то есть с неким конституционно-правовым смыслом это понятие – необходимая медицинская помощь.

И вот ключевой момент. Качество медицинской помощи – дали определение. Что такое своевременность? Своевременность отношения к качеству медицинской помощи, мягко говоря, не имеет. Она имеет отношение к доступности медицинской помощи, как критерий. А очень часто законодатели и другие коллеги путают понятия «критерий» и «индикатор» – это, как говорят в Одессе, две большие разницы. Часто идёт подмена понятий критерия и вводится понятие индикатора.

Нами предложены критерии общие, как основы этих понятий. Это своевременность, лицензионное координационное соответствие оснащения медицинской организации и медицинского работника, правомерность финансово-экономического обоснования оплаты медицинской помощи. Оно может быть за счёт государства, за счёт платных услуг, соответствующим образом. И куда это всё предлагается вносить. Категория качества...

Весь мир говорит о том, что качество – это прежде всего правильность выполнения медицинской технологии. У нас в определении «выполнение» выбросили, «своевременность» оставили, правильность выбора. То есть врач правильно выбрал, и там дальше отношение к результату. А где же у нас правильность выполнения, то, что является во всём мире отношением к качеству? Весь мир идёт прямо, а мы немножко девиацию даём. Но ясно, что со следователем, с прокурором, с другими коллегами-медиками, когда мы не оцениваем правильность выполнения методов лечения, диагностики, профилактики и медицинской реабилитации, говорить очень трудно.

Соответственно, даются предложения по критериям, предлагается их закрепить. У нас есть статья 10, где говорится о доступности и качестве в одном пакете. Правильно, что в одном пакете. Там как раз и надо закрепить критерии доступности, о которых я сказал.

И вот, уважаемые коллеги, представлены критерии качества, по нашему мнению, которые являются важными, то есть базовыми составляющими понятия. Это определение показанности медицинской помощи и, как результат, обоснованность медицинского действия/бездействия в условиях допустимого риска, сегодня об этом тоже говорили. Соответствие обязательным требованиям имеет отношение, во-первых, к выбору. Во-вторых, к выполнению медицинской технологии. И последнее – к позитивному влиянию на исход соответствующим образом. Естественно, в случае если речь о хосписных больных или о тяжелейших непереносимых травмах, то последний показатель не работает и не применяется. Вот это качество в моём понимании – как юридически, так и смысловое, понятное и доступное.

Я завершаю своё выступление вот этой тирадой: пока это не будет закреплено в законодательстве, я имею в виду не только понятие доступности качества медицинской помощи, там ещё целый раздел по дефектам медицинской помощи, медицинским ошибкам, ятрогении и так далее, будет оставаться непреодолимое препятствие как для реализации конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь, так и для развития отечественного здравоохранения в целом. Может, немножко нахально, но по факту. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Игорь Владимирович.

**Рошаль Л. М.** Дмитрий Анатольевич, можно дать маленькую справку?

**Председательствующий.** Конечно, да.

**Рошаль Л. М.** Во-первых, у меня большая просьба к выступающим – не перегружайте нас, мозгов не хватает. Я в отношении ятрогении. Мы создали рабочую группу со Следственным комитетом и договорились, что этот термин – ятрогения – к нам будет неприменим. И успокоились. А потом они создали комитеты, следственные группы, которые назвали комитетами по ятрогении.

Так что работа ещё продолжается.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Леонид Михайлович.

Я слушал Игоря Владимировича, и в голове у меня сразу же такой пример родился относительно качества выполнения той или иной процедуры. Я уверен, многие присутствующие здесь медики были свидетелями подобной ситуации. Вот нужно поставить катетер в вену, а он не ставится, одна сестра попробовала – не попадает, вторая попробовала – не попадает. Вы представляете, как это выглядит с точки зрения пациента? Это просто безобразие какое-то! Как у нас обычно говорят: «Всю руку искололи и другую попробовали, а не идёт». Качество выполнения процедуры-то на низжайшем уровне. Хочется попросить кого-нибудь, может, Следственный комитет попадёт? Нет, не попадёт. Почему? Человек с человеком работает. Ну, не получается оценивать каждого творца по Микеланджело, а каждого адвоката по Плевако, не получается, разные мы во всей стране. Это всегда нужно понимать.

Я хотел ещё спросить Игоря Владимировича: а в зарубежных странах судятся врачи в рамках уголовного права? Вот мы слышали, что административный кодекс там обширен, а уголовное право по отношению к врачам не применяется.

**Тимофеев И. В.** Это не так. Если взять навскидку Японию, там не только судят врача по уголовному праву, он ещё должен потом и раскаться перед всем обществом, попросить прощения на коленях.

Я, знаете, не разделяю мнение Леонида Михайловича, зная, как это прозвучит в этой аудитории. Фактически мы говорим о том, что есть такая форма вины, как умысел. К докторам мы умысел не применяем, в основном это форма неосторожности, такая как легкомыслие или небрежность. Ничего себе! Сейчас мы скажем: ребята, делайте, всё будет нормально, только деньги заплатите, и для вас там будет всё хорошо. Поэтому должна такая, знаете, висеть дубинка. Конечно, применять её надо очень аккуратно, но есть, извините, иногда и негодяи в медицинской среде.

**Председательствующий.** Есть. Спасибо вам большое.

Включите третий микрофон.

**Виноградов Д. Л.** Дмитрий Виноградов, Первый мед.

Я хочу сказать, что те, кто читает PubMed, Medscape, то есть всю, в общем, литературу, видит эти статьи, в том числе и по уголовным делам, в том числе и в США, в Европе и в других странах, в которых пишут в основном о сращивании, скажем, семейного врача и каких-то высокотехнологических методов исследований или каких-то операций, манипуляций, проводящихся по страховой медицине. Специально проводится гипердиагностика, и после этого пациент отправляется на высокотехнологичные методы лечения, а врачи получают дивиденды. Потом вскрывается весь этот процесс, и вот тогда возникают уголовные дела. Это ответ на ваш вопрос.

**Председательствующий.** Это мошенничество.

**Виноградов Д. Л.** Да, это мошенничество.

Хочется тоже задать вопрос по поводу субъекта права. Кто субъект права? У нас субъект – врач, кого мы защищаем, или ЛПУ?

**Председательствующий.** У нас – ЛПУ.

**Виноградов Д. Л.** Ну, да. Но очень странно, вот все выступающие говорили о врачах, а на самом деле, если обратиться к Леониду Михайловичу как к главе Национальной медицинской палаты и спросить, когда у нас будет личное лицензирование врача? Когда врач станет субъектом права?

**Председательствующий.** Давайте, чтобы все не разбежалось, мы скажем, что в конце заседания вы услышите ответ на этот вопрос.

Жанна Вячеславовна Порохина, руководитель Федерального центра научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов Минтруда России.

Пожалуйста, Жанна Вячеславовна.

Подготовиться Игорю Михайловичу Акулину.

Коллеги, давайте мы подинамичней всё-таки попробуем, много докладов у нас.

**Порохина Ж. В.** Вы знаете, я не буду задерживать очень долго ваше внимание. Скажу только одно. Я психолог, поэтому вопрос взаимодействия, взаимоотношений врача и пациента я рассматриваю с психологической точки зрения.

Что такое «общение»? Взаимодействие – это общение, другими словами. Что такое «общение»? Общение – это психологический процесс. Мы с вами общаемся интуитивно, стихийно, как угодно. Но это неприемлемо, когда мы говорим про профессиональное общение, согласитесь со мной.

На сегодняшний день я не хочу касаться этики и деонтологии, я всё-таки хочу сказать о том, что в высших учебных заведениях, где готовят медицинских работников, наверное, недостаточно обучают психологии общения, недостаточно рассказывают о психологических особенностях пациентов с различными соматическими заболеваниями. Наверное, это так.

С другой стороны, нельзя исключать и тот момент, что наше общество психологически, скажем так, малокультурно, если не сказать больше – не просвещено. И с этой точки зрения, мне кажется, психологию как предмет обязательно нужно вернуть в школы, обязательно расширить поле деятельности психологии в высших и средних учебных заведениях. Это как предложение уже звучит.

И согласна буду, наверное, с Юрием Александровичем, который спрашивал: где у нас вот это вот разрешение конфликтных ситуаций, кто способен к разрешению конфликтных ситуаций именно как профессионал подойти, если в лечебно-профилактических учреждениях у нас тоже отсутствуют такие специалисты? И про синдром профессионального выгорания, и про возможности, и про конфликтологию, и способы выхода из конфликтных ситуаций. Над этим всем, наверное, способны работать профессионалы-психологи. У меня всё.

**Председательствующий.** Спасибо большое. А можно вам вопрос? Как вы, как психолог, считаете, мы помощь оказываем или услугу? С психологической точки зрения, разумеется.

**Порохина Ж. В.** Я думаю, что всё-таки врач – это очень специфичная профессия. Я абсолютно согласна со всеми выступающими. Мы обсуждаем эту тему с коллегами-врачами, наверное, всё-таки это помощь.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Слово предоставляется Игорю Михайловичу Акулину, профессору кафедры организации здравоохранения и медицинского права из Санкт-Петербурга. Пожалуйста, Игорь Михайлович.

**Акулин И. М.** Глубокоуважаемые коллеги, глубокоуважаемый председатель, хочется сразу дискуссию начать.

Прежде всего, является ли медицинская деятельность особо значимой? Конечно, она является публичной, а значит, особо значимой. Нуждается ли она в контроле государства? Безусловно. Нуждается ли она в контроле правоохранительных органов? Конечно.

Мы у себя на юридическом факультете не применяем понятие врачебной ошибки, поскольку считаем это абсолютно безграмотным. Мы говорим о вреде и о ненадлежащем причинении вреда. Ненадлежащее – это значит основанное на каких-то определённых

ных нормах и правилах. Если мы говорим о нормах и правилах, тогда давайте отделим неосторожное причинение. Может быть причинён вред в случае надлежащего оказания медицинской помощи? Да, конечно, может. А неосторожное и в случае ненадлежащего – вот это и надо обсуждать, мы давно об этом уже прекратили говорить.

Второй тезис. Да, мы преподаём медицинское право, мы преподаём в магистратуре, семь лет уже выпускаем юристов. У нас очень небольшое количество врачей учится. Из них не очень хорошие получают юристы в медицинском праве. И мы преподаём следователям. Мы читаем им лекции, да, я вот тот злодей, который читает лекции следователям по договору между СПбГУ и Следственным комитетом. Должен сказать, что их профессиональный уровень растёт, и надо обучать и ту, и другую сторону.

Хотел обратить ваше внимание на то, что нас ждёт персонализированная медицина (это медицина будущего) и электронный документооборот. Мы должны быть готовы к этому законодательству, оно будет меняться.

Далее, я хотел обратить внимание на взаимодействие «врач и пациент».

Не мы придумали систему гражданско-правовых отношений. В рамках бюджетного права за гонорарный, как говорится, принцип оплаты труда мы бы не вели таких дискуссий, но мы имеем решение Конституционного суда от 2004 года, где я и мой друг покойный Ковалевский Михаил Александрович были экспертами. Врач имеет власть, это более сильная сторона, он имеет профессиональную власть, значит, он несёт большую ответственность, его основная задача – повышать свою квалификацию. Надо ли говорить о ятрогенных правонарушениях? Надо говорить, потому что опять-таки это всё гражданско-правовые отношения.

Определение, есть ли медицинское право? Мы считаем, что есть. Это система норм права, регулирующая отношения с участием субъектов, осуществляющих медицинскую деятельность, а также отношения, связанные с обеспечением данной деятельности ресурсами медицинского характера, медицинским имуществом, медицинским оборудованием, лекарственными средствами, диетическим, лечебным и профилактическим питанием, электронным документооборотом.

Да, необходимо предъявлять дефиниции, необходимо договариваться о каких-то правильных определениях.

Здесь рассматриваются основные темы, которые мы обсуждали у себя на конференции, которая буквально в декабре закончилась. На конференции мы приглашаем и правоохранительные органы, и следственные комитеты, Игорь Владимирович у нас часто очень выступает, то есть у нас очень широкий круг дискуссии. И как нам говорят правоохранители, если бы не было жалоб, то, наверное, мы бы спокойно жили, но жалобы в правоохранительные органы поступают, в Следственный комитет поступают, надо разбираться.

На какие основные риски для врачей я хотел обратить внимание? Риск неосторожного причинения вреда и ненадлежащее оказание медпомощи. Вот здесь необходимо разбираться. Риск недостаточной профессиональной компетентности, риск различного медицинского вмешательства и причинения вреда, это необходимо страховать. Риск злоупотребления доверием и нарушения врачебной тайны. И главное – детрогенный риск правонарушений. Недоверие к врачам растёт во всём мире, мы часто встречаемся с экспертами различных стран и знаем: да, есть уголовное преследование, да, есть гражданско-правовые отношения, есть досудебное решение спора, и причин у нас около 26, не буду приводить их.

Основные правовые риски для пациента: отсутствие доверенного лица, несмотря на страхового представителя. Я считаю, тут нужен медицинский работник, и вижу его в лице семейного врача. Низкий профессиональный уровень подготовки врачебного сообщества, риск столкнуться с профессиональной некомпетентностью, отсутствие гарантий компенсации причинения вреда и разглашение врачебной тайны.

Это не моё личное, это наше общее мнение. Что такое ятрогенная преступность? Это разновидность посягательства на жизнь и здоровье человека. В подавляющем большинстве случаев ятрогенное преступление является не умышленным преступлением и совершается по неосторожности. Специфические черты – наличие специального субъекта, специфика персональной медицинской деятельности, очень тонкая грань между обоснованным риском и противоправностью. Здесь мы представили 9 причин ятрогенной преступности, по нашему мнению, по мнению специалистов юридического факультета. Мы считаем, что очень важны такие факторы, как высокорисковый характер деятельности, низкий уровень подготовки медицинского работника, мы с этим сталкиваемся неоднократно. Надо досудебно применять эту меру и работать над этим. Слабость современных медицинских научных школ, путаница, неразбериха, стандартизация персональной медицинской деятельности тоже требуют дефиниций, эмоциональное выгорание медицинского работника, и та же самая правовая неграмотность.

Меры предупреждения. Мы предлагаем дополнить клятву врача пунктом о разоблачении своих, скажем так, недобросовестных коллег, которые оказывают помощь ненадлежащего качества, обманывают пациентов или занимаются мошенничеством. Это очень важно.

Предоставить возможность сделать критерием грубое нарушение или пренебрежение медико-клиническими рекомендациями, наладить статистический учёт и анализ ятрогенных событий для повышения качества проверки сообщений, дополнить полномочиями по выемке медицинских документов, сделать медицинский документ официальным документом.

К вопросу о необходимости вводить статью или отсутствии такой необходимости. Я бы не боялся введения этой статьи, потому что, возможно, наоборот, уменьшится количество преступлений, потому что всё-таки, если мы ведём речь о ненадлежащем причинении вреда, а не о врачебной ошибке, тогда мы грамотно будем ставить вопрос о том, что это такое.

И потом, необходимо чёткое определение, что такое надлежащее, ненадлежащее, то есть принцип определённости. Здесь представлены особенности электронного документооборота, необходимо обязательно вводить определённые новые законодательные акты.

И последние три варианта, которые мы считаем важным подчеркнуть. Это гражданско-правовая ответственность в здравоохранении с обязательной процедурой досудебного регулирования медиации, третейский суд – у нас есть определённый опыт в этом, компенсация в пользу медицинского работника в качестве ответчика пациента или третьего лица без самостоятельных требований в случае, если судом будет установлено, что требования лица были заведомо необоснованы. Вот то, что касается претензии к пациенту.

И обязательно, на наш взгляд, создание профессиональной ассоциации в силу закона, а не в силу общественной организации. Тогда можно наладить системы страхования именно профессионально, и если не хватает средств, создать Резервный фонд через страхование.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Игорь Михайлович. А можно вам один вопрос задать? Вот как вы считаете, медицина и врачевание – это искусство или нет?

**Акулин И. М.** Я считаю, что это искусство тогда, когда исполняются все правовые стандарты протокола, порядка и так далее.

И я категорически против. При наличии диагностического оборудования цифрового, компьютерного, позитронного, томографов и так далее говорить об искусстве просто смешно.

Сегодня это очень жёсткая технология, это серьёзная вещь, которую необходимо исполнять, а уже потом, когда всё сделали, это искусство.

**Председательствующий.** Благодарю вас. Спасибо.

*(Аплодисменты.)*

Пожалуйста, Наталья Петровна Санина, первый заместитель председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья, просит слова.

**Санина Н. П.** Уважаемые коллеги, уважаемые приглашённые на этот «круглый стол»!

Я хочу сказать большое спасибо. Действительно, в нашем правовом аспекте должен быть порядок, должны быть даны определения всему, иначе у нас не получится так, как это должно быть.

Я преклоняюсь перед тем, как работает кафедра уголовного права в университете при Минюсте России.

Первое. Я хотела бы, чтобы все наши проблемы в Уголовном кодексе Российской Федерации были сформулированы в одной главе. Не надо было бы искать. Это чётко и понятно было бы каждому, кто приступает к этому.

Второе. Я, конечно, хотела бы сказать, что пациент и врач должны сосуществовать.

Пример. Центральная районная больница города Домодедово. Принято решение провести психологические тренинги для врача, для медсестёр и для санитарок. Эти тренинги привели к тому, что 85 жалоб в течение месяца превратились в 5, потому что психология конфликтов – это та психология, которая обязательно должна быть значима для врача, приступающего к своей деятельности. И конечно, нужно признать, что это даёт эффект. У нас на кафедрах должна быть психология конфликтов как отдельно выделенный раздел. Это должна быть проблема и для ассоциации, и для сообщества пациентов, потому что точно такая же работа должна проводиться с пациентами, как с врачами, медсёстрами. Пациент также должен понимать, что психология конфликтов – это его умение вести себя во врачебном сообществе и в кабинете должным образом.

Ну и, наверное, действительно, нужен кодекс врача.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

*(Аплодисменты.)*

Уважаемые коллеги, позвольте предоставить слово Андрею Николаевичу Павленко, руководителю Онкологического центра комбинированных методов исследования высоких технологий, Санкт-Петербург.

**Павленко А. Н.** Добрый день! Спасибо, Дмитрий Анатольевич.

Уважаемые коллеги! Я попытаюсь быстро очень, в течение пяти минут, рассказать вам, почему мы не всегда понимаем друг друга, врач и пациент.

*(Демонстрируется слайд.)*

Обратите внимание на картинку. Безусловно, она неполная. Помимо вот этой руки с пистолетом есть ещё как минимум 3–4, которые хотят также выстрелить в голову доктору (конечно, это всё условно): это и Следственный комитет, это и СМИ с не очень хорошими материалами. И кроме этого, маленький пистолет всё же держит рука Минздрава России. Просто, к сожалению, мы её не видим, естественно, она невидимая.

Давайте попробуем разобраться, какие проблемы у нас есть.

Начнём с того, чего не хватает нашим пациентам.

На самом деле наши пациенты так же, как и наши доктора, не знают, как общаться, они не знают, с какими вопросами приходить к доктору. По большому счёту, когда пациент приходит к доктору, у него должны быть чётко сформулированные вопросы.

Я понимаю, существует регламент по времени, но, если пациент приходит и смотрит большими глазами и не может два слова связать, то доктор не может за него сформулировать никакие вопросы, к сожалению.

Поэтому здесь и сейчас я хотел бы обратиться к пациентским организациям: на мой взгляд, было бы очень здорово, если бы создавались информационные порталы для па-

циентов, где разъяснялось бы, как вести себя и какие вопросы формулировать в той или иной ситуации. Например, есть совершенно чёткий перечень вопросов, которые должен задать больной, готовясь к операции.

К сожалению, ни одного больного с этим перечнем я за свою карьеру не встретил, и приходится вытаскивать пациентов на этот разговор. Все ли доктора готовы к этому? Сто процентов, не все. Поэтому, безусловно, подготовка с обеих сторон должна происходить.

Второй вопрос тоже довольно простой: можно ли научить наших докторов коммуницировать и общаться на уровне современном, достойном? Да, можно. Это навык, который прививается. Это навык, который преподаётся. Есть совершенно чёткий критерий эффективности привития этого навыка, и это неотъемлемая часть профессионализма доктора.

Поэтому просто необходимо внедрить в обязательную программу подготовки специальные курсы, понимать, что эти курсы ведутся профессионально, проконтролировать их пару раз и, как говорится, дальше просто ждать эффекта, который, я уверен, появится со временем.

Но, как видите, я выделил проблемки, на самом деле это не самые большие проблемы.

Мы с вами соблюдали все условия. Пациенты умеют задавать вопросы, доктора умеют на них отвечать и уделяют больным достаточное внимание. Но на самом деле захочет ли доктор общаться как следует с пациентом, умея разговаривать и имея необходимые знания?

Как мы знаем, по национальному аудиту, который был проведён в очень известной зарубежной стране, даже у тамошних докторов 30 процентов профессионального выгорания. То есть это ситуация, которая чётко влияет на навык коммуникации с пациентом.

Мы не проводили таких исследований у нас в стране, но я уверен, что если мы проведём такие исследования, то 95 процентов наших докторов старше 35 лет окажутся полностью эмоционально выгоревшими. Причины этому тоже всем должны быть совершенно понятны, их довольно много. То есть это отрицательный образ доктора в СМИ и в обществе, который создаётся и подогревается регулярными негативными заметками, которые, совершенно не разобравшись в сути дела, подхватывают все СМИ. И безусловно, это всё создаёт такую ситуацию, что доктор, даже добросовестный доктор, оказывается как будто бы виноватым. То есть мы все примеряем на себя все эти ситуации.

Что ещё нам мешает? Это, к сожалению, нападение на докторов при исполнении обязанностей, на фельдшеров, на медсестёр и так далее, сегодня уже много раз об этом говорили. Безусловно, доктор оказывается совершенно незащищённым, и он очень сильно удивляется, почему люди, которые на него напали, не получают реальных сроков за это? Их даже не судят, к сожалению, очень часто они уходят от ответственности. Это вызывает много вопросов, главный из которых: а ценит ли общество и государство то, что делаем мы каждый день и пытаемся делать очень хорошо? Серьёзные вопросы возникают.

С чем ещё связано профессиональное выгорание докторов? С вопросом, ценит ли общество и государство в финансовом плане наш труд. К сожалению, не всегда. И, как мы видим, иногда даже повышение окладов медиков приводит к уменьшению общей зарплаты за счёт того, что срезаются надбавки и так далее.

Если мы отправимся в регионы, то увидим молодых докторов с окладом и зарплатой не больше 25–30 тысяч рублей. Можно ли думать о каком-то самосовершенствовании или высоких материях, если у тебя дома семья, ребёнок, которые хотят жить полноценно? Естественно, нет. Но это тоже одна из самых больших проблем. И здесь, мне кажется, мы уже нашли точку соприкосновения. Минздрав России знает, что было обещано повышение тарифов ОМС в два раза в регионах, и не только в регионах. Я очень хотел знать, какие будут тарифы в этом году на оказание высокотехнологичной меди-

цинской помощи. В МПЭ тариф ОМС увеличили на 6000 рублей, а в рамках федеральной помощи – на 12000. Это вообще не решает никаких проблем, и фонд заработной платы от этого, естественно, никаким образом не увеличится.

Что ещё? Мы понимаем, что появление отдела Следственного комитета по борьбе с ятрогенными преступлениями вносит дополнительную дисфорию в наше ментальное поле. Это не добавляет нам спокойствия, когда мы задумываемся о нашем будущем.

Поэтому, на мой взгляд, мы обязаны декриминализировать врачебные ошибки. Это опыт зарубежный, эти слайды я взял из лекции Игоря Михайловича из СПГ, моего коллеги, они очень показательные.

*(Демонстрируется слайд.)*

Обратите внимание, это официальная статистика, врачебные ошибки в Америке действительно стали почти в 10 процентах случаев причиной смертельных исходов. Это официальная статистика. Только декриминализация поможет нам сделать так, чтобы наша статистика стала официальной. Нужно, естественно, разбираться в каждом случае индивидуально, но если это не будет подвергаться уголовному преследованию, только так мы сможем собирать статистику, а в противном случае все будут скрывать. Какой смысл выставлять свои ошибки напоказ, если это всё уголовно преследуется автоматически? Поэтому, конечно же, все наши ошибки будут скрываться. Между тем необходимо учиться и делиться своими ошибками, чтобы другие их не повторяли. Это должно быть официально.

В заключение хотел бы привести вот такую цитату: «Лечение, целение есть совместное дело врача и самого пациента».

И маленький посыл Минздраву России: уберите пистолет, протяните руку, поверьте, мы её пожмём.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Слово предоставляется Ларисе Дмитриевне Попович, директору Института экономики и здравоохранения Высшей школы экономики.

**Попович Л. Д.** Спасибо огромное за предложения.

Мы обсуждаем здесь страхование профессиональной ответственности, это, конечно, очень здорово, как страховщик могу сказать, что это полезная вещь. Но, к сожалению, страхование профессиональной ответственности в рамках гражданско-правовых отношений не спасает врача, который остаётся один на один в рамках уголовного законодательства и тех самых статей 238 и 109, которые так часто применяются.

Да, безусловно, требования безопасности известны каждому врачу, и сейчас эти критерии продолжают наращивать и развивать. Безусловно, нет врачей, которые в своей, например, операционной деятельности хотели бы нарушать эти принципы. Но даже если всё сделано правильно, при этом врачом применяется закупленная каким-то «умным» закупщиком по Федеральному закону № 44-ФЗ низкокачественная марля вместо лечебной повязки, пылящие перчатки, травмирующие иглы, либо, не дай бог, лекарства-дженерики с огромным шлейфом побочных эффектов, и врачу нужно этим пользоваться вместо того, что он заказал, то для него остаётся выбор между статьями 124 «неоказание помощи» и 238 «несоответствующие требованиям безопасности». Отсутствие нормального понимания того, кто и как должен обеспечить эту безопасность и кто будет нести солидарную ответственность, безусловно, делает врача крайним и слабым звеном в этой цепочке для Следственного комитета.

В рамках статьи 124 «неоказание помощи» Следственный комитет предлагает сделать 124<sup>1</sup> «ненадлежащее оказание помощи». Возникает вопрос: а что это? Я совершенно согласна с Игорем Владимировичем: определитесь, что является надлежащим оказанием помощи в условиях, когда 14-е место в мире занимают дефекты и потери, связанные с дефектным оказанием помощи при глобальном грузе болезней. 250 тысяч человек умирают ежегодно в Соединённых Штатах от правильно назначенных ле-

карств, от надлежащего, казалось бы, оказания помощи. Но в России-то до сих пор нет единого понимания того, что есть качество медицинской помощи. Когда мы делали передачу о качестве медицинской помощи, то выяснили, что у нас страховые компании используют один терминологический аппарат – приказ № 230 с неюридическим термином «дефекты». У Росздравнадзора постановление № 203 и совершенно другие индикаторы. В программе государственных гарантий – третьи индикаторы. Пациенты понимают под качеством совершенно иное. ОСР вообще никак не связан с тем, что мы понимаем под качеством медицинской помощи.

Поэтому, не имея образца надлежащей помощи, вводить статью, которая оценивает степень её ненадлежащести, по-моему, очень и очень странно. Давайте сначала определимся с тем, что это такое.

Колоссальная проблема связана с тем, что порядки оказания медицинской помощи, к сожалению, часто не дифференцируются по уровню медицинской помощи. Всем известно, наверное, дело Ругина, когда спасение ребёнка в районной больнице было невозможно, но критерии живорождённости применяются ко всем родильным отделениям, независимо от их уровня. Это ситуация, которая может повториться где угодно. Мы не имеем административных документов достаточного уровня для того, чтобы определять степень надлежащей помощи или ненадлежащей. У нас отсутствуют единые принципы судмедэкспертизы. Поэтому если Следственному комитету нужно, то он будет нанимать и нанимать независимую экспертизу столько раз, пока не получит те данные, которые ему необходимы.

И наконец, одной из важнейших причин дефектов являются организационно-административные пробелы, когда не соблюдается график работы скорой помощи, когда врачи устали, когда врачей просто не хватает. У нас в среднем полторы ставки занимают врачи. В этих условиях говорить о возможности оказания надлежащей помощи достаточно сложно. Наиболее дефицитные специальности в стационаре – анестезиологи, трансфузиологи, дезинфектологи, клинические фармакологи. 30 процентов от необходимого с точки зрения физической обеспеченности персонала. О чём это говорит? О том, что врача нужно защищать не только от агрессии пациента, но также от административного несовершенства, которое не обеспечивает возможность адекватной работы и делает его незащищённым от чиновничьих и юридических недоработок. Поэтому мне представляется, что слишком рано говорить о возможности применения тех статей, о которых сейчас печётся Следственный комитет.

О статусе врача. Врач – как авиатор, у него точно так же высокая квалификация, высокие технологии, ему приходится принимать решения в сложных ситуациях. Разница только в том, что каждый из нас – это, как говорит Дмитрий Анатольевич, космос. В космос с линейкой очень тяжело ходить.

Но говорить без конца о врачебных ошибках, в отличие от авиаторов, в сфере здравоохранения очень и очень вредно. То, что называется преднастройкой к восприятию пациентом системы здравоохранения, это ещё один очень серьёзный дефект организации медицинской помощи и в том числе предиктор возникновения ошибок в реакции организма на лечение. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Лариса Дмитриевна.

Ловлю всё время себя на мысли, что каждое выступление ваше, коллеги, это просто какие-то бриллианты. И так жалко, что мы ограничены временем и вынуждены держаться какого-то регламента. Вот уж что такое космос – это все ваши выступления. Спасибо вам.

Пожалуйста, третий микрофон включите, пожалуйста. Вы есть в заявленном докладе?

**Григорьев Н. Н.** Нет, я не в заявленном докладе.

**Председательствующий.** Тогда вам минуточка.

**Григорьев Н. Н.** Да. Николай Николаевич Григорьев, адвокат, Российское общество хирургов.

Мы создали «горячую линию», на протяжении двух лет провели правовую защиту более 50 дел. И соответственно, у нас возник единственный вопрос: а зачем мы постоянно оцениваем эту категорию дел? Почему не оцениваем правоохранительную услугу? Вот сейчас мы выдернули и сфокусировали отдельную группу – врачей. Также можно сфокусировать таксистов, велосипедистов, пилотов и другие категории. Сейчас общество сфокусировалось на врачах, действительно, удобная категория. Но правоохранители в целом упустили достаточно мощные субъекты привлечения к уголовной ответственности, такие как, допустим, грабежи, которые сейчас в Московской области практически не фиксируются, по ним не возбуждаются дела, такие как причинение тяжких телесных повреждений, как избиения. Вы посмотрите, в этих докладах говорилось о том, что вырос уровень агрессии, растут, как грибы, школы ножевого боя, население начинает систематически применять любое оружие.

**Председательствующий.** Добавьте одну минутку. Только, пожалуйста, коллега, сформулируйте свои предложения по нашей теме.

**Григорьев Н. Н.** Я бы хотел сформулировать. Первое и основное предложение – перестать делать фокусную группу из врачей. В данной ситуации мы можем говорить о декриминализации. Не надо обсуждать расстрельную стенку и глубину рва, не надо обсуждать, как лучше: застрелить, закопать, похоронить, осудить. Мы подойдем, в конце концов, раскачивая ситуацию, к «тройкам».

Не надо постоянно показывать негатив. Очень много позитивных моментов в медицине. Опять-таки, за два года мы в принципе достигли очень хороших результатов, давайте тиражировать наш позитивный опыт, то, чего мы достигли. Хотелось бы наладить взаимодействие с вами.

**Председательствующий.** Спасибо большое. Мы готовы.

Слово предоставляется Дмитрию Викторовичу Кондратенко, президенту Национальной ассоциации здравоохранения.

**Кондратенко Д. В.** Здравствуйте, уважаемые коллеги!

Национальная ассоциация здравоохранения объединяет очень много медицинских организаций, в первую очередь это коммерческие центры, и у нас есть по сегодняшней теме очень много предложений. Постараюсь быть кратким и предельно конкретным.

Итак, источники юридических проблем врача – это пациент, государство и всеми «любимый» Следственный комитет, который уже неоднократно сегодня упоминался.

У нас конкретное предложение: почему нельзя сделать нападение на врачаотягчающим обстоятельством по аналогии с нападением на сотрудника органов внутренних дел при несении службы? Это первое предложение.

Далее. Нарушение прав медицинских работников, медицинских учреждений, коммерческих клиник. Сейчас если пациент пишет жалобу, то контролирующие органы мгновенно реагируют на это, и проверяется вся клиника, не важно, по какому вопросу. Хотелось бы законодательно закрепить, что если проходит внеплановая проверка, то она проводится в рамках конкретного случая, и соответственно, надо требовать документы и проверять только конкретные случаи. Сейчас на практике, к сожалению, проверяют всю клинику полностью, целиком и полностью. Про Следственный комитет здесь уже много говорилось.

Что мы имеем с другой стороны – со стороны механизма защиты врача? Если быть откровенным – ничего. Когда возникает проблема у врача, то это его личная проблема, это не проблема руководителя клиники, это не проблема государства, это не проблема профсоюзов, которые существуют, и это не проблема коммерческой организации и ассоциации, которые сейчас тоже существуют.

Почему? Во-первых, потому что нет правовой основы даже при желании помочь тому или иному врачу, нет правовой основы этой помощи. Я полностью согласен с Леонидом Михайловичем в том, что медицинское сообщество должно стать полноценным участником всего юридического процесса на законодательном уровне.

На данный момент существующий механизм защиты в органах государственного контроля – клиника, ассоциация или союз как третья сторона, участвующая в процессе. Но на данный момент нет закона, который бы разрешал ассоциации обращаться в суд в интересах защиты прав врачей, как того требует статья 46 ГПК Российской Федерации.

И в связи с этим у нас абсолютно конкретное предложение: внести изменения в статью 11 Федерального закона от 12.01.1996 года № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях», дополнить его пунктом 1.1 следующего содержания: «Ассоциация (союз) вправе обратиться в суд с заявлением в защиту прав, свобод и законных интересов своих членов по их просьбе». Таким образом, у нас появятся законные основания представлять интересы врачей в судебном процессе.

У меня, Дмитрий Анатольевич, лично к вам просьба: если вы поддержите нашу инициативу, то абсолютно в наших и ваших силах решить этот вопрос. Я считаю, это станет первым шагом для объединения медицинского сообщества и реализации этих задач.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

**Кондратенко Д. В.** Да, и последний момент. Жалко, Владимир Вольфович ушёл, он сказал, что качество медицинской помощи будет обеспечено тогда, когда будет конкуренция среди врачей. Являясь одновременно и советником президента Ассоциации малых и средних городов России, и работая в небольших городках непосредственно, я могу вам сказать, что там не то что отсутствует конкуренция, там физически не хватает узкопрофильных специалистов.

Вот лично у меня такое ощущение, что какая-то волна негативная складывается, и зажимаются, закручиваются гайки в отношении медицинского сообщества.

В то время как у нас налицо нехватка узкоквалифицированных специалистов, вместо того, чтобы облегчить им задачу по оформлению личных дел, сейчас врач 50 процентов своего времени вынужден тратить на бумажную работу. Тут ещё Следственный комитет появился, и прочее, прочее.

Может быть, мы действительно протянем руку и сделаем работу врача комфортной и простой? Всё, спасибо за внимание. *(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо большое. Спасибо.

Я так понимаю, Светлана Владимировна Львова – ваша коллега? Да. Светлана Владимировна, у вас есть что добавить? Если можно, коллеги, всё-таки фокусируйтесь на главном, потому что у нас впереди 20 докладов.

**Львова С. В.** Уважаемые коллеги, я буду предельно краткой. Я адвокат, и естественно, я хотела бы обратить ваше внимание на те механизмы защиты прав врача, которые на сегодняшний момент существуют.

Мы сегодня очень много говорили о том, что создан специальный отдел, который будет заниматься преступлениями в сфере здравоохранения, и главным субъектом ответственности будет врач.

Главная задача адвоката – защищать подозреваемого и обвиняемого. В соответствии с Конституцией Российской Федерации, у каждого человека с момента предъявления обвинения или с момента, когда он стал подозреваемым, возникает право на бесплатную юридическую помощь.

И на сегодняшний момент есть все механизмы для реализации этой бесплатной юридической помощи: есть финансирование, есть гарантия на уровне Конституции России. Это финансирование как за счёт бюджета, так и за счёт средств адвокатской

палаты, потому что как только адвокат получает адвокатский статус, у него сразу же появляется обязанность обеспечивать бесплатную юридическую помощь, гарантированную Конституцией России.

И в частности, те адвокаты, которые не оказывают лично бесплатную помощь, обязаны участвовать в её обеспечении финансово. Поэтому в данном случае представляется очень своевременным неоднократно звучавшее предложение о том, что врачей необходимо выделить в отдельную категорию и создать отдельную группу адвокатов, которые бы работали непосредственно по защите врачей на стадии предварительного следствия и в суде, для этого есть все механизмы.

В частности, необходимо на уровне Федеральной адвокатской палаты упорядочить порядок назначения адвоката, а на уровне субъекта Адвокатской палаты Российской Федерации необходимо сделать следующее: сформировать группу, сформировать порядок установления распределения поручений и назначить куратора. Я полагаю, что это даст возможность врачам получить качественную юридическую помощь.

И хотелось бы коснуться немножечко и вопроса участия Ассоциации.

Уважаемый Дмитрий Викторович сказал, что, действительно, назрела острая необходимость внесения изменения в закон, но на сегодняшний момент те ассоциации, которые объединяют юридических лиц, естественно, сталкиваются с юридическими проблемами.

И вот именно те адвокаты, которые бы работали на стадии предварительного следствия в рамках оказания бесплатной юридической помощи, могли бы в качестве контрактных адвокатов, под эгидой определённого адвокатского бюро, у которого бы существовало соответствующее соглашение с конкретной ассоциацией, оказывать юридическую помощь клиникам и врачам, обеспечивая тем самым реализацию конституционных гарантий на получение бесплатной юридической помощи. От этого, мне кажется, выиграли бы все.

Этот механизм на сегодняшний день существует, его нужно просто реализовать.

**Председательствующий.** Благодарю вас.

Коллеги, я хотел бы сказать, что у нас при Комитете будет создана рабочая группа для постоянной работы по нашим направлениям. И те из вас, кто захочет участвовать в её деятельности и быть экспертами, могут подать заявки, потому что, понятно, сегодня мы только так можем ощутить те точки, по которым нужно работать.

Коллеги, я хочу, с вашего позволения, предоставить слово тем нашим друзьям и коллегам, которые приехали из других городов. Вот Оренбург, Виталий Георгиевич Левахин здесь? Пожалуйста. Если можно, коротко, Виталий Георгиевич, как вам вся эта проблематика?

**Левахин В. Г.** Да, задача достаточно сложная, сказать хочется многое, предложений много, время ограничено.

Прежде всего, здесь говорили об особом статусе врача. Я могу сказать, что для того, чтобы обеспечить особый статус врачам и предоставить им дополнительные права, мы считаем необходимым предусмотреть в законодательстве Российской Федерации и зафиксировать перечень специальных прав для медицинских работников, наделив их реальными механизмами реализации. Например, право на защиту от посягательств и оскорблений со стороны пациента, право на отказ от пациента при наличии его осознанной агрессии, право на специальное сопровождение врача при осуществлении им патронажа, квартирного обхода и тому подобное. Право на совершенствование своих знаний за счёт средств соответствующей медицинской организации и бюджета, в том числе на передовых площадках и базах страны.

Право на оказание медицинской помощи качественными материалами и оборудованием, лекарственными средствами, право влиять на контроль качества приобретаемых материалов, лекарственных препаратов и оборудования.

Медицинское сообщество должно иметь право на участие в обсуждении с органами власти вопросов расстановки приоритетов расходования выделенных средств в сфере здравоохранения.

Медицинский персонал должен иметь право на участие в обсуждении вопросов, связанных с ликвидацией или реорганизацией их юридического лица и так далее.

Как мы уже упоминали, право врача на достойные условия труда напрямую связано с качеством медицинского оборудования, расходных материалов и лекарственных препаратов. Однако действующая система государственных закупок, которая критерий цены товара ставит в приоритет над иными свойствами товара, не способствует повышению качества условий труда. Отсюда нередко возникает ситуация с неточным диагнозом вследствие искажения данных оборудования, снижается качество оказания помощи больным при работе с лекарствами-дженериками, которые неэффективны, со шприцами, иглы которых гнутся при инъекции, а шкала легко стирается. Или взять медицинские перчатки, вызывающие аллергию как у пациентов, так и у медицинского персонала, или бахилы, которые промокают. Всё это впоследствии выливается в жалобы, судебные иски пациентов к врачам, которые не имеют возможности защитить себя, терпят издержки и унижения.

Такая мнимая экономия, совершаемая в рамках госзакупок, приводит к дополнительным тратам и неэффективному расходованию бюджетных средств. Кроме того, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации № 147 и правилами формирования каталога товаров, работ, услуг заказчик при подготовке конкурсной документации обязан применять то описание товара, которое уже указано в этом каталоге. Вносить изменения он не имеет права, за это предусмотрен штраф.

Такой формальный подход к закупкам товаров, услуг и работ в сфере здравоохранения вызывает тревожные вопросы и способен оказывать негативное влияние на здоровье и жизнь пациентов.

С учётом изложенного просим органы власти обратить на это внимание, поскольку это оказывает отрицательное воздействие на качество оказания медицинской помощи и эффективное расходование бюджетных средств.

Также предлагаем следующие меры: усилить государственный контроль за процедурой прохождения регистрации изделий медицинского назначения, а также лекарственных препаратов; ограничить или смягчить действие постановления Правительства России, вот этого 145-го, о чём я говорил; пересмотреть законодательство в области государственных закупок, а также политику органов исполнительной власти Российской Федерации, её субъектов с целью выстроить в сфере здравоохранения приоритет качества перед ценой товара. Более того, необходимо на законодательном уровне зафиксировать нагрузку на врача с позиции максимально допустимого лимита приёма пациентов в день, в неделю, в месяц с учётом конкретного профиля специалиста.

Ни для кого не секрет, что от фактической нагрузки на конкретного медицинского работника зависит и качество оказанных им медицинских услуг. И кстати, косвенно на это уже указывал Конституционный Суд Российской Федерации в своём определении от 25 октября 2016 года. Слайды возьмёте, там все подробности есть.

Далее. К сожалению, с 2014 года Государственная Дума не может рассмотреть и принять ранее внесённый законопроект по усилению уголовной ответственности за применение насилия в отношении медицинского работника. Мы убеждены, что врач, подвергшийся циничному нападению по месту оказания врачебной помощи, действительно защищён очень слабо. Необходимо исправить эту ситуацию.

Также напоминаем, что по данным экспертов ВОЗ, здоровье человека всего на десять процентов зависит от здравоохранения, на остальные 90 процентов – от иных факторов. Следовательно, принимая нормы, содержащие в себе санкции в отношении медицинских работников, необходимо с определённой долей осторожности преду-

смотреть такие признаки состава противоправного деяния, которые с достоверностью можно было дифференцировать как неправомерные, то есть явно выходящие за пределы норм закона, морали и сложившейся профессиональной практики. При этом для врача должны быть созданы уже ранее озвученные мной условия труда. Необходимо не допустить принятия дискриминационных норм уголовного законодательства Российской Федерации, ставящих врачей в худшее положение относительно иных субъектов правоотношений. Кстати, вот данные законопроекты, о которых шла речь, как раз и ставят врача в худшее положение, нежели иных участников правоотношений. Мы убеждены, что действия закона должны решаться в системной задаче на основе взвешенных и объективных данных.

И последнее. Полагаем необходимым разработать этику поведения следователей и оперативных работников при расследовании уголовных дел в медицинских учреждениях. К сожалению, нередко приходится констатировать откровенно хамское отношение к работникам медицинских учреждений сотрудников органов внутренних дел, которые в рамках рассматриваемых уголовных дел или даже на стадии принятия решения по материалам ведут себя с врачами как с преступниками, забывая о том, что это действующие специалисты, которым после общения с оперативными работниками, следователями необходимо идти на операцию и от психологического состояния которых зависят жизнь и здоровье других пациентов.

Большое спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Позвольте предоставить слово Полине Георгиевне Габай, генеральному директору ООО «Факультет медицинского права». После её выступления, я думаю, нам нужно будет посоветоваться.

**Габай П. Г.** Спасибо, Дмитрий Анатольевич, спасибо большое.

У меня будет абсолютно конкретное предложение сегодня. Для начала скажу, что ещё 15–20 лет тому назад профессия врача была одной из самых уважаемых. На сегодняшний день мы находимся практически на какой-то точке невозврата, это то, о чём говорил Дмитрий Анатольевич, поэтому я надеюсь, что к каким-то выводам и решениям мы придём.

Сегодня неуважение к медработнику становится едва ли не нормой, но кроме неуважения и личных оскорблений, грубого отношения, мы видим и физическое насилие. В СМИ мы чуть ли не каждый день видим новые репортажи, которые уже почти никого не удивляют, но тем не менее. В январе 2019 года в Новосибирске произошёл случай, когда на врача-травматолога напал пациент, притом напал не просто, а ударил его настолько сильно, что проломилась даже стенка. И такие случаи не единичны, очень похожий случай был в 2019 году в травмпункте в Севастополе, и так далее.

Являются ли эти происшествия случайными? Наверное, нет, потому что при тех нормах законодательства, которые мы имеем на сегодняшний день, такие ситуации вполне закономерны. Пациент имеет право на уважительное, гуманное отношение со стороны медицинских работников, но ситуация сложилась так, что эта медицинская этика какая-то односторонняя, то есть уважительное отношение – обязанность врача, но не пациента. Потому что в статье 27 про обязанности пациента мы видим жирный пробел, фактически у пациента нет обязанностей, и ответственность даже за те скудные обязанности, которые есть, на сегодняшний день законом не предусмотрена. Максимум, что пациент обязан соблюдать, это правила поведения пациента в медорганизациях.

А что такое правила поведения? Это локальный акт, который в медорганизации может быть, а может не быть. Всё это привело к какой-то абсолютно одиозной судебной практике. Ещё один пример хочу привести, очень похожий случай двумя годами раньше. Сын пациентки напал на врача, который отказался вне установленного вре-

мени выгнать другого пациента, который находился у него на процедуре, и принять женщину вне очереди. Был вызван наряд полиции, составлен протокол в связи с хулиганскими действиями сына пациентки. Но удивительное в этом то, что врачу был сделан выговор, и апелляция инстанция, Новосибирский областной суд, поддержал работодателя, утвердил выговор. Почему? Потому что сочли, что врачом были нарушены правила медицинской этики, при этом со ссылкой на профессиональный кодекс врачебной этики, который не является нормативно-правовым актом, было указано, что врач вёл себя грубо, применил физическую силу и в ответ на нецензурную брань пациента обратился к нему на «ты». То есть это какой-то театр абсурда.

И такие случаи не единичны. Фактически мы имеем ситуацию, когда врач, соблюдая принципы морали и этики, должен подставить вторую щёку. Является ли это допустимым? Конечно, нет. Поэтому наши конкретные предложения – внести изменения в закон, как минимум в статью 71 про права медицинских работников, и включить следующий пункт: медицинский работник имеет право на уважительное отношение со стороны пациентов, на соблюдение пациентами морально-этических норм при взаимодействии с медработниками.

Второе – требовать от граждан прекращения действий, препятствующих исполнению медработниками своих профессиональных обязанностей. И что важно, предусмотреть право врача приостанавливать выполнение своих профессиональных обязанностей, если граждане своими действиями умышленно создают угрозу жизни либо здоровью как медработника, так и пациентов, до момента прекращения таких действий.

Также необходимо внести изменение в статью 27 касаясь обязанностей пациента, предусмотрев обязанность граждан соблюдать этические нормы по отношению к медработникам. Обозначить, что граждане несут предусмотренную законом ответственность за воспрепятствование законной деятельности медработника по оказанию медпомощи. Такой ответственности сегодня нет, но, как известно, два года назад в Государственную Думу был внесён законопроект, он ещё рассматривается, надеемся, что он будет доработан. Единственное, предложение по доработке этого законопроекта: он предусматривает уголовную ответственность только за причинение лёгкого вреда врачу, а к лёгкому вреду относятся, например, ссадины и кровоподтёки. Иное не относится даже к лёгкому вреду, поэтому мы имеем ситуацию, когда перелом носа у врача будет считаться уголовно наказуемым деянием, а ударить врача ногой или рукой, по лицу – это не будет уголовно наказуемым. Мы считаем, что данную ответственность можно ужесточить и приравнять её к той же самой ответственности, которая имеется в законе за нападение на судей, на представителей власти. Врачи ничуть не менее лиц этих категорий, как мне кажется, заслужили это право.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

У нас есть наши коллеги из Новосибирска – Константин Викторович Помогайбо, начальник отдела правового обеспечения министерства здравоохранения Новосибирской области. Пожалуйста.

И приготовиться Евгению Анатольевичу Рабцу, он из Томска.

**Помогайбо К. В.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Я хотел бы поделиться конкретным опытом нашей Ассоциации врачей, рассказать, что делается, в частности, вот по таким случаям.

Действительно, такая ситуация возникла у нас в январе этого года, когда пациент начал душить врача, но в защите врачей у нас активно участвует Ассоциация врачей, это выражается и в том, что у нас проводятся правовые занятия с врачами.

У нас была поддержана инициатива по занятиям нашими врачами самообороной. Уже два года подобные занятия проходят.

Второй момент, на который также необходимо обратить внимание. На базе Ассоциации у нас с начмедами и с врачами стал работать психолог, предлагая технологии по конфликтологии.

Важный момент, о котором мы сегодня говорили, – создание службы специальных адвокатов. У нас ежемесячно проходят встречи юристов всех медорганизаций Новосибирской области, они ежедневно помогают, советуют врачам, отстаивают их интересы.

В чём мы проигрываем, безусловно? Наверное, в работе со СМИ. И поэтому, наверное, всем нам необходимо не просто ругать журналистов, а понимать, по каким законам они работают, и активно это использовать.

В целом вот так.

**Председательствующий.** Спасибо вам большое.

Пожалуйста, Евгений Анатольевич Рабцун, президент Национального союза региональных объединений частной системы здравоохранения, Томск.

Приготовьтесь Дамире Шарифьяновне Сабирзяновой (Башкортостан).

**Рабцун Е. А.** Здравствуйте! Расскажу о принципах эффективных отношений, которые, в общем-то, применимы к конструкции «врач – пациент». Эти принципы сложились за мою двадцатилетнюю практику.

В основе конструктивных и эффективных отношений по большому счёту лежат три условия.

Первое – это двусторонняя потребность в этих отношениях, в которые вступают врач и пациент. Зачем вступать в отношения пациенту, понятно. Зачем вступать в отношения врачу, остаётся вопросом дискуссионным, потому что некоторые считают, что причина – деньги, другие – мораль, третьи – понуждение или страх перед наказанием. И это отдельная тема для дискуссии – какова потребность вступления в отношения.

Второе – это общность интересов. Тоже тема дискуссионная, она достаточно большая. То есть даже здесь прозвучало, что не всегда есть общность интересов. Врачи заинтересованы в одном, пациенты в другом. Это тоже отдельная тема для дискуссии.

И третье – это необходимая составляющая для баланса, для эффективных гражданско-правовых отношений. Это баланс прав и обязательств участников правовых отношений.

Так вот, если мы посмотрим и оценим баланс прав и обязательств врача и пациента (сегодня об этом тоже много говорилось), то, как только врач вступает в контакт с пациентом, у врача возникают пять видов юридической ответственности: административная, дисциплинарная, трудовая, уголовная и ещё какая-то (забыл). И плюс морально-этическая, то есть общественное порицание, осуждение. Ответственность, которая наступает, не связана с обязательствами, а обязательства без ответственности – это рекомендации.

Таким образом, в правовой системе налицо дисбаланс отношений между правами и обязанностями двух субъектов гражданско-правовых отношений. Это врач и пациент. Так вот, между ними возникает неправомерный баланс прав и обязательств. И эта конструкция заложена в действующем законодательстве. Всё дело в том, что мы разбираем последствия, на мой взгляд, изначально ошибочно заложенной конструкции, диспропорции прав и обязанностей врача и пациента. Чтобы избежать этого, безусловно, нужно ликвидировать эту диспропорцию в структуре законодательства.

Как ликвидировать? По большому счёту, есть два пути. Первый: давайте уменьшать права пациентов в принципе. Такое возможно. То есть давайте введём монополию на услуги, ограничим право выбора врача. Ну, допустим, кто же будет нападать на единственного хирурга в центральной районной больнице? Никто не будет.

Одним словом, как бы то ни было, нужно уравнивать баланс прав и обязательств различными способами. И это основная идея, основной посыл законодателям.

И более того, соблюдение баланса прав и обязательств – безусловно, это одна из рекомендаций при законотворчестве, определённая самим Конституционным судом, ко-

торый ссылается на статьи 15, 17 и 55, суть которых заключается в том, что права одних граждан не должны нарушать права других граждан.

Да, безусловно, медицинская помощь бесплатная, но точно так же гарантируется и свобода труда. В отличие, допустим, от бесплатной помощи, которая перекочевала из предыдущего Основного закона, труд стал свободным только с новой Конституцией России, это конституционная новация. Раньше, если вы помните, труд был обязательным. И на сегодняшний день труд врача свободен, поэтому необходимо соблюдение баланса прав и обязательств.

На мой взгляд, одним из механизмов, который может быть реализован в качестве сбалансирования прав и обязательств, может быть окончательный переход на страховую систему, а именно – введение ответственности за безлимитное потребление медицинской помощи.

Это, возможно, установление методов индивидуальных страховых лимитов, что согласуется со всей концепцией страховой медицины. Это согласуется и со всем законодательством, его уравнивает и лимитирует оказание медицинской помощи. Вся страховая система построена на принципах лимитирования потребления медицинской помощи, и безусловно, это тоже изменит дисбаланс прав и обязательств потребителей и поставщиков медицинских услуг, врачей и пациентов. Вот коротко так.

**Председательствующий.** Спасибо вам большое.

Можно я скажу два слова? Коллеги, мы ждём от вас тексты ваших выступлений, может быть, даже расширенные. Напоминаю, что мы издадим такую книгу. И, если вы что-то не успеваете договорить, не волнуйтесь, все ваши предложения найдут отражение в книге.

Пожалуйста, Дамира Шарифьяновна Сабирзянова, председатель Союза медицинского сообщества «Медицинская палата Республики Башкортостан».

**Сабирзянова Д. Ш.** Уважаемый президиум! Уважаемые коллеги!

Я постараюсь в тезисном порядке сказать, что делает Национальная медицинская палата регионов и что нам мешает те вопросы, которые мы поднимаем, быстрее решить.

Сегодня многие выступающие выдвигали, как новшество, некоторые предложения, которые Национальная медицинская палата Российской Федерации с региональными палатами предлагает уже много лет, но они не двигаются из-за того, что или закон не принимается, или приказа нет, или они не признаются Министерством здравоохранения Российской Федерации.

*(Демонстрируется слайд.)*

Вышел, например, приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации, которым Национальная медицинская палата признана соответствующей критериям, утверждённым постановлением Правительства Российской Федерации от 17 марта 2018 года. Покажите, пожалуйста. Вот критерии. Но, к великому сожалению, эта информация прошла незаметно в регионах. Никто даже не видел этот приказ, не ознакомили с ним медицинское сообщество. У нас страна большая. Если министерство на селекторных совещаниях об этом не заявило или не ознакомило, то информация проходит незамеченной.

*(Демонстрируется слайд.)*

Основные задачи, которые Национальная медицинская палата вместе с региональными палатами перед собой поставила. Это вот все вопросы, которые затронуты в пилотном проекте. Профессия врача требует повышения квалификации ежедневно, ежегодно, непрерывного медицинского образования. Но приказами, регламентами непрерывное образование до сих пор в Российской Федерации не утверждено. Хотя всем ясно, понятно, что учёт профессионализма, учёт балльной системы – это должно делать профессиональное сообщество регионов, ни в коем случае не Минздрав России.

Какие проблемы возникают? Многие уже говорили об отношениях «врач – паци-

ент». Жалобы на некомпетентность врача. Даже врачебные профессиональные сообщества говорят: пациенты хотят компетентности врача. Непрерывное образование и компетентность – вот что должно определять профессиональное сообщество, которое тоже должно соответствовать тем регламентам, которые постановлением Правительства России обозначены.

Врачебные приписки. Вот на этом хочу остановиться. Мы всех пациентов научили, для чего нужны врачебные приписки, а врачей не научили. Как войти в личный кабинет? Даже это они не знают. Но давайте сделаем так. Сначала врачей научим, покажем, к чему приведёт, если они будут заниматься приписками, а потом уже общество. Платные услуги, необоснованные дополнительные обследования, диагностические мероприятия – это всё опять-таки из-за того, что врачи всегда говорят, что в здравоохранении денег нет. Давайте врачей будем учить тому, что они должны лечить пациентов по протоколам лечения, клиническим рекомендациям. А есть деньги или нет – это не должно касаться врача.

Этические аспекты взаимоотношения врача и пациента – палата всё делает для того, чтобы улучшить ситуацию в этой сфере. Нет у нас интернатуры, и во многих регионах Национальная медицинская палата внедрила положение о наставничестве.

Просим только: давайте вернём пенсионеров, примем постановления региональных правительств, чуть-чуть заплатим им, и они будут наставниками, будут учить и за руку водить наших молодых врачей.

Всё остальное – повышение компетентности, аккредитацию, аттестацию, создание независимых центров аккредитации – региональная палата совместно с Национальной медицинской палатой организовали. Осталось только, чтобы появились чёткие регламенты со стороны исполнительной власти, Министерства здравоохранения Российской Федерации, чтобы это выполнить.

Та же первичная аккредитация и аккредитация по специальности. Врачебное сообщество готово, но нет чёткого регламента. Аттестацией тоже должно врачебное сообщество регионов заниматься.

Теперь о том, что касается независимой экспертизы качества оказания медицинской помощи. В нашей стране любая организация имеет право проводить независимую экспертизу, кроме врачебного сообщества, которое может это делать на высоком уровне. И законопроект, который подготовила Национальная медицинская палата, уже гуляет по кабинетам года два, наверное.

Палата организовала школу медицинского права, центральный аппарат проводит занятия, мы в регионах.

У меня есть несколько предложений. В рамках передачи полномочий предлагаем Росздравнадзору по результатам проверок направлять информацию по вопросам компетентности врача профессиональным некоммерческим организациям, как это делается, например, в Германии.

Предусмотреть регламент недопустимости подмены функций контролирующих органов при проведении проверок, в том числе по сообщениям СМИ.

На сегодняшний день прокуратура, следственные комитеты сами поручают Росздравнадзору проверки. Но зато средства массовой информации сразу пиарят, как работает прокуратура, следственные комитеты.

Дополнительное образование в области медицинского права...

**Председательствующий.** Дамира Шарифьяновна, всё, у вас уже лимит. Вы нам все предложения потом отдадите. Спасибо вам большое.

**Рошаль Л. М.** Дмитрий Анатольевич, несмотря на то, что было сказано, что это выступление от Национальной медицинской палаты, это была собственная инициатива.

**Председательствующий.** В этом нет сомнения, Леонид Михайлович.

**Рошаль Л. М.** Спасибо большое. Мы поговорим... (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Коллеги, 19 часов 10 минут.

Скажите, пожалуйста, какие будут предложения? Я вам предлагаю следующее. Вот у нас есть микрофоны. Вы без моего объявления подходите и выступаете по одной минутке. Давайте, пожалуйста, представляйтесь.

**Шестопалов С. И.** Добрый день!

Сергей Иванович Шестопалов, Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород.

Я врач-стоматолог, и я долго не буду говорить о том, что врач должен лечить. Но наши профессиональные компетенции не всегда позволяют это делать хорошо.

Мы хотим расширяться в своих сферах. Огромный интерес у стоматологического сообщества к специальности «Остеопатия». К сожалению, только челюстно-лицевые хирурги сейчас допущены к обучению и получению диплома соответствующего образца.

Предложение: допустить всех врачей-стоматологов к получению этого образования и расширению своих возможностей. Это просто, это бесплатно, это эффективно.

**Председательствующий.** Спасибо большое. Марина Николаевна, вы слышали это? Благодарю вас.

**Балашов А.** Здравствуйте, уважаемые законодатели и уважаемые коллеги!

Александр Балашов, главный врач одной из московских коммерческих клиник.

На сегодняшний день не только наша клиника, но и многие другие сталкиваются с таким понятием, как потребительский шовинизм. Хотелось бы на законодательном уровне попытаться создать охранительные условия для медицинского сообщества.

Что я имею в виду? Ситуацию, когда наши граждане, получив, как у нас сейчас пишется, медицинскую услугу, идут в суды общей юрисдикции и пытаются подать иски по закону о защите прав потребителей.

То есть, таким образом эти пациенты-мошенники возвращают потраченные на лечение деньги, выставляя врачей абсолютно некомпетентными в своей отрасли. Наша клиника в моём лице, в лице наших юристов готова принять участие в этой работе, предлагать какие-либо дальнейшие решения. Вскользь от Леонида Михайловича, от Татьяны Васильевны, Бориса Давыдовича, Татьяны Игоревны прозвучало, что с этим наше сообщество сталкивается. Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Второй микрофон, пожалуйста. А вы, коллеги, могли бы спускаться к этой трибуне.

**Черняева Д. В.** Спасибо.

Я от Высшей школы экономики, факультет права, Дарья Владимировна Черняева. И у нас совместно с Ассоциацией профессиональных доул предложение очень конкретное – тоже внести дополнение в часть вторую статьи 51 Федерального закона № 323-ФЗ, несколько расширить спектр тех лиц, которые могут участвовать в процессе родовспоможения не с медицинской стороны. Сейчас это только члены семьи, и это, естественно, с точки зрения нашего законодательства ограничено супругом, детьми, родителями.

**Председательствующий.** А вы кого хотите ещё? Это, я так понимаю, поможет нашим взаимоотношениям.

**Черняева Д. В.** На самом деле действительно поможет, потому что есть три очень крупных проблемы. Первая – демографическая. Женщины, я думаю, многие знают по своему опыту или опыту родителей, родственников, что травматический опыт в родах потом заставляет женщин принимать решение об отказе от ребёнка и от последующих родов. И этот демографический очень...

**Председательствующий.** Вы передайте нам, пожалуйста, предложение, кого вы хотите допустить к участию в процессе родовспоможения, мы рассмотрим.

**Черняева Д. В.** Мы всё передали, просто хотели проговорить, что можно принимать участие иному лицу по выбору женщины, для этого есть институт доул, и есть

опыт зарубежный с очень положительными результатами, и есть как раз практика сотрудничества медицинского сообщества с этим организованным образованием.

**Председательствующий.** Позиция понятна ваша. Спасибо большое.

Прошу вас. Включите, пожалуйста, трибуну.

**Ремез А. П.** Добрый день!

Анжелика Ремез, юридическая фирма «Ремез, Печерей и партнёры». Парочка предложений есть.

У меня есть ещё экономическое образование, и я помню, на третьем курсе у нас появился такой предмет, как планирование и прогнозирование. Господи, как мы хотели, чтобы он поскорее закончился, а он изучался все последние годы!

Я рассказываю это к тому, что здесь очень много было историй про психологию. Давайте в систему юридического образования, медицинского образования мы внедрим на определённом курсе систему психологии, коммуницирования и права и оставим эту систему до самого выпуска. Чтобы наши с вами медицинские специалисты научились разговаривать. И все те проблемы, которые сейчас возникают, возникают из-за недокоммуницирования. Каждый день я нахожусь в судебных процессах по защите врачей и медицинских организаций, и основная проблема – это именно недокоммуницированность.

У меня был случай (буквально 30 секунд): пациент написал жалобу в очень эмоциональном состоянии, я с ним разговариваю, и за три минуты мы выясняем самое интересное: просто-напросто в кулере не было воды, а он был с бодуна. Именно это вылилось в жалобу на медицинскую помощь.

Мы должны больше разговаривать с нашими пациентами, должны учить наших врачей правильно с ними коммуницировать. Это наш с вами залог успеха.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

*(Аплодисменты.)*

Пожалуйста, коллеги, наверху. Второй микрофон.

**Котова Д.** Дарья Котова, факультет права НИУ ВШЭ.

Я хочу просто высказать эту проблему – проблему насилия над пациентами в психиатрических клиниках. Эта проблема не столько, наверное, права, сколько этики, не только профессиональной, но и персональной. И эта проблема не только российская, она международная на самом деле. Если интересно, почитайте дело «Баталины против России» в ЕСПЧ 2015 года, чтобы понять вообще контекст и масштаб этой проблемы.

Мы предлагаем внести определённые изменения в Федеральный закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», во-первых. Наконец-то создать службу защиты прав пациентов, которая этим законом предусмотрена очень давно, с 1992 года, но до сих пор не была создана, законопроект о ней рассматривался-рассматривался, а в итоге где-то потерялся вообще. Надо внести обязательные положения об аккредитации медицинских работников и среднего медицинского персонала в области прохождения ими успешно курса по этике, деонтологии и биоэтике, общению с пациентами, в частности, с пациентами психиатрических клиник, потому что это особый тип пациентов, особый тип людей, которые нуждаются в особом обращении с ними.

**Председательствующий.** Спасибо. Ждём ваши предложения.

**Котова Д.** Да, мы вам всё пришлём.

**Председательствующий.** Прошу вас, центральная трибуна. Простите, я вас сразу не увидел.

**Мельников И. В.** Здравствуйте!

Иван Мельников, ответственный секретарь Общественной наблюдательной комиссии города Москвы.

Собственно, у меня предложение по проблеме, касающейся расследования ятрогенных преступлений. В первую очередь возможно внести в статью 108 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации наравне с предпринимательской деятельностью преступления в сфере ятрогении. То есть указать чётко, что нельзя избирать врачу меру пресечения, связанную с заключением его под стражу. У нас более или менее сейчас в практике не заключать в СИЗО на время следствия врачей, но, к сожалению, есть и обратные примеры. Я думаю, что если это урегулировать законодательно, не будет каких-то неправильных трактований в этой области. Спасибо.

**Председательствующий.** Прошу прощения. А всё-таки вы использовали такое словосочетание как «ятрогенные преступления». Живёт уже такая «двушка».

**Мельников И. В.** Вы знаете, наверное...

**Председательствующий.** Ятрогения и преступления – «двушка» такая, она уже живёт в вашем сообществе?

**Мельников И. В.** Вы знаете, к огромному сожалению, есть понимание того, что...

**Председательствующий.** То есть это уже преступление?

**Мельников И. В.** Это не преступление. Я говорю о том, что подозреваются именно врачи в совершении должностных тех или иных...

**Председательствующий.** Спасибо большое, я понял вас.

Прошу вас, четвёртый микрофон включите, пожалуйста.

**Из зала.** Добрый день!

Нина, юрист по медицинскому праву.

Мне хотелось бы обратить внимание вот на что. Я много услышала интересного, но совершенно не поднят вопрос о медицинской медиации. Мне хочется на этом акцентировать внимание, потому что я ещё и медиатор. Работаю в частной психиатрической клинике, за шесть лет ни одного судебного иска, мы всё решали на уровне медиативных переговоров и заключения медиативных соглашений.

По результатам это значительная экономия, но почему-то, если частные клиники, которые считают денежки, это понимают, то бюджетные клиники почему-то этот вопрос никак не хотят продвигать. Я ещё являюсь официально аккредитованным медиатором при суде по интеллектуальным правам. То есть у нас есть законодательная база для таких вещей. Почему бы при бюджетных медицинских клиниках не сделать такие же структуры?

**Председательствующий.** Спасибо большое, очень интересно. Спасибо большое. Пожалуйста, второй микрофон.

**Панов А. А.** Александр Панов, руководитель практики здравоохранения юридической фирмы «Пепеляев Групп».

Сегодня много говорили о Федеральном законе № 323-ФЗ, но где лежат деньги? Деньги лежат в Федеральном законе № 326-ФЗ, и они абсолютно десинхронизированы.

Одинаковый доступ по идее и у частных клиник, и у ГБУ, но при этом частные клиники сталкиваются с огромными серьёзными проблемами, потому что к ним будет применяться Бюджетный кодекс Российской Федерации. Например, если ты купил 55 процентов препаратов с истекающим сроком годности препарата, могут сказать, что ты потратил деньги не неэффективно, а нецелевым образом. То есть нам нужны чёткие критерии, связанные с закупками. Кстати, сейчас по Федеральному закону № 326-ФЗ не больше 100 тысяч рублей вы можете использовать на закупки, связанные с лекарственными средствами. Это очень важный момент, потому что все деньги идут через этот закон.

**Председательствующий.** Спасибо большое. Благодарю вас. Центральная трибуна, пожалуйста.

**Из зала.** Здравствуйте, уважаемые коллеги. Тамбовская область, руководитель правового направления Управления здравоохранения Тамбовской области.

Первое и самое главное – это вопрос снятия ответственности за установление фактов, имеющих юридическое значение, с медицинских экспертов. Все прекрасно знают любимую манеру наших следственных и правоохранительных органов – ставить вопрос о наличии причинно-следственной связи. Причинно-следственную связь медицинские работники (медики), медицинские эксперты устанавливать не должны, только факты, имеющие значение для рассмотрения, конкретные специализированные медицинские вопросы.

И второй вопрос. Это возможное внедрение единой государственной экспертной системы, которая позволит повысить прозрачность экспертиз. Каким путём? Путём рассмотрения экспертиз в обезличенном виде.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Третий микрофон, пожалуйста.

**Матвиенко Л. О.** Благодарю.

Гильдия российских адвокатов, помощник президента, адвокат Людмила Олеговна Матвиенко.

Я могу, как пациент, сказать, что не хочу идти к врачу, который знает медицинское право. Я не хочу идти к врачу, который умеет со мной разговаривать, я хочу идти к врачу, который умеет лечить.

И стратегическое предложение, которое пока что не оформлено, но я надеюсь, что мы поучаствуем и оформим его, и поможем его воплотить, суть его в том, чтобы упрощать. Почему никто не сказал об этом здесь? Давайте упрощать жизнь врача, чтобы у него осталось больше времени на лечение. Давайте упрощать законы, господа законодатели.

**Председательствующий.** Мы согласны с вами.

**Матвиенко Л. О.** Это сложно. Упрощать законы сложнее, чем их усложнять. Навешать туда кучу всего, чтобы было ещё больше коллизий, мы с этим сталкиваемся в практике непрерывно. Давайте упрощать, не будем усложнять. Давайте отбросим все вот эти усложнения и попробуем упростить.

**Председательствующий.** Мы ждём вас. Спасибо большое.

Я только для сведения скажу, что мы все с Земли и работаем на Земле, все практикующие врачи.

Прошу вас, четвёртый микрофон.

**Любченко Д. А.** Любченко, Краснодарская краевая общественная организация медицинских работников.

Буквально два слова в отношении нападения на медиков. Вот те случаи, которые были на территории края, если врачи на мировую не шли, мы доводили до уголовного преследования в рамках действующего законодательства. Это статья 112, часть 2, 119, когда была угроза убийства. Вот совсем недавно в Сочи осудили одного негодяя. Сейчас в Новороссийске у нас будет суд, так же, я думаю, реальным сроком закончится дело.

Конечно, должна отработать и судебная экспертиза и должно быть создано определённое «эхо» в средствах массовой информации.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

**Габедава И. З.** Добрый день! Московская бизнес-академия тренинга. Тема нашего совершенно короткого выступления – отношения врача и пациента. Тема действительно актуальная. Передаю слово коллеге.

**Метелёва Я. В.** Меня зовут Яна Метелёва, я юрист. Как юрист заявляю: не всё решается на правовом уровне. Пожалуйста, обратите внимание, главное сейчас – это отношения. Это отношение, прежде всего, врача к пациенту, как к человеку.

Наша академия разработала тренинги, мы тренируем врачей, мы тренируем младший и средний медперсонал – на уровне вешалки, на уровне приёмной, организации

приёма. Мы учим врачей коммуницировать, уходить от конфликтов, как не уставать, не выгорать. То есть уже есть система, вы о ней говорите, но вы её не видите и не слышите. У вас есть финансирование – заказывайте, мы всё сделаем за бюджетные деньги.

*(Аплодисменты.)*

**Габедава И. З.** И действительно, отношения врача и пациента несколько изменились. Происходит уход от патронастической модели, когда врач царь и бог, условно говоря. Сегодня пациент придерживается всех рекомендаций врача, но сейчас всё-таки больше имеют место партнёрские отношения врача и пациента.

Что подразумевают наши тренинги? Это система пошаговой работы врача и пациента, обучение тому, как правильно задавать вопросы, взаимодействовать со всеми психотипами пациентов. Мы даём прикладные материалы, как буквально пошагово работать с пациентом.

**Председательствующий.** Коллеги, ну, мы поняли. Вашу презентацию я-то уже точно просмотрел. Это очень важно, вы правы.

**Габедава И. З.** Что в результате обучения получается? Минимизация жалоб пациента, приверженность пациента как к терапии, к врачу, так и, соответственно, к ЛПУ, имидж клиентоориентированной клиники.

**Метелёва Я. В.** Мы и психологи, мы и коучи, мы бизнес-тренеры, мы юристы, мы вам поможем. Обращайтесь.

**Кравченко Т. И.** Дмитрий Анатольевич, у меня предложение. Я была заявлена в докладчиках, Тамара Ивановна Кравченко, президент Медицинской ассоциации профессиональных остеопатов и ректор Медицинской академии и Высшей школы остеопатической медицины.

Здоровье нации – прежде всего. Правовое регулирование в области остеопатии сейчас очень злободневно, так как это новая медицинская специальность.

Я вот в прошлый раз выступала, и вы, Дмитрий Анатольевич, сказали, что другая площадка нужна. Какая именно площадка? Дмитрий Анатольевич, у нас проблемы в нормативно-правовом регулировании в акушерстве и гинекологии, в ортодонтии. И я бы хотела провести «круглый стол» со специалистами, потому что охрана материнства и детства – это охрана здоровья нашей нации. Эта проблема настолько актуальна, что, я думаю, «круглый стол» будет очень уместен.

Спасибо большое.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, не расходитесь. Я хочу предоставить слово Марине Николаевне Лесниковой. Пожалуйста. Если можно, только коротко. Можно с места, Марина Николаевна.

**Лесникова М. Н.** Спасибо, Дмитрий Анатольевич.

Здравствуйте, уважаемые коллеги!

Я представляюсь, кто не знает. Заместитель директора правового департамента Минздрава России. Несмотря на то, что Олег Олегович был вынужден уйти на совещание, я очень подробно записала все предложения, мы их проанализируем, также примем участие в подготовке окончательной резолюции и в дальнейшей рабочей группе.

От себя можно буквально минуту? Я хотела поддержать тех коллег, которые говорили о том, что врач должен в первую очередь лечить, и он не должен оставаться с проблемами один на один.

Прекрасные были примеры Новосибирска и других ассоциаций врачей. Но всё-таки по моему опыту, в последнее время мало где сохранились сильные юридические службы в медицинских организациях. Поскольку медицинская помощь оказывается всё-таки от лица медицинской организации, то если случается какая-то конфликтная ситуация, нападение на врача либо какая-то сложная жалоба, должен быть юрист в пер-

вую очередь в медицинской организации, который сможет грамотно проанализировать ситуацию и помочь врачу.

В моей жизни было два главных врача. Первый сказал: уважаемые юристы, медицина – это вообще не ваше, и даже не заходите; вот отдел кадров, закупки... А второй главный врач в первый день надел на нас, юристов, белые халаты, поскольку мы должны были заходить в режимные кабинеты тоже. И ни один медсовет не проходил без юристов. То есть мы также готовили какие-то методические рекомендации для врачей и разбирали конфликтные случаи. Врачи в этой ситуации знали общие положения: врачебную тайну, информированное согласие и так далее, – но какие-то глубокие вещи врач не может сам оценить. И когда приходит жалоба, в которой, к примеру, написано, что мальчика плохо полечили, врач сразу начинает анализировать медицинскую документацию, а юрист поступит иначе: возьмёт и посмотрит, а сколько лет было мальчику? А ему, оказывается, 25, и мама уже не является законным представителем. Это очень важно.

И почему-то сегодня у нас ещё не говорилось именно о юридическом образовании и его компоненте по охране здоровья граждан. Поскольку юристов учат, насколько мне известно, только праву социального обеспечения, в котором очень вскользь, несколько часов выделяется на закон про ОМС. И сотрудничать, наверное, лучше с юридическими вузами, которые в программу юристов будут включать нашу медицинскую тематику, чтобы кто-нибудь из выпускников захотел работать в медицинской организации, представлять интересы как врачей, так и пациентов.

А если они и не придут работать к нам в отрасль, по крайней мере, это будут образованные пациенты, которые будут знать правовые аспекты общения с врачами.

Спасибо большое за ваши предложения.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Коллеги, перед тем как завершить и сказать два слова, я хотел бы к Леониду Михайловичу обратиться.

Леонид Михайлович, хотелось бы услышать от вас напутствие.

**Рошаль Л. М.** Хочу всё переварить. Да нет, это очень всё интересно, но надо...

**Председательствующий.** Спасибо вам большое...

**Рошаль Л. М.** Нет, я хочу сказать, надо принять холодный душ, а потом сесть за эти все материалы и выбрать главное. Спасибо.

**Председательствующий.** Коллеги, поаплодируем Леониду Михайловичу отдельно.

*(Аплодисменты.)*

Уважаемые коллеги, я не мог, по техническим причинам, сказать вам «здравствуйте», ну вот, говорю вам «до свидания» с огромной благодарностью за сегодняшний разговор.

Он, конечно, получился долгим, но и не мог быть другим. Я уже не раз с этой трибуны говорил, что, на мой взгляд, самая большая проблема – это проблема внутри нашего ощущения, эмоционального уровня и психологии.

Я всю жизнь работал с полным ощущением, что являюсь частью семьи героев, что мы делаем самое лучшее дело в мире, что мы помогаем детишкам, их родители нас боготворят. И даже когда кто-то не выздоравливает или получает осложнение, мы всё время являемся единой семьёй с родителями, так что они это понимают.

Студентам я неоднократно рассказываю один случай, когда после смерти ребёнка родители принесли нам в клинику подарки со словами: «Мы видели, как вы боролись за него».

Вот так нужно работать с людьми. И, конечно, мы понимаем, что это самый сложный процесс. Можно ли научить ему в институте? Наверное, отчасти. По моим наблюдениям, если папа с мамой не научили любить людей и быть вежливыми и хорошими, то как-то сложно научить этому в рамках какого-то курса, за 102 часа с учётом.

Я не очень понимаю, как можно научить любить маму с зачётом в конце. Наверное, немного можно, потренировать немножко можно. Когда люди, обучаясь в медицинском институте, с первого курса приходят в клинику и работают рука об руку со своими старшими товарищами, тогда они учатся общаться с людьми. А если ты в клинику первый раз приходишь после шестого курса, то не научишься ты ничему.

И поверьте, я работал и в реанимации, в то время, когда не было ни охранников, ни сторожей на воротах, когда были одни бандиты, приезжали раненые, стреляные, с ножами. Я не помню никаких проблем, которые бы мы не могли, как хирурги, разрешить.

Времена изменились. Огромное информационное пространство. Наши осложнения сразу выставляются напоказ всему миру. Никто не будет спрашивать, сколько у тебя ран не нагноилось, все заметят, что один раз нагноилось и через полгода второй разочек.

А то, что у тебя две тысячи их не нагноилось, этого никто не увидит. Огромная проблема, я недаром об этом сказал, и мне почему-то не хватает, честно говоря, реакции на это Минздрава России, честно вам скажу.

То ли это вмешательство не положено, не знаю. Но положено нам, депутатам. Мы возьмём это на себя. Нам положено, и мы это всё возьмём на себя. Мы подставим плечо Леониду Михайловичу из Национальной палаты, общественным организациям, которые не связаны, может быть, какими-то организационными узами. Мне не хватает какой-то нашей корпорации.

В начале прозвучала мысль, что есть негодяи, если я не забыл эту классификацию. Да, к сожалению, это так. Это те люди, которым мы поставили «тройки», а надо было «двойку». Я их помню даже. Это те, для которых деньги были важнее. Сложилось так, что некоторые люди нас подводят. Чья задача бороться с такими? Карательных органов? Категорически нет. Это задача профессиональных ассоциаций.

Мы знаем, кто есть кто. Полномочия, которые, спасибо опять же Леониду Михайловичу, были отданы Национальной медицинской палате, другим профессиональным ассоциациям, надо шлифовать, оттачивать, заводить компетентную юридическую службу. Надо следить за чистотой, прошу прощения за такое слово, своих рядов, компетентностью своих сотрудников, потому что... Жалко, уехали коллеги из Санкт-Петербурга. Я внутренне дискутировал половину сегодняшнего вечера: врачевание – искусство или не искусство? Не дай бог заболеть, сразу почувствуете, в чём разница.

Заходят десять врачей в палату – консилиум. Один ставит диагноз, а девять – нет. Это что, некомпетентность? Просто это другой уровень, мы все разные люди, и я об этом сказал.

Берём учреждения разного уровня. Разве мы не отдаём себе отчёт, что, условно говоря, на пятом уровне делается всё попроще, чем на первом? Но и на пятом уровне кто-то лечится.

Можем ли мы обеспечить везде одинаковое качество? Должны, до определённого уровня. Но больше не сможем.

Это всё – очень тонкая материя, и она регулируется во всём мире. Но единственное, что нужно сделать, – конечно, нам нужно определять статус врача. Поднимем ли мы его с точки зрения общества? Думаю, за годы, десятилетия – нет. Мы провалили это за XX век, и в XXI надо поднимать. Быстрее вряд ли получится.

Но то, что мы можем держаться врачебной корпорации, отчитываться перед обществом... А именно люди ставят нам оценку. Сколько бы мы ни занимались внутренней системой, люди нам ставят оценку, другого не будет. И нам нужно крепить свои ряды, чётко выверить договорённости. Я из-за этого поддерживаю клинические рекомендации. Потому что в сложившейся ситуации я не вижу другого выхода. Вот честно вам скажу, не вижу.

У меня два сына заканчивают вуз и будут хирургами. У меня сердце сжимается, и я говорил об этом уже не раз, потому что у них нет такого навыка борьбы, как у нас, полученного в 90-е. Понимаете? Это другие люди. Они прекрасно образованы, они готовы служить людям. Но когда они столкнутся с первым допросом, я не знаю... Вот эти молодые ребята, они готовы к этому – к агрессии, к обвинению?

Хотя справедливости ради скажу, вот сегодня приводили примеры – врач из Новосибирска, кто-то ещё... У меня есть лекция «Детская хирургия в вопросах права», которую я читал в прошлом году. И один из примеров. Читаю: в Нижнем Тагиле отец ребёнка сломал челюсть хирургу на приёме. Всё во мне сразу же вскипает. А потом узнаю подробности, как это произошло. Хирург при маме неоднократно сказал, что вот эти торчащие у ребёнка уши делают его похожим на Шрека, обращался на «ты», использовал матерные слова... А что тут скажешь? Это же и есть провал. Понимаете? И в то же время есть, без сомнения, и другие случаи.

Когда говорили о разных врачах... Я всё время вспоминаю выражение Жванецкого: должен вас огорчить, хороший врач в отъезде, но есть другой, не хуже. Задумайтесь об этом.

И в завершение хочу, чтобы вы немного посмеялись. Мне очень понравилось то, что говорила Татьяна Васильевна относительно деонтологии и того, как нужно относиться друг к другу. Как-то раз, когда я был ординатором (просто я хочу завершить это именно так), я был свидетелем такой картины: опытный взрослый хирург (я имею в виду, взрослый по возрасту) вышел и, осматривая ребёнка, воскликнул так театрально: какой дурак вам сказал, что у вас грыжа? На что мама ответила: вы, Иван Иванович, в прошлый раз. Он: тогда, значит, есть.

Я желаю вам удачи, добра! Призываю вас к совместной работе и уверен, что у нас получится сделать весомые шаги вперёд.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

**СТЕНОГРАММА**  
**выездного заседания «круглого стола»**  
**Комитета Государственной Думы по охране здоровья на тему**  
**«Медицинская помощь в образовательных организациях»**

*Москва. Национальный медицинский исследовательский  
центр здоровья детей. 12 марта 2019 года. 15 часов.*

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

**Председательствующий.** Глубокоуважаемые члены президиума, добрый день!

Во-первых, я бы хотел сказать, что для меня большая радость и большая честь, что мы сегодня собрались в Национальном медицинском исследовательском центре здоровья детей. Андрей Петрович, огромное спасибо вам, коллективу. Я думаю, что все ещё не раз к этим благодарностям сегодня вернутся.

Позвольте мне открыть наш сегодняшний «круглый стол», «круглый стол» Комитета Государственной Думы по охране здоровья, который посвящён медицине в образовательных организациях.

По моему пониманию этой проблемы, мы выходим на некий итог нашей этапной работы в течение двух с половиной лет, я имею в виду работу Комитета Государственной Думы по охране здоровья и всех нас с вами. Потому что мы прекрасно знаем, что работа по организации медицинской помощи в образовательных учреждениях продолжается уже многие годы. И, наверное, неслучайно мы здесь, потому что одним из идеологов и «локомотивов» этой работы всегда был Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей и НИИ гигиены. Владислав Ремирович и его коллеги всё время играли здесь первую скрипку.

Что касается нормативного регулирования, законодательного регулирования, постановки проблемы, то всё это родилось в осеннюю сессию 2016 года. И мы стали объединять вокруг себя тех, кому небезразлична эта тема, кто понимает, что в школе должен быть доктор или медицинский работник, что мы все вместе: родители, педагоги и доктора поликлиник или медицинских кабинетов, – мы отвечаем за самое главное – формирование и сохранение здоровья обучающегося ребёнка. Любого здоровья – психического, физического, нравственного, эмоционального, какого хотите. Мы должны не только образовать молодую личность, но и сохранить её здоровье.

Это чрезвычайно важно, иначе всё остальное, чем мы занимаемся, – специализированная помощь, высокотехнологичная помощь, центры, – это может выглядеть немного нелепо, если мы не будем заниматься профилактикой сохранения здоровья. Уверен, что здесь собрались единомышленники, которые понимают, что это действительно очень важно. И сегодня, я уверен, мы подведём некую черту в отношении проекта закона, который мы условно называем «закон о школьной медицине». В него погружены и дополнительные обязанности государства по медицинскому обеспечению и сохране-

нию здоровья детей, и обязанность родителей предоставлять информацию о состоянии здоровья своих чад, если они требуют особых условий в образовании, в занятии физкультурой, спортом, и многое, многое другое, и то, что касается возможности или права педагогов оказывать первую помощь ребятишкам, которым стало плохо.

Уважаемые коллеги, я уверен, что сегодняшние наши предстоящие три часа по регламенту будут наполнены смыслом. Желаю всем удачи.

Слово предоставляется директору Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей Андрею Петровичу Фисенко.

Андрей Петрович, вам огромное спасибо, и прошу вас выступить перед нами.

**Фисенко А. П.** Уважаемые коллеги, добрый день!

Рад приветствовать вас в стенах нашего центра и хочу познакомить вас с нашими возможностями и достижениями. Когда рождалась эта идея, и нам её высказал Дмитрий Анатольевич, оказав нам честь проведения выездного заседания своего комитета на нашей базе, выяснилось, что мало кто знает современные реалии нашего центра. И вот я в коротком докладе хотел бы вам о них рассказать.

Мы знаем, что сегодня перспективы развития детского здравоохранения определяются Указом Президента России об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства и стратегией развития здравоохранения до 2025 года. Стратегия указывает, что национальные медицинские исследовательские центры по профилю деятельности являются центрами лидерства в отечественном здравоохранении. В отечественной педиатрии таким лидером является наш Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей Минздрава России, крупнейшее педиатрическое научно-лечебное учреждение Российской Федерации. За годы своего существования оно выросло в национальный многопрофильный клинический научно-исследовательский медицинский центр. Непрерывное развитие центра предполагает совершенствование лечебной и научно-образовательной, инновационной инфраструктуры, чтобы обеспечить полный цикл трансляционных исследований в педиатрии.

При реализации стратегии здравоохранения центр осуществляет организационное и научно-методическое руководство педиатрическими учреждениями, разрабатывает профессиональные и образовательные стандарты, координирует подготовку специалистов по профилю «педиатрия» и «детская хирургия».

В центре в области неонатологии разработаны такие инновационные медико-организационные алгоритмы, как парадигмы профилактики осложнений и течений перинатальной патологии и снижения младенческой смертности.

Внедрён способ профилактики нозокомиальных инфекций у детей с экстремально низкой массой тела с ранним использованием донорского молока из банка грудного молока, впервые созданного в России, что позволяет снизить частоту внутрибольничных инфекций на 40 процентов.

Сочетание возможностей оказания комплексной помощи различными специалистами с использованием высокотехнологичного оборудования позволяет таким образом обеспечить рационализированную помощь детям, начиная с периода новорождённости.

Нами разработаны новые подходы к иммунопрофилактике детских болезней, определены показания к вакцинации детей с отклонениями в состоянии здоровья. Большинство так называемых медотводов на самом деле таковыми не являются. И только менее 2 процентов детей действительно имеют противопоказания к вакцинации на момент обращения.

Созданы эффективные формулы, новые адаптированные профилактические и лечебные смеси для новорождённых, в том числе недоношенных детей.

Разработаны рецептуры уникальных смесей для диетотерапии детей с социально значимыми болезнями, все они включены в перечень специализированных продуктов для лечебного питания таких пациентов.

При пороках развития новорождённых внедрены методики малоинвазивных и эндохирургических вмешательств, позволяющие не только обеспечить коррекцию порока, но и уменьшить длительность восстановительного периода в стационаре, обеспечить хороший косметический результат. При этом выживаемость детей, находящихся в критическом состоянии, существенно увеличена путём использования новых методов респираторной терапии и эффективного парентерального питания.

В отделении кардиохирургии центра впервые выполнены такие уникальные операции, как радикальная коррекция общего артериального ствола, коррекция синдрома гипоплазии левых отделов сердца, операции Фонтена.

По показаниям выполняются операции с искусственным кровообращением, с применением выносных роликовых насосов и минимальным объёмом заполнения контура, что уменьшает выраженность системного воспаления и способствует быстрому восстановлению пациентов.

Представляется также перспективным такое направление, как установка кохлеарных имплантатов, которые уже несколько лет успешно применяются в стационаре.

В центре накоплен уникальный опыт проведения персонифицированной таргетной терапии генно-инженерными биологическими препаратами детей с системными иммуно-агрессивными болезнями. Применение такого индивидуального терапевтического ведения больных в семь раз повышает частоту клинико-лабораторной ремиссии, снижает активность и частоту обострений в 60–80 процентах случаев и почти в 100 процентах предупреждает инвалидизацию.

В центре созданы новые технологии персонифицированной диагностики редких наследственных болезней на основе многофакторного анализа – мукополисахаридозов 1-го и 4-го типов, 5-го типа, несовершенного остеогенеза и других. Для коррекции питания таких пациентов разработаны специализированные продукты, например, для больных с тирозинемией, гомоцистинурией и другими метаболическими болезнями.

Несомненным достижением учёных центра является селективный скрининг, проведённый у 20 тысяч детей из 81 субъекта Российской Федерации с подозрением на редкие формы наследственной патологии. Было выявлено 87 новых мутаций и обеспечено проведение массового параллельного секвенирования ДНК в клинической лабораторной практике.

Разработаны технологии исследования таргетных областей генома для выявления мутаций у больных с генетически обусловленной патологией кожи. Так создан центр лечения буллезного эпидермолиза.

Сотрудниками нашего центра совместно с благотворительным фондом БЭЛА «Дети-бабочки» осуществляется мониторинг рождения детей с буллезным эпидермолизом на территории России. При рождении такого ребёнка информация о нём поступает к нам, и к нему выезжает специалист отделения дерматологии – профессиональная медсестра, при необходимости – врач с набором специальных перевязочных средств и медикаментов, которые предоставляет благотворительный фонд. На месте мать ребёнка и персонал обучаются правильной перевязке и уходу за кожей детей-бабочек.

Дети из близлежащих территорий, а также в случае сложных клинических ситуаций незамедлительно госпитализируются в клинику центра.

Для широкого использования в клинической практике разработана технология быстрой видовой идентификации и формирования резистентности к бета-лактамам антибиотикам.

Нужно особенно отметить, что в рамках многопрофильного пациентоориентированного подхода к ведению детей с перинатальной патологией центральной нервной системы внедрена оригинальная модель ранней комплексной коррекционно-педагогической помощи и медицинской реабилитации, направленной на повышение эффективности медико-социальных мероприятий по укреплению физического и пси-

хического здоровья детей первых лет жизни и качества жизни семьи ребёнка с нарушением психического развития. Очевидно, что эти согласованные мероприятия чрезвычайно важны для ранней профилактики инвалидности у детей.

В центре в партнёрстве с Всемирной организацией здравоохранения проводится большая работа по внедрению международных научных проектов, направленных на улучшение качества оказания помощи детям. Продолжается реализация проекта по содействию охране здоровья детей и развитию сети школ «Здоровье» в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Основная цель – содействие улучшению здоровья детей школьного возраста и совершенствование системы оказания педиатрической помощи в образовательных учреждениях в России и в странах-партнёрах.

В области изучения здоровья школьников – основной темы нашего сегодняшнего заседания – делается многое. Так, например, изучается закономерность индивидуального и популяционного морфофункционального развития и роста детей, психофизиологического развития, соматического и нервно-психического здоровья, особенности развития личности обучающихся в образовательных организациях. Результаты этих научных исследований позволили разработать и предложить Минздраву России новый порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания, систему формирования здорового образа жизни детей и подростков.

Исследования по гигиенической безопасности товаров детского ассортимента позволяют гармонизировать показатели гигиенической безопасности, установленные зарубежными и отечественными нормативными документами.

Кроме того, проводится гигиеническая экспертиза педагогических технологий и режимов обучения детей. Таким образом, в Национальном медицинском исследовательском центре здоровья детей Минздрава России решаются все научные и практические задачи по профилактике, поддержанию здорового образа жизни, лечения и реабилитации детей.

Благодарю вас за внимание.

*(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо большое, уважаемый Андрей Петрович.

Уважаемые коллеги, позвольте предоставить слово для приветствия Александру Григорьевичу Румянцеву, вице-президенту Национальной медицинской палаты.

Пожалуйста, Александр Григорьевич.

**Румянцев А. Г.** Уважаемые коллеги, в Национальной медицинской палате среди руководителей три педиатра со стажем работы больше 50 лет, которые прошли этапы различных взаимодействий в области, в том числе и школьного здоровья. Эта задача реализовывалась в рамках Конституции СССР, когда ответственность за детей несло государство, а не семья.

Сейчас мы переживаем несколько этапов, несколько разных подходов к оценке состояния здоровья детей, школьников, медицинской работы, которая там ведётся, и так далее, и так далее.

Я хотел бы сейчас поднять несколько вопросов, пользуясь тем, что я выступаю от Национальной медицинской палаты, потому что они носят общий характер. Оба проекта, которые были в постсоветское время, и те, которые сейчас реализуются в рамках новой Конституции России, носят описательный характер, к сожалению, хотя цифровизация давно уже присутствует, и многие элементы того, что люди зарабатывают на местах, носят повторяемый характер. И оценка со стороны, она проводилась нами в педиатрической среде многократно, показала, что технологии в этой ситуации, к сожалению, не существуют, есть мировые технологии и их по существу две. Одна из них связана с организацией медицинской работы в школе, а вторая – организация медицинской работы прикрепленных медицинских учреждений, которые осуществляют контроль над здоровьем детей в виде диспансеризаций, рекомендаций детям.

Я хочу показать вариант, который, мне кажется, очень важен для разговора. Дело в том, что существуют медицинские задачи, существуют медико-психолого-педагогические задачи и существуют медико-социальные задачи.

Начну снизу. Первая позиция, о которой я хотел бы сказать: существуют санитарно-гигиенические правила для школ. Мы хорошо знаем, что они на многих территориях не соблюдаются. Я, как человек, который много проработал главным педиатром в Москве, хочу сказать, что 17 процентов московских школ соответствовали стандартам, разработанным гигиеническими правилами.

Это же касается и организации питания. Можно долго рассуждать на тему, что лучше: домашнее питание, питание, организованное вне школ, и так далее. Но вот этот вопрос должен быть определённым образом решён и закрыт, потому что это проблема не врачей, потому что СанПиНы написаны не для врачей, они написаны для директоров школ, это прямое указание, которое должны выполнять школы.

Вторая позиция – медико-психолого-педагогическая задача, очень важная задача междисциплинарного взаимодействия, при которой психологи-педагоги работают в школе и должны быть обучены некоторым элементам влияния на свой контингент. Врач не пользуется авторитетом в школе и не будет никогда пользоваться, потому что авторитетом здесь пользуется педагог. Из его уст дети слышат о том, что является важным для укрепления здоровья, какие гигиенические правила должны быть введены, и так далее.

Мы в своё время в Москве, и не только в Москве, разработали целый ряд специальных пособий для педагогов в виде руководств, в которых было всё прописано, что должен делать педагог с 1-го по 11-й класс, какие должен вести темы, как он должен разговаривать с детьми и так далее. То есть все позиции были проработаны. Потом забыты. И снова мы начинаем возвращаться к дискуссии на эту тему.

Я хочу сказать: первое, что нужно хорошо понимать, это то, что междисциплинарная оценка и мониторинг здоровья школьников должны существовать. Мы это в Москве проводили. Я вам приведу такой пример.

Врач не имеет возможности оценить психическое состояние школьников. У него нет для этого оснований. Он должен работать или с психологом, или в комбинации с психологом и неврологом, потому что у него нет для этого критериев. Значит, психическая составляющая исключается. Врач не может оценить воспитательную часть, это не его вопрос. И он не может оценить так называемые психологические элементы личности, которые может провести психолог. Психологи и педагоги работают в школах. У нас в медицинской части этой позиции нет.

Поэтому, например, вопрос о психическом состоянии школьников во многом зависит от учителя, который может быть здоровым, а может быть психопатом, со всякими наклонностями, который будет вызывать у детей определённые позиции и реакции. Это очень важная вещь.

Я уже говорил о том, что мониторинг здоровья школьников должен проводиться Санэпиднадзором, и контролировать они должны школу. Они не контролируют медиков в этом отношении.

Очень важный вопрос – это вопрос обеспечения адаптации школьников. Мы, медики, знаем, что нормальный адаптационный период длится минимум 6 месяцев. Поскольку каждый раз школа меняет своё назначение, дети переходят из школы в школу, есть специализированные классы, каждый заход – 6 месяцев адаптации. Нужно это учитывать, потому что в адаптационный период дети переносят целый ряд заболеваний.

А теперь о технологии укрепления здоровья школьников, я специально об этом говорю, потому что каждая из этих технологий имеет свои позиции.

Я начну с главных вещей. Профилактика острых заболеваний и контроль очагов инфекции. Уважаемые коллеги, мы вместе с думским комитетом и Союзом педиатров

России много лет бьёмся за то, чтобы были созданы нормальные условия профилактики инфекционных заболеваний в стране. Нам не хватает шесть прививок для того, чтобы достичь европейского календаря. Точка. Всё остальное – это разговоры.

Приведу простой пример. Ветряная оспа. Болеют все. Есть случаи осложнённых течений заболеваний, есть случаи смерти детей. Привитый контингент даёт 3 процента заболеваний, все – лёгкая форма. Замечу, что инфекционный период 21 день со всеми вытекающими последствиями. Я просто специально об этом говорю.

Ежегодная текущая диспансеризация детей всегда у нас проводилась. Например, в отличие от других территорий, где общероссийская диспансеризация детей была проведена один раз в 2002 году, в Москве она проводилась всегда с советского времени в полном объёме, более того, она мониторировалась.

Количество здоровых детей какое было после советского периода, таким до сих пор и сохранилось, осталось на таком же уровне. Средний контингент здоровых детей составляет примерно 15 процентов.

И в зависимости от возраста количество больных детей составляет примерно такое же количество.

Все остальные дети – это дети группы риска, их количество двигается в одну и другую сторону, потому что дети болеют инфекционными заболеваниями 6–8 раз в году. Естественно, они относятся к группе риска, со всеми вытекающими последствиями. Это очень важно.

Следующая позиция – диагностика ведения школьных болезней. Я специально об этом говорю, потому что мы в своё время в педиатрическом кругу разбирали вопросы того, какие школьные болезни были до революции. И оказывается, в гимназиях Санкт-Петербурга в 1894–1898 годах, в период расцвета Российской империи, была проведена работа, которая показала, что количество так называемых школьных болезней, таких как близорукость, расстройства этого характера, нарушения осанки и так далее, точно такие же, как сегодня у нас.

У детей существуют связанные с развитием адаптационные расстройства и заболевания, которые исчезают. Я приведу пример, для педиатров он будет очень важен. Дети после рождения имеют 60 процентов перинатальных расстройств. В год же количество хронических больных всего 3,5 процента. Вопрос: что делают неонатологи, а также сопряжённые с ними неврологи и другие специалисты, что так улучшают состояние здоровья детей? Ответ – ничего. Ничего.

Оказывается, многие так называемые расстройства воспринимаются как заболевания, и мы слышим об этом, они есть в документах, которые сегодня здесь у нас, мы тоже сейчас об этом услышим. В дискуссиях будут рассказывать, что введение системы цифрового контроля здоровья в школах показывает, что количество этих пациентов очень большое, но основные 10 заболеваний, которые в школе описаны, не входят в список болезней, обозначенных в классификаторе болезней человека. Их нет. Они не существуют. Это функциональные расстройства.

Я хочу сказать, что по междисциплинарным технологиям, которые очень важны, мы не решили очень многие вопросы.

Обсуждалось очень много деталей, связанных с тем, какое значение имеет физическая культура и физический контроль в школе, но этот вопрос так и остался открытым. Стандартов для физического воспитания детей разных групп нет. А раз их нет, нет и технологий контроля за этим вопросом.

Далее, должна быть междисциплинарная диагностика, профилактика дезадаптаций, если мы хотим организовать медико-психолого-педагогический консилиум.

Очень важно внедрить рациональное питание.

Очень важно устранить целый ряд расстройств, которые встречаются в детском возрасте, в том числе с помощью глазной гимнастики, офтальмотренажеров, неомас-

сажеров и так далее, которые могут быть в школе и которые не требуют специального медицинского контроля.

Психоэмоциональное напряжение – очень важная проблема. Переход от 14 до 18 лет раньше был катастрофой в педиатрии и до сих пор не разрешился. У нас в Москве две с половиной тысячи девочек рожают до 16 лет. Некоторые дважды.

Я уже не говорю о том, что надо обязательно понимать, что репродуктивная часть здоровья тоже закладывается в школе. И закрывать на это глаза невозможно.

Я уже не говорю о психоактивных веществах, а также о работе с родителями, которые должны дать нам возможность допуска к контролю за использованием детьми психоактивных веществ. Контроля сегодня не существует,

Предложения, о которых я хотел сказать.

Первое. Конечно, эта проблема, поскольку она не дисциплинарная, должна решаться только на уровне так называемых больших междисциплинарных проектов в субъектах Федерации. Это не вопрос медиков.

У нас в Москве длительное время существовала программа, которая называлась «Здоровье и образование». И мы проводили такие мероприятия, в которых участвовало 8–10 структур правительственных, включая потребительский рынок, спорт, санэпиднадзор, здравоохранение, образование и так далее, так что у каждого из этих министерств и ведомств были свои позиции.

Например, социальный сектор. Деньги есть у социального сектора, а структуры социальной работы с детьми нет. Она есть в школах? Нет. Её в больницах нет. Её вообще в медицине нет, есть только во вспомогательных учреждениях. Почему же не привлечь эту структуру для решения некоторых социальных вопросов?

Следующий момент очень важный – замена уроков физкультуры, которые сегодня представляют собой строевую подготовку, физкультурой, которая имеет совсем другой образец жизни и культуры.

Например, какая школа имеет возможность после занятий физкультурой предоставить детям гигиенический душ? Нет этого. Дети приходят потные, раздеваются в классе и одеваются в классе. А мы потом думаем, а как же быть со взрослыми, когда нельзя войти в транспорт, поскольку народ не привык мыться. Люди привыкают жить в определённых условиях, это очень важный вопрос, так что должна быть определённая культура в школе именно в этой области.

Мы в Москве провели такой эксперимент в нескольких школах: установили тренажёры для занятий школьников. Дети с удовольствием занимались, и количество заболеваний в этих классах, где были тренажёры, уменьшилось на порядок, потому что дыхательная гимнастика, партерная гимнастика, работа на тренажёрах, специальный тренер заставлял весь класс работать. Дети получали нормальную физическую нагрузку, потому что сегодня основная проблема – гипокинезия, и количество детей с нарушениями опорно-двигательной функции у нас, в Российской Федерации, сейчас составляет 15–17 процентов, в Америке (для контроля) – 5.

Есть вопросы, которые касаются того, что выборочные комплексные медико-психолого-педагогическая диспансеризация и адаптационная оценка мониторинга в ведущих региональных школах должны быть проведены, потому что можно для каждой позиции разработать специальные процедуры, которые предназначены для детей, для родителей, для педагогов, для психологов по каждому вопросу. Точка.

Спасибо большое за внимание.

*(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо большое, уважаемый Александр Григорьевич.

Широчайший спектр, вот по нему и пройдемся сегодня.

Уважаемые коллеги, приступаем к докладам. Ещё раз напоминаю про наш регламент по времени – 5 минут.

Елена Николаевна Байбарина, директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Байбарина Е. Н.** Уважаемый Дмитрий Анатольевич, уважаемые коллеги!

Я буду краткой. Дмитрий Анатольевич, я вас благодарю за организацию этого «круглого стола», и Андрея Петровича за предоставление нам помещения. Свою задачу я вижу как раз в том, чтобы здесь впитать те полезные мысли, которые будут высказаны, для того чтобы дальше нам двигаться в создании и нормативно-правовой базы, и других наших методических указаний, для продвижения тех полезных вещей, которые сегодня будут высказаны, на просторы необъятные нашей страны.

Когда-то мы с вами, Дмитрий Анатольевич, начинали эти пять проектов. Мы сегодня их, я так понимаю, заслушаем детально, поэтому я на них останавливаться сейчас не буду.

Многие нас упрекали, что они не по единому образцу сделаны, не одинаковые, трудно будет сравнивать между собой регионы и реализацию этих проектов, но это совершенно не было нашей задачей. Наша задача была создать эти проекты в разных территориях: в крупных, малонаселённых, в экономически более и менее развитых, в южных и северных для того, чтобы посмотреть, какие же варианты улучшения школьной жизни, здоровья школьников будут выработаны, и выбрать оптимальные решения, которые тоже не могут быть одинаковые для всей страны.

Самые интересные решения, я уверена, вы сегодня о них услышите, были связаны с взаимодействием, часто с использованием современных информационных технологий, о чём Александр Григорьевич говорил. Школьный врач, участковый врач, детский центр здоровья, учителя, дети, родители, и вот задача была – создать из них единый коллектив, который общими усилиями движется к единой цели.

Интересные проекты были по улучшению питания детей с использованием местных ресурсов. Самая, наверное, распространённая идея была – информационно-коммуникационные компании, которые были очень интересные, интерактивные, с вебинарами, десятки тысяч семей были в них вовлечены. И вот эти сценарии, эти идеи мы также сейчас используем.

Очень полезно было то, что регионы провели обучение педагогов навыкам первой помощи. Неплохо было бы, чтобы врач или медицинский работник был в школе всё время, но не всегда это возможно, да и иногда что-то происходит на пятом этаже, врач в это время на первом, и так далее. И вот опыт показал, что ничего страшного нет, не так страшен чёрт, как его малюют. Потому что педагоги сначала этого боялись, а потом с интересом сами обучились, помогали и детям, и себе, и своим близким. И вот этот опыт дал, наверное, Дмитрий Анатольевич, вам тоже дополнительные обоснования, дополнительную мотивацию для изменений в закон, который мы всячески поддерживаем. Проводилось изучение методов доврачебного тестирования с использованием отечественного оборудования, тоже интересный момент. Надо сказать, что в одной из областей, не дожидаясь, пока у нас будет разработан профессиональный стандарт бакалавра по школьной медицине (мы хотим таким образом уменьшить дефицит кадров), фельдшеров обучили по направлению «школьная медицина», и они очень успешно работали в школах. Проект показал, что это реально.

Что же мы теперь собираемся делать? Вот здесь у нас присутствует главный специалист Жаннетта Юрьевна, она получила задание разработать такие методические рекомендации или сценарий задания для того, чтобы дать возможность регионам внедрять лучшие из этих технологий, и уже сейчас это практически завершено. То есть территория уже отбирает для себя то, что для них подходит. Этот документ уже скоро выйдет, и я думаю, что он будет полезным для всей страны.

Мы внесём соответствующие изменения в приказ № 822н. Это приказ о том, как оказывать медицинскую помощь в школе.

И мы сейчас пошли дальше, Дмитрий Анатольевич. Мы понимаем, что один школьный врач, и Александр Григорьевич об этом сказал ярко, не сможет изменить эту парадигму движения к здоровому образу жизни. Может быть, эти слова – «здоровый образ жизни» – уже всем надоели, но у школьников это надо сформировать ненавязчиво, не вызывая раздражения, не вызывая негатива, чтобы среди их жизненных ценностей была ценность здорового, позитивно настроенного человека. И это очень сложная задача. Мы сейчас работаем тесно с Министерством просвещения Российской Федерации. Мы дали задание разным специалистам: и гигиенистам, и психологам, психиатрам, педиатрам, детским гинекологам – задание сделать такие тематические блоки, о чём нужно рассказать детям с 3 лет до 17 лет и в какой форме. Пока это такие тематические блоки, и построены они так, что об одном и том же можно говорить с трёхлетним ребёнком и с 17-летним по-разному. Мы разделили детей на четыре возрастные группы, и эти блоки идут в динамике, усложняясь, меняя форму подачи, но вот этот подсознательный элемент создания новой системы ценностей мы туда вкладываем. Это касается психологии, детской гинекологии, сохранения репродуктивного здоровья, создания психологически комфортных условий, профилактики зависимостей, пользы физкультуры и так далее.

И вот по каждому блоку у нас уже разработаны эти тематики.

Мы много совещались с Министерством просвещения Российской Федерации, и наши министры встречались, мы отчётливо понимаем, и гигиенисты подтвердят, что расширять школьную программу невозможно до бесконечности. Поэтому Министерство просвещения Российской Федерации создало очень интересный документ – навигатор здоровья. То есть общеобразовательные предметы, дополнительное образование, кружки, факультативы и выезды на экскурсии, какие-то ещё мероприятия, куда можно инкорпорировать эти вещи, не нагружая дополнительно школьников. Эта работа чрезвычайно важна, и мы сейчас ею занимаемся с тем, чтобы первые шаги были сделаны уже с 1 сентября, с нового учебного года. Вот так мы развиваем даже не школьную медицину, а стараемся укрепить здоровье школьников не только медицинскими силами, но именно междисциплинарным взаимодействием.

Я открыта и буду с интересом слушать ваши доклады и впитывать всё то полезное, что вы скажете.

Благодарю вас. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо большое, уважаемая Елена Николаевна.

Действительно, вопрос носит межведомственный характер. Более того, этот вопрос распределён между родителями, педагогами и врачами. И я вот себя поймал на мысли: где заканчивается эта межведомственность? Она заканчивается в Государственной Думе. Вот почему, собственно, мы этим занялись. Всем становится ясно: поскольку мы представляем интересы простых граждан, именно граждане ставят эту задачу, она не выдумана в кабинетах, она поставлена гражданами. Потому что когда они отдают своего малыша в садик или более старшего ребёнка в школу, то они даже ментально где-то закрывают для себя эту проблему. Они понимают, что мы с вами, профессионалы, так организовали всю деятельность, идёт ли речь о школе мегаполиса или о малокомплектной школе деревушки, что всё должно быть хорошо. После этого можно уже спрашивать с папы ребёнка, как он работает, насколько эффективно, и с мамы тоже можно что-то спрашивать.

Мне очень приятно предоставить слово Владиславу Ремировичу Кучме, директору Научно-исследовательского института гигиены детей и подростков.

**Кучма В. Р.** Добрый день, дорогие коллеги, глубокоуважаемый президиум!

Спасибо Дмитрию Анатольевичу за инициативу провести такое обсуждение в наших стенах. Мы сегодня обсуждаем медицинскую помощь в образовательных организациях, проблемы и как двигаться дальше.

На мой взгляд, одной из главных проблем сегодняшней школьной медицины является в том числе и недооценка современных факторов риска здоровью школьников. А сегодня, к сожалению, это и условия обучения и воспитания, о которых очень убедительно сказал Александр Григорьевич, а они могут быть и потенциально опасными, и опасными для здоровья. Это использование различных педагогических технологий, не прошедших гигиенической экспертизы. Андрей Петрович показал достаточно ограниченный список того, что мы сделали, а в общем-то, всё творчество педагогического сообщества в достаточной степени не контролируется.

Цифровая среда – это гиподинамия, и не просто дефицит двигательной активности, а её неадекватность потребностям организма современного ребёнка. Нездоровое питание уже упоминалось сегодня. Поведение детей, опасное в отношении собственного здоровья. Организация медицинского обеспечения обучающихся. Катастрофически недостаточный уровень знаний и компетенций педагогических работников в сфере охраны и укрепления здоровья детей в образовательных организациях. И вот то, о чём сегодня уже все начали говорить, – недостаточный уровень межведомственного взаимодействия, свидетельством чего, в частности, является и недооценка вот тех факторов риска, о которых я только что сказал. Широкое использование современных информационных технологий является тому свидетельством.

И вот это как раз то, что, Александр Григорьевич, наверное, отличает нас от прошлого, так сказать, века. Очень много похожего в школьных болезнях. Но давайте в стенах медицинского учреждения признаем, что человечество генетически не сталкивалось с этим явлением. А сегодня это удел младенца – одновременно с привитием, так сказать, навыков высаживания на горшок он уже осваивает цифровые технологии. Они закреплены законодательно, на национальном уровне, это современная образовательная среда. Москва это начала, но сейчас это идёт повсеместно по всей стране, став важным фактором поведения детей, опасным в отношении собственного здоровья. Сегодня мы в состоянии идентифицировать поведенческие риски, регулярно во всём мире проводятся такие исследования. Мы можем идентифицировать более 80 показателей, которые позволяют дать исчерпывающую характеристику поведения детей на разных уровнях – школы, муниципалитета, субъекта Российской Федерации. И, к сожалению нашему глубокому, эти исследования показывают, что российские школьники по многим показателям имеют худшие параметры в отношении здоровья, чем большинство их сверстников из зарубежных стран.

Сам факт того, что мы обсуждаем эту проблему, говорит о том, что организация медицинского обеспечения обучающихся в образовательных организациях не адекватна ожиданиям, потребностям общества в сфере охраны и укрепления здоровья детей, реальному состоянию здоровья детей не содействует. Александр Григорьевич правильно сказал в своей вступительной микролекции – не соответствует профилактике развития школьно-обусловленных заболеваний и состояние их в условиях организации.

Надо признать, я думаю, ни для кого это не секрет, что обучающиеся подростки в организациях среднего профессионального образования практически лишены медицинской помощи в стенах этих учреждений. А проблемы, как показывают исследования среди этого контингента, гораздо более выражены, чем у их сверстников, обучающихся в обычной общеобразовательной школе.

Анализ качества медицинской помощи показывает достаточно идентичные проблемы в субъектах Федерации и в регионах: отсутствие современной региональной нормативно-правовой базы, дефицит кадров и низкая оплата их труда, недостаточное оснащение медицинских блоков школ, неадекватные потребности детей и общества, перечень медицинских услуг, оказываемых в школах, и низкая информатизация школьных служб здравоохранения. Министр здравоохранения Российской Федерации ставит перед нами задачу удовлетворить потребности человека в медицинском сопро-

вождении. Профилактика с детства включает здоровый образ жизни, регулярные скрининги и ранние выявления заболеваний, коррекция факторов рисков, вакцинация, диспансерное наблюдение.

Конечно, важно удовлетворить потребности общества, детей, родителей. И вот мы совсем недавно, осенью того года провели опрос. Достаточно презентативная выборка и по возрасту, и по территориям показала, что в целом подростки позитивно оценивают нашу с вами работу. Знают, какую помощь им могут оказать, 84 процента, 56 процентов говорят про удобное время работы медицинских кабинетов. Практически подавляющее большинство детей говорит о том, что медицинский работник должен находиться в образовательном учреждении в течение всего времени его работы.

В чём они нуждаются? Что они хотят увидеть? И какую помощь они ищут в этих медицинских кабинетах? Их волнуют консультации по наиболее частым заболеваниям, по вопросам питания, режима дня, здоровья и будущей профессии, дополнительное обследование у врачей, специалистов, вопросы подросткового периода, физиологии и психологии, травматизм, а также психическое благополучие. В общем-то, известный нам круг проблем, которые волнуют ребёнка.

И, конечно, мы с вами видим, что это достаточно хорошо коррелируется с возможностями диспансерного наблюдения и оздоровления детей в образовательных организациях. Мы с вами имеем опыт и наработки диспансерного наблюдения и оздоровления детей с пограничными и повышенными уровнями артериального давления, профилактикой возникновения миопии и диспансерное наблюдение, оздоровление детей с близорукостью, нарушение осанки, оздоровление детей с невротическими расстройствами, профилактика возникновения патологий органов пищеварения, массовые профилактики острых респираторных инфекций. Александр Григорьевич тоже это упоминал. Артериальная гипертензия и пограничная артериальная гипертензия у школьников встречается достаточно часто. Вы посмотрите: 12–24 процента у мальчиков, почти 13 процентов у девочек. И конечно, они нуждаются в углублённом обследовании, в выполнении определённых рекомендаций, наблюдении в медицинском кабинете образовательной организации.

Важное направление – предотвращение и коррекция нарушений костно-мышечной системы: смена поз на уроках, подвижные игры на переменах, офтальмотренажёры, лечебная физкультура. Очень хорошо себя показали кабинеты охраны зрения в школах. Массовая профилактика ОРВИ в образовательных организациях и использование фитомодулей в классах и рекреационных помещениях. Даже массовая терапия возможна при правильной организации медицинской помощи в образовательных учреждениях.

И совершенно поддерживаю Александра Григорьевича в том, что, конечно же, нужен контроль со стороны самих образовательных организаций за условиями, технологиями обучения.

Ещё в 2013 году Министерство здравоохранения Российской Федерации утвердило рекомендации по штатному расписанию, по количеству медицинских работников. Наш институт разработал соответствующие алгоритмы работы отделений организации медицинской помощи детям в образовательных организациях. Эта вся информация доступна в сети Интернет, мы выпускаем и соответствующий журнал. Таким образом, при желании и наличии адекватных ресурсов можно оказать медицинскую помощь учащимся в образовательных организациях.

На мой взгляд, на взгляд всего нашего коллектива необходимо, чтобы лица, принимающие решения в сфере здравоохранения в субъектах Федерации, осознали эту ответственность и приняли соответствующие политические и административные решения по совершенствованию и поиску современных моделей, которые сейчас в том числе активно изучает, анализирует Минздрав России. И конечно, школьное здравоохранение должно быть дружественным к детям, удовлетворять потребности общества

и родителей, использовать современные технологии, в том числе и цифровые, и иметь адекватные ресурсы.

Для того, чтобы это всё состоялось, у нас с вами есть очень важный политический документ, я имею в виду указ Президента России о Десятилетии детства. И в рамках Десятилетия детства наиболее эффективно это можно сделать в образовательных организациях, можно сформировать вот это самое новое здоровое поколение детей.

Спасибо.

*(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо большое, спасибо.

Уважаемые коллеги, позвольте предоставить слово Жанне Витальевне Садовниковой, заместителю директора Департамента государственной политики в сфере общего образования Министерства просвещения Российской Федерации.

Пожалуйста, Жанна Витальевна.

Уважаемые коллеги, я напоминаю про регламент.

**Садовникова Ж. В.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Дмитрий Анатольевич, благодарим вас за то, что сегодня действительно мы собрали всё сообщество и в рамках межведомственного обсуждения поднимаем один из самых главных вопросов – сохранение здоровья наших детей. Потому что наши дети в наши образовательные организации приходят с самого раннего возраста и выпускаются уже в вузы. Наша задача – не только сохранить здоровье, укрепить его, но и вырастить здоровое поколение, чтобы отношение к своему здоровью формировать уже с самых первых этапов его жизни.

Уважаемые коллеги, какие мероприятия осуществляются на сегодняшний день в рамках межведомственного взаимодействия и со стороны Министерства просвещения Российской Федерации? В рамках совместной деятельности в сфере образования и охраны здоровья Минпросвещения России проводится мониторинг. И конечно же, если мы говорим об охране жизни и здоровья детей, мы должны понимать, как это выстроено в наших образовательных организациях. На сегодняшний день медицинских работников в наших образовательных организациях 43 149 специалистов, это врачи-педиатры – 14 процентов, врачи-стоматологи есть, врачи по гигиене детей и подростков, фельдшеры, медицинские сестры, иные медицинские работники.

Также хочется отметить, что на сегодняшний день, помимо работы специалистов, мы проводим мониторинг наличия медицинской лицензии. Потому что мы понимаем, что любая деятельность, которая проводится в наших образовательных организациях, должна быть лицензирована. Что имеем мы на сегодня? Дошкольных образовательных организаций, имеющих медицинские кабинеты, которые соответствуют лицензионным требованиям, на сегодняшний день 73 процента, общих образовательных организаций – 56 процентов. Дошкольных образовательных организаций, в которых медицинские кабинеты не соответствуют лицензионным требованиям, – 10 процентов, общеобразовательных организаций – 8 процентов. В случаях, когда в образовательной организации отсутствует медицинский кабинет либо медицинский блок, деятельность осуществляется в рамках договора с фельдшерско-акушерским пунктом или иными обособленными подразделениями медицинских организаций, которые функционируют на базе учреждений здравоохранения.

Поэтому мы понимаем, что в каждой образовательной организации, где находятся наши дети, осуществляется эта работа.

Вместе с тем на протяжении этого года мы всё-таки со своей стороны проводим мониторинг, и в адрес губернатора нами было направлено письмо за подписью Ольги Юрьевны о том, что необходимо завершить мероприятия, связанные с лицензированием медицинской деятельности. Мы в ежемесячном режиме осуществляем мониторинг и анализируем ситуацию, как завершается эта работа.

Также хочется отметить, что Министерством просвещения Российской Федерации на сегодняшний день проводится ряд мероприятий, которые направлены на информирование и педагогов, и детей, и родителей именно в вопросах оказания первой медицинской помощи обучающимся, профилактики суицидов, формирования здорового образа жизни и коммуникационных навыков. На сегодняшний день уже 55 процентов педагогов прошли курсы повышения квалификации. Участвуют в «круглых столах» и активно обсуждают эти вопросы 49 процентов педагогов. Мы смотрим этот вопрос не только с точки зрения работы с педагогическим составом, со специалистами, работающими у нас на местах, но также мы говорим о тех формах работы, которые идут непосредственно с ребёнком и с родителями.

На что хотелось бы ещё обратить внимание? На то, что в рамках всех мероприятий, касающихся информирования и эффективности взаимодействия между различными организациями, оказывающими медицинскую помощь обучающимся в образовательных организациях, в рамках совместной работы также был проведён ряд мероприятий. На сегодняшний день провели социально-психологическое тестирование 76 процентов обучающихся с применением научно-обоснованных методик. Разработали совместные региональные акты по взаимодействию в сфере охраны здоровья обучающихся 76 процентов общеобразовательных организаций. Разработали совместные региональные планы мероприятий по охране здоровья обучающихся 79 процентов образовательных организаций. К формированию принципов здорового образа жизни при проведении интерактивных мероприятий подключены уже 1111 дистанционных центров. Осуществлять взаимодействие с дистанционными центрами для проведения интерактивных мероприятий по формированию принципов здорового образа жизни начали уже в 35 процентах образовательных организаций.

Кроме того, в общеобразовательных организациях уже 52 субъектов Российской Федерации разработаны региональные планы мероприятий по охране...

*(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Добавьте время. Включите микрофон.

**Садовникова Ж. В.** В 55 субъектах Федерации приняты нормативные акты, устанавливающие условия оказания медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях с определением медицинских организаций, оказывающих первую медико-санитарную помощь.

В 35 991 общеобразовательной организации (это 89 процентов) обеспечен контроль за качеством проведения профилактических осмотров.

И ряд других мероприятий проведён со стороны нашего министерства в рамках взаимодействия с субъектами Федерации.

Хотелось бы отметить, что во всех образовательных организациях на сегодняшний день приняты меры по реализации порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в части укрепления штатов медицинских блоков образовательных организаций медицинским персоналом.

Уважаемые коллеги, помимо этого хочется обратить внимание, что в рамках межведомственного взаимодействия с 2017 года нами совместно с Минпромторгом России и Минздравом России осуществляется реализация проекта по внедрению в наших организациях системы мониторинга здоровья обучающихся на основе отечественной технологической платформы.

На сегодняшний день мы этот проект продолжаем, но хочется отметить, что это не только проект ради того, чтобы изучить и создать, но и транслировать лучшие практики в тех субъектах Федерации, которые уже могут организовать эту работу.

Для реализации проекта на сегодняшний день созданы региональные центры мониторинга здоровья обучающихся с ОВЗ, которые обеспечивают взаимодействие между нашими школами, имеющими коррекционную направленность, с поликлиниками,

с центрами здоровья, чтобы помочь нашим педагогам осуществлять свою деятельность в плане взаимодействия и работы с этими детьми, создать все необходимые для этого условия. И конечно же, ведётся очень большая работа с родителями.

Также хочется отметить, что в рамках проекта были отобраны 19 регионов, я думаю, что в зале сейчас, может быть, присутствуют представители этих регионов.

В рамках этой работы уже в 316 коррекционных школах созданы кабинеты здоровья. Более двух тысяч педагогов прошли курсы повышения квалификации. И на сегодняшний день это не всё, это старт тем задачам, тем вопросам, которые уже отработаны в этих субъектах, и дальше транслируются в следующие субъекты.

В ушедшем 2018 году 2 ноября состоялась презентация работы и церемония награждения победителей второго Всероссийского конкурса «Школа – территория здоровья».

Елена Николаевна, вы помните, когда у нас состоялась встреча двух министров, мы говорили о том, что необходимо, чтобы этот конкурс продолжал свою работу. Мы продолжим эту работу.

Обращаю внимание, что здесь как раз проводится конкурс среди общеобразовательных организаций, которые осуществляют образовательную деятельность по адаптированным общеобразовательным программам.

Конечно же, делается акцент именно на детей с особыми потребностями здоровья ОВЗ. Целью, конечно же, является выявление лучших практик организации здоровьесберегающего образовательного процесса и использование здоровьесберегающих технологий в школах.

Уважаемые коллеги, это не всё. Хочется отметить ряд мероприятий, которые осуществляются в рамках Министерства просвещения Российской Федерации. Разработан и направлен во все органы исполнительной власти, осуществляющие государственное управление в сфере образования, план мероприятий, направленный на предотвращение детской смертности с учётом сезонной специфики. Мы помним, что был всплеск в прошлом году, мы анализировали гибель детей и причины смерти на уроках физкультуры в образовательных организациях. Мы ежемесячно ведём мониторинг смертности детей, которая происходит и в образовательных организациях, и вне образовательных организаций. Направлены разъяснительные письма и рекомендации в адрес всех субъектов Федерации.

Также разработан план мероприятий 2020 года по реализации концепции профилактики употребления психоактивных веществ в образовательной среде. Ведётся системная работа по вовлечению детей в регулярные занятия физкультурой и спортом. И это очень большой блок, который включает и конкурсы, и мероприятия.

Хочется также отметить, что в рамках межведомственного взаимодействия с 1 января 2018 года вступил в силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 514н.

У наших специалистов, педагогов, учителей возникал вопрос, как работать с детьми, какая группа здоровья, какие особенности здоровья. Как правило, встаёт вопрос об отсутствии информации о здоровье ребёнка. Но теперь мы понимаем, что в рамках всех профилактических осмотров, которые могут проводиться и в образовательной организации, и в медицинских учреждениях, информация, конечно, закодирована и находится в медицинских кабинетах. И специалисты, педагоги, работающие с детьми, могут эту информацию получить, чтобы правильно выстроить работу, определить допустимую нагрузку для учеников.

Хочется ещё раз поблагодарить за совместный пилотный проект «Школьная медицина». В прошлом году мы проводили большое селекторное совещание совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации, на котором оценивались первые результаты работы в Республике Саха (Якутия), Ямало-Ненецком автономном округе, Тамбовской области, Ростовской области, Смоленской области.

Уважаемые коллеги, ещё раз благодарим вас за те результаты, за те наработки, которые уже сделаны вами в ходе реализации проекта. И, конечно же, коллеги из других субъектов Федерации просят у нас рекомендации, которые наработаны вами, для дальнейшего использования в своей работе.

Уважаемые коллеги, благодарю всех за наш совместный труд. И только хочется подчеркнуть: в рамках нашего межведомственного взаимодействия мы сможем воспитать здоровую личность и сохранить здоровье нашим детям.

Благодарю за внимание.

*(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо большое, Жанна Витальевна.

Коллеги, прошёл один час шесть минут. Впереди ещё 23 доклада. Я вас очень прошу придерживаться регламента. Пожалуйста, коллеги, не заставляйте меня прерывать вас. Сконцентрируйтесь на проблемах и на предлагаемых вами, опытнейшими людьми, возможностях их решения. Проблема и решения, проблема и решения. А то может сложиться впечатление, что у нас всё хорошо. Но боюсь, этот вывод не все разделят, особенно граждане.

Галина Владиславовна Яновская, начальник отдела организации надзора по гигиене детей и подростков Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Пожалуйста, Галина Владиславовна.

**Яновская Г. В.** Добрый день, Дмитрий Анатольевич! Добрый день, уважаемые коллеги!

Тема очень животрепещущая и даже в некоторых местах болезненная. И хотелось бы начать с того, чтобы сказать в ответ главному педиатру города Москвы: санитарные правила всё-таки разработаны не только для администраций школ, но и для всех, кто связан с обучением и воспитанием детей, в том числе и для медиков в образовательных организациях, и в том числе для медиков детских поликлиник. И это давняя дискуссия между лечебным факультетом и санитарно-гигиеническим факультетом. И пока не будет на уровне институтской, вузовской подготовки решён этот вопрос о взаимодействии, в полном объёме решить его не получится. Потому что всё-таки главная задача, которая стоит перед нами всеми – это профилактика болезней детей, чтобы меньше было больных детей. Эта задача наша совместная, потому что состояние здоровья подрастающего поколения – это наше с вами будущее. Так что основной задачей медицинских работников в образовательных организациях является выявление факторов, влияющих на ухудшение здоровья детей, именно факторов внутришкольной среды, а также связи этой внутришкольной среды и факторов риска с состоянием здоровья детей. Чрезвычайно важна просветительская работа с родителями, методическая помощь учителям и проведение санитарно-просветительских, санитарно-противоэпидемических мероприятий в образовательных организациях. Реализация пилотных проектов по школьной медицине показала, что там, где в образовательных организациях есть медицинский работник, вся эта работа была поставлена на достаточно высоком уровне. И удаётся достичь именно тех результатов, о которых мы говорим, потому что тогда учитель всё-таки вспоминает, что самое главное для профилактики школьно-обусловленных заболеваний – это правильная поза ребёнка за партой, умение правильно держать учебник, ручку, правильная посадка и осанка.

И правильно составленное с помощью медицинского работника в школе расписание, правильно составленное меню, его соблюдение, допуск к работе – это тоже работа медицинского персонала в школах, в образовательных организациях. На сегодняшний день в детских садах утренний фильтр в принципе сведён практически на нет и переложен на плечи воспитателей, что не есть правильно. И мы, соответственно, получаем то, что получаем.

Как раз вот эти несчастные случаи, которые происходят на уроках физкультуры, говорят о том, что некому было подсказать, к какой группе здоровья ребёнок относится и какая у него должна была быть нагрузка при проведении тех же уроков физкультуры. Это не может быть ответственностью только учителя и педагога, это должно быть взаимодействие, комплексная ответственность медицинского работника, обладающего специальными знаниями, и педагога.

И если честно, обидно бывает, когда приходишь с проверками и выявляешь то, что можно было бы устранить в процессе работы, совместной деятельности медицинского работника и администрации школы, а именно – просчёты в составлении расписания и меню. И те суммы, на сегодняшний момент огромные, затраченные на выплату штрафов за подобные просчёты, могли бы пойти на развитие этих образовательных организаций, в том числе на поддержание медицинских кабинетов и медицинского работника.

К чему я об этом говорю? К тому, что мы поддерживаем идею того, что медицинский работник всё-таки должен быть в образовательной организации, это не обязательно врач, не обязательно фельдшер, но он должен быть. На сегодняшний момент у нас меняется образование, меняются сады и школы как в архитектурно-планировочном плане, так и в плане интенсивности обучения. Наверное, просто надо пересмотреть работу и формы работы медицинских работников в образовательных организациях и их взаимодействие в поликлинике, и перевести на новый формат. И опять же эксперимент показывает, что это можно сделать, было бы желание со стороны администраций.

И в заключение я бы хотела сказать, что нужен межведомственный мониторинг состояния здоровья детей и внутришкольной среды. Когда он будет, тогда можно будет принимать какие-то комплексные управленческие решения, административные решения.

Пользуясь случаем, хотелось бы попросить Министерство здравоохранения Российской Федерации вернуть форму № 31, которая была исключена из отчётных официальных форм. Она содержит сведения о результатах медицинских осмотров детей за год до поступления в школу, при переходе к предметному обучению и по окончании 9-х и 11-х классов, сведения о количестве осмотренных детей на 100 тысяч по сколиозам, по зрению, по прочим заболеваниям, потому что, исключив эту форму, как мы будем судить о здоровье?

**Председательствующий.** Спасибо большое.

*(Аплодисменты.)*

Позвольте предоставить слово Татьяне Тимофеевне Батышевой, члену комиссии Московской городской Думы по социальной политике, трудовым отношениям, депутату Московской городской Думы.

Я, коллеги, хочу обратить ваше внимание, что сегодня в зале много членов Комитета Государственной Думы по охране здоровья, членов Совета Федерации, и это очень важно, поскольку они – носители информации от граждан.

Пожалуйста.

**Батышева Т. Т.** Здравствуйте, уважаемые коллеги, друзья!

Спасибо огромное, Дмитрий Анатольевич, что мы сегодня собрались в этом уютном зале. Андрей Петрович, вам тоже огромное спасибо за гостеприимство.

Важнейшая тема, которую мы сегодня с вами рассматриваем, действительно, не просто важная, а важнейшая. За последние 15 лет мы наблюдаем некоторое снижение детской популяции, но в то же время увеличение доли детей школьного возраста в общей популяции. И динамика заболеваемости детского населения оставляет желать лучшего. О чём мы говорим сегодня? О высоком уровне заболеваемости, о росте хронической патологии, наличии морфофункциональных отклонений, ухудшении основных качественных показателей здоровья детей. 68 процентов наших дошкольников имеют различные множественные нарушения, 17 процентов имеют хронические заболевания.

Посмотрите, 20 процентов детей находятся в трудной жизненной ситуации. Это особая категория детей, которой требуется помощь и внимание.

По структуре заболеваемости на первом месте – болезни органов дыхания. Разная заболеваемость в регионах, Санкт-Петербург и Северо-Западный округ как-то выделяются из всей России.

У нас более 11 миллионов детишек в возрасте от 10 до 17 лет, и мы наблюдаем рост психических расстройств и расстройств поведения подростков за последние 10 лет. Хочу сказать, что эта тенденция имеет место не только в нашей стране, это всемирная тенденция, она настораживает. Мне кажется, мы недостаточно уделяем внимания именно этой проблематике, потому что причины её многогранны.

60 процентов подростков имеют признаки игромании. А что это? Друзья, да это крик о помощи. Понимаете, что происходит? Сегодня ребёнок изолирован. Родители всё время на работе, активные бабушки на работе, никто не отвечает за нравственное состояние ребёнка. Семья говорит, что отвечает школа, школа говорит, что отвечает семья, и в итоге ребёнок одинок. И, пожалуйста, он уходит куда? В наркоманию, в игроманию. Хроническая усталость у 65 процентов. Ведь эти цифры сегодня говорят именно об одиночестве наших детей. Понимаете, вот мы сухие цифры статистики должны интерпретировать в жизнь. Что это такое, о чём мы с вами сегодня говорим?

55 процентов имеют проблемы со зрением и головные боли, никотиновую зависимость и так далее. Острые, серьёзные и большие проблемы.

Но тем не менее, когда мы говорим, почему так происходит, то в 50–55 процентах случаев это условия и образ жизни, это то, о чём мы с вами только что говорили, друзья.

Поэтому, конечно, среди факторов, которые влияют на формирование у ребёнка навыков здорового образа жизни, на первое место мы поставили пример жизни родителей. Ведь какие мы родители, как мы с вами живём, так живут и наши дети, которые, как в зеркало, смотрятся в нас. Если мы не заботимся о своём здоровье, если у нас нет принципов сохранения здорового образа жизни, конечно, ребёнок будет вести себя точно так же.

Я считаю, что Государственная Дума должна поставить вопрос о средствах массовой информации. Посмотрите, включая телевизор: хоть какая-то полезная информация есть у нас для детей? Вы посмотрите мультфильмы, которые смотрят наши дети: маскулинизированные женщины, которые дерутся друг с другом, а мужчины сидят в углу и ждут, когда они закончат драку и принесут им кусочек хлеба.

Друзья, кого мы формируем с вами? Ведь это же серьёзнейшая история. И я предлагаю записать в решении нашего сегодняшнего заседания положение о том, что средства массовой информации должны развернуться к правильному воспитанию наших детей.

Доступность занятий физической культурой и спортом. Хочу сказать огромное спасибо Сергею Семёновичу Собянину. Сегодня для наших московских детей создаются уникальные условия для занятий физической культурой и спортом. Более того, в нашем научно-практическом центре детской психоневрологии создана уникальная лаборатория по определению вида спорта и спортивного прогноза для детей-инвалидов. Сегодня не просто ВПР называется вид спорта, которым может заниматься ребенок-инвалид, а мы можем этот вид подобрать, рассказать о нём. И сегодня наши дети уже играют в следж-хоккей. Зайдите ко мне в Фейсбук, и вы увидите мальчишку с ДЦП, который не просто играет в футбол, а ещё и катается на доске. Можете себе представить, вот до чего дошли сегодня у нас новые технологии по внедрению физической культуры и спорта!

Жёсткий контроль оборота табачной и алкогольной продукции. Конечно, мы должны заботиться о детях. И мы должны не просто запрещать алкоголь и табак, мы должны рассказывать и показывать, к чему их употребление приводит. Противодействие

распространению наркотических и психоактивных средств. Подойдите к любой школе, и вы найдёте там специальных людей, которые пытаются что-то продать нашим детям. Должен быть жесточайший контроль за этим. И не просто какие-то штрафы, а серьёзные многолетние наказания, это должна быть серьёзная большая программа по стране.

Духовное и патриотическое воспитание. Конечно, без этого нет будущего у наших детей. Сексуальная культура, рациональное планирование семьи. Мы сегодня теряем семью. Вы посмотрите, что происходит! Семейные ценности обесцениваются. Сегодня у нас гражданский брак уже стал нормой, никто не хочет идти и ставить, как говорят, штамп в паспорте. А что такое штамп в паспорте, друзья? Это же ответственность по отношению друг к другу, по отношению к своим детям, поэтому мы и имеем с вами отцов, которые не хотят платить алименты, им не привито чувство ответственности за ребёнка.

Кроме того, психологический комфорт наших детей – важнейшая составляющая, и конечно, санитарно-медицинское просвещение.

*(Демонстрируется слайд.)*

Посмотрите, вот сегодняшняя учебная нагрузка. По правилам СанПиНа, при 6-дневной неделе она должна составлять 37 часов в 10–11-м классах, или 34 в остальных. А что мы имеем? Школьная нагрузка 50 часов, друзья. Это что такое, какой СанПиН выдержит?

Вот я, как главный детский невролог Москвы, сейчас хожу по школам, провожу занятия с родителями, и что вы думаете? Вот 1-й и 3-й классы, родители прямо слезами обливаются: «Мы ложимся спать в 12 часов, Татьяна Тимофеевна, мы не успеваем выполнять домашние задания. Дети не спят, они невротизированы, они невнимательны». О чём дальше говорить? Вот, пожалуйста, такая нагрузка необходима?

Да, есть талантливые дети, да, есть гениальные дети, пусть у них будет 50 часов, если они выдерживают, но для среднестатистического ребёнка это колоссальная нагрузка. Давайте всё-таки соблюдать градацию: кто-то может, кто-то опережает развитие, а кому-то очень тяжело, очень сложно. Причём мы с вами сейчас сделали школу открытой, особые детки с нами тоже учатся в школе, это особая статья. К сожалению, происходит так, что особые дети просто подчас сидят в школе, как почётные граждане, и с ними никто не занимается. Если в коррекционной школе им проводили процесс обучения, то здесь они просто сидят, и все радуются: как хорошо, дополнительные деньги пришли за этим учеником! Я предлагаю в этом тоже разобраться.

Проблемы школьного питания. Конечно, это болевая тема, и в зале наверняка сидят родители, которые это точно знают. В одной школе этот процесс налажен великолепно, и все родители аплодируют своему прекрасному директору, в другой школе – совершенно другая ситуация, когда мы видим проблемы и жалобы родителей. 30 процентов детей не удовлетворены школьным питанием.

Но у нас есть прекрасные примеры, есть пилотный проект «Школьная медицина». Хочу сказать, что прекрасные наши коллеги в Ростове-на-Дону сделали великолепную программу, детская городская поликлиника № 1 Ростова-на-Дону показала, как можно и нужно работать с нашими детьми. Прекрасно организована помощь у них, но есть проблемы.

Первое – это неурегулированность вопроса об оказании первой медицинской помощи в школе.

Когда я читаю лекции нашим дорогим педагогам и спрашиваю: «Друзья, вот у вас на уроке вдруг случился приступ эпилепсии у ребёнка, что будете делать?» – все, глядя мне в глаза, отвечают: упадём рядом с ним, упадём.

Я спрашиваю: а почему упадёте, друзья? Да потому, что мы не имеем права оказывать первую помощь, будем вызывать скорую помощь и ждать, пока она приедет. Хорошо, вот в Москве прекрасный результат, и скорая помощь приедет за очень короткое

время. А если это не Москва? А если это другой регион? Пожалуйста, мы не знаем, что делать.

Ещё это нежелание родителей информировать педагогов о проблемах здоровья своих детей. Вот мама не сказала, что у её ребёнка бывают приступы эпилепсии. Ей ничего за это не будет. А если ребёнок погибнет? Понимаете, поставить такой диагноз крайне сложно подчас, когда нет выраженных приступов. Вот идёт ребёнок в школу, а мама забыла дать таблетку, мама не сказала, педагог не знает. Вот в это время, которое должно пройти до оказания помощи, люди могут растеряться. Почему нет ответственности родителей за то, что они не информируют педагогов о том, что есть особенности в здоровье ребёнка?

Нехватка медицинских кадров в образовательных учреждениях. Экономическая целесообразность присутствия врача в каждой школе, это надо просчитать. Низкая оснащённость медицинских кабинетов в школах.

Но я хочу сказать, что у нас есть ещё целый ряд задач. Это организация чёткой системы профилактики заболеваний, доступной квалифицированной медицинской помощи, системы эффективной медицинской и психологической реабилитации – хочу обратить внимание на то, что именно психологическая реабилитация сегодня очень важна и нужна нашим детям. Поверьте, у очень большого количества детей есть психосоматические расстройства. Они кричат, говорят о том, что устают, что головная боль, снижается зрение, – а родители не слышат напрочь, пока ребёнок не упадёт в обморок или какая-то серьёзная проблема с ним не случится. Только после этого мама поведёт ребёнка к врачу. Даже если педагог будет говорить: мама, у вашего малыша проблемы, – то что сделает мама? Она обидится на педагога. Сколько раз мы об этом с педагогами разговаривали, они говорят: ради бога, Татьяна Тимофеевна, может, вы подойдёте, скажете родителю, что надо к вам уже прийти давно, а ребёнку нужна помощь. Не просто так у него плохой характер, ему срочно нужна медицинская помощь, вы понимаете? И конечно, очень важна задача по формированию у ребёнка осознанной, осознанной, повторяю, необходимости вести здоровый образ жизни.

Какие предложения? Конечно, необходима подготовка специалистов по школьной медицине, по направлению «сестринское дело». Я уже неоднократно выступала с разных трибун и говорила о том, что мы, врачи, получая диплом, даём клятву Гиппократу, что будем жить и работать во имя своего дорогого пациента. И мы храним врачебную тайну. Вот за разглашение врачебной тайны должно быть наказание вплоть до уголовной ответственности. Вот я родителям сетую: почему мама не сказала педагогу, что у ребёнка есть хроническое заболевание? Она говорит: Татьяна Тимофеевна, завтра вся школа будет знать об этом, моего ребёнка начнут травить, говорить, что он сумасшедший, ненормальный и так далее. Вот мы и предлагаем разработать меры по сохранению тайны медицинского диагноза ученика педагогами, чтобы у них была та же ответственность, как у нас, врачей, за разглашение тайны. И скажите, друзья, ведь какое будет подспорье, если классный руководитель будет знать все особенности своих прекрасных детишек и у него не будет страха, и если вдруг ребёнок упадёт с эпилептическим приступом, педагог уже к этому будет готов и будет чётко знать, что нужно делать. Или когда у ребёнка, например, гипогликемический приступ... Словом, если педагог точно будет знать, у какого малыша какая может случиться проблема. Вот мне кажется, это очень важный момент.

Телемедицина для консультации с врачом. Особенно это касается наших отдалённых регионов. Когда что-то случается в школе, педагог или медицинская сестра может связаться с больницей, задать вопрос врачу, что делать в той или иной ситуации. Мониторинг здоровья обучающихся, интеграция информации о результатах диспансеризации в электронные медицинские карты. Диспансеризация с применением диагностических комплексов. Особое внимание диспансеризации детей младшего и среднего

школьного возраста. Ведь когда уже дети подходят к возрасту 15 лет, мы их прекрасно обследуем, правда, потому что им в армию идти. Но мы упускаем подчас именно детей младшего и среднего школьного возраста. Вот этому, нам кажется, надо уделить особое внимание, чтобы была не просто диспансеризация, а серьезная большая работа, которая даст серьёзный и большой задел на будущее.

Благодарю за внимание и надеюсь, что все наши дети будут такими счастливыми, как вот эти вот замечательные мальчишки и девчонки.

Спасибо огромное за внимание. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо большое.

**Батышева Т. Т.** Извините за эмоциональность.

**Председательствующий.** А за то, что вышли из регламента?

**Батышева Т. Т.** Особая благодарность, что не прервали.

**Председательствующий.** Я как только увидел ваш слайд, в котором была прописана позиция нашего законопроекта, подумал: а если бы прервал раньше, то и не увидел бы. Думаю, вот надо все время до конца дослушивать. Спасибо вам большое.

Позвольте предоставить слово Мелите Вуйнович, представителю Всемирной организации здравоохранения в Российской Федерации.

Пожалуйста.

**Вуйнович М.** Спасибо.

Уважаемый президиум! Уважаемые коллеги!

Я свою презентацию оставлю на флешке, потому что регламент такой, что мне кажется, лучше сделать комментарии к тому, что я услышала.

Первое. Всемирная организация здравоохранения очень заинтересована темами пилотных проектов, которые реализуются в Российской Федерации, и конечно, есть некоторые комментарии к этому.

Есть так называемая Европейская концепция стандартов школьной медицины, семь стандартов. Они общие, они не прописывают, как будет организована школьная медицина.

Но я хотела на двух моментах остановиться. Один – охват услугами здравоохранения детей школьного возраста, включая школьную медицину.

Иногда школьная медицина – единственный способ, единственная возможность для детей в жизненно трудном положении получить доступ к качественной медицинской помощи. Так что школьная медицина – очень важный элемент.

Мы видим, что во многих странах мира школьную медицину убрали, она не нужна, всё будут делать или врачи общей практики, или педиатры. Конечно, они будут помогать детям, но без организованного государственного подхода не обойтись. Он должен быть, потому что это не только здоровье детей, это здоровье взрослых, которыми они станут завтра, и это здоровье взрослых, которые окружают этих детей.

Я извиняюсь за такое применение слова, но это утопия – предполагать, что мы будем детей информировать, будем им говорить, как надо вести здоровый образ жизни, и они это будут делать. Этого не будет. Просто для детей это «не круто», как они говорят. Жить правильно? А зачем?

Спасибо докладчикам, которые сказали, что межсекторальное взаимодействие включает контроль табака. Возможно, вы не знаете, сейчас в московских школах самое крутое – иметь в кармане электронную сигарету, вейп. Так что нам нужно провести исследование, узнать, почему это происходит. Где-то мы что-то пропустили.

Что делать? Доступ к этому должен быть запрещён.

Мы говорим про игры, но без других секторов даже хорошо организованная школьная медицина и Министерство просвещения Российской Федерации одни не смогут исправить ситуацию. Так что эта система должна подключать и другие сектора. И из-за этого, мне кажется, эти «круглые столы», которые проводит Государственная Дума,

очень важны, потому что Государственная Дума может разработать такие законодательные проекты, которые будут помогать в решении этих проблем.

Второе. Очень важна цифровизация, я сейчас не буду про федеральные проекты, но это позволит узнать состояние здоровья, три самых главных приоритета определить. Потому что если у нас будет 12–15 приоритетов, извините, ничего не будет делаться.

Ожирение. Почему оно растёт в возрасте 9, 10 лет, 11 лет? Школьное питание – это один или два раза в день, а что дети кушают за пределами школы?

Когда разработали проект национальной стратегии по неинфекционным заболеваниям, против было Министерство связи Российской Федерации. Почему? Потому что упадут доходы от рекламы, если запретить рекламу шоколадок, снеков и подобных вредных для здоровья продуктов. Так что надо просто посмотреть, почему не получается улучшить здоровье детей. Как это возможно, что в России сегодня дети имеют здоровье хуже, чем в других странах? Я в это просто поверить не могу.

И самое главное, посмотрите: говорим про ожирение, диабет, астму и респираторные заболевания, психические расстройства, травмы. 75 процентов детей гибнет вне школы, 25 процентов – от суицида. Я сразу скажу: скрининг суицида, суицидального поведения неэффективен. Есть другие подходы. Просто нам надо, возможно, вместе посмотреть, почему это происходит? Проекты колоссальные, система хорошо построена, но где-то что-то не работает. Кажется, есть какой-то внешний фактор, на который ни Минздрав России, ни Роспотребнадзор, ни Министерство просвещения Российской Федерации влиять не могут напрямую. Так что их надо подключать. Мне кажется, ещё какой-то «круглый стол» в Государственной Думе может ответить на эти вопросы, но их надо один за другим рассмотреть.

И наконец, про бесплатный доступ к лечению.

Если такие колоссальные достижения этого медицинского центра, то они доступны всем детям, которым это нужно? Всегда? Или есть квота, что-то другое? Я понимаю, и финансы, и всё другое, но надо чётко рассчитывать, как добиваться увеличения продолжительности жизни, сколько жизней мы будем сохранять, если лечение здесь будет оплачиваться через год, через два года, – я не говорю «сразу», потому что всем понятно, что ситуация в экономике тяжёлая. Но иногда надо твёрдо сказать политикам: извините, но сейчас здесь нельзя экономить.

Спасибо огромное. Я извиняюсь за эмоциональность, но колоссальная работа идёт. И давайте её делать вместе.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо большое, уважаемая Мелита. Нам очень приятно, что мы вместе, и вдвойне приятно, что мы единомышленники.

Уважаемые коллеги, позвольте предоставить слово Елене Николаевне Войтовой, начальнику Департамента здравоохранения Смоленской области.

Елена Николаевна, пожалуйста, регламент.

**Войтова Е. Н.** Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Глубокоуважаемые члены президиума!

Позвольте, во-первых, поблагодарить, Елена Николаевна, вас в первую очередь за включение нашего региона в реализацию проекта «Школьная медицина». Потому что, скажу честно, скептицизм с сентября 2016 года, когда мы вступили в проект, сменился в 2019 году пониманием, куда нам двигаться дальше.

Итак, что мы делали эти два с половиной года. Коротко о статистике. В Смоленской области функционирует 347 общеобразовательных школ с числом учащихся более 87 тысяч человек. Медицинское обеспечение осуществляется сотрудниками лечебных учреждений области в соответствии с приказом Минздрава России № 822-Н.

Укомплектованность школьной медицины составляет по врачам 68 процентов и на 59 процентов по среднему медицинскому персоналу. Всего работают 251 человек.

Целью проекта является создание современной эффективной модели здоровьесбережения учащихся в образовательных организациях города Смоленска за счёт рационального использования кадрового потенциала, совершенствования межведомственного взаимодействия всех участников образовательного процесса, внедрения в работу информационных технологий, адаптирования их для каждой группы участников проекта. Это медицинский персонал школ, педагоги, родители, школьники. Применение современных коммуникативных методик для информирования о здоровом образе жизни.

Были определены участники, группы контроля и участники проекта – по пять школ. Группа контроля – это школы, укомплектованные как врачами, так и средним медперсоналом. Профилактическая работа в этих учреждениях проводилась в штатном режиме по сложившимся технологиям.

Координатором профилактической работы в школах участников проекта определено одно учреждение, работающее на территории города Смоленска. Сюда же был подключён центр здоровья для детей. С целью реализации проекта в штатное расписание отделений медицинской помощи детской клинической больницы введена должность врача по гигиене детей и подростков с привлечением подготовленного специалиста для координации данного проекта.

Разработан и утверждён совместный приказ Департамента Смоленской области по здравоохранению, Департамента по образованию и управления образования города Смоленска. Сформирована межведомственная группа с привлечением главных внештатных специалистов по здравоохранению и также специалистов по образованию управления Роспотребнадзора.

Хочу сказать за рамками презентации, что мы научились взаимодействовать за эти два с половиной года, собираться. И если это проходило вначале весьма напряжённо, но теперь уже, скажу честно, мы ждём этих встреч.

На заседании комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования было принято решение о выделении дополнительных объёмов профилактической медицинской помощи медицинским организациям, то есть были введены дополнительные объёмы именно для школьной медицины.

Во всех школах в начале учебного года было проведено тестирование учащихся. Оценивая поведенческие факторы риска, было установлено на момент начала реализации проекта, что курят 17 процентов мальчиков и 9,5 процента девочек, пробовали алкоголь на тот момент 32 процента, повышенное артериальное давление зафиксировано у 18 процентов детей. Детей с избыточной массой тела выявлено 14,1 процента. Доля учащихся, принимающих участие в массовых коммуникационных кампаниях по пропаганде ЗОЖ, составила всего лишь 7 процентов.

Специалистами центра здоровья для детей анонимно было проведено тестирование учащихся выпускных классов школ города, участвующих в проекте, с оценкой уровня информированности обучающихся об основных факторах риска здоровью. Установлена низкая информированность... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Вам много ещё времени нужно?

**Войтова Е. Н.** Нет, я скажу только о том, что образовательная деятельность была отдельно для медицинских работников, для педагогов. Работаем с родителями, проводим вебинары. И хочу сказать, что внедрена электронная медицинская карта, она у нас адаптирована с электронной документацией школьной, с электронной медицинской картой в поликлинике.

Если говорить об оценке результатов, то за период реализации проекта разница между школами-участниками проекта и группой контроля в показателях количества функциональных нарушений уменьшилась с 11 до 3,7 процента. Уменьшился процент детей, нуждающихся в дальнейшем медицинском наблюдении, с 12 до 10 процентов. Вот последние данные, которые дали мне сегодня, цифры по курению. По данным ан-

кетирования, на сегодняшний день табачная зависимость у мальчиков с 17 процентов снизилась до 8,6 процента, у девочек – с 9 процентов до 3 процентов. Но, безусловно, показатели по артериальной гипертензии и показатели по метаболическому синдрому пока составляют доли процента. Нам есть над чем работать. Проект будем реализовывать в других муниципальных образованиях, теперь уже в рамках реализации национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография».

Благодарю за внимание.

*(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо большое, Елена Николаевна. Можно вам задать вопрос? Скажите, вы не проводили социологические опросы населения? Как, по вашему ощущению, люди чувствуют эту огромную работу? Они исполнены такими, знаете, мыслями: как здорово, что я живу в Смоленске? Есть такой настрой у людей, или они это не чувствуют?

**Войтова Е. Н.** Дмитрий Анатольевич, вот скажу так...

**Председательствующий.** Но только честно.

**Войтова Е. Н.** Честно скажу. Сложнее работать с теми людьми, которые ответят на эти вопросы, кто представляет старшее поколение. Вот школьники – более благодарная аудитория.

И ещё скажу, при формировании здорового образа жизни есть проблема с родителями.

**Председательствующий.** Ну они ощущают, например, что стало лучше?

**Войтова Е. Н.** Да. Вы знаете, треть ощущает. Две трети нет.

**Председательствующий.** Спасибо большое. Спасибо за ваш труд.

Позвольте предоставить слово Сергею Владимировичу Новикову, директору Департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа. Ещё один пилотный проект. Спасибо большое.

Коллеги, только регламент, прошу вас.

**Новиков С. В.** Уважаемый Дмитрий Анатольевич, уважаемая Елена Николаевна, уважаемые члены президиума и все участники «круглого стола»!

В 2016 году в нашем регионе на Ямале также стартовал проект по школьной медицине, связан он был с теми же проблемами, как и во всей стране, – проблемами с медицинским обеспечением.

Структурно-функциональная модель в нашем регионе, которая была разработана именно у нас на Ямале, включает целый комплекс мероприятий. Это и создание единого правового поля для организации межведомственного взаимодействия в сферах здравоохранения и образования, проведение структурно-функциональных изменений в медицинском сопровождении детей в образовательных организациях, выделение централизованного звена профилактической медицины и усиление кадрового потенциала, а также материально-техническое обеспечение.

Проект был реализован на базе одной из наших самых крупных больниц – Новорунгойской центральной городской больницы. В рамках реализации проекта из детской поликлиники было структурно выделено такое подразделение, как Центр здоровья. Для его создания была модернизирована материально-техническая база, закуплено медицинское оборудование, утверждена штатная структура с учётом потребности обеспечения его деятельности.

Важным нововведением стало перераспределение штатных единиц между учреждениями образования и Центром здоровья.

Проведённый анализ показал, что врачи, работающие в медицинских кабинетах образовательных организаций, и врачи амбулаторного звена детских поликлиник проводили в принципе аналогичную работу, направленную на профилактику заболеваний среди школьников.

При этом врачи первичного звена были дополнительно нагружены ещё и лечебной работой.

Высокая нагрузка на врачей поликлиник приводила к созданию очередей, снижению качества медицинской помощи, а работа врачей в образовательных организациях также оказалась недостаточно эффективной ввиду ограниченности функциональности школьных кабинетов из-за их оснащения.

Кроме этого, наверное, так же, как и у всех, медицинские кабинеты школ были зачастую не укомплектованы.

Поэтому мы пошли по следующему пути: укомплектовали полностью средним медицинским персоналом, усилили работу медицинских кабинетов школ, а штатная структура Центра здоровья, наоборот, была укомплектована всем набором врачей, которые были необходимы для проведения соответствующей профилактической работы.

Так, на сегодняшний день у нас в Центре здоровья ведут профилактические приёмы отдельно невролог, хирург, ЛОР, окулист, стоматолог, психиатр.

В Центре здоровья на сегодняшний день можно пройти любой медицинский осмотр при поступлении ребёнка в детский сад, в школу, оформить справку о состоянии здоровья для поступления в кружки, секции, для сдачи норм ГТО.

Ну и для того, чтобы медицинский персонал не терял свою квалификацию, происходит постоянная ротация врачей в лечебном звене поликлиники и в Центре здоровья, где ведётся профилактическая работа.

Докторам Центра здоровья были переданы функции по осуществлению медицинской профилактики и диагностики факторов риска, а перед врачами первичного звена поликлиники основной задачей была поставлена задача по организации именно лечебной работы. В Новом Уренгое полностью получилось реализовать разделение потоков здоровых и больных детей, что в свою очередь позволило снизить заболеваемость, повысить доступность качественной медицинской помощи детскому населению, при этом без увеличения штатной численности медицинского персонала.

Также одной из задач проекта являлось обеспечение школьной медицины квалифицированными кадрами в соответствии с профстандартом медработника школы. В связи с этим в Новоурегойской центральной городской больнице был заключён договор о сотрудничестве с Тюменским государственным медицинским университетом в рамках научно-методического сопровождения реализации пилотного проекта «школьная медицина». Сейчас в рамках этой совместной... *(Микрофон отключён)*.

**Председательствующий.** Много времени вам надо? Добавьте время, пожалуйста.

**Новиков С. В.** Несмотря на то, что проект реализуется чуть менее двух лет, он уже дал ощутимые результаты, был разработан и утверждён паспорт проекта, бизнес-модель, услуги Центра здоровья детей получили знак качества национальной программы. Также снизилась значительно социальная напряжённость в связи с уменьшением очередей в детской поликлинике, что ранее было серьёзной общественной проблемой. Выросла удовлетворённость родителей. Кроме того, родители лично участвуют в диспансеризации, в вакцинации своих детей, не перекладывая эту заботу на педагогов и медработников.

Также был разработан регламент межведомственного взаимодействия между департаментом здравоохранения и департаментом образования, в котором чётко прописаны полномочия, функции и обязанности каждого из департаментов. Ну, и в 2019 году планируется реализовать идею по коммутации электронного дневника успеваемости школьника с паспортом здоровья этого школьника.

Кроме этого, на базе этого же Центра здоровья мы организовали ещё и музей этнической медицины, который не только показывает школьникам традиционные методы лечения, но и способствует тем самым привлечению школьников в наши медицинские классы и прививает им интерес к медицине. Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

*(Аплодисменты.)*

Уважаемые коллеги, позвольте предоставить слово депутату Государственной Думы, члену Комитета Государственной Думы по образованию Алёне Игоревне Аршиновой. Пожалуйста, Алёна Игоревна.

**Аршинова А. И.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Поскольку здесь уже практически всё было сказано, я понимаю, что наверняка все здесь присутствующие знают концепцию законопроекта, о которой сегодня уже несколько раз Дмитрий Анатольевич говорил. Я являюсь соавтором законопроекта и хочу акцентировать внимание на том, что около сотни депутатов Государственной Думы присоединились к этому важному документу.

Мы здесь обменивались впечатлениями, и кто-то не знал о том, что на самом деле депутаты не просто поддерживают или не поддерживают, а непосредственно участвуют и разрабатывают такие законопроекты, которые как раз нацелены на кардинальные изменения ситуации в области здравоохранения именно детского. Здесь говорилось о том, что дети проводят большую часть времени в образовательных организациях, будь то детский сад, школа, СПО, но не говорилось о том, что у нас есть в том числе несовершеннолетние студенты в вузах, и там тоже нужно присматривать за детьми. Но смысл в другом.

Во-первых, хочется поддержать и представителя Роспотребнадзора, и представителя Всемирной организации здоровья, который говорил, что для нас это непозволительная ситуация. И конечно, хочется здесь призвать к поддержке и нас, депутатов Государственной Думы, потому что на самом деле уже второй созыв нас не слышат или плохо слышат, в том числе и Минпросвещения России, которое здесь выступало.

А мы говорим о том, что ничего никуда не двигается. Вот нельзя так – говорить по цифрам, что что-то где-то растёт, в то время как по факту не видно и не слышно.

Я, например, представляю в Государственной Думе Чувашскую Республику. О Москве можно вообще отдельно говорить. Но в Чувашской, например, Республике педагоги всеми правдами и неправдами отлицензировали себе медицинские кабинеты. Но кабинеты пустуют, это раз. Правдами и неправдами иногда там оказываются медицинские сотрудники, но один сотрудник на несколько зданий – это не решение проблемы. И то лишь правдами и неправдами удаётся сохранять медиков в штате образовательной организации, а иногда они вообще не в штате, и на самом деле только директору известно, как вообще медицинский сотрудник всё-таки работает в детском саду или в школе. И неизвестно, что хуже для директора: отвечать, если что-то случилось с ребёнком, или что он как-то содержит дополнительный персонал. А как вы знаете, лицензировать медкабинет сложно.

Вообще, очень много проблем. И учитывая, что мы сегодня работаем в цифре, на неё переходим, неужели мы не сможем объединить наши гражданские усилия, чтобы решить эти проблемы? Не заикливаться на том, где у нас ответственность Минпросвещения России, где Минздрава России, и так далее.

Хотелось бы, чтобы мы были более ответственны в вопросах вакцинации, потому что есть у нас предубеждения против вакцин. Между тем буквально два дня назад в Италии, например, был принят закон о том, что не будут допускать в школу ребёнка, который не прошёл прививочную кампанию.

Многие сегодня говорили, что Москва – пример по скорости прибытия скорой помощи. Конечно, да. Я знаю точно, что в московских образовательных организациях уже по телефону консультируют педагогов, пока едет скорая помощь. Но педагогический работник всё равно не может прикоснуться к ребёнку. Поэтому нужно приходить к какому-то решению. Я знаю, что в Москве, например, очень много педагогов, которые десятки, сотни часов прошли по оказанию первой помощи. Почему бы их знания в этой сфере не использовать?

Мне в регионе педагоги показывают список учащихся своих классов и говорят: а вы представьте, сколько у меня пометок о том, у какого ребёнка почечная недостаточность, цистит, у кого какие склонности, инсулинозависимость. То есть они подходят и помогают ребёнку самостоятельно сделать укол. Понимаете, в чём проблема?

Пока в Комитете Государственной Думы по здравоохранению не было Дмитрия Анатольевича Морозова, я, например, не могла достучаться в прошлом созыве до предыдущего председателя этого комитета. Поэтому я призываю вас, коллеги: надо воспользоваться этой возможностью и за два оставшихся года решить этот вопрос. В этом законопроекте очень важный перечень позиций. Хочу напомнить, что это уже выхолощенный законопроект, мы хотели, чтобы он был больше, чётче и содержательнее. И если не будет принято хотя бы это, тогда я не знаю, к чему мы придём.

Поэтому я призываю объединить усилия вне зависимости от ведомственной принадлежности и защитить права ребёнка не только на то, что гарантировано сегодня законом об образовании – это само образование, воспитание, – но и право ребёнка на качественное здравоохранение, в том числе в стенах образовательных организаций.

Благодарю вас, коллеги.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Позвольте предоставить слово Владиславу Николаевичу Ерофееву, главному врачу Детской городской поликлиники № 1 города Ростова-на-Дону, о которой сегодня уже говорили. Пожалуйста, Владислав Николаевич.

**Ерофеев В. Н.** Спасибо большое, Дмитрий Анатольевич.

Добрый день, уважаемый президиум! Добрый день, уважаемые коллеги!

Не хочется говорить пафосно, какие у нас успехи, давайте начнём с проблем.

На самом деле проблемы достаточно серьёзные, их достаточно много. Несмотря на то, что Ростовская область по данным 2016 года выделялась в лучшую сторону, всё равно у нас существует ряд трудностей, которые необходимо преодолевать.

Давайте скажем о бережливости и бережливом производстве, о том, что такое рациональное и что такое потери.

Потери – это та работа, которая тратит ресурсы и не приносит никакой ценности.

В нашем случае ценность – это здоровье. То есть мы должны сберечь это здоровье с минимальными потерями. А потери, в основном, это потери качества помощи, количества, времени, денег, энергии, а самое главное – потери идей. И бороться с этими потерями мы намерены, используя методы бережливого производства, не буду их озвучивать в целях экономии времени, но это вещи очевидные.

Один из методов бережливого производства – автоматизация на всех этапах, ядром которой является, безусловно, медицинская информационная система. Это удачное и оптимальное сочетание взаимодействия различных модулей, независимых друг от друга, но при этом работающих в одной системе и развёрнутых на отдельных виртуальных серверах, причём добавление и исключение определённых модулей никак не влияет на работу системы в целостности, при этом ещё и положительно сказывается на её отказоустойчивости.

Это биометрическая идентификация личности, которая внедрена у нас уже более двух с половиной лет и которая позволяет пациенту никогда более не носить с собой никаких документов, свидетельств, паспорта, страхового полиса и так далее, и тому подобное, поэтому он никогда их не потеряет, не оставит, ему не нужны копии этих документов. Один-единственный документ у него всегда с собой с рождения – это его лицо.

Безусловно, это значительным образом сокращает процесс пребывания пациента в медицинском учреждении.

Это сайт пациента, то есть это отображение всей истории развития ребёнка на смартфоне или персональном компьютере родителя, то есть это полная копия истории болезни, это история болезни у вас в смартфоне. Фактически любые измене-

ния результатов исследования, внесение каких-то заключений или уточнение диагноза немедленно отображаются на всех устройствах и доступны законным представителям пациента в любой точке земного шара, где есть интернет.

Это мобильные автоматизированные рабочие места, это планшетные компьютеры участковых педиатров, потому что невероятно важен информационный обмен при работе на выезде, на вызове. Невероятно важно иметь доступ к электронной истории болезни, к результатам исследований, фармакологическим справочникам, результатам каких-то анализов.

Безусловно, целесообразно расширять количество каналов общения с пациентами. В нашем случае это и колл-центр, и голосовые роботы, и СМС-оповещение, и интернет-представительство (веб-сайты), информационные киоски и так далее, и тому подобное.

Школьная медицина в нашем случае представлена примерно следующей схемой. В пилотных школах Ростовской области установлены аппаратно-программные скрининг-диагностические комплексы, которые, проводя скрининг-исследования учащихся, передают данные на автоматизированное рабочее место школьного медицинского работника, которое по защищённым каналам связи интегрировано в медицинскую информационную систему, которая в свою очередь интегрирована в РС ЕГИС.

Аппаратно-программный комплекс представлен набором функций, набором устройств. В данном случае это новая его версия, новое издание, его беспроводная версия. Это позволяет в скрининг-темпе и с достаточно приемлемым качеством анализировать состояние сердечно-сосудистой, дыхательной систем, зрительной системы, системы слуха, ЦНС, опорно-двигательной системы, выполнять антропометрию, динамометрию и так далее.

В текущем году добавлены такие модули, как сколиометр, не будем останавливаться на нём, внедрён принцип тепловидения, принцип лазерного сканирования ТД поверхности, добавлена плантография, которая также встроена в медицинскую информационную систему.

И на сегодняшний день алгоритм действия школьной медицины представлен следующей схемой. Это сначала исследование учащихся (скрининг), в результате чего автоматическое... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Добавьте время, пожалуйста.

**Ерофеев В. Н.** ...выявление пациентов с подозрением на патологию, подчёркиваю: диагноз робот не ставит. Это распределение пациентов по профилю патологии, приглашение на консультацию голосовым роботом, диагностика и лечение в медицинской организации. На голосовых роботах не буду останавливаться, просто включу запись.

*(Идёт прослушивание.)*

Маркеры – это специальная система, которая устанавливает метки на историях развития детей, и эти метки будут сохраняться до тех пор, пока полностью роботизированный план исследования ребёнка не будет выполнен.

На роли врача-гигиениста мы не будем останавливаться.

Центр медицинских телекоммуникаций. Если Дмитрий Анатольевич позволит, покажем ролик на одну минуту.

*(Идёт просмотр видеоролика.)*

**Председательствующий.** Спасибо вам большое. *(Аплодисменты.)*

Позвольте предоставить слово Татьяне Николаеве Смоляковой, начальнику отдела развития медицинской помощи детям управления здравоохранения Тамбовской области.

Пожалуйста, Татьяна Николаевна.

**Смолякова Т. Н.** Добрый день, уважаемый президиум! Добрый день, уважаемые коллеги!

Тамбовская область в 2016 году вступила в проект «Школьное здравоохранение». Проблемы у нас были такие же, как и по всей Российской Федерации, – это и недо-

статочная укомплектованность медицинскими работниками школ, высокая заболеваемость школьников, и недостаточное межведомственное взаимодействие, и преимущество по здоровьесбережению.

Проект мы реализовывали в три этапа. На первом этапе были определены пилотные площадки.

В проект вошли две площадки: «Сельская школа» и «Городская школа».

В этот же период мы разработали нормативно-правовую базу. Определена модель управления проектом, ключевым органом стал координационный совет по формированию здорового образа жизни населения области, обеспечивающий согласованность действий органов исполнительной власти, органов местного самоуправления, учреждений здравоохранения в части определения подходов к формированию новой системы медицинского обеспечения обучающихся. Всё это проводилось под эгидой администрации области.

Для полноценной реализации проекта в структуре координационного совета создана рабочая группа, проектный офис, в состав которого вошли наблюдательный совет, экспертно-консультативный совет, руководители ключевых направлений проекта.

Оператором проекта был определён областной центр медицинской профилактики, который обеспечивает взаимодействие отделений профилактики учреждений здравоохранения, центра здоровья детей с образовательными и медицинскими организациями.

Проведено на первом же этапе обучение медицинских и педагогических работников. Обучение мы проводили на базе нашего медицинского колледжа, наши фельдшеры прошли обучение в объёме 288 часов.

Педагогические работники пилотных школ проходили обучение оказанию первой помощи детям на базе Центра медицины катастроф.

Разработана и реализуется модель образовательных программ повышения квалификации работников образования по внедрению здоровьесберегающих технологий.

Школьные кабинеты нашей области, а у нас их 172, и все они имеют лицензии на оказание медицинской деятельности, укомплектованы специалистами по школьной медицине. Это как раз те фельдшеры, которые прошли обучение у нас в колледже.

На втором этапе проведён комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни, культуры питания. На базе областного центра медицинской профилактики организован дистанционный лекторий. Ежегодно у нас разрабатываются планы-графики проведения дистанционных семинаров и лекториев, интерактивных уроков, и, как говорили здесь ранее, все лекции для определённой категории слушателей. Мы разделили их на школьников младшего возраста, среднего возраста, старших учащихся, для преподавателей и для родителей.

По итогам работы создан банк видеороликов, в котором в открытом доступе размещено 34 видеолекции.

Пилотные школы укомплектованы врачом по гигиене детей и подростков, который провёл аудит санитарно-эпидемиологического благополучия образовательных учреждений.

По результатам этого аудита нам было очень отрадно, что проведена корректировка учебной нагрузки в течение дня и в течение недели, а учебная мебель в школах приведена в соответствие с ростом и возрастными особенностями учеников.

По результатам профилактических медицинских осмотров у нас проведён анализ общей заболеваемости учащихся школ по классам, по параллелям и в целом по школе.

С учётом выявления патологии определены приоритетные направления оздоровления школьников, разработаны и внедрены в работу планы корректирующих оздоровительных мероприятий.

С целью оценки результативности реализации проекта разработаны анкеты по определению основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

Организовано проведение анкетирования учащихся и их родителей в начале учебного года и в конце.

На официальном сайте Управления здравоохранения создан специальный раздел школьной медицины, где размещается вся информация. Она доступна для всех, как для родителей, так и для работников школ.

С целью преодоления информационного разобщения школьных кабинетов и территориальных поликлиник по вопросам состояния здоровья ребёнка в настоящее время разрабатывается новый модуль региональной медицинской информационной системы школьной медицины, который у нас будет внедрён до конца 2019-го...

*(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Включите микрофон, пожалуйста.

**Смолякова Т. Н.** За эти годы мы увидели увеличение количества учащихся первой и второй группы, процент увеличения небольшой, но 2 процента для нас уже хорошо.

Произошло снижение общей заболеваемости на 10 процентов, в том числе школьно-обусловленных болезней.

Увеличился охват двухразовым горячим питанием учащихся до 6 процентов.

По результатам проведённого анкетирования отмечено снижение практически на 3 процента числа курящих подростков, увеличение более чем на 3,5 процента доли учащихся, придерживающихся принципов здорового образа жизни. Повышение на 17 процентов количества школьников – сторонников рационального питания. Более чем на 2,5 процента стало больше респондентов, отрицательно относящихся к алкоголю.

В настоящий момент, видя такие результаты, мы транслируем этот проект во все образовательные школы нашей области.

Благодарю за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Слово предоставляется Александре Владимировне Уваровой, главному специалисту по детству Управления здравоохранения города Якутска.

Коллеги, давайте посоветуемся. Мы, на мой взгляд, должны выслушать все доклады. У нас сегодня большая часть коллег приехала в Москву из других регионов. Давайте уважать их и соблюдать регламент.

Александра Владимировна, пожалуйста.

**Уварова А. В.** Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемый президиум! Уважаемые участники «круглого стола»!

Разрешите представить доклад о предварительных итогах реализации пилотного проекта «Школьная медицина в Республике Саха (Якутия)».

Республика Саха (Якутия) занимает одну шестую территории России и имеет очень низкую плотность населения. Большая часть территории республики находится в зоне сезонного транспортного обслуживания, что создаёт проблемы в организации медицинской помощи населению.

Всего в республике 632 общеобразовательных организации, где обучаются 56 процентов детского населения. Не все школы имеют медицинские кабинеты, а число лицензированных кабинетов составляет 57 процентов.

Особенностью региона является большое количество малокомплектных школ.

Всего участниками пилотного проекта были 5–6 образовательных организаций, в том числе три в городе Якутске и три школы в районах республики.

Для реализации пилотного проекта была разработана модель межведомственного взаимодействия по охране здоровья школьников.

Проект реализуется согласно поэтапному плану, 2019 год – завершающий, когда будет проведён анализ полученных результатов и подготовка предложений.

Министерством здравоохранения Республики Саха (Якутия) были приняты индикаторы по реализации пилотного проекта.

Проведена работа центра здоровья детей для оценки проведённых мероприятий, проводится мониторинг факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, мероприятия по мотивации к формированию здорового образа жизни школьников, родителей и педагогов.

Проведены санитарно-просветительские оздоровительные работы, мониторинг факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний. Показало положительную динамику снижение доли выявленных факторов риска по физическому развитию, снижение числа нарушений здоровья со стороны сердечно-сосудистой системы, снижение тревожности, улучшение углеводного и жирового обмена.

Проведённое в начале проекта исследование эмоционального состояния детей выявило высокое эмоциональное состояние у сельских школьников, а у городских эмоциональное состояние было снижено.

Информированность учащихся в отношении факторов риска показала достаточно высокий уровень (более 70 процентов), а сформированность у школьников установок на здоровый образ жизни показала низкие уровни.

Также было разработано и внедрено 24-дневное единое меню для детей школьного возраста, включающее продукты местных товаропроизводителей, которые были максимально адаптированы в соответствии с местными условиями, учитывая национальные традиции народов Якутии.

И мы получили по итогам проведённого мероприятия положительную динамику – снижение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний.

На сегодняшний день в Республике Саха (Якутия) остро стоит проблема финансирования оказания услуг по школьной медицине, наблюдается нехватка штатных единиц медицинских работников в отделениях, оказывающих медицинскую помощь обучающимся, в связи с внедрением одноканального финансирования через систему ОМС и переходом с бюджетного финансирования на систему госзадааний. Содержать отделения, оказывающие медицинскую помощь обучающимся, медицинским организациям становится экономически невыгодным. Штатные единицы сокращены в два раза, их функции передаются участковой службе в виде изменений функциональной обязанности, что многократно увеличило нагрузку на них.

На основании вышеизложенного Республика Саха (Якутия) просит внести изменения в Федеральный закон № 323-ФЗ в части финансового обеспечения медицинского обслуживания в образовательных учреждениях и внесения изменений в номенклатуру должностей медицинских работников. Это введение в штат отделения организации медицинской помощи детям должности специалиста по школьной медицине. Благодарю за внимание. Надеюсь, я уложились.

*(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо вам большое. Благодарим вас.

Владимир Ильич Чичигинов здесь? У вас есть комментарии, добавления? Я прошу вас, в рамках одной минуты, ладно, глубокоуважаемый коллега? Владимир Ильич возглавляет Комитет якутского Государственного Собрания по охране здоровья (Ил Тумэн). Пожалуйста.

**Чичигинов В. И.** Глубокоуважаемый президиум! Уважаемые члены «круглого стола»!

Я повторяться не буду, мы 5 марта у себя в Комитете провели такой же «круглый стол» по данной теме, и сегодня я бы хотел на конкретных проблемах и предложениях остановиться.

Первое. Главная проблема – это, конечно, отсутствие медработников в медкабинетах образовательных учреждений. Сегодня органы здравоохранения у нас физически не могут обеспечить медкадрами эти кабинеты. Все мы понимаем в целом кадровые проблемы. Медицинскому работнику сегодня нет интереса работать в школе, потому что он теряет медицинский стаж, проигрывает в заработной плате. Поэтому необходимо закрепить статус медработников в медпунктах школы.

Вторая проблема – медработник в школе будет заниматься в основном профилактическими мероприятиями, профосмотрами, оздоровительными программами, санитарно-гигиеническими программами просвещения и так далее. Установленные сегодня тарифы на профилактические осмотры и другие мероприятия будут ли покрывать весь объём работы? Будет ли у этого медработника достойная заработная плата? Здесь необходимо просчитать весь объём работы суммарно и прописать в программе госгарантий. Могут появиться и другие мероприятия, которых сегодня нет в программе госгарантий.

Третье. По статусу медкабинета. Его, мы думаем, надо приравнять в номенклатуре медицинских учреждений к статусу здравпункта, тогда он будет иметь право участвовать в программе госгарантий.

В законе об образовании прописана ответственность образовательного учреждения за здоровье учащихся. Надо прописать и ответственность родителей за здоровье своего ребёнка.

И пятое. У нас, как и в других регионах, много малокомплектных школ, и как многие говорили, в этих школах нет условий для медицинского обеспечения, отвечающего санитарным требованиям. И здесь надо предусмотреть ответственность глав муниципальных образований, тем более нахождение медицинской организации в образовательном учреждении без медицинской лицензии стало невозможным.

Мы сегодня очень рады присутствовать здесь и услышать опыт других регионов. И вот наши предложения. Мы очень надеемся, что их тоже примут во внимание.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Владимир Ильич.

*(Аплодисменты.)*

Позвольте предоставить слово Ларисе Руслановне Картавцевой, главному внештатному специалисту по первичной медико-санитарной помощи населению Департамента здравоохранения города Москвы. Пока Лариса Руслановна идёт, я хочу поблагодарить коллег из московского департамента, потому что вдобавок к пяти пилотным проектам удалось сделать пилотный проект в Москве, который, я думаю, также продемонстрирует свою успешность. Пожалуйста.

**Картавцева Л. Р.** Добрый день, уважаемые коллеги! Спасибо вам, Дмитрий Анатольевич. Спасибо большое.

Добрый день, уважаемые коллеги!

Спасибо огромное за предоставленную возможность рассказать, что мы сегодня делаем в Москве. Я, конечно, с удовольствием выслушала все регионы, и очень приятно видеть тот положительный опыт и те мероприятия, те пилотные проекты, которые проходят у нас в России. Все говорят, что Москва – особый город, и там есть свои особенности. Но я, конечно, скажу о том, что мы сегодня делаем, и может быть, и наш опыт тоже будет очень полезен, важен. А то, что мы сегодня услышали, возьмём на вооружение в нашей работе.

Проблемы у нас такие же, как у всех, хоть мы и живём, как говорят, в особом регионе, и мы стараемся их решать. Сегодня у нас в Москве 40 медицинских организаций, которые оказывают первичную медико-санитарную помощь детскому населению. Четыре педиатрических отделения на базе взрослых городских поликлиник. Девять поликлинических отделений на базе стационаров. Ну и, конечно же, медицинские кабинеты в образовательных учреждениях.

Мы сегодня говорили, что это вопрос, который требует очень серьёзного межведомственного взаимодействия. И Департамент здравоохранения, конечно, понимает эту задачу. Была создана межведомственная рабочая группа, в которую вошли специалисты и Департамента здравоохранения, и Департамента образования. Ещё скажу больше, что сейчас мы очень плотно взаимодействуем с консультативно-экспертным советом родительской общественности, который создан при Департаменте образования. Это тоже очень важный и значимый орган, который нам сегодня помогает во всех наших мероприятиях и в реализации тех проектов, которые мы сегодня осуществляем.

Не буду останавливаться на том, как происходит медицинское сопровождение обучающихся и воспитанников в образовательных учреждениях. И мы знаем на основании приказа № 822н, что туда включено. Я просто хочу остановиться на том пилотном проекте, который мы начали реализовывать в 2017 году на базе наших медицинских учреждений. Было включено шесть медицинских организаций, восемь образовательных учреждений. И это всё объединило более 7 тысяч обучающихся. Я считаю, что этот проект был очень важен, потому что на основании его были созданы врачебно-сестринские бригады как раз с учётом количества обучающихся. И самое главное, что был определён доктор, который всё формировал и регулировал. То есть именно доктор определял график работы медицинского персонала врачебной бригады. Он перенаправлял медиков в результате тех или иных мероприятий, когда нужно было, допустим, проводить какие-то профилактические мероприятия – либо проводилась вакцинация, либо противоэпидемические мероприятия. Весь этот график работы, конечно же, утверждается главным врачом медицинской организации и согласовывается с руководителем образовательного учреждения.

Хочу сказать, что, конечно же, мы шагнули дальше. И очень важно, и мы об этом говорим, что в Москве сейчас существует и очень успешно работает, мы ею гордимся, единая информационная система, которая объединила все медицинские учреждения города Москвы. С её помощью можно получить всю необходимую информацию, посмотреть, как работает доктор, насколько он загружен, когда записывается тот или иной пациент. Это высоко оценено не только у нас в России, но и в мире. А сейчас мы шагнули дальше, мы хотим с этой информационной системой пойти в школы. То есть мы хотим объединить и замкнуть эту систему по обмену информацией, потому что это будет очень удобно, когда два медицинских учреждения, поликлиника и медицинский кабинет школы, будут взаимодействовать и получать необходимую медицинскую информацию. Это освободит наших медицинских работников от оформления какой-то медицинской документации. Мы всегда говорили о том, что эта система избавит от бумажной волокиты, от составления списков, различных графиков, различных планов и так далее.

Но самое главное – это получение и выдача необходимой медицинской документации, которая нужна для получения, допустим, родителями разрешения для выезда куда-то. Прежде за этим они всегда обращались либо в медицинский кабинет школы, либо в поликлинику, а теперь могут получить сразу на месте всю необходимую информацию. Для этого у нас уже обучены специалисты. 40 процентов врачей, 60 процентов медицинского персонала уже прошли обучение. Мы это видим, это пилотный проект, который у нас реализуется на базе детской поликлиники № 122 и двух образовательных учреждений, которые уже к этому подключены. И мы, конечно, уже видим положительные результаты.

Что ещё позволит эта система? Конечно же, мы сегодня говорили об информировании. Это очень важно. Мы сегодня можем с этой системой внедриться в электронный дневник и оповещать родителей о том, что будет происходить, когда будет проводиться вакцинация, когда будут проводиться те или иные мероприятия. Это тоже очень важно.

И то, что сегодня говорили о просветительской работе. Конечно, это важный аспект. Я говорила о родительской общественности. Мы сегодня участвуем в онлайн-собраниях, это тоже очень важно, информируем родителей, говорим о важности тех или иных мероприятий. Сегодня коллеги говорили о медицинских классах, у нас тоже в Москве они успешно работают... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Добавьте время, пожалуйста.

**Каргавцева Л. Р.** Наверное, все слышали о мальчике Богдане Рудике, который спас жизнь человеку на борту самолёта? Это ученик 10-го класса одной из школ, который как раз учится в медицинском классе. Я считаю, что это очень здорово.

Друзья, всеми теми наработками, которые у нас есть, мы готовы поделиться. Мы продолжаем работать дальше.

Спасибо большое. *(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо большое, Лариса Руслановна.

Коллеги, позвольте предоставить слово Алексею Владимировичу Гусеву, ответственному секретарю Общероссийской общественной организации «Национальная родительская ассоциация».

**Гусев А. В.** Добрый день, уважаемые коллеги, уважаемый Дмитрий Анатольевич!

Я хочу, во-первых, поприветствовать всех от имени родительской общественности, от крупнейшего объединения родителей нашей страны, и перейти к теме самого так называемого законопроекта о школьной медицине. Национальная родительская ассоциация на протяжении всего времени работы над ним находится рядом и участвует в его разработке.

И хочу сказать, что действительно, законопроект многострадальный. Во многом, как сказали, он действительно выхолощенный сейчас получился. Но в изумление приводят отзывы, которые сейчас ещё есть на него. Такое впечатление, что не только чиновники, но и некоторые коллеги-депутаты хотят во что бы то ни стало найти то, что может помешать дальнейшему улучшению ситуации.

Я думаю, что здесь аудитория единомышленников, которые хотят позитивного развития ситуации. Хочу обратить внимание на то, что ситуация-то не такая радужная, как звучит во многих сегодняшних докладах. Кадры, которые мы видели с вами в начале в этом презентационном тяжёлом ролике – это кадры нашей с вашей повседневности, это судьбы наших с вами детей.

Я думаю, что те предлагаемые изменения, которые мы поддерживаем, сегодня почему-то не озвучены, но надо обратить внимание на то, что же кроется в этих трёх страницах законопроекта?

Во-первых, он регламентирует оказание педагогическими работниками первой помощи детям. Конечно, это нужно. Конечно, педагог должен суметь оказать первичную помощь. Это само собой разумеющийся момент. Но в нашем правовом поле он должен быть отрегулирован.

Второе. Особый порядок допуска несовершеннолетних обучающихся к физкультуре и спорту. Конечно, абсолютно верно, надо это делать.

Третье. Вот здесь дискуссионный вопрос по поводу обязанности родителей сообщать образовательной организации информацию о состоянии здоровья ребёнка.

Я думаю, что многие цепляются за этот пункт как за пункт, нарушающий врачебную тайну. Между тем никакого нарушения тайны здесь нет. Родителя просто надо сориентировать на то, что он, неся ответственность за жизнь своего ребёнка, должен сообщить эти сведения школе. Не надо афишировать диагнозы. Действительно, можно поддержать и предложение Татьяны Тимофеевны Батышевой о некой педагогической тайне.

Четвёртое. Хочу поддержать звучавшую сегодня и у Елены Николаевны, начиная с её замечательного выступления, и дальше тему формирования культуры здоровья се-

мы. Вот эта профилактическая, пропагандистская работа – это элемент нашего с вами национального менталитета, нельзя его выхлестывать, нельзя остаться без него. Давайте с помощью современных технологий воспитывать родителей.

Я представляю родительское сообщество, но я хочу сказать, какой огромный пласт просвещенческой работы должен быть.

Последние два пункта.

Я тоже хочу поддержать предложение о том, что мы, говоря о школьной медицине, не должны забывать учащихся средних профессиональных учебных организаций. Их много, они сложные дети, и у них, как правило, эти самые проблемы имеются.

И наверное, как пожелание Комитету, Дмитрию Анатольевичу и его замечательной команде: всё-таки после того, как этот законопроект примут, целесообразно было бы вернуться к рассмотрению вопроса о разработке проекта закона об охране здоровья детей вообще.

Всё-таки неслучайно это поручение было сформулировано Президентом России.

Спасибо большое.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Слово предоставляется Вячеславу Викторовичу Погудину, председателю Комитета Законодательного Собрания Свердловской области по социальной политике.

А пока Вячеслав Викторович идёт, я хочу сказать, что именно в стенах этого учреждения уместно вспомнить закон об охране здоровья детей, потому что это была идея Александра Александровича Баранова, директора этого учреждения на протяжении 20 лет. Это была его идея, и более того, он её доносил до очень высокого уровня, получал поддержку и одобрение Президента нашей страны. Я думаю, что отчасти мы себя чувствуем продолжателями этой идеи.

Но это на самом деле не так просто. И мы пошли по пути того, чтобы вот в этом ядре кристаллизации были решены сначала частные проблемы, а потом, по типу кодекса, мы бы смогли объединить это в закон об охране здоровья. Мы или наши последователи, это будет видно. Пожалуйста.

**Погудин В. В.** Спасибо.

Уважаемые коллеги, Дмитрий Анатольевич, вам особое спасибо за сегодняшний «круглый стол» и совещание. Я, собственно, прилетел сюда как раз для того, чтобы сказать о том, что эти шаги, которые делаются и будут сделаны, я уверен, в законодательном порядке, стоят во главе нашей работы. Собственно, Александр Григорьевич тоже об этом говорил, и вы с самого начала говорили.

Я, как депутат, могу только приветствовать это, и передаю самые искренние слова поддержки со стороны нашего комитета по социальной политике. Мы не только следим за происходящим, но и участвуем в этом.

Теперь вот по сути обсуждаемого.

Большое спасибо всем, кто сегодня доложил о своих наработках Министерству образования Российской Федерации, Министерству здравоохранения Российской Федерации и регионам. Я почитал эти документы. Хороший опыт, который пора, видимо, уже собирать, обобщать и приводить как-то к одному знаменателю.

Я для себя давно ответил на этот вопрос, который до сих пор дискутируется: в какой форме нужен сегодня школьный кабинет и как должен участвовать в жизни школы медицинский работник.

Да всё понятно. Понятно, потому что я не всегда был депутатом, я 20 лет отработал детским хирургом, совмещая это с работой главного врача крупного медицинского объединения (у меня было три поликлиники). Поэтому пошагово знаю работу школьного медицинского работника.

Конечно, это были 70-е, 80-е и 90-е годы. И хочу сказать, что не хронометраж, а простая жизненная практика показала, и я это знаю, что медицинский работник никогда

не отдыхал, и никогда у него не было свободной минуты в школе, потому что работы там хватало.

Сегодня это всё звучит достаточно убедительно – здоровьесберегающие технологии. Я хотел бы посмотреть, как развивается в школах сегодня эта технология, какие это технологии. Тогда существовал коллективный офтальмотренаж. Мы устанавливали в классах тренажёры. Это были тренажёры для снятия статической нагрузки. То есть определённые здоровьесберегающие технологии входили в жизнь благодаря как раз участию не только педагога, а прежде всего медицинского работника.

Привожу для себя, я думаю, и для вас тоже убедительный пример. Мы же говорим о том, что школьники работают. У нас промышленный регион, медицина труда. Сегодня нет ни одного более или менее значимого крупного предприятия, которое бы не сохранило у себя ядро медицины: гигиена труда, вопросы профилактики, вопросы предупреждения развития профпатологии.

А что у нас происходит сейчас в сфере образования? Серьёзное возрастание учебных нагрузок, объёмов этих нагрузок, что требует ещё раз вернуться к вопросам регламента организации урочной и внеурочной деятельности детей. Мы должны понимать, как мы нагружаем детей. А если мы нагружаем, то мы должны сбалансировать это мерами компенсации, здоровьесбережения во всех видах.

Поэтому фигура медицинского работника для школы, для образовательного учреждения вообще, весьма значима: это постоянный человек, не менее значимый, чем директор школы, завуч и так далее, априори.

Что хотелось бы сказать в заключение... Мне кажется, что Дмитрий Анатольевич и коллеги ещё не произнесли громко это слово – наука. Наука должна в педиатрии тоже сказать своё слово.

Посмотрите, опять здоровьесберегающие технологии. В принципе, есть специалисты, которые знают хорошо и глубоко вопросы гигиены, физиологии нарушений, патологической физиологии и так далее и на основе этого могут дать нам какие-то рекомендации, которые можно растиражировать по стране, а мы с удовольствием это будем поддерживать со стороны Законодательного Собрания.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо вам большое. (*Аплодисменты.*)

Слово предоставляется Василию Дмитриевичу Выборнову, руководителю отдела медико-биологического обеспечения Центра спорта и образования «Самбо-70».

Приготовиться Игорю Владимировичу Зорину.

Регламент, пожалуйста. Хорошо, коллеги?

**Выборнов В. Д.** Здравствуйте, уважаемые члены «круглого стола»!

Я хотел презентовать небольшое сообщение относительно того, как происходит медобеспечение в образовательных учреждениях спортивной направленности и с какими проблемами мы сталкиваемся.

Успешная деятельность образовательного учреждения спортивной направленности состоит из нескольких компонентов: это организационная деятельность, это сам тренировочный процесс, научно-методическое сопровождение и, соответственно, медико-биологическое сопровождение процесса обучения и процесса тренировок.

Основное внимание при организации работы направлено на проработку средств и методов тренировки, и неоправданно мало времени тратится на медицинское сопровождение. «Самбо-70» – это спортивное объединение, которое включает в себя более 24 видов спорта, 15 тысяч спортсменов, учащихся занимаются на территории «Самбо-70». Важным направлением в деятельности «Самбо-70» является не только завоевание медалей, но также это тренд на сохранение здоровья учащихся-спортсменов и полноценное их обеспечение. Именно для этого в структуре «Самбо-70» создан и функционирует отдел медико-биологического обеспечения, основные задачи которого – первичная

медицинская помощь, врачебно-педагогические наблюдения, организация текущего и срочного контроля, а также это научно-методическое направление. Говоря о научно-методическом направлении, не могу не сказать о наших коллегах-партнерах, благодаря которым мы можем реализовать наши проекты. Это Московский научно-практический центр спортивной медицины, Федеральный центр питания и биотехнологии и Центр спортивной медицины Федерального медико-биологического агентства.

По данным Департамента спорта города Москвы, порядка тридцати процентов москвичей, а это больше трёх с половиной миллионов человек, регулярно занимаются физической культурой и спортом и могут сдавать нормативы ГТО. Из-за повышенных физических нагрузок, повышенного риска получения травмы и перенапряжения учащиеся-спортсмены требуют внимания к состоянию их здоровья, возможно, в большем объёме по сравнению со сверстниками, не занимающимися спортом. На слайде вы видите, что из тех, кто в Москве занимается регулярно спортом, представители образовательных учреждений составляют практически половину.

*(Демонстрируется слайд.)*

На сегодняшний день существуют нормативно-правовые документы по медицинскому обеспечению несовершеннолетних, обучающихся в образовательных учреждениях. Это приказ о прохождении несовершеннолетними осмотров, порядок оказания медицинской помощи, а также медицинская помощь спортсменам-учащимся регламентируется приказом № 134н, где подробно изложены моменты, связанные с прохождением осмотров спортсменов, заканчивая обеспечением соревнований.

Таким образом, несовершеннолетние учащиеся-спортсмены обязаны проходить медицинский осмотр и как представители образовательного учреждения, и как спортсмены, участвующие в соревнованиях. Однако обмен информацией о состоянии здоровья учащихся между поликлиниками и организациями спортивной медицины не регламентирован. Данная ситуация приводит к ряду сложностей.

Первое. Это дополнительные временные затраты. Отсутствие объективных полноценных данных об учащемся, о пациенте и, как следствие, сложности с появлением наиболее актуальных направлений работы, в том числе по профилактике заболеваний. Отсутствие регламентированных взаимоотношений между спортивной медициной и другими медицинскими учреждениями приводит к тому, что учащиеся, у которых в рамках углублённого медицинского осмотра, необходимого для допуска к занятиям физической культурой и спортом, выявлены проблемы, не направляются для проведения необходимого лечения. Отсутствие эффективного взаимодействия – не единственное слабое место.

Медицинское обеспечение учащихся-спортсменов имеет чёткую структуру, куда входят углублённый медосмотр, этапный осмотр, а также врачебные оперативные и текущие наблюдения. Содержание углублённого медосмотра не вызывает вопросов, но ввиду того, что оно проводится лишь два раза в год, мы не получаем объективной информации, что происходит с учащимся-спортсменом между этими осмотрами, что не просто затрудняет, а делает практически невозможным выявление ранних признаков перетренированности или показателей предпатологического состояния, планирования соответствующей профилактической работы.

На данный момент мы не имеем системного регламентированного подхода к организации текущего контроля над состоянием спортсменов-учащихся.

Наиболее эффективное решение этой задачи в развитии инфраструктуры, направленное на решение вопросов медицинского сопровождения учащихся-спортсменов в образовательных учреждениях, это создание врачебно-педагогических центров, оценивающих текущее состояние учащихся с возможностью оперативной передачи этих данных в аналитический центр, находящийся в учреждениях медицины или спортивной медицины.

**Председательствующий.** Сколько вам нужно времени?

**Выборнов В. Д.** Минуту.

Среди основных направлений – оперативная оценка функционального состояния, комплексная работа по сопровождению учащихся, профилактические мероприятия. Вопросы организации подобных центров достаточно сложные, они могут быть организованы силами только медицины, но на данный момент врачи спортивной медицины не готовы прийти в образовательные учреждения спортивной направленности и полноценно осуществлять такую работу. В связи с этим необходимо подключение к работе образовательных организаций. В образовательных организациях спортивной направленности лицензированный медицинский пункт объекта спорта вполне сможет справиться с проведением текущего и оперативного контроля.

И в заключение, поскольку время уже закончилось, скажу, что, наверное, оптимальным решением для проведения такой работы, для создания врачебно-педагогических центров являются автоматизированные системы, которые могут наполняться как по результатам углублённого медосмотра учащихся, спортсменов, так и на основании данных, которые мы можем получить благодаря текущему оперативному контролю, организованному на образовательной площадке. Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

*(Аплодисменты.)*

Уважаемые коллеги, слово предоставляется Игорю Владимирову Зорину, проректору по лечебной работе Оренбургского государственного медицинского университета.

Приготовиться Алле Александровне Инглези.

Пожалуйста, коллеги, давайте перейдём на регламент в 4 минуты.

**Зорин И. В.** Глубокоуважаемый президиум! Глубокоуважаемые коллеги!

Современная система образования XXI века диктует более высокие требования к биологическим, социальным возможностям детей и подростков, которые могут быть созданы с помощью разумной и строго обоснованной системы защиты развития детского здоровья. Поэтому современная школьная медицина должна быть ориентирована не только на диагностику болезней и их лечение, подбор мер ограничения, но и прежде всего на интеграцию ребёнка в образовательный процесс с учётом его индивидуальных физических, психологических свойств и на повышение качества его жизни.

Поэтому мы считаем, что школьная медицина – это содействие охране и укреплению здоровья обучающихся, в том числе формирование здорового образа жизни и разработка мер по интеграции учащихся в образовательный процесс с учётом индивидуального физического и психического здоровья. И мы стремимся к школе здоровья, учреждениям образования, где наряду с процессом обучения на основе новых педагогических технологий осуществляется осознанное педагогами, медицинскими работниками, родителями при активном участии детей формирование культуры здоровья как состояния физического, психического и нравственного комфорта.

*(Демонстрируется слайд.)*

На слайде приведены критерии школы здоровья, которые включают множество параметров. Это и развивающееся обучение, и воспитание. Но хочу обратить внимание на систематическое комплексное изучение состояния индивидуального здоровья школьников и педагогов с формированием школьного банка здоровья, обучение учителей педагогическому анализу медицинских результатов и осуществление в школе мониторинга здоровья, а также участие школьников и их родителей в деятельности по сохранению и укреплению здоровья на основе здоровьесберегающих критериев обучающихся процессов.

Что мы сделали для развития школьной медицины в нашей Оренбургской области? Во-первых, при поддержке Законодательного Собрания Оренбургской области нашим медицинским университетом разработана концепция развития школьной меди-

цины, которая сосредоточена на четырёх основных пунктах: характеристики показателей качества исполнения должностных обязанностей, навыков, умений, необходимых для предоставления медицинских услуг в образовательных организациях. Эта концепция дополняет уже сложившуюся систему оказания медицинской помощи. Это поддержка органами исполнительной власти и специалистами в области здравоохранения на достаточном уровне качества медицинских услуг и поддержка учреждениями, осуществляющими подготовку медицинских работников отделений медицинской помощи обучающимся, разработки специальных учебных программ. На нормативно-правовой базе я останавливаться не буду.

Каковы же основные направления развития школьной службы здоровья в Оренбургской области? Прежде всего, это разработка региональной нормативной базы организации медицинской помощи обучающимся, которая охватывает не только министерство здравоохранения, но и министерство образования Оренбургской области. Организация школьных служб здоровья на основании принципов социальной справедливости, доступности, преемственности, а также характеристик качества, необходимых для их предоставления.

Обеспечение школьных служб здоровья необходимыми помещениями, оснащение оборудованием, безусловно, квалифицированными кадрами.

Организация сотрудничества школьных служб здоровья с учителями, администрацией школы, родителями, детьми, а также членами местного сообщества, с чётким определением соответствующих полномочий каждого.

Должны быть чётко прописаны должностные обязанности медицинских работников школьных служб здоровья, определены пакеты услуг, которые они могут предоставлять в школах, и разработка и введение системы управления данными, подготовка медицинских кадров и оценка качества оказания медицинской помощи на базе образовательных организаций...

**Председательствующий.** Игорь Владимирович, сколько вам нужно времени?

**Зорин И. В.** Минуту.

Утверждён проект концепции развития, о чём я уже вам сказал, определена нормативно-правовая база, и было подписано перед Новым годом, 28 декабря, соглашение между медицинским университетом, региональным министерством образования и региональным министерством здравоохранения.

Разработан паспорт образовательных учреждений и назначены ключевые специалисты по гигиене детей и подростков, одним из которых стал представитель нашего медицинского университета профессор Нина Павловна Ситко.

Определено семь образовательных учреждений, в которых будет реализовываться пилотный проект, проведено обследование пяти тысяч учеников этих образовательных учреждений, были проведены также тренинги с педагогическими работниками нескольких профессиональных школ нашего города и области.

И каковы же наши предложения?

Во-первых, кого мы готовим для школьной службы здоровья? Конечно, это должен быть врач-педиатр, который должен быть ориентирован на проблемы гигиены детей и подростков.

Поэтому в этой связи, возможно, придётся вносить изменения в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 707н в части возможности подготовки по гигиене детей и подростков выпускников не только медико-профилактического факультета, но и педиатрического факультета.

Необходимо поддержать грантовые научные исследования по проблеме школьной медицины.

И ещё позвольте мне остановиться на том, что необходимо предусмотреть нормативное финансирование организации охраны здоровья в период обучения и воспита-

ния в образовательных учреждениях. Это необходимо прежде всего для проведения мониторинга здоровья обучающихся, разработки и внедрения информационных систем для интеграции результатов проведённых исследований, создания медицинской карты, обеспечения комплекса мероприятий, направленных на раннее выявление и профилактику заболеваний, формирование здорового образа жизни детей.

Необходимо также пересмотреть нормирование оплаты работы врачей среднего медицинского персонала, для того чтобы она была привлекательной.

И учитывая специфику и необходимость оказания специализированной медицинской помощи детям, находящимся в коррекционных школах, необходимо, конечно, круглосуточное обеспечение их медицинской помощью.

Благодарю за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Пожалуйста, слово предоставляется Алле Александровне Инглези, председателю Экспертного совета по общему и дополнительному образованию при Комитете Государственной Думы по образованию и науке.

**Инглези А. А.** Добрый вечер. Я очень быстро. Я понимаю, что все уже устали.

Я не буду задерживать ваше внимание на том, о чём уже было сказано, я остановлюсь только на двух проблемах, которые предлагаю вам рассмотреть.

В образовательных организациях в соответствии с требованиями законодательства проводится обучение педагогических работников навыкам оказания первой доврачебной помощи. В то же время порядок такого обучения, объём, содержание, сроки и периодичность законодательно не установлены. Отсутствуют разъяснения Министерства просвещения Российской Федерации по данному вопросу.

И вот обращаю ваше внимание, прошу рассмотреть вопрос о нормативном регулировании обучения педагогических работников навыкам, которые я перечислила.

И ещё, уважаемые коллеги. Для оказания медицинской помощи обучающимся, согласно Федеральному закону «Об образовании в Российской Федерации», образовательная организация обязана безвозмездно предоставить медицинской организации помещение, оснащённое в соответствии с требованиями стандартов на основании приказа № 822, утверждённого Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оснащение медицинских кабинетов оборудованием и медицинскими изделиями отнесено к компетенции образовательной организации, которая, в соответствии с действующим законодательством, не занимается медицинской деятельностью.

Кроме того, для применения большей части медицинского оборудования, указанного в стандарте, необходимы специальные знания и квалификация, которыми сотрудники образовательной организации не обладают, да и медицинская сестра, которая находится в медицинских кабинетах, к сожалению, не так часто, а по три, четыре часа два, три раза в неделю, тоже не может работать с таким оборудованием.

Поэтому предлагаю рассмотреть вопрос о передаче полномочий по оснащению оборудованием медицинских блоков образовательных организаций в ведение учреждений системы здравоохранения.

Спасибо большое. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Слово предоставляется Елене Николаевне Серебряковой, доценту кафедры госпитальной педиатрии Южно-Уральского государственного медицинского университета.

Елена Николаевна, пожалуйста, коротко, хорошо? Проблемы и предложения.

**Серебрякова Е. Н.** Я буду максимально кратко.

Всем вам известны задачи пилотных проектов, всем вам известно, почему назрела необходимость создания инновационного проекта. Здесь было сказано и про напряжённые ситуации с состоянием здоровья детей и подростков, и про механизм реализа-

ции здоровьесберегающих технологий в виде различных образовательных, обучающих программ с использованием информационных технологий.

Что бы мне хотелось отметить? Данные социологических исследований, изучающих отношение подростков к ценностям здорового образа жизни, показывают, что многие подростки понимают важность здоровья, но в то же время они не готовы прилагать усилия для сохранения этого здоровья, не готовы менять свой образ жизни, отказываться от рискованного поведения и вредных привычек, они не занимаются профилактикой заболеваний, укреплением здоровья. Таким образом, увеличение информированности подростков о ценности здоровья не ведёт автоматически к формированию здорового образа жизни. Высокая распространённость среди подростков вредных привычек, низкая приверженность здоровому образу жизни свидетельствует о существовании в подростковой среде так называемого экзистенциального вакуума, в который вовлекается всё большее число подростков. Наличие экзистенциального вакуума в подростковой среде, вероятно, связано с утратой традиционных ценностей при переходе от традиционного общества к постиндустриальному, утратой ориентиров, на которые современный подросток мог бы опираться в поисках смысла жизни. Статистика по росту психических расстройств среди подростков была представлена, она негативная как в Российской Федерации, так и в других странах, вне зависимости от принадлежности к тому или иному социальному классу и типу семьи. Наличие отклонения в психическом здоровье ассоциируется, как известно, со склонностью к рискованному поведению, к вредным привычкам, к безответственному отношению к своему здоровью. В то же время люди с наличием смысла и цели в жизни имеют, как правило, оптимальные показатели соматического и психического здоровья. В условиях постиндустриального общества, как показывают данные опять же зарубежных исследований, влияние семьи на подростка не является значительным, в большей степени на подростка влияет его окружение, среда, в которой он находится вне семьи.

На наш взгляд, наряду со всеми задачами, реализуемыми в рамках проекта «Школьная медицина», необходимо помочь подросткам обрести цель и смысл жизни в современных условиях, тогда здоровый образ жизни и здоровье для подростков станут средством для достижения поставленных целей, осознанных и наделённых смыслом. Именно школа для подрастающего поколения должна стать средой, в которой его личность сформируется в правильном направлении, в том числе и с ответственностью за своё здоровье. Очевидно, что для каждого индивидуума актуален свой смысл и цель в жизни. В частности, основатель логотерапии Виктор Франкл выделяет три типа смыслообразующих ценностей, на основании которых возможно построение смысла: ценностей созидания, творчества, ценностей любви, отношения, ценностей преодоления ограничений в ситуации, которую невозможно изменить.

То есть мы говорим сегодня детям про стремление к успеху, к высокому уровню потребления, но это ложные цели по факту, они не несут никакого смысла, к которому всегда стремился и будет стремиться человек. Всё. Спасибо.

*(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Слово предоставляется Ирине Калмановне Рапопорт, главному научному сотруднику НИИ гигиены детей и подростков. Пожалуйста.

Приготовиться Юрию Степановичу Шевченко.

**Рапопорт И. К.** Я кратко дам характеристику профессиональному стандарту «специалист по оказанию медицинской помощи несовершеннолетним, обучающимся в образовательных организациях». Профессиональный стандарт рассчитан на медицинскую сестру с высшим образованием «бакалавр», подготовка таких бакалавров при очной форме обучения составляет 4 года, при заочной 5 лет. Соответственно, изучение клинических дисциплин студентами происходит не очень продолжительно.

Разработка стандарта была проведена на основе существующих приказов Минздрава России № 822 и 92 об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи. Разработчиками стандарта сначала выступала ассоциация специалистов с высшим сестринским образованием, потом присоединился наш Институт гигиены и охраны здоровья детей и подростков. Юридическую поддержку оказывала национальная медицинская палата города Москвы. В настоящее время стандарт находится на рассмотрении в Министерстве труда и социальной политики Российской Федерации.

Экспертами выступила группа профессоров, имеющих большой опыт работы в образовательных организациях, в основном это заведующие кафедрами поликлинической педиатрии.

Наше глубокое убеждение состоит в том, что бакалавр – это медицинская сестра с высшим образованием, и она не имеет права ставить диагнозы и решать экспертные вопросы. Поэтому в отделениях организации медицинской помощи в образовательных учреждениях должны сохраниться должности врачей-педиатров наряду с бакалаврами, а также должности средних медицинских работников. Во всех образовательных организациях должно быть обеспечено ежедневное присутствие медицинского работника, это может быть и медсестра, и бакалавр, и врач. Но медицинский работник должен присутствовать во всех детских садах, школах и колледжах, а не только в образовательных комплексах, как в Москве. Такой комплекс объединяет восемь, десять, а то и пятнадцать образовательных учреждений, и на один такой комплекс приходится медицинский работник. Конечно, он не может бегать между восемью, десятью, пятнадцатью образовательными организациями.

Наш профессиональный стандарт имеет целью оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи несовершеннолетним обучающимся. Уровень квалификации бакалавров шестой, не очень высокий. Разработаны семь трудовых функций для бакалавров: это организация и участие в проведении медицинских профилактических осмотров, организация мероприятий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний, профилактика факторов риска, участие в проведении анализа медико-статистической информации, оказание первичной доврачебной помощи в неотложной форме, в экстренной форме и в условиях чрезвычайных ситуаций. По каждой трудовой функции разработаны трудовые действия, необходимые умения, необходимые знания.

Кроме самого профессионального стандарта составлена пояснительная записка, в которой сведены все данные о поступивших замечаниях и предложениях к проекту профессионального стандарта. Все поступившие замечания рассмотрены, часть из них учтена, и в настоящее время стандарт находится на утверждении в Минтруда России. Благодарю за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

*(Аплодисменты.)*

Юрий Степанович Шевченко, заведующий кафедрой детской психиатрии и психотерапии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования. Пожалуйста. Приготовиться Евгении Александровне Берсеновой.

**Шевченко Ю. С.** Я постараюсь максимально кратко, поэтому начну с конца.

Предлагается узаконить ту практику, о которой сегодня многие говорили, когда все смежные специалисты, а именно детские школьные психологи, дефектологи, логопеды, общие социальные педагоги, реабилитологи и прочие, находящиеся в ведомстве не только Министерства здравоохранения Российской Федерации, но также Министерства просвещения Российской Федерации, Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, имели бы официальную возможность бесплатного, то есть на бюджетной

основе, повышения квалификации в соответствующих учреждениях Минздрава России и целенаправленно это делали.

Конечно, замечательный опыт, всё правильно, когда педагоги у врачей учатся первой помощи и так далее. Но если придёт какой-нибудь формальный экономист и скажет: а на каком основании? Вы жалуетесь, у вас дефицит бюджета, и в то же время нецеленаправленно тратите силы и средства на обучение людей, которые вообще к вашему ведомству никак не относятся.

Поэтому опыт надо узаконить, можно и нужно у бюджетника учиться бесплатно.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо вам большое.

Евгения Александровна Берсенева, завцентром высшего дополнительного профессионального образования Национального научно-исследовательского института общественного здоровья.

Приготовиться Владимиру Николаевичу Сарнадскому.

**Берсенева Е. А.** Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич! Глубокоуважаемый президиум! Глубокоуважаемые коллеги!

Прежде всего, я хочу сказать, что горячо приветствую тему сегодняшнего обсуждения и как врач, и как организатор здравоохранения, и как мама организованного дошкольника и школьников.

Хочу поделиться той проблематикой, которой занимается наш институт, и теми пересечениями, которые нам видятся.

Первое. Мы занимаемся мониторингом здоровья населения Российской Федерации. Естественно, что это необходимо делать. Для чего? Для того, чтобы в том числе эффективно управлять отраслью.

Если мы говорим о таком мониторинге, то подразумевается, что в основе должно лежать единое хранилище данных и использование различных геоинформационных систем.

Когда мы говорим о едином хранилище данных, то тут понятно, что следует применять. Естественно, это облачные технологии, то есть софт, естественно, это хранение таких данных в защищённом центре обработки данных. В этом случае нет необходимости создавать дополнительные рабочие места, всё централизованно ведётся.

Кроме того, это возможность работы в условиях территориально выделенных подразделений, централизованное управление, своевременное обновление нормативно-справочной информации и, что ещё важнее, поддержание актуального классификатора МВБ. Об этом чуть позже.

Как нам видится ведение системы мониторинга здоровья детского населения? Кроме того, что необходимо учитывать данные о рождаемости, смертности, заболеваемости, мы считаем, что отдельно необходимо создать подсистему мониторинга показателей физического развития. И в связи с этой подсистемой необходимо попадание данных из первичной документации.

Кроме того, необходимо организовать постоянное наблюдение и фиксацию показателей физического развития. И вот здесь как раз нам видится пересечение с тематикой сегодняшнего обсуждения, так как оптимально реализовывать это на базе образовательных организаций.

Также необходимо формировать репрезентативную выборку, потому что в конечном итоге мы хотим выйти на создание стандартов физического развития детей для каждого субъекта Российской Федерации и для Российской Федерации в целом.

Разумеется, когда мы организовываем постоянное текущее наблюдение в субъектах Федерации, мы должны отработать и внедрить технологию фиксирования значений наблюдаемых параметров, в том числе и с использованием гаджетов. Вариантов нет, мы живём уже в этих условиях, надо использовать гаджеты во благо нам и во благо охраны здоровья детей.

Далее. Это создание процедуры верификации данных, которые мы получаем с гаджетов. Тут нам видится опять же необходимое участие в образовательных организациях и также подключение медицинских информационно-аналитических центров субъектов Российской Федерации. Должна быть утверждена технология формирования репрезентативной выборки и возможность онлайн-расчёта референсных значений.

Ещё раз повторю основные постулаты. Это облачная технология, это занесение данных во всех субъектах Российской Федерации по унифицированной технологии, возможность занесения данных в каждой медицинской организации. Онлайн-расчёт на центральном сервере.

Надо сказать, что все те решения, о которых я вам сейчас говорю, уже нами внедрены в системе мониторинга смертности, которая создана в нашем институте.

Коротко показываю основные схемы занесения данных в медицинской организации, которая, разумеется, должна быть доступна 24 часа в сутки семь дней в неделю. И схема занесения и верификации данных на уровне медицинских информационно-аналитических центров регионов.

Далее. Хочу ещё сказать, что в качестве основы для построения системы мониторинга, естественно, необходимо использовать уже имеющуюся в нашей стране единую государственную информационную систему здравоохранения... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Добавьте, пожалуйста.

**Берсенева Е. А.** А далее уже над ней сделать надстройку, которая и обеспечит возможность проведения многофакторного анализа и получение данных из других систем, в том числе и с гаджетов. Ещё раз хочу сказать, что обязательно должна быть технология верификации данных, получаемых с гаджетов.

И последний, очень актуальный вопрос, на котором необходимо остановиться. В основе систем мониторинга, конечно, должна лежать система правильного кодирования по международной классификации болезни, соответственно, со всеми изменениями, в частности, изменениями 2014-го, 2016 годов. Наши исследования совместно с Минздравом России, к сожалению, показывают неудовлетворительную картину кодирования заболеваемости практически во всех регионах Российской Федерации. И это проблема. Мы предлагаем её решать с использованием автоматизированной системы поддержки кодирования. И в качестве основы системы мониторинга здоровья нами разработана такая система. Вот свидетельство Роспатента на неё я вам показываю.

Это принципиальная схема работы данной системы в регионах. И надо сказать, что это крайне важная задача, поставленная Всемирной организацией здравоохранения. Единственная страна, которая отчиталась в том, что есть такая система, – Португалия. Однако при дальнейшем изучении оказалось, что в полноценном объёме не реализована правильная поддержка кодирования. У нас в стране она уже создана, и необходимо её использовать.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

*(Аплодисменты.)*

Слово предоставляется Владимиру Николаевичу Сарнадскому, генеральному директору общества с ограниченной ответственностью «Медицинские топографические системы». Пожалуйста, коротко.

**Сарнадский В. Н.** Постараюсь коротко, но...

**Председательствующий.** Да, пожалуйста.

**Из зала.** Я просто хотела сказать, что предыдущее выступление мне понравилось, оно было интересным. Однако у меня вызывает сомнение необходимость стандартов физического развития по субъектам или по территориям. С учётом огромной миграции населения. Я не совсем понимаю, в чём может быть ценность этой вещи.

Спасибо.

**Сарнадский В. Н.** Большое спасибо за предоставленную возможность выступить на «круглом столе».

Я хочу поделиться опытом создания региональной программы скрининга нарушения осанки и деформации позвоночника у школьников города Новосибирска. Идиопатический сколиоз – это наиболее сложная и нерешённая проблема детской ортопедии, так как он может возникнуть практически у здоровых детей и незаметно прогрессировать, приводя к тяжёлой инвалидности и сокращению продолжительности жизни до 45 лет.

В США для решения проблемы сколиоза в 1963 году стали применять скрининг. А сегодня его проводят во многих странах мира с использованием двух основных методов – теста Адамса и Муаровой топографии. Но оба этих метода – это, в общем-то, прошлый век. Они не обеспечивают достоверной диагностики сколиоза, о чём свидетельствует разброс распространённости сколиоза как между странами, так даже внутри отдельных стран.

В России у нас используется другой подход, а именно – осмотр ортопедами школьников. О том, что и этот подход не очень эффективен, говорит не меньший, чем за рубежом, разброс по распространённости сколиоза в пределах Российской Федерации. В 34 раза отличается распространённость сколиоза по тем или иным регионам.

В 1994 году совместно с НИИТО, как раз для задачи проведения скрининга, был разработан метод компьютерной оптической топографии и создан медицинский аппарат ГОДП, который уже с 1996-го мы стали использовать для скрининга. По точности воссоздания 3D-модели туловища наш топограф превосходит известные зарубежные аналоги.

Проведённые нами исследования по шести регионам России показали, что нет такого разброса по сколиозам. Разброс укладывается в проценты, но никак не в разы.

Накопленный практический опыт позволил нам разработать технологию, готовую для широкого внедрения. Благодаря поддержке новосибирского руководства в городе стартовала программа скрининга, которая охватывала всех школьников декретированных возрастов. Как работала программа? Две мобильные бригады, по две медсестры в каждой, выезжали в школу, там проводили обследование, производительность обследования составляла до 300 школьников в день. Результаты обследования передавались уже врачам-интерпретаторам, которые анализировали снимки, вырабатывали заключения и рекомендации. При этом формировалась группа риска, которая направлялась на консультацию к врачам-ортопедам для уточнения диагноза и получения дальнейших рекомендаций. Каждому школьнику выдавалось два протокола обследования, один шёл родителям, а другой – в медицинский кабинет школы.

Благодаря действиям программы мы смогли получить достоверную информацию и о сколиозе, и о других нарушениях осанки. И как вы видите на приведённом слайде, действительно, сколиозов, если говорить о более 9 градусах, где-то 5 процентов, но это с учётом того, что эти проценты размазаны от 7 до 18 лет. *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Ещё добавьте.

**Сарнадский В. Н.** Максимальный эффект мы увидели от этой программы именно для хирургии. Мы смогли оптимизировать сроки проведения операций и исключить полностью запущенные формы, которые до сих пор во всех городах встречаются. Позор за это.

Вы видите, до начала действия программы средний возраст был 14 и 9 лет, в момент выполнения – 13,4 года. Но и по углу – 78 градусов до скрининга и 52,5 градуса – это начало только четвёртой степени.

Завершая своё выступление, хотел, пользуясь моментом, к Елене Николаевне обратиться, пожалуйста, пусть Минздрав...

**Председательствующий.** Сейчас она ответит вам.

**Сарнадский В. Н.** Пусть Минздрав России изучит опыт нашей новосибирской программы и рассмотрит вопросы целесообразности внедрения этой программы во всех регионах России. Причём программа поддержана съездом травматологов-ортопедов и рекомендована к широкому внедрению. Это один момент.

И второй момент. Большая просьба: пересмотрите вы декретированные возрасты для осмотра ортопедов. Ну что такое 10, 15, 16, 17 лет? Любой ортопед вам скажет, что с 10 до 15 лет – это самый опасный период прогрессирования. А у нас он пропущен. А в 15 лет что выросло, то выросло. Там уже не нужен инструментальный скрининг. Там не врач, а родитель увидит, что третья, четвёртая степень, понимаете?

То есть я считаю, что единственная возможность создать в стране систему профилактики сколиоза и других нарушений осанки – это именно идти по скринингу, по направлению скрининга. Причём, смотрите, всего две мобильные бригады прикрыли полуторамиллионный Новосибирск, это не так дорого, понимаете.

**Байбарина Е. Н.** Мы услышали. Спасибо. Пришлите, пожалуйста, ваши материалы – раз. И второе. По годам. Писали возрасты, когда будет проводиться то или иное обследование, специалисты, а не Минздрав России.

**Сарнадский В. Н.** А какие специалисты, если не секрет?

**Байбарина Е. Н.** Под руководством главного педиатра и все остальные специалисты. Поэтому, если у вас есть предложения, мы регулярно вносим какие-то изменения. Если коллегиальная группа сочтёт возможным, мы внесём изменения. Пожалуйста.

**Сарнадский В. Н.** Тогда спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Видите, нет согласия среди травматологов-ортопедов. Это, кстати, вопрос...

**Сарнадский В. Н.** А ортопеды мне ответили: а кто нас послушает?

**Председательствующий.** Вот я честно вам скажу, я тоже раньше не знал, кто слушает. Теперь знаю – депутаты Государственной Думы. После этого мы стараемся провести каждого ортопеда за руку в Минздрав России. Такая сейчас методология.

Слово для завершающего доклада предоставляется Юлии Игоревне Ермаковой, заведующей центром педиатрии медицинского центра имени Бурназяна.

**Ермакова Ю. И.** Спасибо большое.

Глубокоуважаемый президиум! Уважаемые коллеги!

Позвольте представить наш опыт медицинского обеспечения в частной образовательной организации, в хорошевской гимназии. В гимназии существуют два структурных подразделения: начальные классы – это прогимназия, и гимназия – это старшие классы. Мы заходили на медицинское обеспечение после частной организации и столкнулись с некоторыми проблемами. Основные я озвучу.

В своей работе мы руководствуемся, конечно, основными федеральными законами и приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также санитарно-эпидемиологическими правилами. Основные задачи – как и у любых других медицинских блоков школ муниципальных, государственных. Единственное, что в наши задачи ещё входит обеспечение контроля в бассейне, то есть медицинские работники, присутствующие в школе, осуществляют контроль микроклимата, специфические замеры для бассейна. Мы проводим в школе периодические медосмотры сотрудников по приказу № 302. Также осуществляем проведение предрейсовых осмотров водителей, потому что организована доставка детей от метро до школы и перевозка детей между двумя бассейнами – в маленькой школе бассейн поменьше, в большой – большой. Также мы осуществляем сопровождение выездных мероприятий.

Мы, конечно, были очень опасливо настроены, когда наши дети собрались на Белое море в октябре и решили путешествовать в походных условиях с палатками. Медицинские работники везли с собой больше аппаратуры и медицинских препаратов, чем наши дети вещей. На самом деле всё обошлось, всё было замечательно. И мы также

осуществляем сопровождение спортивных мероприятий, их у нас проводится очень много – школа воспитывает в детях приверженность активному образу жизни.

Интеграция в образовательное пространство. У нас очень долго проходила притирка к преподавательскому составу школы, нас очень насторожённо воспринимали. И мы решили сами какие-то шаги предпринять. Мы начали проводить в начальной школе уроки по санитарно-гигиеническому просвещению, например, по гигиене полости рта. Также мы осуществляли встречи врачей и родителей в формате «вопрос – ответ», когда родители, не имея большого количества свободного времени, могли поинтересоваться в онлайн-формате самыми насущными вопросами.

Непрерывное обучение проводят наши медсёстры и врачи вместе с преподавателями кафедры физкультуры. Мы также устраиваем тренинги по эвакуации пострадавших из различных спортивных залов нашей школы. Все навыки должны быть отточены, с закрытыми глазами ребята должны все действия выполнять. Помимо тренингов первичной медицинской помощи (это и сердечно-лёгочная реанимация) они оттачивают свои навыки несколько раз в год по десмургии.

Отказы от профилактических прививок в младшей школе составляют у нас где-то 17 процентов, в старшей – 11 процентов. Мы ведём просветительскую работу с родителями, ничего больше.

Цифровая зависимость. Ну, это бич нашего времени. Если посмотреть на структуру обращения за медицинской помощью старшеклассников, мы видим, что к нам обращались за предыдущий учебный год 3–4 процента учащихся только с головной болью, без признаков респираторных инфекций. Мы в связи с этим начали плотно работать с психологической группой школы и выявляем проблемы, которые существуют у этих детей.

Проблемы в основном следующие. Обращаемость к врачам выросла именно с этими жалобами на головную боль. Головная боль возникала при различных стрессовых ситуациях, то есть это экзамены, контрольные работы, введение в новый коллектив. Тогда просто новые ученики приходили к нам и отсиживались, наверное, чтобы какой-то перерыв себе устроить в общении с одноклассниками. И здесь уже мы взаимодействовали с психологами, которые начинали вводить детей в новые коллективы и выявлять проблемы межличностного характера.

Сохранить здоровье детей мы можем только во взаимодействии с педагогами и с психологами школы.

Спасибо за внимание. *(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, наша повестка заявленных докладов завершена. Кто бы хотел выступить? Да, пожалуйста. Если у вас громкий голос, можете с места.

**Из зала.** Я хотела бы такой вопрос поднять.

Мы говорим о межведомственном взаимодействии. Вот такой пример есть в Нижегородской области.

У нас есть отделение медицинской реабилитации, но площадей у него нет, это отделение находится на территории школы. Отделение работает в двух направлениях, то есть реализует совместно со школой проект «Центр здоровья», и в то же время реализуется программа «Средства реабилитации восстановительной медицины для сохранения здоровья детей».

И вот в связи с этим о приказе № 822. Если имеется двадцатилетний опыт работы, если эффективность его отражена во многих статьях, печатных работах, подтверждена научными исследованиями, наверное, нужно всё-таки отразить в приказе, что если есть условия такие в медицинской организации и в образовательной организации, то их не надо разрушать.

**Председательствующий.** Пожалуйста.

**Из зала.** Скажите, пожалуйста, у вас есть лицензия на реабилитацию?

**Из зала.** Да.

**Из зала.** И вы соответствуете всем требованиям приказа?

**Из зала.** Площадь 514 квадратных метров отдана была отделению реабилитации в 1995 году, 13 медицинских кабинетов, кинезотерапия, массаж, биологическая обратная связь...

**Председательствующий.** Простите, Нижний Новгород?

**Из зала.** Да.

**Председательствующий.** Мы к вам приедем скоро. Готовьтесь.

**Из зала.** Ждём, ждём с удовольствием.

**Председательствующий.** Спасибо вам большое. Я серьёзно сказал, что мы к вам приедем скоро. Мы как раз обсуждали, буквально 4 дня назад, с вашими коллегами, что бы нам посмотреть в Нижнем Новгороде. Теперь ясно. Спасибо.

Видите, Господь всегда помогает выбрать правильную стратегию.

Уважаемые коллеги, я хочу искренне поблагодарить всех, кто смог набраться терпения и наш серьёзный и очень длительный разговор довести до логичного конца. Что бы я хотел сказать?

Ну, во-первых, уважаемые коллеги, о тайминге. Я каждый раз ловлю себя на мысли: а может быть, у нас кое-что не получается, как сказала Мелита Вуйнович, потому что мы не можем в регламенте работать? Я не помню ни одной европейской мировой конференции, чтобы у меня была возможность свыше регламента говорить. Почему-то мы понимаем наших европейских коллег. Отчего же мы тогда друг друга не понимаем? Чтобы вы немножко расслабились, скажу. Как-то раз два профессора, один из которых был Эдуард Александрович Степанов, академик, поспорили, кто короче выступит на защите диссертации. Первый профессор вышел и сказал: «Диссертация актуальная, задачи понятны. Выводы соответствуют задачам», – и, довольный, ушёл. Вышел на трибуну Эдуард Александрович Степанов и сказал: «То, что я на ней стою, уже говорит о том, что диссертация...», – и ушёл. Понимаете, можно очень коротко донести суть происходящего.

Теперь по сути. Уважаемые коллеги, во-первых, понятно, что, наверное, мы стоим на рубеже, когда, следуя известному философскому закону, количество должно перейти в качество. Всё, накоплен опыт, есть прекрасные региональные практики, великолепные пилотные проекты, которые Министерство здравоохранения Российской Федерации запустило. Москва – блестящий опыт. Надо сейчас всё это соединить, как вот сказали коллеги, настало время обобщать, я себе прямо сразу написал: пора обобщать. Сегодня несколько раз аплодировали лозунгам. Я думаю, что именно так оно и есть. И нам необходимо уже полностью сформировать понимание государственной политики, притом, ещё раз подчеркну, везде, в том числе в малокомплектных школах, в деревушках, потому что иначе мы просто будем нечестны друг перед другом.

Второе, что мне хотелось бы отметить. На этом 2,5-летнем пути мы всегда имели поддержку Президента России и Председателя Правительства России. Это дорогого стоит. И когда сегодня говорили, что министры или ведомства проводили селекторные совещания или федеральные мониторинги, это всё было при поддержке высших наших руководителей. Это очень важно. Внимание к охране здоровья детей сегодня беспрецедентно высоко. Всегда было на высоком уровне, но сегодня беспрецедентно высоко. Я не буду останавливаться на суммах, которые выделяет государство и поддерживает Государственная Дума на финансирование детского здравоохранения, от перинатальных центров до системы реабилитации.

Я хочу сказать, что всё то, о чём мы сегодня дискутировали, всё имеет решение. Как говорил классик: практика – критерий истины. Все мы прекрасно знаем, как и что надо сделать. Я не раз уже говорил, нам не нужны отрицательные ответы на наши за-

конопроекты и решения. Если что-то не так, посоветуйте, как сделать так. А просто отписываться – это перечёркивает движение вперёд. Это никого не интересует. Потому что, повторяюсь, оценку нашей деятельности ставят люди, а не мы друг другу. Даже при любом высочайшем профессиональном уровне наш межпрофессиональный диалог – это всего лишь способ решения проблемы. Потому что если люди считают, что что-то изменилось в лучшую сторону, это уже в зачёт. Остальное, к сожалению, не в зачёт.

Поэтому мы должны нацелиться на результат. Я искренне вас благодарю. Уверен, настанет время, когда все мы, органы власти, общественные организации, скажем людям: «Коллеги, мы сделали всё». Вот, начинаем двигаться в этой парадигме, и через какое-то время подведём результаты, посмотрим, что мы ещё не доделали. Давайте приближать это время.

Я желаю вам всего самого наилучшего. Спасибо вам огромное.

**СТЕНОГРАММА**  
**«круглого стола» Комитета Государственной Думы по охране здоровья**  
**на тему «Единый цифровой контур в здравоохранении – проблемы**  
**нормативного регулирования, парламентский контроль»**

*Здание Государственной Думы. Малый зал.*  
*1 апреля 2019 года. 15 часов.*

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

**Председательствующий.** Глубокоуважаемые коллеги, добрый день!

Сегодня у нас очень важное мероприятие. Сегодня с утра задумался: так незаметно пролетело почти два года с того момента, когда мы приняли закон о телемедицине, как его всё время называют, об информационно-телекоммуникационных взаимодействиях в области здравоохранения. Год назад мы встречались на «круглом столе» под эгидой парламентского контроля и осмысления тех мероприятий, которые предпринимались органами исполнительной власти сквозь призму законодательных решений. И вот прошёл ещё один год, который наполнен очень многими событиями. Я хочу отметить, что вслед принятому закону были изданы, по-моему, шесть нормативных правовых актов, которые касались единой государственной информационной системы здравоохранения, порядка взаимодействия и многого-многого другого. Мы с вами помним, что ещё в 2016 году Президентом России Владимиром Владимировичем Путиным были поставлены задачи подключения к высокоскоростному интернету медицинских учреждений нашей страны, и Минкомсвязи России было ответственным за это. Но мы, естественно, все присоединялись к этой работе. И вы помните те серьёзные средства, которые выделялись на этот проект. И сегодня, я уверен, из ваших уст, из уст коллег из многих регионов прозвучат факты, как идёт эта работа, равно как и работа, касающаяся проблемы идентификации, аутентификации как пациентов, так и врача, развития системы личных кабинетов и многого того, о чём мы говорили через призму диагностики, лечения всех страданий, взаимодействия между собой в рамках единой государственной информационной системы в области здравоохранения.

И сегодня уже на повестку дня выходят новые проблемы. Это дистанционные продажи лекарственных средств. Это тот законопроект, касающийся дистанционных медицинских осмотров, который наши коллеги из Комитета Государственной Думы по транспорту сейчас уже выносят на обсуждение. И наша задача – обеспечить гармонию, согласие этих законов. Это чрезвычайно важно для того, чтобы вот эти новые страницы книги здравоохранения или даже новый том, как мы его всегда обозначали, был качественным, был сбалансирован, и чтобы в рамках страны новое слово «телемедицина» имело очень серьёзный смысл.

Я, коллеги, как всегда, призываю вас к активной дискуссии, поскольку именно из ваших предложений, из ваших выступлений будет складываться сегодняшнее дей-

ство, в основе которого наше парламентское осмысление того, как идёт работа над этим важнейшим направлением в здравоохранении, являющимся сегодня частью федерального национального проекта «Здравоохранение».

И для приветствия позвольте мне предоставить слово руководителю фракции Политической партии ЛДПР – Либерально-демократической партии России Владимиру Вольфовичу Жириновскому. Пожалуйста.

**Жириновский В. В.** Спасибо.

Добрый день! Мне особенно понравилось то, что вы призываете к дискуссии, потому что только лишь при конкуренции мнений мы можем добиться успеха. Советский Союз был отличной страной. Достижений было огромное количество. Но не хватало второй точки зрения. А если первая оказывалась не очень верной, то мы проиграли практически. Проиграли. И сегодня американцы даже недовольны тем, что мы проиграли, ибо были две державы в масштабах мира, конкурировали.

Так и в медицине. Это вот цифровизация. Конечно, постановка диагнозов имеет большое значение. Ведь я помню, 60 лет назад у врача единственный был стетоскоп, и всё. Электрокардиограмму не снимали, чтобы желудок обследовать, белую гадость мы какую-то глотали, и рентгенолог смотрел, где не проходит эта белая каша. А сейчас томографы, огромное количество аппаратуры другой.

Здесь есть студенты медицинских вузов? Их в Москве четыре, и ни одного студента здесь нет. Я советую, чтобы они приходили сюда, потому что они же будущие врачи, они должны знать, к чему стремиться, как осваивать новую технику. А некоторые банкоматами не умеют пользоваться. Я несколько раз учился кнопки с цифрами какие-то нажимать, это же всё нужно знать. Мне это было не нужно, потому что я никогда не снимал деньги в банкомате, но когда потребовалось, мне помогали.

А с медициной мы все связаны, все. Я никогда не прощу советским врачам, что мне поставили четыре-пять ложных диагнозов. Ну что это такое? Для статистики, что ли? Вот он стетоскопом слушает и говорит второй врачу: слышишь, стилистический шум – это порок сердца. Какой порок сердца? Ревматизм и ещё что-то поставили. Выписали пирамидон, сейчас его нет, сто таблеток. Я иду, глотаю эти таблетки, испортил желудок. То есть огромное количество ошибок.

Про аппендицит я пошутил. Я был маленький, я пошутил, а меня отвезли в больницу, сделали операцию. За что? Гланды мне вырезали. Тогда была установка, что железы вырезать надо. Сейчас эту установку сняли, но у миллионов людей-то здоровье нарушено. Мы можем иметь самое современное оружие, но если у нас будет слабая медицина... У нас сегодня, по-моему, самая низкая всё-таки продолжительность жизни. В Европе она больше – за 80, в Японии так же, и в Америке.

Вон в Америке все президенты за 90 умирают, а у нас и до 70 лет не могут дожить, хотя президентам, наверное, обеспечивается высокое медицинское обслуживание, а не в состоянии им помочь российская медицина. Поэтому цифра везде должна быть. Нужно, чтобы была. В том числе и в фельдшерских пунктах. Вот у нас в Москве много всего, а уже дальше от Москвы – областной центр, а ещё дальше – районный центр, а ещё дальше – поселение, и там вообще никакой медициной не пахнет, и там больше всего людей умирает раньше срока, им элементарную помощь не оказывают.

Вот эти перинатальные центры, называли по-латыни «перинатальные», я несколько лет не мог понять, о чём идёт речь. Родильный дом, мы привыкли, роддом. Нет, оказывается, это перинатальный центр. Зачем? А родильные дома районные покрывали. И что, женщине 150 километров ехать рожать, когда ей нужно через 15 минут уже быть в родильном доме? И они рожают на улице. И мы хвалимся: вот инспектор ГАИ принял ребёнка, вот стюардесса приняла ребёнка. Этого не должно быть, врачи должны запрещать беременным женщинам на определённом этапе передвигаться вообще. Ведь это же простые вещи. Здесь не нужен смартфон или планшет.

Но знания, конечно, сейчас у нас есть. У нас граждане в метро сидят, в детском саду – упёрлись в эти смартфоны, информации огромное количество. Поэтому я рад, что у нас во главе Комитета Государственной Думы по здравоохранению депутат Морозов. Работа улучшилась за эти годы.

У нас прекрасный министр, Вероника Игоревна Скворцова, но там ведомственный подход. Они всё-таки хотят сохранять всю информацию у себя, чтобы не было распространения такой информации, которая могла бы вызвать критику. Поэтому самая свободная дискуссия, может быть, в этом зале. Это самый лучший зал, где все могут сказать всё, что они думают, и найти способ улучшить ситуацию, потому что это всем выгодно.

Вот питание – тоже важнейшая вещь. Если человек здоровый, питание не будет для него играть главную роль. Но он должен быть здоровым, тогда он работает хорошо, тогда меньше денег нам приходится тратить на всё остальное. Поэтому здоровье первично, а оно начинается с беременности, а потом – родильный дом, потом – детский сад и всё остальное.

Я никогда не забуду, как нас поили рыбьим жиром. Не было витаминов никаких. Вот такая банка, рыбий жир, и медсестра всем его в рот суёт из одной ложки. Я отошёл, я был брезгливый. С какой стати из одной бутылки всем детям дают этот рыбий жир? Он противный. Мы не хотели пить. Нам не объяснили, что это надо. Становись и всё пей. Надо же разъяснить детям, почему это полезно.

Помню, мама говорит: поешь сметанки. А мне противно. Я её не ем. Я худой был, страшно худой был, потому что я не понимал, что это надо есть, что это моя жизнь, моё здоровье... У нас сейчас есть, кто этим разъяснением занимается? Раньше был Санпросветбюллетень, эти плакаты висели везде, всё разъясняли, а сейчас, по-моему, эта работа немножко ослабла, хотя в Минздраве России наверняка есть департамент, который занимается санитарным просветительством.

Прививки не все делают. 40 процентов сделали прививки, и уже резко упала заболеваемость гриппом. Я предложил объявить благодарность министру, так член фракции партии большинства пытался это оспорить. Значит, я от оппозиционной партии предлагаю объявить министру благодарность, а член проправительственной фракции говорит: не надо. Это что такое с мозгами у таких людей? Радуйтесь, что оппозиция благодарит правительство. Вы займитесь им, этим товарищем.

Это прекрасные слушания, очень важные, и мы всех выслушаем, чтобы была дискуссия, и продолжим вести работу. И чтобы Комитет Государственной Думы по здравоохранению был номер один в парламенте, и министр здравоохранения был номер один. Тогда будет у людей более радостное настроение, они будут чувствовать себя здоровыми. А то день и ночь идёт реклама лекарств. Запретить! День и ночь передачи про болезни. Запретить! Это моё мнение, потому что это плохое впечатление производит, всем кажется, что все больны. Называют признаки заболеваний, и все начинают думать: вот я тоже болею, это у меня тоже. Нельзя так делать! О хорошем, о хорошем говорить надо.

Информация о погибших. Вот погибла руководитель S7. Я её знать не знаю, с какой стати все информационные программы о ней говорят? Она сама виновата: пожадничала на хороший самолёт, взяла одномоторный и выбрала аэропорт без навигации, то есть сама себя угробила. Ты возьми нормальный самолёт, рейсовый, и была бы жива. А то сэкономила на деньгах, а теперь мы все должны переживать, нам же жалко, когда погибает человек. Надо подумать о том, почему погиб. Но нам не это нужно, нам нужно о хорошем. Вот это хорошее нам даст Комитет по здравоохранению. Спасибо.

*(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо большое, уважаемый Владимир Вольфович.

Уважаемые коллеги, позвольте предоставить слово для основного доклада заместителю Министра здравоохранения Российской Федерации Елене Львовне Бойко. Пожалуйста, Елена Львовна.

**Жириновский В. В.** Вы передайте министру, что я снова её хвалил. Вы слышали сейчас, что я говорил? Передайте Веронике.

**Бойко Е. Л.** Благодарю, Владимир Вольфович, за добрые слова в адрес министра и вообще за то, что вы цифровизацию поддерживаете, очень отраднo слышать.

Уважаемые коллеги! Уважаемый Дмитрий Анатольевич!

Сегодня тема моего доклада будет «Создание и внедрение единого цифрового контура», именно так будет более точно сказать о федеральном проекте, который продолжается уже в течение одного квартала.

Уважаемые коллеги, все мы прекрасно знаем, что в майском указе одной из ключевых задач по цифровизации была поставлена задача создать в здравоохранении механизмы взаимодействия медицинских организаций на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения – ЕГИСЗ. А также была поставлена задача преобразования приоритетных отраслей экономики и социальной сферы, включая здравоохранение, посредством цифровых технологий и платформенных решений. Эти задачи были учтены при разработке национальных проектов здравоохранения и национального проекта «Цифровая экономика Российской Федерации», мероприятия которых тесно взаимоувязаны и синхронизированы по времени.

Вместе с тем цифровизацией, или как раньше это называли, информатизацией, мы занимаемся уже достаточно продолжительное время. И сегодня у нас есть всё для того, чтобы успешно реализовать наш федеральный проект. Напомню, что с 2012 года была запущена программа модернизации здравоохранения, и первые средства за счёт федерального бюджета, за счёт региональных бюджетов были направлены на её реализацию уже в то время.

Между Министерством здравоохранения Российской Федерации и всеми руководителями субъектов Федерации было заключено соглашение о дальнейшем плане реализации программы информатизации на три года. Причём это соглашение реализовывалось без средств федерального бюджета, то есть субъекты Федерации взяли на себя обязательство, понимая важность и целесообразность указанных мероприятий, и сами ставили себе планы, я об этом скажу чуть позже. Но в 2018 году, понимая уже в преддверии новых национальных проектов важность этой задачи, из средств Резервного фонда федерального бюджета были выделены 2 миллиарда рублей на внедрение, на модернизацию медицинских информационных систем.

Параллельно, как уже говорилось, в 2017–2018 годах по задаче, поставленной Президентом Российской Федерации, все медицинские организации, больницы, поликлиники были подключены к сети Интернет. И как уже сказал Дмитрий Анатольевич, с момента принятия федерального закона мы проделали достаточно большую работу по разработке и принятию нормативных правовых актов.

Коротко. Мы подвели в конце прошлого года итоги той самой «дорожной карты» и с удовлетворением заметили, что субъекты Федерации без, напомню, финансирования за счёт федерального бюджета справились с задачей на 95 процентов. И посмотрите, на самом деле результаты поразительные. В 2015 году у нас было около 300 тысяч компьютеров, в конце 2018 года их уже 580 тысяч.

Медицинские системы были внедрены, около 2 тысяч медицинских организаций их использовали, я имею в виду не только юридические лица, но и структурные подразделения, филиалы. В конце 2018 года их уже 15,5 тысяч. Архивы медицинских изображений, как пример, важные централизованные системы использовались меньше, чем в тысяче медицинских организаций. Сегодня к централизованным архивам в субъектах Федерации уже подключено более 5,5 тысяч. Телемедицинские консультации проводились ещё по тем старым правилам, которые использовались до принятия закона, в 2,5 тысячи медицинских организаций. Сейчас их стало уже на 4 тысячи больше, и так далее.

Безусловно, есть как лидирующие субъекты Федерации: Кировская, Пермская, Тамбовская, Тюменская, Тульская области, Чувашская Республика, – так и отстающие субъекты, с которыми мы будем, видимо, более тщательно работать при реализации федерального проекта: Еврейская автономная область, Орловская область, Республика Дагестан, Ингушетия, Чеченская Республика, Чукотский автономный округ.

Неудачи, я так скажу, этих субъектов Федерации состоят не только в том, что у них, например, ограниченные бюджетные средства. И это не всегда причина неважной реализации мероприятий по информатизации. Иногда имеют место причины организационные или отсутствия компетенции. Обратите внимание, что в 2018 году были выделены специально целевые межбюджетные трансферты на развитие информационных систем, даже при таких условиях два субъекта Федерации умудрились их не освоить и вернуть в бюджет. Но нужно сделать всё, чтобы при реализации федерального проекта у нас такого не повторилось, и деньги были потрачены целевым образом с пользой для здравоохранения и вовремя.

По подключению больниц и поликлиник к сети Интернет. Мы можем сказать, что без шероховатостей с Министерством связи и массовых коммуникаций Российской Федерации, с нашими коллегами из субъектов Федерации завершили этот важный этап. Действительно, без связи мы не сделаем никакой цифровизации. Всего было подключено около 9 тысяч медицинских организаций. И как вы слышали уже, в новом Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию в 2019 году была поставлена задача дальнейшего продвижения высокоскоростного интернета в труднодоступные населённые пункты и подключения социально-значимых объектов – школ, ЗАГСов, в том числе и медицинских организаций, фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов.

И сейчас мы со всеми субъектами Федерации проводим достаточно масштабную работу уже с учётом ошибок прошлого периода, подсчитываем те ФАПы, в которых целесообразна та или иная скорость интернета, пропускная способность и в которых сейчас нет связи. Ориентировочно таких объектов будет больше 33 тысяч.

Теперь про нормативные акты. Действительно, когда мы принимали два года назад тот самый закон, мы не представляли, что это была только верхушка айсберга и что основная работа будет, конечно же, при разработке подзаконных нормативных правовых актов, потому что законы – это некие рамки, которые задают направление. А как мы это будем реализовывать – всё это пришлось и приходится, и ещё придётся определять при разработке новых нормативных актов.

Итак, напомним очень коротко: в 2017 году после принятия закона о телемедицине мы приняли приказ Минздрава России, который утверждает порядок организации телемедицинских консультаций. В 2018 году приняли изменения в действующий приказ, который говорит, что медицинскую документацию можно вести в электронной форме, и утверждает верхнеуровневый порядок, каким образом это принимать.

Далее. Мы утвердили постановлением Правительства России постановление о ЕГИСЗ, которым чётко прописана архитектура системы, подсистемы, кто является поставщиком, кто пользователем информации. Год назад, когда мы проводили парламентские слушания, «круглый стол», я говорила, что это в высокой степени готовности, но тогда не были подготовлены эти документы. И вот, собственно, мы справились и выпустили также постановление о порядке взаимодействия иных (это термин закона) информационных систем, взаимодействия коммерческих организаций, операторов с ЕГИСЗ для того, чтобы предоставлять гражданам удобные сервисы. Мы одно из первых ведомств, утвердивших порядок обезличивания персональных данных, а медицинские данные, всем очевидно, являются одними из самых чувствительных. В конце прошлого года мы наконец выпустили требование к медицинским информационным системам и к региональным системам. В этом году вышел долгожданный приказ

об электронных рецептах. Мне многие коллеги писали, для них это волнительно, что не все пункты учтены, но я хочу призвать, чтобы вы не волновались. Всё в наших руках, мы сможем вносить изменения, которые требует жизнь, и мы с вами принимаем акт не на 100 лет вперед. Этот акт был необходим, чтобы уже начать реализацию закона, потому что закон мы приняли, про электронные рецепты там говорится, а приступить к его реализации мы не могли, вот сейчас сможем.

На низком старте у нас ещё четыре акта. Это порядок введения единой нормативно-справочной информации для того, чтобы затвердить единые коды, справочники, классификаторы. Это тоже долгожданный приказ, чтобы у нас для всех разработчиков информационных систем были единые правила. Также на выходе порядок дачи гражданами информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от медицинского вмешательства. Это важный документ для того, чтобы граждане могли всё-таки дистанционно пользоваться телемедицинскими консультациями. Напомню, что они должны перед этим дать своё согласие тоже дистанционно.

Далее. На выходе приказ о выдаче медицинскими организациями справок и медицинских заключений. Напомню, что когда мы принимали закон, были достаточно долгие и тяжёлые дискуссии о том, как сделать, чтобы и гражданину было удобно запрашивать медицинскую документацию и получать её дистанционно, если он не болеет, если ему нужна какая-либо справка, и чтобы это было, так скажем, не в дополнительную нагрузку для врачей, для медицинских организаций. Вот сейчас нам пришлось поработать над этим документом, определить и порядок, и сроки предоставления медицинских документов, и копий, и выписок из них. В разработке, коллеги, у нас вот эти четыре акта, которые я сейчас перечислила, они вывешены на регулейшн, вы можете с ними ознакомиться, и мы будем благодарны за обратную связь.

Ещё четыре акта у нас сейчас разрабатываются. Это формы бланков электронных рецептов на наркотические средства, психотропные вещества и порядок организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в электронном виде. То есть те правила и порядки, по которым участники отрасли будут обмениваться между собой различными типами медицинских документов. Ещё два приказа, которые мы готовим с Фондом социального страхования: об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности, соответственно, в электронной форме и о порядке формирования листков нетрудоспособности в электронной форме.

Теперь очень коротко про то, чем же мы будем заниматься в ближайшие три года и в ближайшие шесть лет, про цифровой контур здравоохранения. Чем это отличается от предыдущей нашей «дорожной карты»? Потому что, если вы ознакомились с паспортом федерального проекта, вы видели уже ранее упомянутые мероприятия.

Несмотря на то, что субъекты Федерации с успехом завершили реализацию «дорожной карты», напомню, что у нас ещё не на 100 процентов автоматизированы рабочие места. Если в отрасли работает где-то 1 миллион 800 тысяч медицинских работников, врачей из них порядка 600 тысяч, нам необходимо 820 тысяч автоматизированных рабочих мест, которые подключены к медицинским информационным системам. Поэтому инфраструктурные моменты у нас также присутствуют в паспорте, мы должны это завершить. Ещё не все медицинские организации подключены к сети Интернет, я имею в виду фельдшерские пункты, их также нужно будет подключать к цифровому контуру, там тоже нужны компьютеры.

Эти новые требования, которые мы выпустили совсем недавно, диктуют нам новые условия для всех разработчиков и для нашей отрасли.

И я надеюсь, что все в этом зале понимают, что тот путь, на который мы вступили, путь цифровизации, нас обязывает к тому, чтобы мы постоянно развивались. Вот Владимир Вольфович говорил, что ещё помнит, как учился пользоваться банкоматом, но следующее поколение после нас будет уже учиться какой-то одной технологии,

а они будут это делать, для того чтобы научиться быстрым изменениям в цифровизации, в инновациях.

Поэтому мы, так скажем, не основываемся на том, что теми системами, которые мы сейчас разрабатываем, будут пользоваться наши дети или наши внуки, безусловно, они будут постоянно модернизироваться.

И поэтому нам сейчас важно закрепить вообще применение цифры при оказании медицинской помощи, потому что это важно, это условие для того, чтобы сделать здравоохранение более эффективным.

Соответственно, цифровой контур представляет из себя не только информационно-коммуникационные технологии, связи, программное обеспечение, а в первую очередь, я хочу обратить внимание, что это, скорее, регламенты – новые регламенты, новые порядки, новые бизнес-процессы взаимодействия между участниками. Между участниками не только внутри системы здравоохранения, но и между участниками других отраслей, потому что мы с вами тоже говорили об этом, когда закон разрабатывали, что основная полезность для людей всегда на стыке между отраслями. Сегодня мне нужно взять справку для того, чтобы получить водительское удостоверение, завтра ребёнку нужно получить справку, чтобы отправить его в школьный лагерь и так далее.

Коллеги, чтобы вам было легче разобраться, мы разделили все мероприятия на четыре части.

Есть мероприятия, которые направлены на доведение до 100 процентов инфраструктуры – это оборудование, электронные подписи для всех врачей для того, чтобы наше взаимодействие было юридически значимым, и тогда у нас бумага уйдёт из здравоохранения. Это, соответственно, компьютерное оборудование, это медицинские информационные системы.

Далее. В проекте заложены уже изменённые те самые бизнес-процессы, про которые я говорила. У нас к 2022 году между медицинскими организациями и Фондом социального страхования должно быть полное, так скажем, бесшовное взаимодействие. И я говорю сейчас не только про электронный больничный, но и про родовой сертификат. Мы с коллегами из Фонда социального страхования достаточно плотно работаем, у них очень много идей по социальным услугам.

То же самое с Бюро медико-социальной экспертизы. До 2021 года, эта задача также поставлена Президентом России, мы должны сделать бесшовное взаимодействие по обмену документами для того, чтобы гражданам с ограниченными возможностями было удобнее подтверждать, например, инвалидность и получать различные социальные льготы.

Второй блок, опять же, направлен на изменение бизнес-процессов. Это создание централизованных систем в субъекте Федерации в региональном здравоохранении.

Вся наша политика сейчас направлена на то, чтобы делать датацентричные системы, то есть вся информация в цифровом формате должна накапливаться одном месте, именно это потом будет служить заделом, позволяющим эту информацию использовать для того, чтобы учить машины, внедрять искусственный интеллект и так далее. Но это уже следующий этап. А пока все субъекты Федерации должны до 2023 года завершить создание таких централизованных систем субъектов, причём поэтапно.

До конца 2020 года везде должна быть завершена единая система диспетчеризации скорой помощи. Напомню, что у нас сейчас есть параллельный федеральный проект по санитарной авиации, и это должно быть между собой взаимоувязано. Система должна просчитывать оптимальный маршрут для данного пациента с данным состоянием или с данным диагнозом – куда его довезти, где его должен забрать вертолёт или самолёт и куда отвезти после приземления. И медицинская организация, куда будет доставлен человек, уже должна знать, что пациент к ним скоро поступит. Это управление потоками пациентов.

И ещё одна насущная проблема – управление льготным лекарственным обеспечением от момента назначения препарата до момента его отпуска.

До 2021 года во всех субъектах Федерации должно быть завершено внедрение электронных рецептов, должна быть внедрена единая электронная медицинская карта, которая является инструментом для преемственности и оказания медицинской помощи, должны заработать центральные архивы медицинских изображений и единые лабораторные системы, для того чтобы, во-первых, пациент не сдавал несколько раз одни и те же анализы, а во-вторых, для того чтобы экономить время и средства здравоохранения.

И, наконец, до 2023 года должны быть внедрены новые системы. О них говорит сейчас в каждом своём выступлении Вероника Игоревна, потому что мы понимаем, что нам необходимо внедрять цифру именно уже отдельно по каждому профилю.

У нас, опять же, есть федеральный проект по созданию и развитию национальных медицинских исследовательских центров, которые должны стать головными организациями и отвечать за свои регионы по своему профилю во всей стране. В этой некой курации, в анализе, насколько правильно в субъектах Федерации соблюдаются клинические рекомендации на всех уровнях медицинских организаций, насколько правильно маршрутизируется пациент, насколько должным образом соблюдаются сроки. И трансфер новых инноваций, новых технологий, которые этими национальными центрами разрабатываются для того, чтобы их использовали врачи во всех медицинских организациях страны. И вот этому помогут наши вертикально интегрированные системы, которые будут сопровождать этот двухсторонний процесс.

Мы планируем до 2023 года, очень надеюсь, что у нас получится, 4 профиля. В этом году мы начали уже с онкологии, сразу следом будет кардиология, потом акушерство, неонатология и профилактика.

Безусловно, граждане должны почувствовать результат нашего проекта по тому, что изменится, трансформируется, станет более эффективной сама система организации системы здравоохранения, что машины, информационные системы будут помогать врачам обследовать, диагностировать и лечить пациента.

Но также цифровые технологии позволяют и гражданам получать дистанционные сервисы.

В 2017 году мы запустили личный кабинет пациента на едином портале государственных услуг. Сейчас на него выведены в нашей терминологии уже все сервисы, но ещё не все медицинские организации не всех субъектов Федерации предоставляют необходимую информацию в цифровом формате. Поэтому сейчас пока мы считаем, что личный кабинет работает не в полную силу, потому что он ещё недоступен для всех граждан Российской Федерации.

И вот, как квинтэссенция всего нашего федерального проекта, мы будем считать, что мы справились с задачей, у нас действительно появился цифровой контур с правильными регламентами взаимодействия между всеми участниками, между всеми медицинскими организациями, когда у нас каждый гражданин сможет получить доступ к своим электронным медицинским документам, сможет их скачать, предоставить их другому врачу, сможет отправить их для выяснения второго мнения или сохранить у себя и так далее.

Я заканчиваю, коллеги. Вот такой рапорт. Я бы хотела проблематизировать, сказать, какие у нас есть риски и с какими основными задачами мы должны справиться.

Безусловно, номер один и для нас, и, я думаю, для отрасли, это скорость – насколько быстро мы меняем наше здравоохранение путём принятия необходимых нормативных правовых актов.

Министерство здравоохранения Российской Федерации полностью берет на себя ответственность за это и отдаёт отчёт, что от нашей скорости и эффективности зависит развитие отрасли.

Далее. Раньше цифровизация или информатизация, как её раньше называли, заключалась в том, что разработчики брали существующие процессы, существующие документы и переводили их в цифровой формат или в электронный формат. Безусловно, это, возможно, как-то повысит или улучшит, сделает более удобной жизнь, но это не изменит нашу жизнь, потому что прежде чем что-то переводить в цифру, нужно проанализировать сами процессы. И сейчас мы приступим к тому, что все региональные основные процессы мы опишем и только после этого выработаем некие требования уже к каждой подсистеме регионального здравоохранения.

Следующее. Безусловно, важно выполнение субъектами Федерации своих планов федерального проекта. Коллеги, чтобы у нас не получилось как в 2018 году, когда было всё, были условия, было время, были деньги, но чего-то не хватило, чтобы выполнить намеченное. Мы понимаем, что сейчас большая проблема в субъектах Федерации – это компетенции, цифровые компетенции.

Даже на федеральном уровне. Мы, федеральные заместители министров, сейчас проходим обучение по цифровой трансформации, некие курсы. Я знаю, что сейчас наши коллеги, которые отвечают за цифровизацию, также учатся на этих курсах цифровых трансформаторов или цифровых офицеров, их по-разному называют.

Я вот начала уже обучение и точно знаю, что моя задача – обучить региональных министров. Мы можем обучить пока только государственных служащих, к сожалению, но я уверена, что нужно учить всех главных врачей медицинских организаций, мы без этого просто не сделаем ту трансформацию, которую наметили.

Что касается качества программного обеспечения.

Разработчики программного обеспечения должны отдавать себе отчёт и всё-таки понимать, что сначала анализ бизнес-процессов, анализ нормативных актов, далее – изменение медицинских информационных систем. И мы постараемся, чтобы эти усилия были обобщены. Я сейчас скажу как.

Два слова про обучение врачей. Мы недавно с правительственной делегацией ездили в Корею и посетили там медицинскую клинику «Бунданг», там очень продвинутое программное обеспечение. Его разрабатывали именно в этой медицинской организации 10 лет сами врачи. То есть врач стоял и говорил, что нужно делать и как должен выглядеть процесс.

Перед нами стоит более тяжёлая задача, у нас меньше времени и очень большая страна, нам нужно это сделать не в одной медицинской организации, а во всех.

И я ещё не сказала, что у нас всё-таки основные средства федерального бюджета, которые на этот проект будут потрачены, пойдут на инфраструктуру и на софт, но изменения медицинской отрасли будут происходить не только за счёт самого наличия цифры. Безусловно, новые инновационные решения должны достаточно быстро использоваться и масштабироваться в здравоохранении.

Нам предстоит придумать практически новый механизм по той самой трансформации, и использование в отрасли новых инновационных решений – такой технологический лифт от идеи до масштабного использования.

Вот для всего этого мы сейчас создали новый центр, центр компетенций цифровой трансформации системы здравоохранения на базе нашего подведомственного учреждения – Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения.

Это будет действительно масштабная организация, часть её отделов раньше уже работала. Это наш проектный офис по работе с субъектами Федерации и это наша регламентная служба по разработке нормативно-справочной информации, но туда добавятся ещё два важных направления.

Во-первых, это методология, чтобы описать все эти бизнес-процессы и регламенты по направлениям. И мы приглашаем туда по группам. Во-первых, экспертное сообще-

ство сможет инициировать эти группы. Вот вы считаете, что нужно не только описывать существующие системы или новые системы, а нужно проработать какой-то отдельный процесс? Тогда инициируйте, открывайте экспертную группу. На выходе у нас должно появиться или описание для создания технического задания системы, или некий регламент. Вот эта методология, направление методологии будет объединять всю отрасль, всех заинтересованных людей.

И, наконец, ещё одно направление, мы его называем «цифровая песочница». Это именно для того, чтобы проводить некие пилотные проекты, в которых будут участвовать наши национальные центры, медицинские организации, которые входят в состав медицинских вузов, и крупные IT-разработчики. Если появляется какая-то новая идея, новое решение, то сначала нужно провести пилот. Именно врачебное сообщество должно подтвердить, что это полезно и что действительно нужно посчитать медико-экономическую составляющую данного нового решения и возможность масштабирования этого, а не как сейчас происходит, когда разработчики систем пытаются показать своё решение чиновникам и сказать, что это очень инновационная вещь, давайте посмотрим на неё. То есть нужно придумать и реализовать систему таких технологических лифтов от идеи до масштабирования.

И завершу я тем, что скажу, что этот центр компетенции мы собрали, мы его сделали, он пока существует формально, в нём половина ставок пока пустые. Мы приглашаем всех, кто хочет и может, на работу в этот центр компетенции. И добро пожаловать!

А мы глубоко верим, что внедрение цифровых технологий и трансформация отрасли нам по плечу и у нас все получится. Спасибо за внимание!

*(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Действительно, в структуре всех федеральных, национальных проектов здравоохранения, я думаю, проект, касающийся цифровизации, является определяющим, ключевым. Можем мы себе представить современные кадры вне информатизации? Нет.

Мы можем себе представить успехи в онкологии, возьмём хотя бы просто регистр, не говоря уже об обмене информацией, без цифровизации нужного уровня? Нет.

Кардиология. Вот сегодня было сказано, например, про тайминг и взаимодействие, маршрутизацию пациентов. В Москве 30 процентов результатов плюс по летальности – это и есть система, когда пациента ещё везут, а бригада хирургов уже руки моет. Это стало возможно только благодаря цифровизации, причём адекватной, качественной, корректной. У них практически нет ошибок, сбоев в этой системе. Пожелаем им всем удачи. И всё это надо, конечно, распространить на страну.

Вот мне пришла в голову такая ассоциация. Знаете, есть аминокислота, промуоутер, без которой любая белковая цепь не собирается, – метионин, она всегда первая. Без неё, вот хоть ты имей два мешка аминокислот, белковая цепь не будет собираться. Вот такое значение, мне кажется, имеет проект цифровизации, без него ничего не может двигаться вперёд.

Спасибо большое.

Позвольте предоставить слов Михаилу Александровичу Меню, аудитору Счётной палаты Российской Федерации.

Коллеги, я вынужден напомнить о регламенте.

**Мень М. А.** Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Уважаемый президиум!

Буду краток. Хочу сказать, что единый цифровой контур здравоохранения создаётся на основе единой госсинформационной системы здравоохранения. Необходимо отметить, что фактически выполнение данной задачи началось, как уже было сказано, в 2017 году в рамках мероприятий приоритетного проекта «Электронное здравоохранение». И продолжается эта работа сегодня в рамках нацпроекта «Здравоохранение». И вот мы, опираясь на наши экспертно-аналитические и контрольные мероприятия,

посмотрели, как расходовались деньги. По сути, получается, в рамках здравоохранения это третий проект по объёму, по финансированию после детского здравоохранения, это 211 миллиардов. И борьба с онкологией в целом 969 миллиардов. Здесь 177 миллиардов – это действительно серьёзная, большая задача.

У нас есть определённые замечания и пожелания к Минздраву России по нормативке, но Елена Львовна знает все эти замечания, мы работаем в постоянном режиме. Могу отметить, что вообще по результатам 2019 года в пяти субъектах Российской Федерации должно уже начаться полное функционирование государственной информационной системы в сфере здравоохранения, соответствующее требованиям Минздрава России. Но мы пока видим, что в настоящее время требования не утверждены. Они находятся в Минюсте России, вот дай бог, чтобы они вышли в ближайшее время, потому что это является сдерживающим фактором и может приостановить достижение этого показателя.

И ещё хочу отметить: по нашим контрольно-экспертно-аналитическим мероприятиям мониторинг реализации приоритетных проектов в 2018 году показал, что из десяти контрольных точек по состоянию на 1 января 2019 года выполнено восемь из десяти, из них пять, в том числе предусматривающие принятие соответствующих нормативно-правовых актов, исполнены с нарушением срока. Так что нам нужно, конечно, постараться, чтобы результат 2019 года был несколько более продуктивным.

И в завершение хочу сказать, что Елена Львовна очень правильно отметила: если мы не будем работать с каждым врачом, чтобы с этими электронными системами подружались те люди, которые работают с пациентами, то ничего не получится, ничего не произойдёт. Всё зависит все равно от человека, и сколько бы мы там железа ни поставили, если оно не будет эксплуатироваться правильно, если не научатся наши не только молодые специалисты, выпускники вузов, но и уже действующие врачи пользоваться этой системой, то все усилия, что называется, уйдут в свисток. Вы знаете, есть такая притча о том, что второе пришествие Христа состоялось. Явился он в виде врача. И когда к нему привезли пациента на коляске, то Христос сказал: встань и иди. Больной встал и пошёл. Другие пациенты ждали и спросили его: ну как тебе новый врач? Он ответил: такой же, как и остальные, даже не поговорил. То есть, это, конечно, шутка, но она говорит о том, что всё равно, что бы мы ни делали в плане ремонтов, в плане железа, в плане техники, в плане цифровизации, всё равно важно, чтобы за всем этим стоял настоящий врач.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо большое, уважаемый Михаил Александрович.

Коллеги, позвольте предоставить слово председателю Фонда социального страхования Российской Федерации Андрею Степановичу Кигиму.

Уважаемые коллеги, я вынужден уйти на Совет Государственной Думы, попрошу Леонида Анатольевича Огуля вести «круглый стол» далее. Спасибо.

**Кигим Л. А.** Спасибо большое, коллеги.

Поскольку Дмитрий Анатольевич задал тему парламентского контроля, единого контура, мне бы хотелось сказать, что Фонд соцстраха, конечно, потребитель услуг, которые предоставляет Минздрав России. Потребитель, потому что, во-первых, безусловно, Фонд соцстраха оплачивает больничные листы и родовые сертификаты. Поэтому вместе с ФОМСом и с Минздравом России мы занимаемся теми, кто встаёт на учёт в ранние сроки беременности, только они занимаются этим профессионально, а мы платим денежку. И тратим на это дело 300 миллиардов в год – на пособия по беременности и родам.

Второе. Безусловно, мы довольны общением с Росздравом, потому что эта организация следит за тем, чтобы инвалидам, которых Фонд соцстраха обслуживает, предоставлялись качественные товары. Это означает ответственность за контроль за медицинскими изделиями, и в этом отношении это тоже та часть контура, которой мы пользуемся.

Сегодня было сказано, что вот депутаты, сенаторы следят за законопроектами. Я действительно очень благодарен, потому что закон об электронном больничном был принят, и с 1 июля прошлого года мы начали активно внедрять электронные больничные уже в качестве полноценной меры. Что всех смущало? Всех смущал вопрос, готов ли к этому Минздрав России. Я хотел сказать, Елена Львовна представляет здесь ведомство, которое оказалось готово. И вы видите, что у нас большинство учреждений медицинских подключено – больше, чем 50 процентов учреждений по территории. У нас меньше 50 процентов подключений только в Тюмени и в Ярославле. А в восьми регионах даже 100-процентное подключение больниц. Почему для нас это было важно? Потому что, когда мы с Минздравом России начинали этот проект, мы сразу же говорили, что Фонд соцстраха использует имеющуюся информационную систему и исходит из графика подключения к сети Интернет больниц, для того чтобы нам было понятно, как будет этот больничный внедряться.

Ещё мы хотели подчеркнуть, что к этому оказались готовы не только учреждения, но и работодатели. На сегодняшний день мы выдали более 7 миллионов 900 тысяч больничных с момента запуска проекта.

Почему это важно? Потому что я помню, когда мы прочитали, что в Башкирии детский сад «Семицветик» выдал электронный больничный, мы поняли, что народ уже готов к электронным больничным даже на уровне воспитателей в садике. Это на самом деле очень существенный момент.

У меня возникло подозрение, когда я увидел, что 600-тысячный электронный больничный выдан в Краснодаре в фонде соцстраха. Я было подумал, что это не случайное совпадение, что это сделано к юбилею. Но стали проверять, и оказалось, что у нас с Минздравом России посекундная тарификация больничных. В момент, когда врач вводит данные у себя на компьютере, это сразу же отражается в нашей информационной системе. Это означает, что проект, который депутаты поддержали по инициативе Правительства России, оказался работоспособным, инфраструктура готова. А что нас ждёт в дальнейшем?

Елена Львовна очень подробно рассказывала о контурах. Я считаю, что это очень хорошо, что у Минздрава России такое видение.

Что мы, как потребители, хотели бы поддержать в наших взаимоотношениях с Минздравом России? Безусловно, полный переход на электронный документооборот.

Напомню, что мы в год выдаём 42 миллиона больничных и обслуживаем примерно миллион инвалидов. Мы отправляем в год примерно 150 тысяч инвалидов в различные санатории, покупаем технические средства реабилитации, для нас очень важно было бы разгрузить людей от бумажной волокиты и дать им возможность постараться больше следить за здоровьем.

И в этом отношении мы целиком за электронный документооборот с Минздравом России, нас это будет касаться, в частности, по талончику № 2. Напомню, что областные минздравы направляют в центры высокотехнологической медицинской помощи пациентов, а мы их оплачиваем, и справку № 070-у.

Почему нам важен единый контур? Вот мы перешли с РЖД на электронную форму работы с реестром инвалидов. То есть когда сегодня инвалид приходит на вокзал получать билет на основании путёвки, которую ему покупает Фонд соцстраха, то система логистики такова: при продаже этому инвалиду билета РЖД заходит в нашу базу данных и видит его маршрут. Более того, РЖД предоставляет инвалиду услугу купить билет на обратном пути, если инвалиду стало плохо, он вышел где-то или после санатория решил ехать другим путём.

Как только мы с Минздравом России получим формы номер 2, талоны и 070-у, мы замыкаем это целиком в электронный контур и надеемся ещё более качественно обслуживать граждан.

Выдача справок о постановке на учёт в ранние сроки беременности и родовых сертификатов, о которых говорила Елена Львовна, безусловно, нами обсуждается с Минздравом России, и мы считаем, что это очень конструктивное ведомство, которое вместе с нами сможет сделать такой единый контур.

Что мы получаем помимо перехода на цифру с точки зрения эффективности управления?

Следующий проект, который мы хотим реализовать с Минздравом России – это единая медицинская карта работника.

Сегодня работодатель ведёт медицинскую карту, туда заносятся данные медицинских осмотров на рабочем месте. Человек может болеть и в быту. Если бы такой проект был реализован, а это как раз задача для Минздрава России – оценить целесообразность такого проекта, и для депутатов – поддержать его на юридически значимом уровне, то нам, как Фонду социального страхования, удалось бы реализовать несколько моментов.

Первый – экстерриториальность. Это означает, что человек мог бы получать любую услугу на территории России, и инвалиду, если он уехал, например, из Москвы в Тамбов, не нужно было бы посещать второй раз медицинскую организацию. Запросили бы его карту, выдали бы ему соответствующий талончик.

Второй. Мы могли бы с Минздравом России объединить усилия, потому что медики занимаются диспансеризацией и медосмотрами, мы занимаемся профессиональными осмотрами. Точка пересечения очень хорошая.

И мы могли бы унифицировать эту работу. Это дало бы нам возможность иметь единую карту, в которой были бы данные по человеку. Тогда у нас появилась бы большая достоверность для принятия решений медицинскими организациями, и электронный формат был бы здесь как нельзя кстати.

Что это даёт нам как Фонду социального страхования? Во-первых, мы были бы заинтересованы сразу же расширять эти сервисы за счёт электронных гаджетов, которые сегодня имеют все, в том числе таких как глюкометры, которые люди уже сегодня вшивают себе в плечо и которые в состоянии следить за здоровьем. Для нас это важно, у нас с Минздравом опять единый контур – Минздрав России занимается диабетом, а мы должны на ранней стадии вместе с ним понудить гражданина, подчёркиваю слово «понудить», заботиться о своём здоровье. Потому что если инвалиду ампутировали конечность, мы покупаем протезы, и не хотелось бы, чтобы человек, у которого диабет, пострадал из-за того, что несвоевременно получил эту информацию.

С Минздравом России мы считаем это серьёзным проектом в рамках тех, о которых рассказывала Елена Львовна.

Кроме того, у нас появляется контроль за сроками лечения и сопоставление с установленными стандартами.

Третье. Мы сможем тогда, как Фонд соцстраха, поскольку мы оплачиваем больничные листы, вместе с Минздравом России и Росздравнадзором посмотреть, где у нас, не дай бог, ошибся врач, где неправильная диагностика и лечение, а где виноват сам пациент.

Наконец, то, о чём здесь уже говорилось: такой электронный формат медицинской карты позволил бы узнать второе мнение. И вот здесь, я согласен с Еленой Львовной, мы готовы обезличивать данные, и Фонд соцстраха вместе с Минздравом России и Росздравом был бы заинтересован реализовать такой проект, чтобы тех, кто приходит к нам за выплатами, в спорных случаях мы могли направлять ко второму врачу, что даст возможность, имея обезличенные данные, понять, нет ли здесь злоупотребления.

И вот это, наверное, главная задача нацпроекта Минздрава России – меняется концепция отношения к человеческому капиталу.

По сути, мы начинаем от индивидуального подхода к здоровому образу жизни переходить к индивидуальному контролю за здоровьем, ну а далее Фонд соцстраха, наверное, мог бы делать индивидуальные тарифы.

Мы уже говорили о том, что проект поддерживают работодатели. Почему единая медицинская карта является интересным проектом для работодателей? Работодатели оплачивают переподготовку человека. И по большому счету, возникла у него астма из общих каких-то проблем или из-за профзаболевания в шахте, работодателю не столь существенно, он не должен потерять человека.

И вот с точки зрения выявления на ранней стадии таких факторов, обеспечения работника своевременным лечением, а также рекомендациями врача по изменению образа жизни (а в части, касающейся Фонда соцстраха, мы имеем право снять человека с производства на период реабилитации) единая медицинская карта – это та программа, которая должна устраивать и государство, и работодателей, и работников.

Ну, и поскольку мы приходим всегда, как просители, в Государственную Думу, потому что законодатели определяют правила, по которым живёт страна, то мы хотели попросить депутатов порекомендовать Минздраву России, Минтруду России, ФОМСу продолжить работу по созданию юридически значимого документооборота, который бы обеспечил конституционное право человека этой страны на жизнь.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

**Председательствует заместитель председателя  
Комитета Государственной Думы по охране здоровья Л. А. Огуль**

**Председательствующий.** (*Не слышно.*)

**Куриный А. В.** Спасибо, Леонид Анатольевич.

Я рад от фракции КИРФ приветствовать всех участников сегодняшнего совещания.

Возвращаясь к теме, скажу, что всё-таки цифровой контур или, скажем так, цифровое здравоохранение – это совершенно другой уровень. Мы даже ещё не совсем представляем, к чему это может привести, по большому счету.

Эти контрольные функции, про которые мы говорим неоднократно, уже сейчас проявляются. С Михаилом Альбертовичем приходилось долго дискутировать на предмет того, достаточное ли количество выписывается сегодня рецептов на льготные лекарственные препараты нашим льготникам или недостаточное? И насколько достоверны те отчёты, которые приходят в Минздрав России, про 98 или сейчас 96 процентов обеспеченности?

Вот мы такую систему выписки лекарственных препаратов в моей родной Ульяновской области проанализировали, и оказалось, что там около 25 тысяч рецептов просто отметались, они не попадали в статистику, и в результате составлялись отличные отчёты при совсем другом положении дел. Это первый вариант учёта.

Второе – это маршрутизация, про которую вы говорили. Самый элементарный вариант. Вот лежит больной с инсультом в районной больнице. Почему он там оказался? Начинаешь выяснять, оказывается, по приказу, по порядку он должен был быть доставлен в сосудистый центр, но он туда не был доставлен. Но об этом мы узнаем только в результате таких вот проверок постфактум.

А в рамках единого цифрового контура в такой ситуации должна была загореться красная лампочка на уровне Минздрава России, и там бы стали выяснять, почему больной Иванов, у которого есть нарушение мозгового кровообращения, не оказался вовремя в том месте, где он должен был быть. Опять же это касается и кардиологических больных, больных с ОКС, про которых говорил наш председатель Дмитрий Анатольевич.

Но с 2012 года мы начали заниматься вот этой самой цифровизацией, и каждый регион создавал свою информационную систему. К их стыковке мы теперь должны прийти только к 2021–2023 году. Почему? С самого начала, в 2012-м, 2013-м, 2014-м годах не была

поставлена единая задача стыковки всех информационных систем. Почему же именно тогда не появился приказ о требованиях к этой информационной системе, и сегодня мы вынуждены на уровне регионов стыковать порой абсолютно нестыкуемые системы? Где-то систему разрабатывала одна фирма, где-то другая, где-то третья, где-то четвёртая, где-то добились одного, где-то третьего. Сейчас мы это всё за отдельные деньги, приличные деньги, будем собирать в единый контур, который можно было создать ранее.

И к вопросу о национальном проекте как способе освоения денег. Я хотел бы всё-таки несколько уйти от вопроса про освоение вот этих 170 миллиардов, потому что это действительно очень тонкая материя, которая включается в несколько проблем, которые на сегодня должны быть, на мой взгляд, озвучены. Вот то, что касается онкологии.

Слава богу, Вероникой Игоревной чётко поставлена задача по формированию цифрового контура: диагностика, сроки лечения, правильность лечения – вся эта система должна быть готова уже фактически летом этого года. Это намного облегчит систему контроля и повысит эффективность использования тех немалых средств, которые сегодня на онкологию выделяются. Потому что если выявленного больного не начать лечить, как положено по приказу, в течение двух недель или если его не послать на диагностическое исследование, которое ему крайне необходимо, то исход может быть совершенно другим. И сквозная система вертикального контроля сверху донизу этой онкологической помощи – это то, что сегодня крайне необходимо. И я думаю, в июле, в августе мы всё-таки увидим, как это на деле заработает.

И о других проблемах коротко, штрихами. Первая проблема – это дублирование хранения данных, огромных данных, и защита этих самых данных. При таком большом количестве потребителей плюс подключения к этому ещё и коммерческих структур не получилось бы так, что эти данные начнут массово появляться там, где они не должны быть. Я имею в виду данные о диагнозе, о назначенном лечении, о состоянии здоровья. Мы помним, и в Алтайском крае уже такое было, и в Липецкой области, когда тысячи историй болезни вдруг оказались в сети Интернет по каким-то непонятным причинам. Вот это должно быть чётко проработано, так же, как и система дублирования данных, чтобы их утеря на одном сервере не приводила к тому, что человек фактически останется без истории болезни и необходимой базы данных для его лечения.

Удобство? Безусловно, удобство будет, я думаю, колоссальное с точки зрения получения справок, исключения дублирования, для каждого из здесь сидящих. Через «личный кабинет» это будет реализовано либо через какие-то иные защитные механизмы, но это действительно будет огромный шаг вперёд, который надо сделать.

И, наконец, последние три момента. Это качество принятия решений, это абсолютно другой уровень контроля принятия решений на госпитальном, догоспитальном, на любом уровне. Сегодня в плане маршрутизации это уже работает и может работать. А далее врач будет видеть внутри этой системы возможные варианты лечения, его будет поправлять сама система уже в рамках, скажем, искусственного интеллекта либо в рамках специальных программ, и не допускать совершения грубых ошибок. Вот этот будет первый вариант.

Второе. Это научные данные, которые эта система будет собирать. Я абсолютно убеждён, что это значительно облегчит систему анализа огромных научных данных, естественно, в рамках выработки соответствующих стратегических решений. И совершенно другой уровень прогнозирования, к чему эта информационная система должна в итоге привести: прогнозирование состояния здоровья, прогнозирование уровня развития того или иного заболевания в целом или по отдельному пациенту.

В любом случае, это крайне необходимо, это крайне нужные направления. Я думаю, от реализации этого во многом будет зависеть и возможность выполнения тех положений указа Президента России, которые поставлены и к 2024-му, и к 2030 году.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо, Алексей Владимирович.

Уважаемые коллеги, слово предоставляется Дмитрию Викторовичу Кондратенко, президенту Национальной ассоциации здравоохранения.

Прошу, пожалуйста, проблемы и предложения. До пяти минут.

Готовится Александр Сергеевич Федонников.

**Кондратенко Д. В.** Здравствуйте, уважаемые коллеги!

Национальная ассоциация здравоохранения создана при участии Ассоциации малых и средних городов России как раз для решения проблем здравоохранения в малых и средних городах России. Мы очень ждали принятия закона о телемедицине и очень рассчитывали на то, что он решит проблемы села. В частности, это нехватка узкопрофильных специалистов. Вынуждены признать, что на данный момент, к сожалению, этого не произошло, так как отсутствует механизм получения полноценных консультаций «Сельский доктор» и узкопрофильных специалистов. Вот наши пожелания и предложения – учесть эти моменты.

Почему это происходит? Основное, как я сказал, это отсутствие механизма. Ещё проблема, на которую я хотел бы обратить внимание, – это отсутствие врачей в малых городах, посёлках, где, честно говоря, не горят желанием применять новшества. Основная причина – правовая неосведомлённость и нехватка информации. И самый главный вопрос, который мне задавали врачи районных больниц, маленьких медицинских центров: кто будет нести ответственность? Я имею в виду, при дистанционной консультации. С одной стороны, доктор, который консультирует и, не видя пациента, не хочет брать на себя ответственность, а с другой стороны, доктор сельской больницы, не являясь специалистом в какой-то области, тоже не хочет брать на себя ответственность. И здесь возникает огромный правовой пробел, на что мы хотим обратить внимание.

Исходя из этого, наша ассоциация разработала некий продукт для юридической помощи врачам. Мы надеялись, создавая этот продукт, что поможем решить все эти юридические вопросы, они смогут войти в цифровой контур. Я считаю, было бы правильно, чтобы при решении любого вопроса можно было воспользоваться такой кнопкой «правовая помощь», чтобы врач мог сразу получить информацию, на что он имеет право, на что не имеет и что делать ему в том или ином случае.

Мы создали юридическую службу, которую может использовать любой доктор и получить ответ на любой вопрос, связанный с юридической проблемой. На данный момент это цифровое здравоохранение, и мы хотим, чтобы юридическая помощь присутствовала в этом цифровом контуре.

Самый главный результат нашей деятельности мы видим в предоставлении возможности реализовать право на бесплатную юридическую помощь, предусмотренную законом. Сейчас, как только у врача возникает проблема, он идёт за юридической помощью как гражданское лицо, не как врач. И ему по закону предоставляют бесплатного адвоката. Но совсем не факт, что этот адвокат специализируется именно на медицинских вопросах. И наше предложение – создать такое специализированное сообщество, чтобы при назначении адвоката рекомендовались те из них, которые специализируются на медицинских вопросах. Сейчас у нас создан механизм, с помощью которого мы на начальном этапе анализируем дела, и есть юристы, которые специализируются в области здравоохранения, и мы можем рекомендовать их. Но это пока реализуется в пилотном проекте. Я думаю, более правильно в системе здравоохранения создать такое сообщество адвокатов по медицинским вопросам.

Было предложение создать экспертный совет. Мы могли бы принять активное участие в его создании именно с точки зрения экспертизы юридических вопросов и участвовать в создании юридического справочника в цифровой системе. Я думаю, со временем у нас появится очень много вопросов, и уже можно будет в автоматическом режиме давать на них юридические ответы.

На данный момент разработано несколько программ юридической помощи, которая включает в себя и ответы на юридические вопросы, и проведение семинаров, вплоть до полного юридического сопровождения всего медицинского центра и, соответственно, врачей.

Спасибо за внимание. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо, Дмитрий Викторович.

Слово предоставляю Александру Сергеевичу Федонникову, проректору по научной работе Саратовского государственного медицинского университета имени Разумовского Минздрава России. Пожалуйста.

**Федонников А. С.** Уважаемые коллеги, Саратовский медицинский университет на протяжении ряда лет осуществляет научные исследования и разработки в области создания медицинских информационных систем и электронных медико-социальных сервисов, функционирующих на основе онлайн-коммуникаций, позволяющих обеспечить применение цифровых технологий в практике здравоохранения.

Неравный доступ населения к ресурсам здравоохранения на региональном уровне обусловлен неравномерностью распределения его экономических ресурсов, географической удалённостью населённых пунктов не только от высокотехнологичных центров оказания медицинской помощи, но и от пунктов предоставления первичной медицинской помощи, дефицитом кадров в сельской местности. Всё это создаёт определённые барьеры, которые препятствуют реализации конституционных прав пациентов, а также нарушает этический принцип справедливости в медицине, определяя неравенство к доступу медицинской помощи.

Соответственно, IT-продукты, которые мы создаём, являются одним из приоритетных направлений работы по повышению эффективности и обеспечению доступности медицинской помощи, и что важно – реабилитации, так как позволяют достичь определённых медико-социальных результатов без существенных инвестиций в инфраструктуру отрасли.

Так, с целью повышения качества медицинской помощи, организации послеоперационной реабилитации пациентов на базе нашего Института травматологии и ортопедии с прошлого года была разработана и апробируется в настоящее время система мониторинга обратной связи на основе онлайн-коммуникаций. Эта система позволяет обеспечить систематическое, интерактивное, модерлируемое, самое главное, взаимодействие пациента с нашими специалистами на этапе как подготовки к госпитализации, так и работы в послеоперационном периоде.

Здесь надо отметить, что наш институт оказывает медицинскую помощь пациентам, проживающим в 60 субъектах Российской Федерации. Но тут следует сказать ещё о том, что большая часть из них проживает на территориях, географически удалённых от крупных медицинских центров. Поэтому созданный IT-продукт, являясь бесплатным, активно используется нашими пациентами. Эта разработка позволяет решить в масштабах нашей страны классическую проблему центра и периферии.

Более того, продолжая выступление председателя Федерального фонда социального страхования, отмечу, что мы сейчас ведём переговоры, к нам обращались руководители санаториев, потому что пациенты могут выбирать, где им проходить санаторно-курортное лечение.

И вот, уважаемая Елена Львовна, когда вы в докладе своём сказали о корейском опыте, мы готовы подтвердить: да, мы несколько месяцев отработывали только внутреннее техзадание, это не так просто оказалось создать. То есть у нас есть модератор, мы кадровую проблему решили – клинпсихолог у нас этим занимается, потому что главный вопрос – коммуникации. Есть специально назначенные ответственные врачи разных направлений. Мы ещё не знали, какие вопросы будут, там же модуль обратной связи.

Также следует отметить ещё один важный момент – медицинский регистр. У нас есть Институт кардиологии, который совместно с НИИ кардиологии в Москве уже много лет разрабатывает регистр федеральный в рамках государственных заданий.

Ещё весьма существенно то, что (в плане предложения в проект) всё-таки необходимо использовать «облачные технологии» и элемент искусственного интеллекта не по системе «сервер – клиент», а уходить уже на другой уровень, чтобы исключить всё лишнее дублирование и экономические затраты.

Хотелось бы также сказать, почему мы хотим именно медико-социальные сервисы. Потому что медицина у нас не просто технологическая отрасль, а именно часть социальной подсистемы в силу статьи 7 Конституции России, которая решает социальные задачи.

Вот предлагаемая в настоящее время модель не в полной мере помогает решать задачу комплексного сопровождения лиц, нуждающихся в этих видах помощи, так как согласно Федеральному закону № 242-ФЗ телемедицинские технологии охватывают только понятие «медицинской помощи, оказываемой в медорганизации», тогда как внедрение именно медико-социальных сервисов позволит привлекать разрозненные в настоящий момент различные службы, прежде всего социальные.

И мы хотим, кстати говоря, на втором этапе нашей работы с регионами привлекать специалистов, может быть, с немедицинским образованием для погружения в эту систему.

Ну и ещё одна вещь, о которой хотелось бы сказать несколько слов, – это система поддержки принятия решений. В настоящее время у нас и здесь есть опыт. Мы с июля 2018 года выполняем проект, финансируемый Фондом перспективных исследований, по разработке системы поддержки принятия решений в хирургии позвоночно-тазового комплекса. Многого удалось достичь, создан проект, прототип, позволяющий с математической точностью выбирать тип операции на основе данных биомеханического моделирования. Эти напряженно-деформированные состояния изучаются в системе «металлоконструкция – кость», но не будем сейчас в эти подробности вдаваться.

Наш фонд сразу потребовал создать рабочую программу для обучения специалистов. Мы сдали первый этап отчётов 9 марта, и на самом деле важно не просто создать продукт, я полностью это поддерживаю, а ещё и обучить специалистов, потому что в начале реализации проекта был достаточно серьёзный скепсис и непонимание врачами, как вообще всё это возможно. Вы говорили про центр компетенций – мы готовы наши материалы туда предоставить, если будет такая потребность.

Ну и если позволите, не буду останавливаться на технических предложениях, чтобы сэкономить время, они в раздаточном материале здесь представлены. Хотелось бы в конце отметить внедрение именно медико-социальных сервисов, именно регистров не просто пациентских, а регистров медицинской информации, которой могли бы пользоваться не только врачи, но также надзорные органы, органы социального страхования – в общем, весь, как говорится, корпус субъектов здравоохранения.

И, конечно, система поддержки принятия решений, то, о чём, Владимир Вольфович говорил. Вот эти СППВР позволяют давать врачу рекомендации, основанные на доказательных данных, привлекая ту самую доказательную медицину, о которой все говорят, но реально-то мы её внедрение сильно не видим. А это возможно только в условиях IT-продуктов, то есть в рамках того самого цифрового контура и цифрового здравоохранения.

Поэтому создание таких систем – это будущее и это тренд медицины не только российской, но и мировой. Мы пытаемся этому тренду следовать, мы видим отклик пациентов, действительно, это даёт нам стимул решать определённые проблемы.

Доклад окончен. Благодарю за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо, Александр Сергеевич.

Но я хотел бы напомнить, что здесь ведётся запись, и все те предложения, которые вы даёте, мы будем обрабатывать. И мне очень приятно, что здесь представители и Минздрава России, и Фонда социального страхования.

У нас недавно здесь прошли слушания с министром труда и социального развития Российской Федерации, где мы также обсуждали вопросы информатизации, введения единого электронного сертификата, в который будет погружаться всё, не только средства реабилитации для инвалидов, но и лекарственное обеспечение, и все те льготы, которые предоставляются людям разного возраста и разных категорий.

Уважаемые друзья, я хочу предоставить слово Евгении Александровне Берсеневой, руководителю Центра высшего и дополнительного профессионального образования «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Семашко». Пожалуйста.

**Берсенева Е. А.** Уважаемые коллеги, здравствуйте! Глубокоуважаемый президиум, здравствуйте!

Разрешите вам рассказать про некоторые наши наработки в сфере информатизации. Наш институт традиционно выполняет научно-исследовательские работы в рамках госзадания, и всеми работами, которые касаются информатизации здравоохранения, в нашем институте руковожу я.

Елена Львовна прекрасно и подробно рассказала про нормативную регуляцию, про развитие этой сферы в рамках информатизации, поэтому я не буду тратить время и повторять это.

Что я хочу вам сказать? Одним из базовых документов, как все прекрасно знают в этом зале, является Концепция создания единой государственной информационной системы здравоохранения. И одна из целей этой концепции – это повышение качества медицинской помощи на основе совершенствования информатизации технологических процессов.

Так вот, хочу сказать, что каждое новое дело, каждая инновация всегда имеет две стороны. И та самая информатизация, в которую мы с вами много сил вкладываем, приводит к появлению ошибок, о которых мы раньше не могли и помыслить.

Так, при создании медицинской документации врач, который зачастую не обладает навыками слепой быстрой печати, что делает? Использует шаблоны. И появление этих шаблонов, использование их в практике приводит к тому, что нарушаются не столько отдельные элементы документа, сколько разрушается именно смысловая целостность документа, и, соответственно, теряется возможность использовать этот документ на дальнейших стадиях лечебно-диагностического процесса как источник достоверной информации, а из-за этого у нас страдает качество медицинской помощи.

Одно из определений управления качеством нам говорит, что это не просто оценка конечного результата, а создание специального технологического процесса, обеспечивающего соблюдение определённых требований и норм.

Наша точка зрения состоит в том, что нам на службу надо поставить те же самые информационные технологии, которые и привели к возникновению этих новых ошибок и новых причин снижения качества медицинской помощи.

Вот цифры, которые мы получили в рамках выполнения научно-исследовательской работы из федерального страхового фонда.

Согласно представленной информации о деятельности территориальных фондов, при осуществлении контрольно-экспертной деятельности за период с 2013 по 2015 годы включительно было рассмотрено почти 9 миллионов случаев проведения экспертиз. Так вот из этих почти 9 миллионов практически 2 миллиона составили случаи нарушения оформления медицинской документации, что составляет 16,8 процента от всего объёма проведённых экспертиз.

В рамках научно-исследовательской работы нами создана по госзаданию автоматизированная система лексического анализа медицинских документов.

Как вы все знаете, в настоящее время экспертиза качества медицинской помощи и клинико-экспертная работа, как правило, осуществляются без использования информационных систем. А по данным федерального страхового фонда, в среднем 87 процентов медицинских документов содержат дефекты в количестве, достаточном для выставления штрафных санкций.

Относительно небольшой объём штрафных санкций связан с тем, что проверке со стороны страховых территориальных фондов подвергается всего лишь от 1,5 до 5 процентов документов.

Таким образом пациент, который попадает в медицинскую организацию, ещё и не может сам проверить качество получаемых на руки медицинских документов.

По итогам нашей работы мы выступали на заседании экспертного совета по медико-профилактическим наукам Академии наук, в ходе этого заседания после ознакомления с нашими результатами было принято решение о научной значимости и рекомендовано продолжить работу в плане практического внедрения результатов.

Поэтому одним из депутатов Государственной Думы было написано письмо в Минздрав России с предложением использовать результаты наших работ в деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В ответе Минздрава России было сказано, что представленные предложения, повышающие клиническую и экономическую эффективность деятельности отдельных медицинских организаций в сети и в системе здравоохранения на федеральном уровне, приняты к сведению и будут учтены в дальнейшей работе.

Ну, к сожалению, пока у нас с Минздравом России ещё не случилось общение на эту тему, надеюсь, всё в будущем.

Зачем нужна такая система? Это автоматизированный разбор медицинских документов, выявление и описание структуры медицинской лексики и формирование перечня ошибок, которые выявлены в документах. В качестве источников информации могут быть любые текстовые документы, созданные просто на рабочих местах или в рамках медицинских информационных систем.

Если вот сейчас начать использовать систему, у нас уже есть инструменты для разбора выписных эпикризов, осмотров при поступлении в приёмное отделение, протоколов операций и протоколов инструментальных исследований. Ведутся работы по следующим перспективным направлениям: амбулаторные карты, их составляющие, этапные эпикризы, консилиумы, дневники и дневники в реанимационных отделениях.

Кто может быть потребителем этих инструментов? Естественно, это и стационар, и амбулатории, и частные клиники, и органы управления здравоохранением. На уровне медицинских организаций это заведующие отделениями, врачи-эксперты, естественно, замы по качеству, администрации медучреждений, эксперты в информационно-аналитических медицинских центрах регионов и эксперты в органе управления здравоохранением.

**Председательствующий.** Евгения Александровна, заканчивайте...

**Берсенева Е. А.** Да, буквально одну фразу ещё.

В настоящий момент нами уже проведено практическое использование наших разработок в организациях разных форм собственности – это и государственные учреждения, и частная клиника, и федеральная медицинская организация, и клинический госпиталь ведомственной системы здравоохранения. И сейчас ведутся работы по организации на базе этого решения первичного мониторинга в рамках экспертизы качества медицинской помощи в регионах.

Спасибо большое за внимание.

**Председательствующий.** *(Не слышно.)* Спасибо.

Уважаемые друзья, с удовольствием хочу предоставить слово нашему представителю из региона Динаре Раисовне Еникеевой, заместителю министра здравоохранения Республики Башкортостан.

**Еникеева Д. Р.** Добрый день.

Спасибо большое.

В Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 20 февраля текущего года отдельное внимание уделено диспансеризации населения.

Многие хронические заболевания на ранних стадиях протекают бессимптомно, в связи с этим ранняя выявляемость заболевания либо риск его развития напрямую влияет на эффективность дальнейшего лечения.

Одна из основных задач диспансеризации помимо раннего выявления заболеваний и их факторов риска – проведение необходимых лечебных и профилактических мер и при необходимости длительное диспансерное наблюдение.

В Республике Башкортостан, как и в России в целом, основную долю – 44,5 процента в структуре общей смертности – занимают болезни системы кровообращения. По результатам проведённой диспансеризации определённых групп взрослого населения среди впервые выявленных заболеваний на первом месте также болезни системы кровообращения.

Анализ показал, что основными причинами высокого показателя смертности от БСК являются низкий уровень выявляемости заболеваний, неэффективность диспансерного наблюдения, недостаточный уровень профилактики и уровень информированности населения, дефицит кадров.

Современные информационные и телекоммуникационные технологии предоставляют новые возможности повышения эффективности диспансерного наблюдения, активное использование объективных инструментальных данных о состоянии здоровья пациентов и их машинная обработка в реальном времени позволяют реализовать целевой персонализированный подход в выборе стратегии и тактики лечения заболеваний и тем существенно повысить эффективность динамического наблюдения.

Наличие диагностического оборудования с возможностью дистанционной передачи данных через сеть Интернет в цифровом формате позволяет в режиме онлайн направлять данные о пациентах из любой удалённой медицинской организации. Для этого уже в настоящее время подготовлены необходимые условия.

В Республике Башкортостан последовательно реализуются мероприятия, обозначенные в региональных проектах – создание цифрового контура в здравоохранении, борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями, развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи.

В настоящее время в целях выявления и учёта пациентов, имеющих высокий риск развития болезней системы кровообращения, координация и контроль за проведением диспансерного наблюдения, мониторинг пациентов с выявленными сердечно-сосудистыми патологиями проводятся в единой республиканской медицинской информационно-аналитической системе.

Реализована система учёта, контроля, маршрутизации и мониторинга оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями БСК.

Основой системы мониторинга БСК является регистр пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, ишемической болезнью сердца, острым коронарным синдромом, лёгочной и артериальной гипертензией и другими хроническими заболеваниями.

Важнейшей функцией системы мониторинга БСК является скрининг болезней системы кровообращения, задачей которого является выявление и учёт пациентов с вы-

соким риском сердечно-сосудистых заболеваний и пациентов, находящихся на ранних стадиях заболевания.

Для реализации своих задач мониторинг БСК взаимодействует в реальном времени с важнейшими функциональными компонентами республиканской медицинской информационно-аналитической системы, такими как АМК, поликлиника, стационар, скорая медицинская помощь, лабораторные исследования, инструментальные исследования.

Подробная оцифрованная информация, накапливающаяся в регистрах БСК, позволяет объективно распределить пациентов на группы диспансерного учёта, обеспечить более детальную дифференциацию пациентов внутри групп, реализовать целевой подход к проведению диспансерного наблюдения.

На базе республиканского кардиологического центра функционирует республиканский логистический центр диагностирования и наблюдения за больными сердечно-сосудистыми заболеваниями, основными задачами которых являются в том числе мониторинг маршрутизации экстренных пациентов, расшифровка ЭКГ, дистанционно полученной от медицинских организаций республики, проведение консилиумов с лечащими врачами.

Вместе с тем необходимо учитывать, что из 400 имеющих стационарных и мобильных электрокардиографов дистанционно передают кардиограммы всего лишь треть, которая работает в цифровом формате. Основная доля ЭКГ передаётся в PDF-формате, то есть в виде изображений. Эта ЭКГ подлежит только визуализации, интерпретации, что снижает эффективность работы логистического центра.

Кроме того, в настоящее время необходимо дальнейшее внедрение мероприятий по совершенствованию трёхуровневой системы специализированной медицинской помощи и оптимизации маршрутизации пациентов на основе данных инструментальных методов исследований, поступающих в цифровом контуре.

В рамках этого этапа необходимо решение задачи оснащения региональных сосудистых центров специализированным программным... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Добавьте, пожалуйста. Полминуты хватит вам? Подведите итог, что самое важное, вы понимаете? Сегодня имеется такая возможность уникальная, понимаете, задать вопросы и министру, и замминистра, и выработать те направления, которые мы бы могли здесь на законодательном уровне и в подзаконных актах принять.

Полминуты.

**Еникеева Д. Р.** Необходимо оснащение специализированным программным обеспечением и внедрение систем автоматической интерпретации результатов ЭКГ.

Таким образом, реальные результаты целевого подхода к диспансерному наблюдению в республике возможно увидеть именно у пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.

На сегодня 21 медицинская организация уже передаёт такие данные в цифровом формате.

**Председательствующий.** Спасибо.

О чём не удалось рассказать, в письменном виде, пожалуйста, передайте в Комитет Государственной Думы по охране здоровья, мы это рассмотрим. Будет время, мы дадим вам ещё выступить уже после того, как выступят все. Спасибо большое.

Я хочу предоставить слово Сергею Владимировичу Новикову, директору Департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа.

Уважаемые коллеги, я прошу вас, сегодня здесь, в стенах Государственной Думы, давайте поговорим о том, что самое важное, что волнует нас в регионах. Вы разъедетесь, потом будете рассказывать своим коллегам, что конкретно нужно сделать помимо тех средств, которые выделяются, помимо тех законов, которые мы уже приняли по ин-

форматизации. У нас ещё много проблем. И, пожалуйста, давайте излагать их более чётко, ясно, для того чтобы нам, нашему Комитету было потом комфортно работать.

Пожалуйста.

**Новиков С. В.** Добрый день!

Уважаемый президиум! Уважаемые участники «круглого стола»!

Наш регион буквально в последние месяцы приобрёл опыт внедрения системы поддержки врачебных решений и частичного внедрения искусственного интеллекта.

Но так же, как в других регионах, у нас основные цели, конечно, направлены на снижение смертности от болезней сердечно-сосудистой системы и кровообращения. При этом мы понимаем, что у нас так же, как и в других регионах, наверное, основная проблема – кадровый дефицит. Несмотря на то, что у нас в округе обеспеченность врачами составляет почти 46 на 10 тысяч населения, то есть практически на 12 с лишним процентов выше уровня, которого Россия должна достичь в рамках нацпроекта к 2024 году, всё равно врачей катастрофически не хватает. Кроме этого, мы понимаем, что они просто загружены на первичном врачебном этапе. У них недостаточно времени на каждого пациента, на тот персонализированный подход, который должен реализовываться в рамках проекта 4П-медицины. К сожалению, врачу не хватает времени.

С другой стороны, мы понимаем, что на сегодняшний день мы имели достаточное количество цифровых данных о наших пациентах в связи с тем, что многие данные уже внесены в электронные медицинские карты. С прошлого года мы начали сбор в центральном архиве медизображений.

В принципе, у нас на сегодняшний день практически 100 процентов больниц подсоединены к системе персональных данных, 100 процентов больниц работают с медицинскими информационными системами. Поэтому, понимая, какие появляются преимущества и технологии при внедрении искусственного интеллекта и системы поддержки врачебных решений, мы в то же время понимаем, что врачи могут недостаточно активно включиться в эту систему. Но в то же время мы решили с прошлого года подключиться и совместно с ассоциацией разработчиков и пользователей искусственного интеллекта национальной базы медицинских знаний поучаствовали в конце прошлого года в технопарке «Сколково» в Международном форуме открытых инноваций, где подобрали для себя два программных продукта. Один из них по направлению отработки сердечно-сосудистого риска, второй – по обработке рентгеновских изображений для просмотра и выявления онкологических заболеваний. Мы начали реализацию этого проекта в конце прошлого года и буквально за три месяца получили определённые результаты.

На сегодняшний день мы видим на опыте одной из больниц, что та программа, которую мы подключили, позволила обрабатывать данные по сердечно-сосудистым рискам 25 тысяч человек всего за 5 суток примерно. То есть на одного пациента система тратила, в зависимости от объёма данных и его электронной истории болезни, от 30 секунд до 2 минут. По результатам этого осмотра выставлялась оценка риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Важно, что эта оценка отличалась от оценок, выставленных врачами. То есть, другими словами, наши врачи, не хотелось бы их недооценивать, допускали снижение расчёта рисков в меньшую сторону, и, соответственно, эти пациенты не попадали потом под диспансерное наблюдение и соответствующее лечение.

Второй проект, второй продукт позволил нам рассмотреть компьютерную томографию грудной клетки – практически 1120 исследований по 402 пациентам. Среди этих пациентов нашими врачами до этого была выявлена патология у 21 человека. Программный продукт дал нам... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Добавьте, пожалуйста. Сколько вам ещё? Добавьте минуту, пожалуйста.

**Новиков С. В.** У 21 пациента во всех 100 процентах случаев программный продукт подтвердил патологию, но при этом ещё у 24 пациентов подсказал возможное наличие патологии. При перепроверке этих данных у девяти пациентов патология действительно подтвердилась.

То есть, другими словами, есть гипердиагностика, но, по крайней мере, ни одного положительного результата эта система не дала нам пропустить.

Ну и в конце я хотел бы добавить, что наши врачи действительно увидели упрощение их работы в том, что им не пришлось... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Добавьте, чтобы закончили.

**Новиков С. В.** До этого им при любом внедрении новой системы приходилось вносить какие-то данные, переобучаться. Здесь они впервые увидели, что им реально помогает система. Но что ещё немаловажно, нам эта программа досталась совершенно бесплатно, потому что производителям программного продукта надо было его обкатать и где-то апробировать, а мы, соответственно, получили эти результаты.

**Председательствующий.** Спасибо большое. Спасибо.

Вы скажите, что вы пятого числа проводите очень интересный форум, на котором будут обсуждаться как раз проблемы в части искусственного интеллекта.

**Новиков С. В.** Да, коллеги, у нас в эту пятницу состоится форум в городе Салехарде по искусственному интеллекту в медицине. И впервые в нашей стране там будут представлены современные программные продукты, и результаты наших апробаций будут там более подробно доложены. Поэтому мы всех приглашаем поучаствовать в этом форуме и всех будем рады видеть.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Сергей Владимирович. Спасибо.

*(Аплодисменты.)*

Слово хочу предоставить Антонине Александровне Плоскиревой, заместителю директора Центрального научного исследовательского института эпидемиологии Роспотребнадзора. Пожалуйста.

Готовится Екатерина Викторовна Кривцова.

**Плоскирева А. А.** Добрый день, уважаемые коллеги, уважаемый председатель!

Вы знаете, я сначала хотела рассказать о достижениях нашего института в плане информационных технологий, но решила немножко перестроить свой доклад и сказать о сегодняшних насущных потребностях.

В первую очередь, это, конечно, межведомственное взаимодействие, потому что нередко мы сталкиваемся с ситуацией недопонимания, например, между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Роспотребнадзором, когда не всегда вовремя, например, в Роспотребнадзор поступают сведения об инфекционных заболеваниях. И в этой связи, конечно, если информационный контур обеспечит быстроту реагирования на инфекционные заболевания, то мы сможем обеспечить быстроту реализации, собственно говоря, и эпидемиологического надзора, проведения эпидемиологических расследований и ликвидации вспышек. Например, как это было на Ямале по сибирской язве, когда мы, вот не дадут соврать коллеги, вместе с тогдашним Минздравсоцразвития России фактически ликвидировали вспышку достаточно быстро, обеспечив такое вот взаимодействие.

Ну и, конечно, у нас есть регистры системы мониторинга за инфекционными заболеваниями, в первую очередь за ВИЧ-инфицированными пациентами и больными с гепатитами острыми и хроническими. И, конечно, здесь тоже бы хотелось подчеркнуть необходимость межведомственного взаимодействия.

И ещё одной насущной проблемой, конечно, является создание регистра вакцинированных пациентов, вакцинированных людей. Дело в том, что для этого требуется как раз от вас внесение изменений в законодательство по иммунопрофилактике, чтобы эти

данные вносились в эти регистры. Таким образом мы сможем точно знать, у кого была реальная вакцинация, например, в свете действующей эпидемиологической обстановки, например, по кори. А если эта вакцинация не была проведена, мы можем проводить соответствующие противоэпидемиологические мероприятия.

Спасибо вам большое за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Антонина Александровна, хочу вас поблагодарить и для сведения собравшихся сообщить, что 11-го числа в Государственной Думе будут проходить парламентские слушания по вакцинации и иммунизации.

Пожалуйста, хочу предоставить слово Екатерине Викторовне Кривцовой, руководителю проекта «Телемедицина» компании «ВымпелКом», врачу-эндокринологу, кандидату медицинских наук.

**Кривцова Е. В.** Добрый день!

Уже профессор, спасибо.

**Председательствующий.** Поздравляем.

**Кривцова Е. В.** Уважаемые коллеги, Леонид Анатольевич, позвольте поблагодарить вас, позвольте поблагодарить Елену Львовну, президиум за то, что мы сегодня собрались таким большим, широким междисциплинарным составом, как это называют в медицине. Междисциплинарный состав позволит, несомненно, выработать какие-то более насущные на сегодняшний день решения и очень чётко определить вектора.

Понимая, что я ограничена во времени, ещё раз хотела бы поблагодарить сегодня за то, что предоставлена возможность одной из компаний так называемой «большой пятёрки», которая предполагает реализацию этого проекта. Несомненно, законодательная база крайне важна для реализации с точки зрения финансового обеспечения через ФОМС, но крайне важен и сам продукт, которым мы будем пользоваться, и интеграция его в различных регионах требует необходимости консолидировать различные позиции различных участников.

И если позволите, очень коротко о том опыте, который был приобретён крупными коммерческими интеграционными компаниями за последние три–пять лет в рамках реализации проекта по цифровому здравоохранению. Должна сказать, что сейчас крупные цифровые компании приглашают дополнительно специалистов, например, я являюсь одним из таких специалистов, которые работают в Министерстве здравоохранения Российской Федерации и в других организациях здравоохранения, именно с целью экспертной оценки, экспертной базы и понимания движения в дальнейшем. Несомненно, то внимание, которое Елена Львовна уделила образованию врачей, наверное, является одним из самых основополагающих сейчас аспектов, потому что без этой позиции, без образования врачей всё наше велеречивое сегодня сообщество не будет реализовано в качестве конкретного проекта.

Поэтому моё видение, если позволите. Во-первых, на сегодня мы не должны забывать, что у нас сегодня много дотационных регионов. При этом во многих регионах отсутствуют крупные промышленные предприятия. Но не всё так плохо. С одной стороны, у нас действительно очень низкий показатель обеспеченности узкими специалистами. Я хочу обратить внимание, вот, например, недавно мы пилотировали проект в городе Пскове. В регионе всего два ЛОР-врача, совершенно очевидно, что реализация задачи клинической деятельности министерства здравоохранения Псковской области должна быть направлена максимально на создание системы, которая позволит обеспечить пациентов специальным мнением как минимум.

И, конечно, сегодня у нас существуют как возможности, так и риски. Сейчас действительно повседневно вносятся правки в закон по телемедицине. И действительно, Елена Львовна, уже пять лет мы всё время встречаемся, и мы очень благодарны за наше участие именно в этом предмете.

Несомненно, есть высокий прогнозируемый спрос на услуги цифрового здравоохранения в регионах, это сегодня было озвучено нашими коллегами. Но при этом сегодня не существует полноценного многоформатного продукта, платформы сервисов, которые мы могли бы сегодня обсудить и реализовывать уже на местах, поэтому это вопрос дальнейшей дискуссии и дальнейшего движения различных участников рынка.

Позвольте посоветовать, глубокоуважаемый Андрей Степанович, на отсутствие в регионах полноценной ОМС-услуги по телемедицинской консультации.

Так, например, в пилотируемых регионах мы столкнулись с этой проблемой, и мы будем очень просить вас помочь нам решить эту задачу. Благодарю.

И, несомненно, очень понятно движение коллег по одноформатным, опосредованным продуктам телемедицины, которые привносят диссонанс в общественное мнение, в общественное видение этой проблемы.

**Председательствующий.** Заканчивайте.

**Кривцова Е. В.** Да, благодарю вас. Очень важный вопрос – это вопрос нашей общей консолидации. И вот эта площадка, которая сегодня позволила нам соединиться, наша консолидация, наверное, в ближайшее время поможет нам цифровизировать здравоохранение, а врачу научиться отличать цифровое здравоохранение от телемедицины.

Спасибо, коллеги. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо большое, да. Спасибо огромное.

Уважаемые коллеги, хочу напомнить всё-таки, у нас сегодня тема «Единый цифровой контур в здравоохранении – проблемы нормативного регулирования, парламентский контроль».

Слово предоставляю Александре Владимировне Орехович, руководителю направления регулирования нефинансового рынка Фонда развития интернет-инициатив. Пожалуйста.

**Орехович А. В.** Здравствуйте! Я директор по правовым инициативам Фонда развития интернет-инициатив.

И поскольку я представляю здесь Фонд развития интернет-инициатив, говорить я буду в основном о проблемах нормативного регулирования со стороны непосредственных разработчиков информационных систем и через них о тех, кто старается оказывать медицинские услуги посредством применения закона о телемедицине дистанционным способом.

Итак, поскольку нам напомнили тему, я как раз собиралась начать непосредственно с тех проблем, которые мы успели увидеть за год с лишним применения так называемого закона о телемедицине. Это взгляд именно со стороны разработчиков этих систем и поставщиков медицинских сервисов.

Итак, первую проблему я обозначила как пределы полномочий врача при консультировании. Что я имею в виду? Прежде всего то, что при консультировании пациента врач ограничен чёткими рамками. Что он может сделать на ваших экранах, что он не может сделать, все мы прекрасно знаем: диагностика и назначение лечения остались за рамками полномочия врачей при консультировании пациента.

К чему это приводит? Все совпадения вот этих скриншотов случайные – это просто случайно взятые из разных сервисов попытки проконсультировать врачом пациентов. Это приводит к тому, что врач при консультировании пациентов говорит примерно следующее: я не могу сказать, что с вами, но в таких случаях обычно применяется то-то и то-то, такие-то, такие-то препараты. Однако это не медицинская консультация, это просто некое консультирование по вашему вопросу.

Мы никуда не денемся от того, что от 65 до 70 процентов пациентов в первую очередь хотят проконсультироваться и найти рекомендацию в сети Интернет относительно своей болезни. И вот именно таким образом сейчас удовлетворяется этот интерес.

Я сейчас говорю не только и не столько об интересах бизнеса, я сейчас говорю на самом деле о том, что в таком случае отсутствует контроль и отсутствует понимание ответственности и разграничение этой ответственности.

Поэтому если мы говорим о проблемах и тут же предлагаем пути решения, я бы предложила вернуться к нашей дискуссии двухлетней давности, набившей оскомину ещё два года назад, относительно того, что есть, наверное, возможность сделать этот перечень расширенным, открытым, отдав на откуп Минздраву России возможность установления тех пределов, тех нозологий, тех случаев, когда всё же пациенту может быть и диагноз поставлен, и лечение назначено дистанционным способом. Сделать это можно посредством проведения определённых пилотных проектов и по их результатам.

Возвращаясь к моему видению этих проблем, ввиду отсутствия времени, наверное, остановлюсь в большей степени на медицинских данных. Проблема комплексная, я понимаю, и не столько, наверное, Минздраву России её решать. Сейчас все говорят: оцифровка медицинских данных, искусственный интеллект так нужны государству! Нужны, однако нужно здесь учитывать то, что эти данные нужны не только государству. И комплексный подход при разработке планов лечения, применения медицинских препаратов и так далее, и тому подобное, нужен не только государству. В этом смысле урегулировано настолько мало, что здесь даже практически не о чем говорить. С одной стороны, вроде бы безличные данные для исследовательских целей могут быть использованы более или менее свободно. С другой стороны, это особо чувствительные данные, которые никому предоставлять нельзя, кроме государства. Тут же встаёт вопрос с искусственным интеллектом: каким образом обучать искусственный интеллект, не имея определённых данных в своём арсенале и не имея никакой возможности их получить? Мы, как ФРИ, имеем на этот счёт свою позицию и даже разработали законопроект, который сейчас обсуждаем на различных площадках. Готовы всем предложить принять участие в этом, осознаём, что это действительно должен быть комплексный и очень тщательный подход к регулированию этого вопроса.

Остальные пожелания и проблемы передам в письменном виде. Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

*(Аплодисменты.)*

Уважаемые коллеги, с удовольствием предоставляю слово Борису Валентиновичу Зингерману, руководителю направления цифровой медицины ООО «Инвитро».

Основные направления, пожалуйста.

**Зингерман Б. В.** Уважаемые коллеги, я представляю одну из крупнейших коммерческих негосударственных медицинских организаций, и нам, безусловно, было бы чрезвычайно интересно, как это указано в законе, подключиться в том числе к единой государственной системе в здравоохранении. Но нам также не хватает нормативных документов, в частности, мы очень ждём вот того порядка электронного документооборота в медицине, о котором сегодня говорила Елена Львовна. Мы вынуждены подчеркнуть тот факт, что этот порядок впервые упомянут был в приказе № 2, который вышел год назад, и до сих пор, собственно, порядка обращения электронных медицинских документов нет. И это приводит, в том числе не только в коммерческих организациях, но и в первую очередь в государственных, к тому, что электронный документооборот работает не в полную силу, потому что врачи вынуждены как вводить данные в электронном виде, так и распечатывать их. И сегодня не совсем понятно, какова легитимность электронных медицинских документов, которые мы должны увидеть в том самом порядке, о котором сегодня говорила Елена Львовна. Мы все очень ждём этого документа.

Второй момент, на который я хотел обратить внимание, – то, что принятым прошлым летом законом № 242-ФЗ полностью изменена концепция отношения к электронной медицинской карте, которую мы осуществляли все вместе до 2017 года. Если

до 2017 года предполагалось, что все данные о пациенте будут накапливаться в едином федеральном хранилище, в так называемой интегрированной электронной медицинской карте, то в 2017 году было принято решение, что медицинские документы будут храниться в распределённой форме и будет происходить их обмен через новый программный продукт – реестр электронных медицинских документов, который только начал функционировать.

Сегодня нам бы очень хотелось понять, как медицинские организации, в первую очередь, и пациенты будут использовать именно этот ресурс для доступа к своим электронным медицинским документам. Я думаю, что это очень интересный подход, когда весь документооборот будет задействован через пациента, который должен будет давать разрешение на использование этих данных. Действительно, вот эту историю очень бы хотелось увидеть в нормативных документах в том самом порядке, который я сегодня упоминаю, наверное, уже пятый раз.

Таким образом у нас возник продукт, который мы вместе под руководством Елены Львовны разрабатывали так много лет, вот та самая интегрированная электронная медицинская карта. И сегодня это некое обезличенное хранилище медицинских документов, которые не будут использоваться для обеспечения преемственности медицинской помощи, для этого будет использован вот тот самый реестр электронных медицинских документов. Но эта самая интегрированная электронная медицинская карта, безусловно, является неоценимым кладом для научных исследований, статистической обработки, в частности, для того самого искусственного интеллекта, который сегодня упоминали.

И в этом отношении я бы хотел упомянуть ещё раз ассоциацию «Национальная база медицинских знаний». Это ассоциация, которая представляет разработчиков и пользователей искусственного интеллекта в медицине. Сегодня эта ассоциация упоминалась уже в докладе представителя Ямало-Ненецкого округа, где у нас был реализован один из наших пилотных проектов, о котором сегодня было доложено.

Второй пилотный проект с использованием тех же продуктов, о которых шла речь, у нас реализуется в Тульской области. Кроме того, мы провели, скажем так, пилотный проект вместе с ФМБА (Федеральным медико-биологическим агентством) по обращению обезличенных медицинских документов с целью использования их для обучения системы искусственного интеллекта.

И, собственно говоря, то, о чём я хотел попросить Елену Львовну. Я думаю, что наша ассоциация на сегодняшний день представляет, как более эффективно использовать интегрированную электронную медицинскую карту и накопленную в ней информацию. Мы бы хотели, я, как директор Ассоциации, хотел бы просить Минздрав России обсудить с нами возможность использования этого накопленного массива обезличенной медицинской информации для обучения систем искусственного интеллекта для других пилотных проектов, которые мы могли бы проводить на этой базе.

Ну, вот, собственно говоря, всё, что я хотел об этом сказать.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо, Борис Валентинович.

Уважаемые друзья, хочу предоставить слово Полине Георгиевне Габай, директору ООО «Факультет медицинского права».

Подготовиться Геннадию Леонидовичу Вышковскому.

**Габай П. Г.** Здравствуйте. Спасибо. Рада сегодня выступить. Буду, конечно, кратка.

Я являюсь юристом, поэтому сегодня я буду говорить о чётких замечаниях и рекомендациях, касающихся единого цифрового контура. О положительной роли этого глобального проекта было сказано уже очень много.

Вопрос номер один. Это создание системы электронного документооборота. Безусловно, многие знают, что порядок заполнения амбулаторной карты, утверждённый

приказом Минздрава России, ссылается на порядок электронного документооборота, который должен быть разработан Минздравом России. Его нет. Сегодня Елена Львовна сказала, что он находится на этапе разработки, и это чудесно. Потому что на сегодняшний день юридическая значимость существующего даже в настоящих реалиях электронного документооборота под большим вопросом.

Кроме того, электронной цифровой подписью, согласно приказу Минздрава России, может быть подписан только ряд медицинских документов, поэтому иные медицинские документы оказываются на сегодняшний момент за бортом. Кроме того, наверное, нехорошо, что многих форм документации до сих пор нет.

Какие у нас будут конкретные замечания?

Пункт 11.15 паспорта проекта. Согласно этому пункту, мы понимаем, что будет создана подсистема ВМП. Здесь мы сталкиваемся с таким моментом, что, согласно положению о ЕГИСЗ из постановления Правительства России № 555, медорганизация должна сформировать направление на госпитализацию для пациентов, нуждающихся в ВМП. Однако, согласно порядку организации оказания ВМП, который также утверждён Минздравом России, такое направление формируется не в электронной форме, а вручную либо в печатном виде. Мы здесь видим противоречие.

Что дальше? Второе. Телемедицина для врачей или для пациентов? Почему я задаю этот вопрос? Потому что, согласно паспорту проекта, мы видим, что все медорганизации регионов должны быть подключены к системе телемедицинских консультаций. Однако и врачи должны будут участвовать в получении... вернее, смогут получить доступ к консультации по особо сложным клиническим случаям.

Но консультирование пациентов упоминается лишь в глоссарии, в определении цифровой платформы. Также согласно положению ЕГИСЗ, для проведения консультаций и консилиумов используется платформа, федеральная электронная регистратура. Залезаем далее в нормативку и понимаем, что эта платформа используется только для дистанционных консультаций, для проведения консультаций между врачами и консилиумами, пациентов здесь нет.

Также нет возможности делать это в рамках ЕГИСЗ, она не предназначена для проведения дистанционного мониторинга, который сможет осуществляться с помощью иных информационных систем либо собственных информационных систем медорганизаций. Мне лично казалось, что телемедицина должна быть, в частности, для предоставления пациентам возможности получить доступную медицинскую помощь. На сегодняшний день телемедицина не совсем предусмотрена настоящей системой.

Далее идём по некоторым замечаниям и рекомендациям к проекту. Не совсем понятна роль единого цифрового контура в борьбе с социально значимыми заболеваниями – единственный раз об этом упоминается, только когда речь идёт об организации мониторинга рисков развития социально значимых заболеваний. Мне казалось логичным включить упоминание о данной системе в пункты 1.1 и 1.10 соответственно, в разработку методических рекомендаций, в которые включены иные вещи, но вот эта подсистема там не участвует.

Дальше. Указано, что более 500 тысяч врачей получают сертификаты усиленной квалифицированной электронной подписи, но стоит признать, что некоторые формы документации заполняются медработниками со средним образованием, они здесь отсутствуют.

Следующий момент. Центром предусмотрена подсистема – центральный архив медизображений. О нём сегодня тоже говорила Елена Львовна. Но почему в этот архив не войдут, например, медицинские видеозаписи, видеозаписи УЗИ либо аудиозаписи, в том числе кардиофонографии? Поэтому мне кажется более правильным назвать это центральным архивом медиафайлов.

**Председательствующий.** Добавьте ещё две минуты. Достаточно вам будет?

**Габай П. Г.** Мне – да, более чем. Спасибо большое.

Поэтому в том, что касается архива, мне казалось бы разумным предусмотреть особый порядок обезличивания данных. Он есть, порядок, он установлен приказом Минздрава России, но для данной подсистемы его нет, поэтому необходимо разработать специальный НПА, регулирующий деятельность подобного архива.

Кратко о подсистеме управления скорой и неотложной медпомощью. Статус лечащего врача предусматривает, что врач скорой помощи сможет получить доступ к данным о пациенте, к его аллергоанамнезу, к данным о хронических заболеваниях, но не секрет, что есть ещё и фельдшерские бригады. Поэтому, наверное, было бы разумно наделить фельдшера тоже статусом лечащего врача и предусмотреть его доступ к данным. Также управление скорой неотложной медпомощью – это данная подсистема. Но неотложная медпомощь – это форма оказания медпомощи. Наверное, имелся в виду вид скорой медпомощи, то есть управление скорой, в том числе скорой специализированной помощью, а не неотложной. Думаю, что это какая-то ошибка.

И далее, последнее – это управление подсистемой, управление льготным лекарственным обеспечением. Почему-то управление, вопросы льготного обеспечения медикаментами здесь отсутствуют.

И ещё по этой подсистеме. Предусмотрено взаимодействие медицинских и аптечных организаций между собой при оформлении рецептов и отпуске лекарственных препаратов соответственно. Но не предусмотрены вопросы оснащения аптечных организаций информационно-коммуникационным оборудованием и подключение аптечных организаций к защищённым сетям передачи данных. Как смогут в аптеке проверить подлинность электронного рецепта и обеспечить защиту врачебной тайны – непонятно. Если оснащение аптек обязательно, тогда должен быть поднят вопрос финансирования. Его тоже нет. А если оно не обязательно, тогда здесь может быть нарушение прав пациента.

У меня время заканчивается, спасибо большое. Тут есть ещё которые рекомендации, я не хочу злоупотреблять сегодняшней возможностью выступить на данном мероприятии, поэтому, как вывод, я скажу, что на мой взгляд...

**Председательствующий.** Добавьте.

**Габай П. Г.** Буквально 10 секунд. На мой взгляд, сегодняшняя телемедицина – скорее телемедицина будущего. Я очень надеюсь, что все мы вместе сможем справиться с этим и прийти к телемедицине настоящего. Спасибо большое за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо, Полина Георгиевна, спасибо.

Передайте, пожалуйста, ваши предложения в наш Комитет. Спасибо огромное вам, спасибо.

Слово предоставляется Геннадию Леонидовичу Вышковскому, президенту Группы компаний «Регистр лекарственных средств России», главному редактору системы справочников.

Я правильно вас представил?

**Вышковский Г. Л.** Да, спасибо. Добрый день, уважаемые коллеги!

Цифровизация – это союз государства, науки и бизнеса, и основную роль здесь играют цифровые данные.

Попытки сведения до минимума влияния информационной энтропии приводят к необходимости создания единых информационных центров, доступ к которым осуществляется из МИС и учётных систем по веб-технологиям АПИ. Такие массивы очень дороги в создании, поэтому их размещают для коллективного пользования на федеральных облачных цифровых платформах, представляющих пользователям данные в системе ААС.

Достоверные данные в системах поддержки принятия решения используют специальный скрипт, который берёт из электронного рецепта коды пары выбранных

для назначений препаратов, посылает их из локальной и защищённой системы МИС на сервис, размещённый на цифровой платформе РЛС «Аврора», для проверки взаимодействия, независимо от желания врача. Практически мгновенно в качестве ответа во всплывающем на дисплее врача окне появляется правило взаимодействия, прочитав которое, врач решит, опасно ли взаимодействие этих препаратов для пациента. Такой сервис работает уже третий год и ежедневно обрабатывает свыше 200 тысяч запросов с 10 тысяч рабочих мест.

Цифровые данные в едином формате нормализованные, структурированные и оцифрованные.

Сырые данные, получаемые федеральными реестрами ГРЛЭС и ГРПОТС, должны быть нормализованные, структурированные и оцифрованные. Всем элементам системы справочников и классификаций присваиваются уникальные, неизменяемые во времени графические цифровые коды.

Состав справочников и их компонентов должен быть достаточен для решения поставленных задач, поэтому формат отчётов, их структура и набор параметров должны быть чётко определены на этапе формирования технических требований.

Для информационных центров, формирующих отчёты с помощью сервисов платформы, справочники лекарственных препаратов, пациентов, врачей, рецептов, назначений, словники классификации подсистемы НЦИ должны также быть доступны по АПИ в режиме обновления.

Очень важна предварительная смысловая обработка справочников. На этапе подготовки должна быть установлена связь между лингвистическими атрибутами: нозология, фармгруппа действующего вещества, лекарственной формы, дозировки, стоимостью дозы, производителем и другими.

Эта информация также должна быть доступна по технологии ПААС.

Отсутствие зарубежного опыта негативно влияет на принятие решений и создание нормативных актов и рекомендаций.

В качестве примера приведу, скажем, регистрацию в системе ЕС МДЛП препаратов зарубежных фирм, где нужно по технологии АПИ сравнивать свои препараты с теми, которые есть в регистре. И если там есть ошибка, скажем, в выданном регистрационном удостоверении всё правильно, а в информации, которая получена из Минздрава России, ошибка, нужно дать возможность ЕС МДЛП исправлять эту ошибку.

Всеобщая и полная гармонизация локальных корпоративных справочников с федеральными. Справочники у производителей и других участников в сфере лекарственных обращений должны быть совместимы с федеральными. Для этого существующие справочники должны пройти процедуру гармонизации. Это возможно, если СКЛП будет доступен из платформы в режиме гармонизации по специальной процедуре. Эта процедура долгая и не очень дешёвая. По моим оценкам, где-то порядка 10–20 миллиардов рублей обойдётся в течение нескольких лет, и это притом, что по 20 копеек за позицию. Контроль за уникальностью GTIN со стороны Минздрава России и ведение федерального реестра упаковок и лекарственных форм также.

**Председательствующий.** Добавьте полминуты, пожалуйста.

**Вышковский Г. Л.** Если мы взяли за основу формат кода GTIN, то нужно обеспечивать его уникальность. Этим должен заниматься, я думаю, Минздрав России на этапе регистрации. Внесение номера серии и срока годности в Data-Matrix код, ведение федерального реестра выпущенных серий – такая же задача, он обязательно должен этот код содержать.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

*(Аплодисменты.)*

Слово хочу предоставить Галине Анатольевне Музолевой, руководителю компании «Континент».

О проблемах и решении этих проблем, подавайте предложения. Пожалуйста.

**Музолева Г. А.** Добрый день!

Тут много чего говорилось со стороны именно медицинских организаций, поэтому я это опущу. Хочу только сказать, что Минздрав России много что сделал в плане разработки различных систем. Но с моей точки зрения, они как-то разрознены и нет единой платформы, которая объединила бы каждую такую ячейку в единые соты, чтобы это все работало.

25 марта была опубликована такая методическая рекомендация по единому кабинету «Моё здоровье». Я технарь, не медицинский работник, но технарь с большим стажем внедрения различных систем, в том числе и медицинских, и в страховых компаниях, и моё видение, что нет поворота к пациенту. То есть когда я, как пациент, захожу в кабинет «Моё здоровье», что я в первую очередь хочу видеть? Я хочу видеть, куда я могу обратиться по той линии, по которой мне хотелось бы получить услугу.

Что сейчас происходит? Я захожу в «Мой личный кабинет», я должна выбрать какую-то поликлинику. Ладно, хорошо, я могу знать, какая мне нужна поликлиника. Дальше я должна выбрать врача. Я не знаю, какого врача. Я знаю свою проблему. По моему видению, я должна зайти в «Мой личный кабинет» и выбрать, что мне нужно. Например, мне нужна стоматологическая услуга, и я должна видеть, где и в какой поликлинике я могу получить эту услугу по линии ОМС, что я могу получить по линии ДМС. Потому что пациенты, у которых есть полис ДМС, не знают, какие услуги и где они могут получить. Это сплошь и рядом такое.

Там должны быть обозначены те медучреждения, куда я могу обратиться платно. Потому что мне, может быть, именно сейчас нужна вот эта услуга, и я должна сама решить, как пациент, куда мне обратиться по линии ОМС, ДМС или в платное медучреждение. Согласитесь? Тогда это будет именно кабинет «Моё здоровье», когда я смогу сама решать, как пациент, куда и за какой услугой мне обратиться.

И, соответственно, потом, когда я услугу получила, я опять хочу зайти в «Мой личный кабинет» и увидеть назначения, лекарственные препараты, которые мне назначены, какие процедуры и где я могу их получить, льготно, платно, по линии ДМС. Вот это очень хотелось бы увидеть. Это коротко.

**Председательствующий.** Всё у вас, да? Спасибо большое. Вы уложились. Спасибо. (*Аплодисменты.*)

Слово предоставляется Сергею Александровичу Кутюшеву, директору по связям с государственными органами интернет-магазина «Озон».

Приготовиться Артёму Николаевичу Глущенко.

**Кутюшев С. А.** Добрый день!

Хочу выразить благодарность за организацию такого прекрасного мероприятия, а также Комитету Государственной Думы по охране здоровья за создание отдельной подгруппы, которая занимается разработкой законопроекта, который будет регулировать дистанционную торговлю лекарственными препаратами.

В своей презентации, поскольку крайне ограничен во времени, я бы хотел показать картину, которая сейчас существует в мире. В первую очередь обратить внимание, что дистанционная продажа лекарственных препаратов во многих странах в мире уже решена.

Хочу обратить внимание, что Германия является в этом ряду первой страной, которая разрешила доставку лекарственных препаратов, это произошло в 1995 году.

Когда мы говорим про дистанционную торговлю, все говорят: её нет. Нет, я хочу развеять этот миф. На сегодняшний день рынок оценивается примерно в 73 миллиарда рублей. То есть около 5 процентов всего рынка на сегодняшний день продаётся в сети Интернет.

При этом мы прекрасно понимаем, что потребность, безусловно, существует. Есть все предпосылки для урегулирования дистанционной торговли.

Я специально выделил три группы на этом рынке. Это потребители, и все мы прекрасно понимаем, что, когда мы больны, мы очень хотим получить лекарственные средства не выходя из дома. Зачастую мы ограничены во времени и хотим получить лекарственное средство в офисе. Есть фармпроизводители, офлайн-аптеки, которым, безусловно, крайне важно получить новый спектр рынка и побороться с той проблемой, которую очень часто озвучивают: контрафакт, подделки и так далее.

Как показывает практика на нашем рынке в сети Интернет, как только разрешается онлайн-торговля, так этот рынок обелается.

Давайте посмотрим на такси. 10 лет тому назад онлайн-агрегаторов не было. Мы ловили с вами такси с помощью руки возле дороги. Сейчас онлайн-агрегаторы заполнили эту нишу, этот рынок, и рынок обелился. Вот лично моё мнение, что как только дистанционная торговля лекарственными препаратами будет урегулирована, в этот момент мы и получим обеление рынка.

И вот эти 73 миллиарда рублей перейдут из неконтролируемого рынка в контролируемый, поскольку потребитель будет выбирать не маленького, скорей всего, игрока, а того, которому он доверяет.

На сегодняшний день законопроект принят в первом чтении, и мне бы хотелось остановиться только на двух аспектах.

Первое. Онлайн-торговля есть, и мы прекрасно понимаем, что мы можем заказать лекарственные препараты с доставкой в аптеку и самовывозом. Так что дистанционная торговля, по сути, дополняется только двумя вещами. Первое – нам необходимо придумать способ, как урегулировать процесс заказа лекарственных препаратов, которые отпускаются по рецепту врача. И второе – это доставка.

При этом сегодня в ряде выступлений поднималась проблема нехватки кадров. Дефицит провизоров, дефицит фармацевтов. И если мы будем говорить, что доставку могут осуществлять только эти две категории сотрудников со специальным образованием, то про дистанционную торговлю на сегодняшний день, наверное, нужно забыть, её не будет.

**Из зала.** *(Не слышно.)*

**Кутюшев С. А.** Ну, «Яндекс таблетки» мы отдельно с вами обсудим. Следующий выступающий сможет ответить на этот вопрос, уверен, предельно подробно.

По этой причине я бы, наверное, остановился на пяти категориях, которые мы сформулировали для себя. «Озон» сейчас имеет лицензию и является одним из крупнейших игроков интернет-торговли.

Наши предложения. Первое. Заказ рецептурных лекарственных препаратов необходимо проработать и заверять с помощью ИЦП. Поскольку на сегодняшний день система ещё не развита или только в пилоте представлены электронные рецепты, то, возможно, этот механизм по совокупности нам позволит предоставить возможность дистанционной торговли лекарственными препаратами, которые отпускаются по рецепту врача.

Второе. Отпуск лекарственных препаратов осуществляется, безусловно, фармацевтом, и здесь ничего не требуется изменять. Но тем не менее отпуск должен осуществляться из аптеки службой доставки.

И необходимо урегулировать, как будет доставляться товар, лекарственный препарат, и уйти от парадигмы, что эта доставка осуществляется исключительно фармацевтами.

**Председательствующий.** Сколько прибавить? Минуту? Минуту прибавьте, пожалуйста.

**Кутюшев С. А.** Требования к онлайн-аптекам. На мой взгляд, чтобы не создавать дополнительные регуляторные проблемы, дистанционную торговлю могут осуществлять любые аптеки, у которых есть фармлицензия. Но есть определённые ограничения. Если хотите дистанционно торговать, будьте добры предоставить колл-центр, в кото-

ром действительно будут предоставлять услуги фармацевты и провизоры. Этот колл-центр должен позволить получить первоначальную консультацию по лекарственным препаратам и применениям на стадии заказа. Ни один фармацевт, ни один провизор не подскажет вам уже в момент доставки, какой лекарственный препарат вам нужно было выбрать. Это нужно сделать в момент заказа, а не доставки.

И второе. Это требование к упаковке. Если мы хотим уйти от парадигмы, что фармацевт доставляет лекарственные препараты, нужно жёстко регулировать процесс доставки и упаковки. Потребитель должен быть уверен, что лекарственный препарат отпущен из аптеки, упаковка не вскрывалась и те лекарственные препараты, которые были положены фармацевтом в упаковку и в тару, не были заменены на стадии доставки. У меня всё. Я готов предоставить свои предложения непосредственно в Комитет.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Сергей Александрович.

Уважаемые коллеги, Андрею Степановичу Кигиму нужно уходить на совещание с министром. У кого есть к нему вопросы по линии Фонда социального страхования, пожалуйста, есть возможность их задать. Я знаю, что вопросы должны быть. Да, да, пожалуйста.

**Из зала.** Уважаемый президиум, на самом деле вопрос смежный. Я сегодня не услышал ни разу, чтобы мы говорили о частных медицинских организациях...

**Председательствующий.** Подождите, мы сейчас ожидаем вопросы только к Андрею Степановичу, Фонд социального страхования. У нас будут вопросы ещё и к Елене Львовне.

**Из зала.** Теми самыми же профосмотрами занимается в том числе частная медицинская организация, и мы сейчас с вами говорим об электронном документообороте.

Так вот вопрос следующий: наличие информационных систем для частных или для других медицинских организаций различных форм собственности, различного уровня подведомственности для того, чтобы обеспечивать полноту и единство информации в субъекте Российской Федерации. Вот об этом не было сказано ничего. Соответственно, «критикуя – предлагай», есть предложения сделать медицинские системы обязательными в части лицензирования и наличия регистрационного удостоверения.

Второе, в части выдачи регистрационного удостоверения. Предлагается при оказании конкретного вида медицинской помощи включить требования наличия медицинских информационных систем, соответствующих требованиям Минздрава России.

**Председательствующий.** Спасибо. Андрей Степанович, ответите?

**Кигим А. С.** Могу сказать, что, безусловно, мы с Минздравом России поддерживаем этот подход, коллеги, он совершенно правильный. Среда оказания услуг должна быть унифицирована, и любая компания, которая захочет оказывать услуги по проведению профосмотра работодателям, не просто должна иметь лицензию Минздрава России, она не просто должна иметь в штате специальных врачей, она должна сдавать информацию в Фонд соцстраха и в Минздрав России в единую медицинскую карту и без этого не должна иметь права допуска к оказанию этой услуги.

**Председательствующий.** Спасибо. Есть ещё вопросы к Андрею Степановичу?

Андрей Степанович, у меня вопрос. Когда всё-таки будет введён этот единый электронный сертификат, куда будет погружено всё там, и средства реабилитации, и лекарственные средства?

**Кигим А. С.** Нет, нет, коллеги, смотрите, во-первых, сейчас Минфин России и Минтруд России подготовили проект закона о денежном сертификате. Насколько я помню, предполагается его сделать, во-первых, пилотным, и во-вторых, унифицировать систему единого электронного сертификата.

Мы, как Фонд соцстраха, планируем в этом году перейти на кешбэк, когда человек сможет покупать в магазинах технические средства реабилитации. Напомню, что Фонд соцстраха обязан дать ему компенсацию.

Как только перейдем на такой денежный сертификат в части компенсаций, мы считываем, что максимальное время ожидания инвалидами возврата средств уменьшится с 60 дней до недели.

В этом году мы планируем такой проект запустить в мае. И после этого готовы прийти на парламентские слушания и доложить, что получилось. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо.

**Из зала.** *(Не слышно.)*

**Кигим А. С.** Два разных аспекта. Денежный сертификат планируется распространить на трость и телевизор, потому что они наиболее простые и надо не ошибиться с информационными системами.

Следующий шаг – распространить его на все виды технических средств реабилитации. Единственная проблема, которая там возникнет, не считая обычной системы банковской карточки, это определение начальной максимальной цены, на которую инвалид имеет право.

И третий момент, который уже сейчас мы будем реализовывать вместе с Минтрудом России, – это переход на систему возврата средств по ускоренной процедуре. Вот такие три аспекта, мы справочку готовы сделать.

У меня вопрос к «Озону». Мы готовы вместе обсудить, как покупать памперсы для инвалидов через ваши интернет-аптеки.

Если вы придумаете, то поверьте, 90 процентов жалоб на Фонд соцстраха исчезнет, потому что у меня это главная жалоба. Памперс – не такое средство, как лекарство, но тоже было бы удобно сделать.

**Председательствующий.** Андрей Степанович, мы поддержим и с вами будем на связи. Дело в том, что к нам, как к депутатам, поступает очень большое количество жалоб именно от инвалидов, где говорится в том числе и о памперсах, и о средствах реабилитации, о колясках, которые не подходят по параметрам, особенно для детей, которые очень быстро растут.

Поэтому это наша с вами общая задача. И я очень рад, очень доволен, что вы сегодня сообщили, когда заработает единый электронный сертификат, который ждут семьи, которые каждый день приобретают эти средства реабилитации, на качество которых они жалуются. Спасибо.

Мы отпустим Андрея Степановича. Вам спасибо большое. *(Аплодисменты.)*

Слово предоставляется Артёму Николаевичу Глуценко, директору по работе с государственными органами компании «Яндекс-маркет». Коротко, очень лаконично, все проблемы, какие есть, и решение.

**Глуценко А. Н.** Добрый день, коллеги! Благодарю вас за возможность выступить.

Я из компании «Яндекс-маркет». И мы уже разрабатываем программу по продаже реабилитационного оборудования, в том числе с возможностью работать с социальными сертификатами.

И хотел бы дополнить выступление предыдущего спикера из компании «Озон» Сергея Кутюшева и сказать, что компании из сферы электронной коммерции имеют неограниченные возможности как по широте ассортимента, так и по доставке товаров, в том числе и лекарственных препаратов, которые продаются у нас, практически в любой регион, в самый отдалённый регион страны.

Роль интернета в медицине очень высока. Мы провели опрос среди наших пользователей. По нашим данным, 82 процента людей ищут свои симптомы и проверяют диагнозы в сети Интернет, 82 процента!

На сегодняшний день посещаемость справочника лекарств «Яндекс-здоровье» составляет 600 тысяч человек в день. А в «Яндекс-маркете» у нас 3 миллиона посетителей в день, уникальных пользователей, часть из которых также ищет лекарство и возможность сравнить цены.

Важность дистанционной продажи лекарств на сегодняшний день недооценивается. Ошибочны тезисы, которые мы слышим иногда, что сегодня аптека есть в каждом доме, люди хотят общаться с фармацевтами. Это не так.

64 процента опрошенных предпочли бы получить лекарство с доставкой на дом. И эта цифра растёт. Мы общаемся с участниками рынка, у нас есть информация, что доверие к фармацевтам снижается. У покупателя есть обоснованные сомнения в их объективности.

И третий тезис, который я хотел бы озвучить: законопроект, который готовится ко второму чтению, очень нужен. Конечно, у отрасли есть опасение, что часть положений документа затруднят работу интернет-площадок, особенно в малонаселённых и отдалённых районах страны. И мы готовы предложить разумные формулировки, которые повысят эффективность системы без компромисса по качеству и безопасности.

Также мы часто выезжаем в регионы и слышим от представителей региональных властей о дефиците кадров в регионах.

Мы работаем с ведущими участниками отечественного фармацевтического рынка, которые заинтересованы в расширении рынка сбыта и повышении доступности лекарств для наших граждан.

И в завершение я хотел сказать, что получит государство. Это повышение прозрачности рынка дистанционной продажи лекарств, дополнительные налоговые поступления, повышение конкуренции. Соответственно, потребители получают весь спектр информации по ценам и ассортименту, доставку в любую точку страны, в самые отдалённые сельские населённые пункты, качественный сервис от ведущих компаний страны.

Также мы готовы продолжить нашу экспертизу, нашу аналитику и исследования, все наши данные, и хотели бы, конечно, работать в тесном сотрудничестве с Минздравом России по данному направлению.

Всё, я закончил.

**Председательствующий.** Спасибо, Артём Николаевич. Мы примем ваши предложения и рассмотрим.

Слово предоставляю Михаилу Михайловичу Ильянову, президенту Ассоциации развития медицинских информационных систем.

**Ильянов М. М.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Возможно, я скажу не совсем то, что совпадает со мнением всех здесь присутствующих, но тем не менее отражает точку зрения достаточно большого количества специалистов.

Нет времени для проведения дискуссий. Я не согласен с той розовой картиной, которую нарисовала Елена Львовна по поводу того состояния, в котором находится информатизация нашего здравоохранения. Я постоянно общаюсь в том числе с врачами, и я не думаю, что очень большое количество врачей, которые на сегодняшний день сталкиваются с нашей информатизацией, так уж положительно к ней относятся.

Тот момент, который сегодня упоминали, – невозможность отказаться от бумажного документооборота при введении электронного, – продолжает оставаться самой главной проблемой, которая вызывает не просто раздражение, а ненависть к информатизаторам. Люди вынуждены делать по два раза одну и ту же работу, они не видят от этого никакого выхлопа полезного. Впустую тратится их время, это их раздражает, это отвлекает от их прямых обязанностей.

Этой темы достаточно для длительного разговора, но я бы хотел коснуться только одного аспекта. На сегодняшний день у нас главный тормоз информатизации не в отсутствии денег, не в отсутствии техники, не в отсутствии специалистов – это катастрофически низкий уровень управления в отрасли. Мы об этом говорим достаточно много лет. Ни одного аргумента за всё это время по существу мы не получили. И в первую очередь это касается несовершенства нормативной базы.

Тут вот был недавно задан вопрос, почему мы сейчас должны переделывать многое из того, что было сделано тогда? И это не случайность. Мы начали ИГИСЗ делать при практически полном отсутствии нормативной базы. И то, что это всё будет в значительной степени разваливаться, было известно в 2011 году.

Мы потратили примерно 55–40 миллиардов. Если мы не исправим ситуацию сейчас, то, потратив к 2024 году 177 миллиардов, мы получим не очень сильно отличающуюся картину. Мы получим много красивых нарисованных квадратиков на схемах, но мы вряд ли получим положительные отзывы. Потому что многие из тех, кто пользуется обычными поликлиниками, могут сказать: когда они приходят в поликлинику или в больницу, то много ли они видят реально той самой информатизации? Может быть, за исключением системы предварительной записи к врачу, которая очень хорошая, полезная, но это, грубо говоря, копеечный результат в рамках тех финансов, которые были затрачены, это действительно мелочь. На сегодняшний день вы не найдёте ни авиакомпании, ни железнодорожной компании, ни гостиницы, которая бы не решала бы задачу резервирования мест. Это та же самая математика, только они за это ещё деньгами отвечают. Если они продадут два билета на одно место, надо будет разбираться. А когда у нас приходят два пациента, записанные на одно время, предполагается, что они уж как-нибудь разберутся между собой.

И у меня вполне конкретное в этой связи предложение. Одна из причин, почему так складывается, это абсолютная закрытость Минздрава России в плане взаимодействия с экспертным сообществом. Экспертный совет Минздрава России фактически разогнан ещё в 2015 году, о чём мы уже неоднократно говорили. То, что говорится нам по поводу регулейшн и так далее, это все очень хорошо, но это Гайд-парк, это связь в одну сторону: захотели – услышали, не захотели – не услышали. Никакого аргументированного обсуждения не ведётся, поэтому у нас постоянно появляются законы, которые потом приходится переделывать, и никто не понимает, как их толковать. Потому что тот же закон № 242-ФЗ содержит позиции, о которых очень многие специалисты говорят, что в зависимости от их трактовки можно как развивать телемедицину, так и просто прикрыть её.

Я считаю, что должен быть создан экспертный совет по информатизации в здравоохранении. Это не оригинальная идея. С 2008-го по 2011 год существовал Совет при Президенте Российской Федерации по развитию информационного общества, в котором была отдельная секция, посвящённая информатизации в здравоохранении, которая очень успешно работала. И идея состоит в том, что вот в эту секцию должны входить представители всех заинтересованных сторон. Это должен быть не только Минздрав России, который захотел – принял, не захотел – не принял.

**Председательствующий.** Михаил Михайлович, сколько вам ещё? Минуту вам.

**Ильянов М. М.** Хорошо. Значит, туда должны входить представители Администрации Президента России, туда обязательно должна входить Счётная палата, там должен быть Народный фронт, это должны быть профессиональные ассоциации айтишников, медиков, а также представителей пациентов. То есть эти люди должны определять, туда ли мы вообще движемся. Это не предполагает какое-то мелочное ковыряние во всех деталях, но это должно быть принципиально. И надежда на то, что Минздрав России, как барон Мюнхгаузен, сам себя вытащит из болота, все последние годы не подтверждается. Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо, Михаил Михайлович. Я думаю, сейчас Елена Львовна вам ответит.

Но я бы хотел по поводу, вот вы затронули...

*(Аплодисменты.)*

Я ждал, когда вы выскажете предложения, предложения вы высказали, но я думаю, сейчас данным предложениям даст оценку Елена Львовна. Я бы хотел сказать о сво-

ём видении по поводу закона об информатизации, который вы вскользь упомянули. Было очень профессиональное экспертное сообщество, и Комитет Государственной Думы по охране здоровья очень активно работал с Минздравом России, и не только с ним. И хочу вам сказать: да, этот закон вышел, и он был нужен. Но я вспоминаю, как я в 2005 году работал главным врачом клинического родильного дома, и когда нам нужно было срочно принимать решения, мы осуществляли консультации дистанционно. Всё зависит от людей на местах. Мы установили связь, и нас консультировал Кулаковский центр, а мы консультировали отдалённые села. Это работало. Сейчас совершенно другая ситуация: нужно наполнять закон о цифровизации, информатизации, и те законодательные акты должны как-то его укреплять, закреплять и расширять. Могу сказать, он работал ещё раньше, этот закон о дистанционной информации.

**Бойко Е. Л.** По последнему предложению.

Я услышала, что сейчас врачи недовольны, что их раздражает дублирование на бумаге. И было предложение о возобновлении экспертного совета, куда вошли бы другие ведомства и контролирующие органы, и так далее.

Я абсолютно соглашусь и с тем, и с другим доводом.

То есть, во-первых, я и не говорила, что врачи довольны, я сказала, что сейчас врачи, может быть, не чувствуют ещё того эффекта, который они бы хотели видеть от цифровизации. И ещё я сказала, что именно поэтому регулятору нужно ускориться с нормативными актами. То есть мы сами себе это говорим, это очевидно.

А, во-вторых, разработчикам программного обеспечения, сохраняя всё-таки конкуренцию, нужно объединить усилия. У нас действительно мало времени. Мы сейчас ещё не отстали от других стран, но технологии настолько быстро развиваются, что мы рискуем упустить свой этап в эволюции, а это важно, потому что я глубоко убеждена, что мы не создадим никакой искусственный интеллект, не пройдя несколько шагов. И всё равно, уверена, что все здесь присутствующие понимают: скоро сказка сказывается, не скоро дело делается. Нам придётся пройти все шаги эволюции: от электронных документов к цифровым документам (мы все понимаем разницу) и к последующим итерациям в развитии.

Поэтому сегодня разработчикам программного обеспечения всё-таки нужно объединиться, чтобы взять всё самое ценное, что сегодня есть у того или иного решения, и сделать всё-таки типовую систему. Говоря «типовую», я не имею в виду, что надо сейчас всё снести и сделать одну систему. Я имею в виду, давайте поднимем уровень программного обеспечения, которое используется в больницах, в поликлиниках, в стационарах, тогда, я думаю, врачи всё-таки почувствуют тот эффект, на который мы рассчитываем.

Но я ещё раз говорю, что не уменьшаю значимость отработки с проверяющими органами. Вот сейчас уже многие субъекты Федерации, кстати, отказались от распечатывания, они говорят: зачем, у нас действительно всё подписано, мы не в цифровом формате, а когда приходит контролёр или Генпрокуратура, мы можем всё распечатать. То есть, есть такие прецеденты. Но они же говорят, что всё-таки нужно более чётко работать с проверяющими органами. И это тоже наша задача.

Что касается экспертного совета. Абсолютно точно Минздрав России никогда не принимал в одиночку решения и не будет принимать. Мы понимаем, что сегодня всё самое ценное – на стыке разных межведомственных систем и этого взаимодействия.

Но вот послушайте, пожалуйста, сейчас очень быстро всё меняется. Мы до последнего сопротивлялись, но это так. Очень быстро нужно управлять изменениями, очень быстро всё меняется. И нет вот этих вот закостенелых структур. И поэтому у нас просто масса вопросов.

Я сегодня говорила про один федеральный проект для всех наших субъектов Федерации, для медицинских организаций. Коллеги, для цифровизации здравоохранения

это не единственный проект, я уверена, что всё в результате у нас сведётся к одному цифровому контуру.

Но мы ещё сегодня не говорили про маркировку. Коллеги, сегодня только один из агрегаторов слегка задел тему дистанционной торговли лекарствами.

Всё сойдётся в единый контур, если мы всё сделаем правильно. Почему один законченный экспертный совет, почему только эти вот 15 или 50 человек должны решать за всю Российскую Федерацию? Конечно же, нет. Должен быть механизм, чтобы поднимались вопросы, которые сегодня считаются актуальными, если собирается вокруг группа, которая готова отрабатывать это здесь и сейчас, или если проголосуют коллеги, что да, действительно, Минздраву России нужно сейчас именно на этом сосредоточиться, отложив, допустим, электронный рецепт, – давайте, сделайте приказ по единой нормативно-справочной информации. Или сообщество готово будет само помочь и это разработать, а мы запустим вот этот вот административный регламент по взаимодействию. Мы будем только рады.

Поэтому экспертный совет нужен, безусловно, да, он должен быть agile, он должен быть гибким, и именно такой механизм мы сейчас предусмотрели в новопредставленном Центре компетенций цифровой трансформации. Я сказала, что создаётся новое направление – методология. У коллег будет возможность создавать любые группы, и всё не должно замыкаться в узких рамках этого важного органа – Минздрава России и, соответственно, команды по цифровизации Минздрава России. Мы как раз и предлагаем: коллеги, у нас нет столько ресурсов, чтобы решить в этом году все вопросы цифровизации здравоохранения, а нам очень хочется. Поэтому давайте, мы вас очень ждём в Центре компетенций.

**Председательствующий.** Елена Львовна, пока коллеги будут готовиться, будут какие-то вопросы...

**Бойко Е. Л.** В общем, и с первым, и со вторым доводом согласна и, соответственно, присоединяюсь.

**Председательствующий.** Я сейчас хочу предоставить слово Михаилу Альбертовичу Мурашко, руководителю Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.

Михаил Альбертович, ваше видение.

**Мурашко М. А.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Хотел отмолчаться, больше хотел послушать, но на некоторые вещи решил отреагировать.

Во-первых, с одной стороны, здравоохранение – конечно, это достаточно консервативная отрасль, потому что организм человека за многие сотни лет не сильно изменился. С другой стороны, технический прогресс позволяет нам сегодня менять многое в методах лечения, диагностики и так далее.

Чем интересен сегодняшний «круглый стол» и чем не интересен? Честно говоря, услышал, наверное, 2–3 выступления, которые действительно были о том, что нужно делать. Всё остальное – какая-то реклама, отчёт, бессмысленная штука.

Начнём по порядку, наверное. На мой взгляд, наиболее простая штука, хотя, может быть, дискуссионная, – это торговля лекарственными препаратами. Торговля лекарственными препаратами должна быть и интернет-продажей с доставкой, но это, конечно, должны быть лицензированные аптеки, хотя и тут есть, сразу скажу, риски.

То, что риски фальсификатов и недоброкачественных препаратов и тому подобного есть, это так, и не нужно вводить всех в заблуждение. Продажи фальсификатов, которые мы совместно с МВД изымали при интернет-доставке, были, они и сегодня есть, продажи эти, не надо с этим спорить. За этим мы гоняемся, бегаем, гоняемся, бегаем. Закрываем не всё, ловим не всех – это плохо, но рано или поздно всех поймают, не надо в это лезть.

Поэтому правила отпуска лекарств – это не просто торговля, фармацевтический бизнес существует отдельно, и поэтому он отдельно лицензируется. Те, кто стоит

за столом, так называемые первостольники в аптеках – это люди, которые в том числе должны давать и рекомендации по использованию и рискам использования тех или иных препаратов. Конечно, они не должны лечить. Сегодня я, к сожалению, когда сам обращаюсь в аптеку, вижу, что фармацевт или провизор начинает давать рекомендации, как вылечить то или иное заболевание, особенно у ребёнка. Я практически всегда его стараюсь оборвать. Меня, честно говоря, пугает то, что происходит. Поэтому, когда говорят, давайте, мол, от провизоров уйдём, от фармацевтов уйдём, обеспечим доставку любыми людьми, – бизнес, конечно, увеличится, но появятся другие риски, а осложнение после лекарственной терапии – это очень большой и грозный симптом. Поэтому этот вопрос нужно обсуждать.

Услышал интересное предложение: упаковывать препараты в аптеке для того, чтобы минимизировать риск подмены фальсификатом. Хорошее предложение, его надо осмыслить, обдумать. Однозначно лекарственные препараты, когда маркировка работает, должны продаваться только маркированные. То есть пациент должен быть убеждён, что этот препарат легальный, что мы его не забраковали, потому что мы ловили людей, которые покупали забракованные препараты и продавали их через интернет. Выписали им штраф, по-моему, миллионов пять тогда. В общем, такой инцидент тоже был.

Поэтому интернет для нас на сегодняшний день... Вот если бы мы были добропорядочными гражданами и на красный сигнал светофора не перебегали бы дорогу, тогда я бы с удовольствием рассуждал о продаже лекарств через интернет. Но поскольку один человек пишет закон, а потом тысяча человек пытается его обойти, к сожалению, есть проблема с таким способом продажи лекарств.

Что интересного ещё прозвучало? По профосмотрам. Однозначно, информационная система профосмотров должна быть, на мой взгляд, и это нужно имплементировать, потому что сегодня существует обязанность, в том числе при проведении профилактических осмотров, передавать их данные по месту жительства пациента на участок. Слушайте, сплошь и рядом нарушения, потому что не передают, теряются диагнозы, теряется информация, пациент не попадает в диспансерную группу, не проходит дальнейшего обследования, и так далее.

Поэтому вот это предложение тоже дельное, и мне, представителю надзорного ведомства, оно интересно.

Безусловно, больших и сложных проблем масса. Например, каталоги. Просто использовать каталоги, к сожалению, не получится. Даже вот сегодня приводили пример. Чтобы сделать качественно ЕСКЛП, 2.0 версия идёт. Поверьте, это не последняя версия, будут ещё изменения. Почему? Потому что фактически вот этот ЕСКЛП должен быть сквозным каталогом для всех информационных систем, только тогда это будет жить – и в маркировке, и в лекарственном обеспечении в медицинской организации, и в оптовом складе и так далее, чтобы мы видели, что под этим кодом идёт один препарат. И понятно, что там не только GS1 появится, GTIN, но в том числе NTIN. Это фактически наш российский номер, который будет характерен именно для структурирования. Потому что те, кто знаком с этим поглубже, знают: GS1 не даёт структурированной информации по лекарственным препаратам. Это просто случайный номер, случайные цифры, которые не позволяют давать это в привязке к КТХ, и так далее, и тому подобное. Поэтому это всё будет совершенствоваться.

Следующий этап. По лекарственному обеспечению, это, безусловно, привязка к информатизации инструкций по применению. На начальном этапе её надо хотя бы актуализированно подвешивать, потому что она меняется, даже если препарат выпущен три года назад, но по нему появились новые данные по безопасности. И поэтому, проводя лечение сегодня с новыми данными по безопасности, поменять инструкцию препарата, выпущенного три года назад, к сожалению, не всегда возможно. Поэтому актуализи-

рованная инструкция в конечном итоге должна прийти к тому, чтобы привязываться к маркировке. В лучшем варианте, конечно, потом её оцифровать и использовать.

Сегодня говорили о системах с искусственным интеллектом. Системы с искусственным интеллектом не смогут в конечном итоге работать, если у них будет каждый раз разный язык. Проще, конечно, чтобы всё это было в привязке к каталогам каким-то, к словарям определённым. Скажем, SNOMED, который сегодня существует в мире, и тому подобное.

Ещё одна история, которая касается многих. Сейчас выходит МКБ 11-го пересмотра. Форма аджайла, система работы и управления рисками и инновациями, конечно, для этого очень характерна и специфична, но в медицине она должна быть всё-таки координируема однозначно. Один оператор, который этим управляет, должен чётко понимать все риски.

МКБ 11-го пересмотра будет предусматривать для информационных систем систему взаимосвязи, она не иерархична, она будет позволять в том числе с нежелательными реакциями связывать, с симптомами, с гистологическими исследованиями и так далее. В этом году планируется, что Всемирная организация здравоохранения будет одобрять непосредственно её использование. Идеология очень интересная, правильная, с фармаконадзором, с нежелательными реакциями по медизделиям, по биомедицинским точным продуктам и так далее. Поэтому каталоги – это правильная вещь.

Мастер-данные. Насколько качественно они будут заполняться, так они и будут идти дальше. Многие страны сегодня начали использовать RWE и RWD-систему, это Real world data и Real world evidence. Для того чтобы соответственно работать с Real world evidence, нужно иметь всё-таки качественный информ-контент.

Я не сильно ругаюсь, да? Понятно? Ну, вот головой кивают, значит, кто-то понимает, о чём я говорю.

Суть заключается в том, что для того чтобы получить потом структурированные данные, вы должны всё-таки прийти к определённой парадигме, выработать определённый язык общения и так далее.

Потом, мастер-данные – конечно, это электронная история болезни, которая должна быть выверена. И многие страны с этим бились и потратили очень много времени. На самом деле ни в одной стране не создано какой-то уникальной электронной истории болезни. Даже в Японии, которая продвинулась очень далеко... В этой стране, придя в медицинскую организацию, я увидел целую кучу бумажных стандартных операционных процедур, которые просто вклеиваются в историю болезни. Хотя электронная история болезни ведётся, потому что в неё в том числе вносится ещё и профилактика осложнений.

Мы приходим к вопросу использования электронных систем. Но они, во-первых, градируются по уровням. Есть те, которые просто статистику ведут. Есть те, которые работают с оборудованием, просто получая с него информацию. Есть те, которые обрабатывают видеоизображения. Есть те, которые созданы для помощи в принятии решений, с вариантами искусственного интеллекта. Мне, как регулятору, понятно, что сегодня мы их должны в регуляторике разделить.

В сентябре будет форум IMDRF. Мы его проводим как сторона принимающая. Приглашаю тех, кто занимается информатизацией, на форум в Екатеринбург. Там будет два открытых дня, два закрытых дня для регуляторов со всех стран. Открытый день один будет посвящён искусственному интеллекту. Будут топовые выступления, поскольку по данному направлению в мире на сегодня уже много чего наработано, и регуляторы должны понимать, как с этим обращаться.

А почему с этим обращаться нужно? Я вам объясню. Вот в этом году прошёл ещё один министерский саммит по безопасности. Одна ошибка в информационной системе, особенно с принятием решений искусственным интеллектом, может реально угробить

не одну тысячу человек в фармакотерапии, в хирургии или в каком-либо другом направлении.

Поэтому подход к этим системам будет в высшей степени осторожный и со стороны регуляторов, и со стороны пациентского и врачебного сообществ. Это тоже очень важно. Необходимо создавать те системы, которые будут выявлять эти проблемы и соответственно вовремя вносить изменения.

Да, сложно. Да, у нас целая масса проблем: зарплаты, люди и так далее. Как это нам всё поддерживать в рабочем варианте? Но, конечно, к этому всё равно нужно прийти и с этим нужно работать.

Здесь звучало выступление, говорили о качестве. Слушайте, качество – это, так сказать, одна из систем, вернее, одно из определений. А во главу угла нужно ставить в информационных системах безопасность.

Ну и последнее, что я хотел бы сказать. Конечно, наверное, не надо ограничиваться этой площадкой. Мы запланируем секцию на «ФармМедОбращении». Приглашаю также и туда, чтобы поговорить там более открыто и не просто, а с предложениями обратиться в Государственную Думу, для этого, конечно, нужно собираться.

Спасибо.

**Председательствующий.** Михаил Альбертович, к вам вопрос у Елены Львовны.

**Мурашко М. А.** Ага, нарвался. Задавайте.

**Бойко Е. Л.** Пользуюсь случаем, что называется. Михаил Альбертович, скажите, пожалуйста, по вашему ощущению, когда можно начать вести речь об обязательном внедрении такого условия – наличие медицинской информационной системы в медицинской организации для получения лицензии на оказание медицинской помощи? Когда мы это сделаем?

**Мурашко М. А.** Как только разработаете полностью все правила, тогда и можно внедрять. Я-то за.

**Бойко Е. Л.** То есть вы поддерживаете?

**Мурашко М. А.** Я, честно говоря, хотел бы вообще лицензионное дело видеть в электронном виде, с обновлениями и так далее. Потому что мы внедряем рискоориентированный подход, и у нас есть целая куча проблем.

Пример. Взяли в аренду оборудование. Получили лицензию. Через три дня его сдали назад. Пациент умер. Мы приходим, а оборудования нет. А лицензия была выдана. Но это мошенничество в чистом виде. И это случается и в аптечных организациях, и в медицинских организациях. Понимаете, не так всё идеально, и без контроля нам не прожить. Вот коллега приводил пример по Ульяновской области: дают информацию одну, по факту получается другая. Вроде, с одной стороны, информационная система – всегда всё здорово, но надо понимать, что там будет.

**Бойко Е. Л.** То есть, соответственно, мы понимаем с вами, что как только мы введём для осуществления медицинской деятельности обязательное требование наличия медицинской информационной системы, нам тут же нужно будет создавать службу, которая будет проверять и сам продукт, и его использование в медицинских организациях. Видимо, это будет уже Росздравнадзор.

**Мурашко М. А.** Понятно, что это должно быть по каким-то правилам. Но самое главное – выработать правила на начальном этапе. Я тут согласен с коллегами, которые говорили, что без правил всё-таки жить нельзя. Это надо, я за информатизацию, я за этот процесс. Но я должен понимать, что я получу структурированные данные, а не кучу информатизированного мусора.

**Бойко Е. Л.** Давайте тогда вместе попытаемся составить некую «дорожную карту», когда мы сможем вот этот флажок поставить, что мы внедрили обязательное требование. Вот коллеги рвутся, экспертное сообщество тоже хочет в этом участвовать. Разработчики медицинских информационных систем, мне кажется, нас поддержат,

но обязательное требование будет, чтобы их продуктом пользовались. То есть будут разработчики, которые станут продвигать свой продукт, и кто-то будет находиться на позиции, которая не даст возможности врачам плохой продукт навязать и использовать. Мне кажется, все будут в выигрыше.

**Председательствующий.** Я думаю, да. Спасибо, Михаил Альбертович. Есть вопросы к Михаилу Альбертовичу? Только, пожалуйста, не злоупотребляйте, вот конкретно вопрос – ответ.

**Из зала.** У меня вопрос по поводу того, что оборудование заявили, получили лицензии и пропали. Не кажется ли вам, что эту проблему можно было бы решить просто, путём введения лицензирования не медицинского центра, а врача. Тогда бы не имело значения, было оборудование, не было. Если врач взял на себя ответственность лечить пациента, тема оборудования – не тема, есть оно в наличии или нет, и он бы персонально нёс ответственность.

А что касается лицензирования медицинской деятельности вообще, то не кажется ли вам, что сейчас зачастую это сводится к профанации? В частности, требуется предоставить документы на врачей, которые будут работать. Откуда руководителю медцентра знать, тем более, если получение лицензии на несколько месяцев растягивается, кто у него на момент получения лицензии будет работать? И потом, как его оформлять, как врача? Так у него нет лицензии пока. Ему же, если оформили, надо платить зарплату. Спасибо.

**Мурашко М. А.** Значит, со второй частью вашего вопроса и ответа, который вы сказали сами, я согласен. Поэтому я и сказал, что с тем, что Елена Львовна предлагает в лицензировании иметь данные онлайн, в том числе по врачам, я полностью согласен.

По поводу лицензирования врача, я думаю, что не нужно вам тут объяснять, что врач будет нести ответственность. И как только появляется история бизнеса в медицине, так появляются доход и расход. Почему мы сейчас в пластической хирургии провели такой вот рейд, назовём его так? Потому что они говорят: мы получаем лицензию, мы будем делать только то, что в ней оговорено. Но когда приходит пациент, который готов заплатить ещё за что-то, они его также берут. Но они к этому не готовы, безопасности пациента нет. В результате потом получаем осложнения или летальный исход.

Коллеги, какая разница в том, врача лицензируют или юрлицо? Понимаете, суть в одном. Нарушать нельзя. Есть правила по безопасности. Почему Минздрав России говорит про стандартизацию, требования к условиям, требования к процессу, требования к результату? Суть-то в том, что при этом ещё появляется новый аспект – это информатизация, которая все это должна связать. Поэтому я думаю, коллеги, что лицензирование врача этот вопрос не решит кардинально.

**Председательствующий.** Спасибо.

Да, да. Представляйтесь, пожалуйста.

**Вышковский Г. Л.** Регистр лекарственных средств России, Вышковский.

Но у меня на самом деле и к Михаилу Альбертовичу, и к Елене Львовне вопрос. Инструкция по медицинскому применению в сети Интернет, Минздрав России на ГРЛС инструкцию выкладывает в виде безобразном, потому что основная часть идёт как фотография, и потом дополнительная текстовая часть, она оцифрована.

На мой взгляд, нужна эталонная инструкция в цифровом виде. Это первый вопрос.

Второй. В сети Интернет есть браузеры «Яндекс», Google и другие. Здесь представитель «Яндекса» есть, мы ему об этом писали, они ранжируют тексты по степени оригинальности. И поэтому аптеки и другие ресурсы, которые используют в сети Интернет инструкции, они их модифицируют иной раз в неузнаваемом виде и иногда с грубейшими ошибками.

**Председательствующий.** Вопрос, пожалуйста, задайте.

**Вышковский Г. Л.** Вопрос: а что с этим делать?

**Мурашко М. А.** Вы фактически сами ответили на первый вопрос. Это ваше предложение, а не вопрос, это в принципе рациональное предложение. Но пока уровень информатизации и защиты инструкций не перешёл в другой формат, всё размещают в PDF, чтобы потом никто не искорёжил ту инструкцию, которая написана непосредственно с участием экспертов и непосредственно по фармпроизводителю.

Второй вопрос. Действительно, к сожалению, пока мониторировать сеть Интернет по качеству предоставления информационных данных по медицинской помощи или по инструкциям – такого функционала напрямую нет. Там действительно появляется очень много плохих и некачественных инструкций, которые в том числе переведены в формат читаемый, копируемый и так далее. Действительно, безобразие. В Google недавно было такое, когда по поиску «вакцинация» он выдавал в первой строке, что прививки – это плохо, прививки – это опасно, и их делать нельзя.

Я написал письмо-предостережение Google, через день они навели порядок, спасибо, но такое вообще в принципе не должно происходить. Что за бред? Это же вакханалия, это вообще какое-то ископаемое. Сегодня говорить про вред вакцинации, слушайте, у кого вообще язык поворачивается? Прививки спасают массу жизней. Конечно, бывают осложнения, нужно соблюдать правила.

Поэтому ваши предложения вполне рациональны, но... Знаете, сегодня не модно говорить о том, что сетью Интернет нужно как-то управлять или координировать, но в медицине, видимо, мы к этому придём. Потому что посмотрите, что вываливается в сеть: капустным листом, подорожником мы сейчас вам вылечим всё, что угодно. Мы смеёмся, но люди-то в это иногда верят. Понимаете? У нас же привыкли верить печатному слову, тем более, «я же в интернете видел!» Черт его знает, откуда это, с какого это ресурса, кто это написал.

**Председательствующий.** Есть ещё вопросы, уважаемые коллеги? Будем заканчивать? И к Елене Львовне нет вопросов? Елена Львовна, два слова в заключение. Будет ли работать у нас экспертный совет, когда мы включимся в работу совместную? Спасибо, Михаил Анатольевич.

**Бойко Е. Л.** Ещё раз. Буквально две минуты, коллеги, чтобы завершить сегодняшнюю беседу. Я уже говорила, что у нас сейчас организованы курсы обучения цифровых трансформаторов. И вот мы собирались с коллегами «по оружию» из других ведомств. И знаете, какое самое популярное слово? Такое было упражнение: через несколько итераций нужно было вычеркнуть сначала 15 слов, потом вычеркнуть 10 слов и так далее. И вопрос был, какое слово у вас больше всего ассоциируется с цифровой трансформацией? Каждый отвечавший думал о своей отрасли.

Первое слово, самое часто упоминаемое, вышло – «безопасность». То есть люди настолько все сейчас напуганы возможностью ошибки, что это просто сковывает по рукам и ногам. И мы боимся сделать шаг, потому что мы не сделаем то-то, не сделаем ещё что-то. Но не бывает никакого изменения, коллеги, во-первых, без смелых шагов, во-вторых, не ошибается только тот, кто ничего не делает. Мы с вами обречены и на ошибки, и на правильные шаги, и так далее – просто нужно шагать. Это первый постулат.

Второй постулат. Я согласна с тем, что нужно что-то делать, но принимая различные взгляды на проблему. Только так мы сможем взвесить все «за» и «против», все риски. Если говорить о высоком представительстве, то есть Государственная Дума, ОНФ, Администрация Президента России, различные другие органы и сообщества.

То есть мы с вами сегодня широко обсуждаем, чтобы было интересно всем, и пошли какие-то общие отклики. Поэтому всё-таки нужны профессиональные обсуждения, профессиональные вещи, я вас призываю: давайте делать такие мобильные группы. Одному человеку могут быть интересны три темы, он в их обсуждении участвует. А на обсуждении в высоких представительствах нужно принимать какие-то стратегические решения.

Например, опять же о законе, о котором сегодня много раз говорили, и Борис Валентинович говорил, что изменился наш подход. В 2011 году была принята одна парадигма, концепция, что ЕГИСЗ – это всё. ЕГИСЗ тогда считали то, что мы сегодня называем цифровым контуром здравоохранения. И даже шутили: ЕГИСЗ превращается, ЕГИСЗ превращается, ЕГИСЗ превращается... в цифровой контур. На самом деле это не так. Почему в 2017 году ЕГИСЗ превратилась в федеральную систему? А потому что мы обсуждали этот вопрос со всех сторон. У нас было представительное участие от Администрации Президента России. Представители Администрации Президента России и коллеги настояли на распределённом хранении данных. К нам на площадку Государственной Думы, по-моему, кого только не приглашали. И закон получился такой не потому, что его таким хотели видеть Минздрав России или даже Правительство России, а это именно в ходе обсуждения прозвучало: да, мы сегодня готовы жить по таким правилам. И сегодня телемедицина вот такая непонятная, статья 36.2 может полностью зарубить телемедицину, а может, и нет.

Так что не заблуждайтесь, если вы думаете, что Минздрав России что-то принимает в одиночку. С кем мы только не обсудили проект федерального закона! Поэтому призываю вас в экспертные группы по узким вопросам.

И последнее. Михаил Альбертович перечислил ряд тем, я себе всё записала, есть очень интересные, которые я готова прямо сегодня обсуждать. И поэтому Центр компетенции цифровой трансформации для узких вопросов, для стратегических вопросов. Для нас сейчас первая площадка – это у вице-премьера по цифровой экономике Максима Алексеевича Акимова. Мы сейчас там обсуждаем, там и представители Администрации Президента России, и другие. Я думаю, что коллеги наши из Государственной Думы тоже присоединятся к обсуждению ряда вопросов.

**Председательствующий.** Спасибо, Елена Львовна, спасибо, Михаил Альбертович.

Я хотел бы, уважаемые друзья, от Комитета Государственной Думы по охране здоровья, от Дмитрия Анатольевича Морозова, от аппарата нашего Комитета поблагодарить всех вас. На самом деле, Елена Львовна, я вам хочу сказать, что те люди, которые сегодня здесь собрались, приехали из регионов, являются настоящими экспертами. Мы бы хотели, чтобы это наше взаимодействие продолжалось. Спасибо вам огромное. Я думаю, что будем в дальнейшем работать с вами совместно. Спасибо.

**СТЕНОГРАММА**  
**«круглого стола» Комитета Государственной Думы по охране здоровья**  
**на тему «Отказ от вакцинации – серьёзная угроза XXI века.**  
**Как избежать эпидемий?»**

*Здание Государственной Думы. Зал 830.*  
*11 апреля 2019 года. 15 часов.*

**Председательствует заместитель председателя**  
**Комитета Государственной Думы по охране здоровья**  
**Л. А. Огуль**

**Морозов Д. А.** Глубокоуважаемые коллеги, добрый день! Прошу присаживаться.

Уважаемые коллеги, я рад всех приветствовать и очень благодарен вам всем. Сегодня, убеждён, состоится очень интересный, важный, предметный и, самое главное, результативный разговор. Я хочу выразить благодарность отдельно Леониду Анатольевичу Огулю, поскольку идея сегодняшнего «круглого стола» принадлежала ему, и мы, естественно, сразу всем Комитетом поддержали это двумя руками, потому что прекрасно понимаем, что вопрос, который мы сегодня будем обсуждать, далеко не праздный. У нас много таких проблем в здравоохранении, которые находятся на стыке взаимодействия врачебного сообщества и социума как такового. И сколько бы мы ни улучшали свою жизнь внутри системы здравоохранения, если у нас нет должного взаимодействия с обществом, в том числе информационного взаимодействия, то результаты окажутся не такими высокими, как хотелось бы.

Нас, конечно, очень беспокоит сложившаяся ситуация, потому что мы продолжаем сталкиваться во всём мире со вспышками инфекций, с периодически возникающими эпидемиями. И для того, чтобы была обеспечена эпидемиологическая безопасность нашей страны, в первую очередь необходим огромный труд, и спасибо всем тем органам исполнительной, законодательной власти, специалистам, экспертам, силами которых эта безопасность и обеспечивается.

С другой стороны, нас беспокоит вот эта непонятная нам, как врачам, активность антивакцинального лобби, которое, кстати, имеет столетнюю историю, и всё это не недавно возникло. Просто сейчас в условиях открытого информационного пространства, интернета, борьба против вакцинации обрела некое другое звучание, и мы об этом говорили неоднократно, когда говорили о правах и обязанностях врачей.

Очень много проблем, которые мы сегодня обсудим. Я не буду останавливаться на них, чтобы не занимать дополнительное время.

У вас в материалах, уважаемые коллеги, мнение субъектов Российской Федерации, органов законодательной, исполнительной власти. Москва подготовила потрясающий материал, с такой любовью, с такой душой. И мы уже говорили с Леонидом Анатольевичем, я попросил, чтобы сегодняшнее действо обрело формат книги. Мы издадим сборник, может быть, сделаем его регулярным, поскольку этот вопрос нужно мониторить, и очень важно его доносить до всех, от кого зависит решение.

Десятки тысяч, сотни тысяч жизней, разнообразные инфекции – от детских инфекций до инфекций, которыми страдают и дети, и взрослые: дифтерия, полиомиелит, корь, ветряная оспа, эпидпаротит, краснуха, и многие, многие другие инфекции. Это вопросы, которые касаются каждого гражданина планеты. И, может быть, забегая вперёд, я вспоминаю это выражение классика – жить в обществе и быть свободным от общества нельзя, и думаю, что, наверное, это было придумано в отношении вакцинации. Потому что когда мы говорим о личном праве каждого человека, то, находясь в обществе, вы не можете этим правом, наверное, в полной мере распорядиться именно потому, что мы живём все вместе.

Конечно, сегодня мы должны говорить, наверное, в первую очередь о приверженности к вакцинопрофилактике и о том, где мы недорабатываем, я имею в виду законодательную власть. Посоветуйте нам – где мы недорабатываем в отношении создания хорошей информационной платформы, информирования населения и, как ни странно, информирования или доинформирования врачебного сообщества, поскольку мы иногда сталкиваемся и с тем, что ряд докторов считает возможным не поддерживать, мягко скажем, вакцинацию, внося некий диссонанс. Может, нам, как говорил Жванецкий, что-то «в консерватории подправить», то есть что-то изменить на этапе дипломной подготовки или последипломной подготовки? Разумеется, речь идёт о важной информации, которую должны знать все.

Можем ли мы с вами повлиять на отказ от прививки? Должны ли мы повлиять на это? Насколько мы должны учитывать ещё раз, как я говорил, личное мнение по поводу вакцинации того или иного гражданина, и в том числе в отношении его детей? Мы с вами хорошо знаем, что в законодательстве ответственность гражданина за своё здоровье прописано несколькими строчками без какого-либо определения. Как мы можем или можем ли мы контролировать медиков, которые имеют иную точку зрения, имеют ли они право на своё мнение и в какой части?

Уважаемые коллеги, взаимодействие врачей и общества, да и врачей внутри своей корпорации, всегда было весьма непростым. Сегодня в этом зале, наверное, мало кому нужно говорить, кто это. *(Демонстрируется слайд.)*

Это Эдвард Дженнер, человек, которому мы обязаны избавлением человечества от оспы. И многие, уверен, хорошо помнят, с каким противодействием он сталкивался и в своей профессиональной среде, и, разумеется, в социуме. И вот оспы практически нет. Это серьёзное достижение. А вот на этой фотографии не кто иной, как Пастер, которому мы обязаны не просто рядом вакцин, а смыслом вакцинации и возможностью профилактики многих инфекционных заболеваний посредством использования вакцин. Это бешенство, это сибирская язва. И он тоже встречал мощное противодействие. Кстати, в случае с Дженнером, чтобы убедить социум, ему потребовалось несколько лет. И в Соединённых Штатах Америки президентом была принята национальная программа, именно там, а не в Великобритании, где он начинал. А последователи Пастера вспоминают его, когда речь идёт о живой вакцине против туберкулёза, благодаря которой живы тысячи людей.

Не всегда была эта дорога простой. Многих, кто был новатором, даже в профессиональном сообществе порой обвиняли, чуть ли не доходя до таких слов, как «убийца». Это было, например, в отношении дифтерийной сыворотки. Но, слава богу, человечество в последние десятилетия XIX века, в XX веке изменило своё отношение к вакцинации. Правда, в это же время мы были свидетелями ряда вспышек инфекций по всей Европе, когда уходили от вакцинации. И сразу же имели проблемы и Голландия, и Швеция, и Франция, и Чехия. Ну, вот сегодня та вспышка инфекции, которая появилась на Украине, следствие такой проблемы. *(Демонстрируется слайд.)*

Я хотел показать вам в завершение вот эту фотографию. Думаю, что вряд ли кто-то скажет, кто это. Это Гарольд Хаузен, который впервые обнаружил ДНК в раке шейки

матки. В 2008 году он был удостоен Нобелевской премии именно за это. Я вот убеждён, пройдёт с десятков или два десятка лет, и все женщины планеты будут сразу его фото узнавать. Потому что они будут спасены почти все, практически все благодаря этому учёному.

В чём состоит наша задача? На мой взгляд, наша задача историческая состоит в том, чтобы сегодняшнюю ситуацию грамотно оценить и сделать всё для обеспечения психологической безопасности нашей страны и, не побоюсь такое сказать, всей планеты.

Я с удовольствием предоставляю слово Леониду Анатольевичу Огулю, который будет сегодня председательствовать.

**Огуль Л. А.** Дмитрий Анатольевич, я хотел бы добавить: важно сделать так, чтобы нас тоже узнавали и говорили спасибо.

**Морозов Д. А.** Для этого нужно быть удостоенным Нобелевской премии, Леонид Анатольевич. У вас всё впереди.

**Огуль Л. А.** Спасибо.

Уважаемый Дмитрий Анатольевич, уважаемые друзья, коллеги! Тема, о которой мы сегодня будем говорить, чрезвычайно важна, она касается всех россиян, касается будущего нашей нации. Я говорю о возвращении в наше общество страшных инфекционных заболеваний, от которых мы избавились ещё два-три десятилетия назад. Это корь, краснуха, коклюш, дифтерия, полиомиелит и другие болезни. Когда-то люди умирали от них тысячами, умирали дети, но наша наука нашла способ их победить. Это всеобщая вакцинация. Благодаря доступным вакцинам, национальному прививочному календарю наша страна создала мощный коллективный иммунитет, который остановил все эти болезни. Многие из нас, наверное, помнят, как ещё каких-то десять лет назад Всемирная организация здравоохранения сообщила, что та или иная страна полностью избавилась, к примеру, от кори. То есть там дети перестали умирать от этой болезни.

И вот сейчас мы вынуждены констатировать, что стоим на пороге обратных изменений, к сожалению.

Сегодня по разным оценкам от 5 до 10 процентов родителей ежегодно не делают прививки своим детям.

Специалисты называют несколько причин, в том числе слабую информированность, отказы по религиозным мотивам или по идеологическим соображениям и так далее.

Сегодня мы отмечаем ситуацию, когда сами врачи не верят в пользу вакцинации и пропагандируют отказ от прививок.

Почему это происходит?

Очень удачно выразились по этому поводу наши коллеги из Минздрава России, сказав, что наша система иммунизации стала жертвой собственного успеха. Наши достижения в борьбе с инфекционными болезнями усыпили бдительность в гражданах. Выросли поколения россиян, которые не знают, что такое эпидемия кори или дифтерии, не знают, что такое столбняк и коклюш.

Сегодня в ряде регионов, включая Москву, уважаемые коллеги, начали вспыхивать очаги кори, дифтерии, коклюша. И не только в России. Ещё в 2016 году страны Нового света были объявлены свободными от кори, но в течение двух следующих лет она вновь появилась, причём в виде тяжелейших вспышек.

Напряжённая ситуация по кори сейчас наблюдается в Грузии, Черногории, Сербии, Греции, Франции, Италии и в других странах.

В этом году Всемирная организация здравоохранения впервые внесла отказ от прививок в список глобальных угроз человечеству наряду с войнами, загрязнением природы, изменением климата, диабетом и раком. То есть масштаб проблемы, уважаемые коллеги, с которой мы столкнулись, пугающе огромен.

Конечно, осознание того, что мир стоит перед лицом новой глобальной угрозы, постепенно приходит к нам.

На прошлой неделе одной из самых цитируемых новостей было сообщение Минздрава России о том, что они сейчас работают над законопроектом о наказании за публичные призывы к отказу от прививок. А две популярные социальные сети в этом году объявили, что будут бороться с антипрививочным контентом.

Нам нужен комплекс мер, которые станут нашим щитом от давно забытых инфекций. Какие это меры?

Во-первых, мы должны выработать принципиально новую схему разъяснительной работы с населением. Можно задействовать для этого ресурсы школ и детских садов, ведь они находятся в активном диалоге с родителями.

Нужно остановить миграцию инфекционных заболеваний.

Возможно, надо пересмотреть и перечень санитарных требований к мигрантам.

Нам нужно акцентировать внимание на качестве и безопасности наших вакцин.

Подумать о том, как свести к минимуму риски от прививок.

Врачи должны тщательно обследовать детей на предмет медотвода. Должна быть чёткая инструкция для этого и персональная ответственность.

Давайте обсуждать введение обязательных (вот на этом акцентирую внимание) паспортов прививок для детей, чтобы фиксировать в них не только информацию о сделанных прививках, но и о причинах отказа от них и противопоказаниях.

Сегодня в информационном пространстве негатива по поводу иммунизации больше, чем позитива, согласитесь. Давайте обсудим инициативу об объединении в единый информационный портал мнений всех авторитетных учёных и практиков. Ведь эта информация есть, но она разрозненная, назовём её условно «Прививкам – да».

Я убеждён, что нельзя заставлять родителей прививать детей только силой, штрафами и угрозами. Сегодня нужно максимально использовать цивилизованный метод – это просвещение.

Коллеги, мы обязаны защитить наших детей.

Я предлагаю (у нас сегодня записалось очень много) выступить по этим проблемам и отразить пути решения этих проблем.

Коллеги, хочу обратить ваше внимание, что в работе нашего «круглого стола» принимает участие представитель Всемирной организации здравоохранения в Российской Федерации госпожа Мелита Вуйнович, а также представители медицинской общности Южной Кореи. У этой страны свой интересный опыт вакцинации. Мы уже работаем с коллегами над медицинскими проектами в «Сколково». Думаю, что и в вопросах вакцинопрофилактики наше сотрудничество будет плодотворным.

Желаю нам всем, уважаемые коллеги, плодотворной работы. Наш зал, я так понимаю, всех желающих вместить не может, но могу вам сказать, что рядом зал, где для тех, кто опоздал, параллельно проходит трансляция нашего «круглого стола». И, конечно, все предложения, которые сегодня поступят, мы примем, наш Комитет сделает по максимуму всё, как Дмитрий Анатольевич сказал, чтобы нас узнавали и хотя бы благодарили и помнили за то, что мы всё-таки решили навести порядок именно в проблеме иммунизации и вакцинации.

**Морозов Д. А.** Можно мне два слова?

**Председательствующий.** Да, пожалуйста.

**Морозов Д. А.** Уважаемые коллеги, я вот сегодня уже про Москву говорил, что они блестяще подготовили материалы для сомневающихся.

Вы только вдумайтесь: в 2018 году после серьёзной эпидемии гриппа в Москве никто из привитых не погиб. Вот такой факт для сомневающихся!

Представляют ли люди, которые не чувствуют это, как сложно добиться такого результата? Это сложнейшая работа, и она сделана. И это наша задача, я думаю, по многим инфекциям. По крайней мере по тем, которые имеют максимальную возможность управления. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Дмитрий Анатольевич.

Уважаемые коллеги, я хочу предоставить слово Игорю Николаевичу Каграманяну, первому заместителю председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике. Прошу вас, Игорь Николаевич.

**Каграманян И. Н.** Спасибо.

Уважаемый Дмитрий Анатольевич, Леонид Анатольевич, уважаемые коллеги!

Я поддержал бы Дмитрия Анатольевича, Леонида Анатольевича, действительно, очень важная тема, и она имеет не только медицинское значение, но и глубокое социальное общественное измерение.

Мы стали, очевидно, жертвой некой такой самоуспокоенности. Ведь подавляющее большинство присутствующих в этом зале имеют высшее медицинское образование, и все мы помним ещё со студенческой скамьи, с чем связаны достижения человечества в здравоохранении в части снижения смертности, увеличения продолжительности жизни. В первой половине XX века они как раз связаны с внедрением вакцинации, с победой над инфекционными заболеваниями.

Наша страна, Советский Союз, а сейчас современная Россия, последовательно наращивала усилия, охват, расширение национального календаря профилактических прививок, составляла региональные календари профилактических прививок. То, что делается в рамках региональных программ, слаженная работа органа управления здравоохранением, Роспотребнадзора – всё это дало свои результаты.

И вот сейчас мы столкнулись с глобальным вызовом. Я вот смотрю на тему сегодняшнего «круглого стола» – она действительно очень точно и правильно подобрана: мы должны понимать, с чем столкнулись. Мы не должны упрощать эту картину, потому что вот Дмитрий Анатольевич назвал те сетевые ресурсы, которые задействованы.

Антивакцинальное лобби было всегда, но не всегда оно было, наверное, таким агрессивным, таким активным. Ещё 10–20 лет назад не было сетевых технологий распространения информации. И в этой связи, конечно, первое, что хотелось бы подчеркнуть, – надо всемерно развивать информированность нашего населения. Я очень внимательно ознакомился с материалами, это есть в предложениях и наших коллег из регионов, и в предложениях Роспотребнадзора.

Каждый родитель имеет доступ через персональные устройства, гаджеты, может ознакомиться с информацией, которая активно распространяется в сети, но далеко не каждый имеет возможность побеседовать с медицинским работником, который доступно для него и квалифицированно объяснит риски отказа от вакцинации.

Когда мы говорим о позиции родителей, мы понимаем, что они вдвойне ответственны, потому что это касается их несовершеннолетних детей, не имеющих ещё возможности выразить своё собственное мнение в силу возраста, в силу норм законодательства.

Следующий момент, который хотелось бы подчеркнуть, озвучил Леонид Анатольевич. Очень часто, я бы так сказал, идёт спекуляция вокруг качества и безопасности вакцин.

Могу с уверенностью и ответственно заявить, ссылаясь на присутствующего здесь директора Департамента Минпромторга России Алексея Викторовича Алёхина, что за последнее десятилетие, особенно последние пять лет, в рамках программы «Фарма 2020» наша отечественная фармацевтическая промышленность уже вышла на такие рубежи, когда мы практически полностью самодостаточны в части подавляющего большинства вакцин, входящих в нацкалендарь прививок. И наши отечественные предприятия, производящие вакцины, обладают такими компетенциями, которые, помимо удовлетворения в полном объёме спроса в России, имеют возможность пользоваться популярностью и в части развития своего экспортного потенциала.

Следующий момент, который хотелось бы подчеркнуть. Вот мы, и наши оппоненты в том числе, очень часто ссылаемся на мировой опыт. Дмитрий Анатольевич и Леонид Анатольевич уже упомянули сегодняшнюю ситуацию в странах Европы, в других стра-

нах мира. И оценивая геополитическое положение нашей страны, мы понимаем, что по периметру наша страна по большей части граничит как раз со странами, где наблюдается ситуация, связанная с рисками вспышек инфекционных заболеваний.

Созданная за последнее десятилетие «прослойка безопасности» позволяет нам уверенно и адекватно реагировать на эти внешние вызовы и угрозы, но любое послабление в этой сфере опасно из-за публичных призывов к отказу от прививок. Когда это позиция одного человека в отношении самого себя, мы понимаем, что это его личное мнение. Но когда люди публично призывают других отказаться, по сути дела, от профилактики инфекционных заболеваний, когда раздаются публичные призывы к тому, что несёт потенциальную угрозу здоровью нации, конечно, мы на это должны адекватно реагировать.

О международном опыте. *(Демонстрируется слайд.)*

Здесь в обзорах приведён опыт ряда стран Европы, где вакцинация считается необходимой формой допуска в дошкольные и школьные учреждения. И это понятно с точки зрения, что есть ответственность человека за состояние своего здоровья, есть его право, оно и у нас в законодательстве закреплено в части добровольного согласия, но есть и ответственность человека перед обществом, когда человек находится в коллективе, особенно когда это касается инфекционных заболеваний. Не в этом зале объяснять, что мы призываем ответственно относиться к людям в период вспышки гриппа и ОРВИ. Правильно говорим, что когда у человека грипп, то лучше быть дома, не ходить на работу, с тем чтобы не подвергать окружающих опасности заражения, а здесь-то идёт речь о качественно других, более серьёзных угрозах.

Так вот, последний пример из международного опыта. Буквально позавчера прочитал, что в Нью-Йорке, по-моему, в районе Бруклина мэр Нью-Йорка объявил чрезвычайную ситуацию, связанную со вспышкой кори, жертвами которой стали 300 человек.

Поэтому я согласен, Дмитрий Анатольевич, с вашими словами: в определённой мере мы стали жертвами самоуспокоенности. Мы сейчас активно работаем над тем, чтобы развить мотивацию граждан к поддержанию своего здоровья, в том числе ведению здорового образа жизни, профилактике неинфекционных заболеваний, а здесь речь идёт, по сути дела, об активной гражданской позиции в части предотвращения инфекционных угроз, рисков уже совершенно другого порядка.

Поэтому я поддерживаю высказанную здесь мысль, что надо не просто обсудить эту тему. Обсуждение в Комитете Государственной Думы по охране здоровья, безусловно, придаст ей и общественный, и публичный значимый резонанс, Совет Федерации, как палата региона, тоже очень активно этим занимается, и у нас единая линия здесь. Однако надо выработать и адекватные меры. Если мы, допустим, посмотрим даже в сетях, сравнив, сколько идёт отрицательной информации, сколько позитивной и просто нейтральной разъяснительной информации, то баланс, к сожалению, будет в пользу негатива.

Поэтому давайте сделаем так, чтобы вот это сегодняшнее мероприятие стало стартом активной общественной кампании, прежде всего, для населения, для укрепления и поддержания здоровья нашей нации. И, в общем-то, здесь нельзя быть пассивными. Врач – это очень деликатная профессия, мы относимся уважительно к пациенту, разъясняем, объясняем, выслушиваем, но в сегодняшней ситуации надо более активно наступать.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Игорь Николаевич.

Уважаемые коллеги, я хочу предоставить слово нашему коллеге, депутату Государственной Думы Айрату Закиевичу Фаррахову, члену Комитета Государственной Думы по бюджету, пожалуйста.

**Фаррахов А. З.** Добрый день, уважаемые коллеги, мне очень приятно всех видеть.

Во-первых, огромная благодарность Комитету, потому что эта тема действительно очень актуальна, и как врач, я действительно неравнодушен к ней.

Эта тема была очень активно обсуждена на Гайдаровском форуме, приобретя очень серьёзный резонанс после того, как Всемирная организация здравоохранения назвала отказ от вакцинации одной из основных угроз.

На мой взгляд, нам очень важно здесь ещё и проанализировать, всё ли мы достаточно делаем для того, чтобы граждане доверяли нашей информации, и для того, чтобы они делали правильный выбор.

Фейковые новости, антивакцинальное лобби – это, безусловно, очень большое зло, и действительно, сегодня с очень активным развитием социальных сетей мы здесь очень и очень серьёзно проигрываем, и на это надо обратить внимание.

Но, возможно, мы также недостаточно ещё доводим информацию в целом о той работе, которая ведётся, об объёмах вакцинации, о количестве осложнений после прививок и объективном характере этих осложнений. И на самом деле, недостаточная информация, возможно, и является одним из факторов того, что очень большое количество родителей проявляют нерешительность или идут на отказ от вакцинации.

И именно в этой связи мы, поднимая эту тему на высокий уровень её обсуждения, подготовили проект федерального закона о том, что Правительство Российской Федерации ежегодно, примерно ко второму кварталу, к началу формирования бюджета должно представлять в Государственную Думу объективную информацию о том, каким образом прошла вакцинальная кампания.

В целом, мы предложили в своём проекте федерального закона, чтобы Правительство Российской Федерации определило основные пункты этого доклада, и кроме этого, была отражена экспертная позиция. Ведь при Министерстве здравоохранения Российской Федерации на сегодняшний день существует экспертный совет, который определён постановлением Правительства Российской Федерации.

На наш взгляд, объективная информация имела бы очень и очень положительный эффект. Мы в инициативном порядке запрашивали отзывы на данный проект федерального закона, Минздрав России, как исполнительный орган федеральной власти, ответил, что в целом Правительство России уже представляет ежегодный доклад о состоянии здоровья и там есть раздел «монопрофилактика».

Мы проанализировали этот раздел, но, на мой взгляд, на взгляд разработчиков этого закона, он недостаточно объективно отражает эту информацию и не может ответить на те запросы, которые есть сегодня в обществе по обсуждаемой теме.

Всё-таки, обсуждая эту тему, мы говорить должны не на медицинском языке, мы должны говорить на том языке, на котором говорят наши пациенты, которые ждут объективного ответа на наш вопрос.

Поэтому ещё раз подчеркну: тема чрезвычайно важная, она нуждается в регулировании, и я активно присоединюсь к группе коллег с этим проектом федерального закона и поддержу любые инициативы.

Также полагаю чрезвычайно важным, может быть, даже решением нашего сегодняшнего «круглого стола» обратиться к Счётной палате и провести очень серьёзный анализ эффективности использования бюджетных ассигнований, которые направляются на реализацию Национального календаря профилактических прививок. Ведь это почти 20 миллиардов рублей, и по большому счёту, на самом деле не всё так гладко.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Айрат Закиевич.

Я хочу, уважаемые коллеги сейчас предоставить слово для основного доклада Елене Николаевне Байбариной, директору Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Российской Федерации. Пожалуйста, Елена Николаевна.

**Байбарина Е. Н.** Спасибо большое.

Я, правда, думала, что позже выступлю с какими-то комментариями по услышанному, но, наверное, одно другому не мешает.

Конечно, Министерство здравоохранения Российской Федерации всецело поддерживает и делает всё возможное для полноценной вакцинации нашего населения.

Нормативная база для этого создана достаточно весомая, это закон о вакцинации и приказ о национальном календаре.

Мы вакцинируем сейчас от 12 заболеваний. Наш календарь постоянно расширяется. В 2011 году мы добавили вакцинацию от гемофильной инфекции, в 2014 году пневмококк был добавлен, в 2016 году была расширена группа риска, большая часть детей получила возможность быть защищёнными от гемофильной инфекции. А сейчас мы также работаем (проект приказа вывешен на [regulation.gov.ru](http://regulation.gov.ru)) над расширением группы детей, которые будут получать вакцинацию от гемофильной инфекции Б, что очень важно для профилактики тяжёлых заболеваний – пневмонии, отитов и сепсиса.

Надо сказать, что у нас есть планы по расширению национального календаря. Наш календарь пока содержит меньше вакцин, чем календари в развитых других странах. Мы собираемся ввести в него вакцинацию от ротавирусной инфекции, от ветряной оспы. В этом же ряду стоит упомянутая вакцинация от папилломавирусной инфекции.

Но сейчас мы обсуждаем не столько перспективы расширения нацкалендаря, что тоже непросто, поскольку это связано с производством, с популяризацией, с финансовыми расходами, но сейчас мы будем обсуждать имеющийся национальный календарь и то, что он, благодаря «усилиям» антивакцинального лобби, не может полностью защитить всё население нашей страны.

Известно, что когда больше пяти процентов не вакцинировано, то это уже угроза эпидемии. А надо сказать, что разработка вакцины и производство вакцины – это очень сложное, очень дорогостоящее мероприятие. Государство тратит огромные деньги на национальный календарь. И вакцины-то разрабатываются только от тех инфекций, от которых можно умереть и стать инвалидом, если говорить более простым человеческим языком.

Понимаете, от какой-то инфекции, которая протекает легко и пройдёт сама по себе, никто не будет разрабатывать вакцину. Мы реально должны понимать, от чего мы защищаем детей – от смерти и от инвалидности. И снижение детской смертности в нашей стране идёт быстрыми темпами, особенно если мы сравним с ужасными цифрами начала или середины XX века, я уж не беру более ранний период. И конечно, снижение детской смертности было связано в первую очередь с вакцинацией. Ведь раньше до года не доживало 6 детей из 10 рождённых, и из них больше половины погибало от инфекций.

Мы работаем над популяризацией вакцинации. Министерство проводит много информационно-коммуникационных компаний. Это, конечно, и конгрессы, и вот этот знаменитый Иммунобиологический щит России, и Гайдаровский форум, где мы все очень активно участвовали, это и масса других мероприятий, и информационные каналы.

Вот у нас есть такое интересное мероприятие – поддержанная Минздравом России программа СМС-оповещения для беременных женщин и для молодых матерей. В неё входят и СМС-оповещения, и вебинары, которыми, в целом, были охвачены более пяти миллионов женщин. И там есть масса информации именно о вакцинации. Сейчас мы вместе с Министерством образования Российской Федерации разрабатываем дополнительные информационные ресурсы, дополнительные возможности по введению в различные мероприятия органов образования информации не только о здоровом образе жизни, а именно, о пользе вакцинации. Причём это делается интересными контентными блоками: примерно одна и та же тема, но высказанная разными словами, разными картинками, разными образами – для детского сада, для трёхлетних детей, для школьников, чтобы пояснить действие вакцины на таких уроках, как биология. Поэтому воздействие очень разное. Мы предполагаем осуществить и осуществляем это с тем, чтобы люди были привержены вакцинации.

Сегодня по телевидению был очень хороший ролик, наверное, кто-то из вас видел, о приверженности вакцинации. Кто-то из врачей сказал: ну как же так, в обязательном порядке все своих собак прививают, а о детях не заботятся.

Поэтому я сейчас хочу сказать, что люди, которые проповедуют отказ от вакцинации, просто причиняют вред своим детям, всем окружающим и всему нашему обществу. Сейчас упоминались изменения в закон, которые находятся пока на внутреннем согласовании. Мы не готовы сейчас их обсуждать. Но мы, в общем-то, считаем, что информация в средствах массовой информации, призывающая отказаться от вакцинации, – это информация, которая нарушает безопасность нашей страны.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо.

Пожалуйста, Дмитрий Анатольевич.

**Морозов Д. А.** Елена Николаевна, я бы хотел сразу, если позволите, вот такую ремарку. Мы всегда выступали за расширение национального календаря в части ветряной оспы и ротавирусной инфекции. Вот, по-моему, вы сказали про ротавирус. Всё-таки до сих пор первопричина гибели детишек до годика от инфекционных заболеваний – это ротавирус и осложнения.

И более того, я хотел бы обратить внимание на то, что Леонид Анатольевич сказал относительно паспорта прививочного. Может быть, нам действительно сделать его посуравее, потому что, конечно, нам необходимо смотреть причины отказа. Это с одной стороны.

С другой стороны, здесь у нас сегодня всё-таки родители, и, я думаю, они правы, что есть дети, которые требуют особого режима и регламента вакцинации, ослабленные дети или дети с аллергической реакцией и так далее. То есть происходят сбои из-за, допустим, некоей неинформированности, ну и вообще из-за отсутствия должного контакта между теми же родителями и врачами.

В отношении экономического фактора. Вот мы рассчитывали и по ветряной оспе, и по ротавирусной инфекции, каков будет не только человеческий, но и экономический эффект. Есть же затраты, которые сразу не видны.

Я вспоминаю коклюш. В начале XX века в упомянутую вами программу реабилитации и лечения таких детей, по крайней мере, у нас, у волжан, входили прогулки на пароходах по Волге, чтобы убрать у них доминанту и сделать чистым воздух. А это не экономические затраты? После того, как появилась АКДС, не стало таких прогулок. Поэтому мы всецело поддерживаем это.

**Байбарина Е. Н.** Коллеги, вы знаете о противопоказаниях. Конечно, они существуют в природе. Но большая проблема для нас – ложные противопоказания, избыточные противопоказания.

Вы позволите мне отвлечься на воспоминания? Так сказать, бойцы вспоминают минувшие дни. Вот я работала, кто не знает, специалистом по лечению детей раннего возраста, маленьких, и в том числе недоношенных. И обычно этим детям где-то на полгода давали освобождение от профилактических прививок, считалось, что они слабенькие и им надо набрать силы, прежде чем вакцинировать.

И в первый раз привезли ребёнка, который родился, по-моему, в Америке или где-то в Европе, весом килограмм. Ему было полгода, а он был уже привит от всех заболеваний, от которых мы прививаем в течение года. У меня была возможность пообщаться с врачами, и от них я услышала: ну как, он же ослабленный, мы должны были его защитить от всего, ослабленному-то ребёнку болеть ещё хуже. Если здоровый – перенесёт, а слабый-то нет.

Поэтому в первую очередь есть у нас и методические указания на эту тему, и мы будем усиливать эту работу с врачами в части отказа от ложных противопоказаний. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Елена Николаевна, вы напомнили то самое хорошее время, когда мы с вами работали по новорождённым, да. Благодаря вам и той методике, которая сегодня до сих пор работает по реанимации именно новорождённых... Спасибо.

Уважаемые коллеги, я хотел бы с вами посоветоваться. Сегодня на заседании присутствуют корейские друзья, им нужно до четырёх освободиться и выехать. Если позволите, мы предоставим им слово. Может быть, будут у кого-то вопросы к Южной Корее. На сегодняшний день Южная Корея – пятая в мире по развитию здравоохранения, у них очень хорошо развиты информационные технологии. Наш Комитет с ними активно работает и по медицинскому кластеру, и по «Сколково».

Уважаемые коллеги, я хотел бы, чтобы мы продуктивно поработали. И потом у нас, конечно же, будут вопросы, Елена Ивановна, к вам. Сегодня время не ограниченное, я хочу вам сказать, Дмитрий Анатольевич, если позволите, до последнего докладчика.

А сейчас хочу предоставить слово Сол Ен Цин, советнику посольства Республики Корея, атташе по здравоохранению. Пожалуйста.

**Госпожа Сол Ен Цин.** Здравствуйте, меня зовут Сол Ен Цин, я работаю атташе по вопросам здравоохранения в посольстве Республики Корея в Москве.

Для меня большая честь выступать в таком месте, и я выражаю огромную благодарность председателю Комитета Дмитрию Анатольевичу Морозову, а также Леониду Анатольевичу за организацию данного «круглого стола».

Перед выступлением хотелось бы попросить вас о понимании. К сожалению, сегодня у нас запланировано ещё две встречи с различными организациями здравоохранения для решения вопросов, поэтому, к сожалению, мы после выступления вынуждены будем, наверное, сразу покинуть это здание.

После нашего выступления, наверное, у вас возникнут вопросы. И на любой вопрос мы будем готовы ответить вам. У всех есть материалы нашей презентации, и на последней странице есть e-mail, по которому вы можете с нами связаться.

Как вы знаете, Республика Корея – это небольшая страна с девятью провинциями и с населением в 51 миллион человек. Но в плане здравоохранения Корея далеко не на последнем месте. По данным статистики ОЭСР, в Корее ожидаемая продолжительность жизни более чем на два года длиннее, чем в среднем по всем странам ОЭСР.

Также показатели детской смертности и смертности от онкологических заболеваний в Корее гораздо ниже, чем в среднем по ОЭСР. То есть Корея занимает лидирующие позиции в плане здравоохранения.

История иммунизации начинается с 1912 года, но уже на государственном уровне это началось только в 1956 году, когда был принят закон о вакцинации.

Одним из крупнейших событий в истории Кореи по эпидемиологии была вспышка в начале 2000-х годов, вспышка кори, при которой возникло более 55 тысяч случаев заболеваний корью. И правительством был принят пятилетний план по борьбе с корью, в рамках которого планировались мероприятия по вакцинации, а также мониторинг по вакцинации. И в итоге в 2006 году в Корее было объявлено, что корь была побеждена.

В Корее на минимальном уровне сейчас заболеваемость краснухой, корью, полиомиелитом, дифтерией, японским энцефалитом.

Сейчас я коротко расскажу о национальной политике по вакцинации.

Как я говорила, началось в 1950-х годах. Сейчас на данный момент бесплатно делается 17 прививок детям. Законы принимаются Министерством здравоохранения, а реализацией занимается центр по борьбе и профилактике заболеваний. Большинство прививок производится частным сектором. И государство полностью компенсирует стоимость прививок и самой процедуры.

В 2012 году была создана информационная система «Реестр иммунизации», которая до сих пор хорошо работает. *(Демонстрируется слайд.)*

Сейчас вы видите на слайде на 2019 год список бесплатных прививок. А сейчас это календарь прививок, детских прививок. В Корее сейчас детям до 12 лет бесплатно делается 17 прививок.

В 2012 году была создана, как я говорила уже, информационная система реестра иммунизации на основе слияния различных систем различных ведомств, включая систему резидентской регистрации, систему социальной защиты, систему скрининга здоровья детей и национальную образовательную информационную систему.

И когда ребёнок поступает в начальную школу, а затем в среднюю школу, родители либо дети не должны предъявлять паспорт прививок, этим занимаются сами образовательные учреждения. Они заходят в эту информационную систему и проверяют наличие прививок у детей. В начальной школе проверяют четыре вида, прививки от четырёх болезней, а при поступлении в среднюю школу проверяют две прививки.

Если посмотреть степень охвата иммунизации среди детей до трёх лет, как вы видите, это составляет от 95 до 99 процентов. Это данные ВОЗ, а также ЮНИСЕФ. И можно увидеть, что в Корее степень охвата иммунизации даже выше, чем в США и в других развитых странах. Профилактика заболеваний, особенно, в частности, инфекционных заболеваний, – это очень важная задача. И Министерство здравоохранения Кореи прилагает максимум усилий для создания эффективной системы профилактики.

Информационная система, которая была создана, позволяет рассылать СМС, а также уведомления родителям по телефону, а также позволяет родителям проверять календарь прививок в онлайн-формате. Да, календарь прививок.

Также проводится пропаганда с помощью различных кампаний, в том числе недели вакцинации проводятся в образовательных учреждениях. А также детям показывают различные развлекательные программы с развлекательными персонажами. И таким образом распространяется, повышается степень информатизации, степень осведомлённости о вакцинации.

Также, чтобы поддерживать степень доверия к медицине на высоком уровне, государство, во-первых, обеспечивает контроль за качеством вакцин, иммунобиологических препаратов, а также регулярно проводит обучение медицинского персонала. Также, если вдруг у привитых детей возникают какие-то осложнения, сразу же либо врач, либо их опекуны, родители могут сообщить об этом в соответствующие органы.

И чтобы разобраться в таких ситуациях, в Центре борьбы и профилактики заболеваний существуют центральные и региональные органы по расследованиям, эпидемиологическим расследованиям.

Если вдруг возникают тяжёлые осложнения, инвалидность, то у государства есть система компенсации и возмещения ущерба. Из-за нехватки времени пришлось очень коротко рассказать о нашей системе, но надеемся, что у нас будет ещё возможность провести обсуждение.

Как всем нам известно, вакцинация – это один из самых надёжных способов профилактики инфекционных заболеваний. И борьба с инфекционными заболеваниями в нашем глобальном мире невозможна усилиями одного государства.

И надеемся, что Россия и Корея могли бы обмениваться опытом и совместными усилиями, чтобы достичь более высокого уровня в здравоохранении и в борьбе с инфекционными заболеваниями. Спасибо большое.

**Председательствующий.** Да, спасибо, глубокоуважаемая Сол Ен Цин, очень интересно. Но мы, наверное, так и поступим: если будут какие-то вопросы, мы по электронной почте отправим.

Уважаемые друзья, давайте продолжим наш очень интересный «круглый стол». Я хочу с удовольствием слово предоставить Елене Борисовне Ежловой, начальнику Управления эпидемиологического надзора Роспотребнадзора.

Пожалуйста, Елена Борисовна.

**Ежлова Е. Б.** Глубокоуважаемый Леонид Анатольевич, уважаемые коллеги!

Безусловно, профилактическая иммунизация признана приоритетной для государства и является основной задачей в сохранении и укреплении здоровья населения.

Нельзя не упомянуть 204-й указ Президента Российской Федерации о национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации до 2024 года, где указано, что важнейший базовый показатель благополучия граждан и страны – это, конечно, продолжительность жизни, а важнейшая задача – это профилактика заболеваний.

Безусловно, вы видите нарастание биологических угроз, я имею в виду инфекционных заболеваний, за последние 10 лет, и в том числе вакциноуправляемых инфекций – это и дифтерия, и корь, менингококковая инфекция, полиомиелит и целый ряд других.

В Российской Федерации массовая вакцинация началась с конца 1950-х – начала 1960-х годов, и конечно, бесспорное достижение вакцинопрофилактики – снижение инфекционной заболеваемости. *(Демонстрируется слайд.)*

Благодаря иммунизации уровень управляемых инфекций по сравнению с допрививочным периодом снизился в пять тысяч раз, таких как дифтерия, корь – в 580 раз, краснуха – в 12 тысяч раз и так далее. *(Демонстрируется слайд.)*

И вместе с тем вы видите, что, конечно, в настоящее время мы считаем и затраты, которые приносят инфекционные заболевания, и ущерб от инфекционных заболеваний, и это предварительные данные по отдельным инфекционным заболеваниям, ущерб от них по итогам 2018 года.

У нас эти данные даёт Центральный институт эпидемиологии. И только ущерб от 35 инфекционных болезней составляет более 637 миллиардов рублей, в том числе это и вакциноуправляемые инфекции.

И, конечно, масштабные программы иммунизации населения в нашей стране позволили России включиться в глобальные программы – это и ликвидация полиомиелита, и элиминация кори и краснухи, и борьба с гепатитами.

*(Демонстрируется слайд.)*

Ну а это наглядное подтверждение эффективности вакцинопрофилактики, которая проводится в нашей стране. Вы видите динамику снижения по отдельным инфекциям, вакцинопрофилактика против которых проводится в рамках Национального календаря профилактических прививок. Очень коротко. Минимальная заболеваемость краснухой – последние два года всего по пять случаев заболевания, мы достигли уровня элиминации, что и подтверждено сертификатом Всемирной организации здравоохранения.

Острый вирусный гепатит В – действительно уникальные результаты. Минимальная заболеваемость – менее единицы на 100 тысяч населения и всего 12 случаев заболевания у детей до 14 лет в прошлом году. Тоже лучший результат за всю, собственно, историю вакцинопрофилактики.

Грипп. Мы обсуждали на отдельном совещании в Комитете Государственной Думы по здравоохранению эффективность вакцинации против гриппа. Минимальная заболеваемость. И напомню, что привили мы в прошлом сезоне, при подготовке к текущему сезону в осенний период 49 процентов от численности населения страны.

*(Демонстрируется слайд.)*

Да, вы видите небольшой рост заболеваемости корью в стране. Единственное, я всё-таки напомню, что на фоне беспрецедентной вспышки заболевания корью, в том числе и в странах европейского региона, и многочисленных заносов инфекции на территорию нашей страны, уровни заболеваемости коревой инфекцией в десятки раз ниже, чем в странах европейского региона. Если на Украине, я напомню, 2018 год – 1200 случаев заболеваний на миллион, то в Российской Федерации это 17 случаев на миллион.

Прозвучала сегодня уже во вступительном слове информация о ситуации в США и мерах ограничительного характера, которые введены в связи со вспышкой в Нью-Йорке, в частности, в Бруклине – 333 случая заболевания, и теперь здесь обязательна вакцинация, в том числе при поступлении в образовательные учреждения. Ну а результат планового системного снижения уровня охвата прививками против кори на Украине, действительно, – третий год продолжаются вспышки заболевания: только за первый квартал этого года – 37 тысяч случаев заболевания корью на Украине, 14 летальных исходов, и 20 тысяч – это дети, там болеет и детское, и взрослое население. Уровень охвата, я повторюсь, менее 40 процентов.

*(Демонстрируется слайд.)*

Ну и здесь тоже многолетняя динамика за последние 15 лет заболеваемости рядом инфекционных болезней. Я напомним, что именно вакцинация против менингококковой инфекции, ветряной оспы, острого вирусного гепатита А проводится за счёт средств региональных бюджетов в рамках региональных календарей профилактических прививок. И всё-таки, по нашей оценке, этого недостаточно, и это направление, безусловно, нужно развивать.

*(Демонстрируется слайд.)*

Переходя к работе по информированию населения, которая ведётся службой, я бы условно разделила это на плановую работу и работу, проводимую в рамках отдельных кампаний. Если говорить о плановой работе, то, безусловно, это интернет-ресурс, это сайты не только службы и территориальных органов, но и сайт Центра гигиенического образования населения, где есть масса роликов, бюллетеней-памяток, которые можно использовать. И, безусловно, этот ресурс надо использовать.

Очень востребованы «горячие линии». Последние несколько лет мы развиваем именно это направление. В основном они тематические, но они достаточно востребованы.

Если говорить о таких кампаниях и усилении информационной работы в рамках проводимых кампаний, то я бы отметила Европейскую неделю иммунизации – ежегодное мероприятие. Российская Федерация присоединяется к этой инициативе. Очередная Европейская неделя будет с 24 апреля текущего года. И в этот период тоже проводится усиление информационной работы с населением, разъяснительной работы. В регионах это делается с привлечением и региональных, и муниципальных средств массовой информации, неправительственных организаций, учреждений образования. И вот как итог прошлого года: в ту кампанию было более тысячи сайтов с информацией о необходимости вакцинации, более полумиллиона посещений, две тысячи «горячих линий» только вот в рамках Европейской недели иммунизации, что с нашей точки зрения... И объёмы таких мероприятий, естественно, наращиваются из года в год.

Различные формы используются субъектами, мы стараемся в виде аналитического письма по итогам Европейской недели иммунизации ежегодно направлять в адрес исполнительной власти субъектов Федерации, органов здравоохранения субъектов Федерации и территориальных органов службы. Ну а в образовательных учреждениях достаточно популярны такие формы, как тематические диктанты, изложения, викторины, конкурсы, в том числе конкурс рисунков, а для маленьких – это мультфильмы о необходимости вакцинации.

В Казани, например, транслировались ролики о необходимости вакцинации – в кинотеатрах перед фильмами и на железнодорожных вокзалах.

И нельзя не сказать о постановлениях Главного государственного санитарного врача Российской Федерации. Одно из них, двухлетней давности, «О дополнительных мерах по повышению эффективности вакцинопрофилактики». Там тоже целый ряд инициатив, в том числе и по усилению информационной работы с населением на федеральном и региональном уровнях.

Ещё нельзя не сказать о кампании по подчищающей иммунизации. В этот период мы тоже стараемся активней работать со средствами массовой информации. Сейчас, вы знаете, идёт кампания по иммунизации, по подчищающей иммунизации, против кори (с 1 апреля она началась и будет проводиться в этом году в связи с ситуацией). Это и подчищающая иммунизация против полиомиелита, она в основном на региональном уровне проводится в отдельных регионах. И, конечно, ежегодные кампании по иммунизации.

Теперь о востребованности горячих линий. В апреле прошлого года была тематическая горячая линия по вакцинопрофилактике. У нас было 30 тысяч консультаций, это консультации специалистов Роспотребнадзора регионального и федерального уровней. Ну а это результат работы информационной по гриппу и ОРВИ в текущем сезоне.

*(Демонстрируется слайд.)*

Вы видите, опять же, данные горячих линий, информационных сообщений и публикаций. Я не буду подробно на этом останавливаться. Вот что нового в службе: с 1 апреля функционирует единый консультационный центр по всем вопросам, касающимся вакцинопрофилактики.

Возможности центра вы тоже видите на слайде. *(Демонстрируется слайд.)*

Это круглосуточный режим работы, без выходных, и вот возможность приёма до ста звонков. Используются два языка: русский и английский.

Напомню, правовые основы вакцинопрофилактики, Елена Николаевна о них сказала, это закон № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике...», где помимо необходимости согласия граждан на иммунизацию, естественно, предусмотрена возможность информированного отказа от иммунизации.

И последствия прививок. Я не буду их перечислять.

И у нас с вами есть ещё постановление Правительства Российской Федерации, оно, к сожалению, 1999 года, и с нашей точки зрения, необходима его актуализация. Эту работу мы проводим с Министерством здравоохранения Российской Федерации, и тоже дали свои предложения в части перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболеваний инфекционными болезнями и которые требуют обязательного проведения профилактических прививок.

Теперь об антивакцинальном движении. Безусловно, это глобальная проблема, и Всемирная организация это признала на сегодняшний день. Конечно, она препятствует и реализации национального календаря профилактических прививок, и программам иммунизации, но человечество у нас сегодня всё-таки вакцинозависимое.

В качестве негатива, что мы отмечаем сегодня? Это недостаточная информированность студентов, пациентов и самих врачей, во вступительном слове об этом говорилось, как о пользе и возможностях вакцинопрофилактики, так и о нежелательных явлениях после вакцинации. Это дефицит широкой информации о научной обоснованности применения вакцин. И часто неубедительные или неэффективные формы информирования родителей. Чаще, вы знаете, врачи выдают лишь короткую листовку с информацией о нежелательных реакциях, а устные рекомендации врача не всегда грамотные.

Но опыт мировой вакцинопрофилактики показывает, что при прекращении иммунизации или снижения объёмов действительно происходит осложнение эпидемиологической ситуации и возникновение эпидемий.

Мы проанализировали и изучили позиции стран в отношении обязательности вакцинопрофилактики. Данные я не буду подробно озвучивать, перечень стран представлен на слайде. *(Демонстрируется слайд.)*

А вот здесь – особенности законодательства по вакцинопрофилактике в ряде стран, на что обращаю ваше внимание.

Австралия. Предоставление социальных льгот и пособий на каждого ребёнка, который прививается планомерно в рамках национального календаря. Это выплаты в размере более 100 долларов США.

В США наличие всех прививок календаря – необходимое условие для поступления в образовательное или воспитательное учреждение. Ну а меры сегодняшнего дня мы с вами обсудили.

Во Франции за отказ от вакцинации предусматривается штраф вплоть до тюремного заключения, во всяком случае, такую аналитику мы нашли.

В Канаде в случае отказа также штрафные санкции. В Румынии не вакцинированные не допускаются в детские образовательные учреждения.

И завершая своё выступление, в проект рекомендаций «круглого стола» я бы, наверное, внесла не детализированное предложение, а направление работы. Это разработка с участием всех заинтересованных комплексной программы по формированию приверженности вакцинопрофилактике у общества в целом, у студентов высших и средних медучреждений и медработников. Это, конечно, такое скоординированное системное взаимодействие научных и практических учреждений здравоохранения, образования, гражданского общества, что важно на сегодняшний день для формирования доверия к вакцинопрофилактике. Это, как я уже назвала, актуализация работ, выполнение которых связано с высоким риском, обязательность вакцинации занятых на таких работах, изучение опыта других стран и подготовка законодательных инициатив после более глубокой их проработки.

И всё-таки мы считаем, что закрепление на законодательном уровне ответственности медицинских работников за проведение антивакцинальной пропаганды нужно предусмотреть. Свои предложения Роспотребнадзор официально представил в Комитет Государственной Думы по охране здоровья.

Я благодарю. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Елена Борисовна, за ваш доклад.

У меня вопрос, уважаемые коллеги. Елена Борисовна, скажите, вам или Елене Николаевне поступают вопросы про ту подчищающую иммунизацию, о которой вы сейчас сказали? Вот эти контакты по кори, которые есть в наших субъектах, в одних больше, в одних меньше. У регионов есть деньги, они выходят на площадки, чтобы купить вакцины против кори, но у поставщиков их нет. Вот что здесь делать? И эти сигналы вы как-то отслеживаете по субъектам? И как обстоит дело именно с этой вакциной против кори?

**Ежлова Е. Б.** На сегодняшний день, Леонид Анатольевич, ситуация такова. Мы запрашивали возможности производства, и нам было сказано основным производителем живой коревой вакцины и дивакцины для подчищающей иммунизации, что все объёмы будут удовлетворены, но, может быть, не одновременно.

Мы решаем по мере обращения к нам этот вопрос в ручном на сегодняшний день режиме, но заверения, что будет обеспечен в полном объёме выпуск вакцины для подчищающей иммунизации, у нас есть.

**Председательствующий.** Елена Борисовна, когда такие сигналы поступают, можно вам их адресовать? По поводу того, что в некоторых субъектах Федерации жалуются, что деньги есть, а вакцин нет.

**Ежлова Е. Б.** Будем разбираться конкретно и помогать.

**Председательствующий.** Спасибо.

Уважаемые коллеги, я хочу предоставить слово Алексею Викторовичу Алёхину, директору департамента развития фармацевтической, медицинской промышленности Министерства промышленности и торговли Российской Федерации.

Пожалуйста, Алексей Викторович.

**Алёхин А. В.** Спасибо большое, Леонид Анатольевич.

Уважаемые коллеги, добрый день.

Для России проблема иммунобиологической безопасности крайне актуальна, и сегодня иммунопрофилактика является не просто наименее затратным, но и контроли-

руемым способом профилактики инфекционных заболеваний населения, что особенно важно для снижения младенческой и детской смертности.

Ключевыми задачами Министерства промышленности и торговли Российской Федерации в данной сфере является своевременное обеспечение потребностей системы здравоохранения и граждан доступными и качественными препаратами, развитие собственных производственных компетенций, снижение зависимости от поставок иностранных лекарственных препаратов и увеличение экспортного потенциала.

Сегодня по итогам 2018 года объём реализации препаратов, входящих в нацкалендарь и календарь по эпидпоказаниям, составил более 36 миллионов упаковок на сумму более 21 миллиарда рублей. И рынок растёт, да? И есть возможность дальнейшего развития.

Отмечу, что доля продукции отечественных предприятий в 2018 году составила 93, почти 94 процента в натуральном выражении, и 84 процента в стоимостном выражении.

И у нас есть лидеры отрасли: это компания «Петровакс», Институт полиомиелита Чумакова, Санкт-Петербургский НИИ вакцин и сывороток и так далее.

Среди вакцин, которые мы производим, безусловно, стоит выделить вакцину гриппа. Те 49 процентов россиян, которые были вакцинированы в прошлом году, были полностью иммунизированы вакциной гриппа, произведённой по полному циклу в Российской Федерации. Производятся, конечно же, вакцины пневмококка, клещевого энцефалита, дифтерии, коклюша, столбняка и так далее.

Проверка производства и качества лекарственных препаратов, обращающихся на российском рынке, – это гарантия безопасности наших граждан. И граждане должны быть уверены, что получают лекарства, которым можно доверять. Поэтому мы уделяем особое внимание производству этих препаратов.

Министерство промышленности и торговли Российской Федерации в рамках своих полномочий осуществляет лицензионные проверки отечественных производителей и выдаёт заключения иностранным производителям о соответствии требованиям надлежащей производственной практики.

Так вот, у нас в России 24 производителя. Мы уже за это время провели 44 проверки производств, 44 выезда осуществили. И фактически соответствие лицензионным требованиям равняется соответствию требованиям надлежащей производственной практики. Можно, конечно, выдать и отдельное заключение GMP, но оно, как правило, нужно для того, чтобы компании экспортировали свою продукцию за рубеж. Так вот, в последние годы компании всё больше уделяют внимание и международной кооперации.

Стоит отметить, что в рамках локализации производства в Российской Федерации уже на российских площадках освоено производство готовых форм препаратов «Превенар 13» (пневмококковая вакцина) и «Пентаксим» – пятивалентная вакцина на площадке, соответственно, «Петровакс» и компании «Нанолек».

Сегодня нацкалендарь профилактических прививок и календарь по эпидпоказаниям задают базовый вектор развития иммунобиологической промышленности на ближайшую перспективу. Долгосрочные планы развития производственных мощностей основываются на прогнозах Министерства здравоохранения Российской Федерации в части расширения перечня. И это крайне важно с точки зрения планирования работ и производства, поскольку одна серия вакцины может производиться в срок до двух лет, прежде чем поступить на рынок. Это крайне важно. Нет возможности, к сожалению, в настоящее время произвести прямо под закупку. И во многом это объясняет определённую этапность проведения и вот этой подчищающей иммунизации, о которой Елена Борисовна говорила.

Как нам видится, процесс планирования иммунизации должен быть синхронизирован с возможностями отечественных производителей.

Дальнейшее развитие наших компетенций с учётом расширения нацкалендаря, наращивание экспортного потенциала должно базироваться на стимулировании производства комплексных вакцин «Пента», «Гекса», вакцин, безусловно, включающих компонент инактивированного полиомиелита, различных поливалентных вакцин для профилактики гриппа, профилактики ветряной оспы, ротавируса, ВПЧ и менингококковой инфекции.

И нами, как Министерством промышленности и торговли Российской Федерации, ведётся работа по координации разработок и производственных планов предприятий с точки зрения того, чтобы максимально эффективно распределить эти ресурсы.

Значительная частькупаемых сегодня Минздравом России и субъектами Российской Федерации вакцин может выпускаться российскими компаниями уже к 2024 году. Мы просто должны правильно спланировать планы закупок, правильно распорядиться ресурсами, которые есть у государства, с точки зрения поддержки разработок и производства вакцин.

Например, к 2024 году это позволит не только покрыть потребности нацкалендаря в Российской Федерации, но и осуществлять экспортные поставки вакцин, например, для профилактики полиомиелита мы сможем производить от 20 миллионов доз, гемофильной инфекции – до 7 миллионов доз и ротавируса порядка 5 миллионов доз.

Какие же меры необходимо для этого принять?

Прежде всего, в части работы Министерства промышленности и торговли Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти необходимо гармонизировать требования к исследованию, производству, контролю качества вакцин с требованиями ЕАЭС и, конечно же, требованиями Всемирной организации здравоохранения. Также необходимо усовершенствовать программу подготовки специалистов, кадровые вопросы, в том числе постдипломного обучения и обучения уполномоченных лиц по качеству на предприятиях.

Ну и, конечно же, ввести в законодательство возможность осуществлять долгосрочные поставки в рамках долгосрочных контрактов на уровне как Федерации, так и на муниципальном уровне и уровне субъектов Федерации, что позволит, как я уже сказал, спланировать производство, обеспечить низкую себестоимость этого производства и, конечно же, бесперебойность поставок. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, я думаю, будут вопросы к Алексею Викторовичу. Я хочу предоставить слово Геннадию Григорьевичу Онищенко, первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по образованию и науке.

Пожалуйста, Геннадий Григорьевич.

**Онищенко Г. Г.** Дistinguished участники нашего совещания! Врачи Кореи, которая по праву гордится своей историей в области иммунопрофилактики, конечно, правильно ставят вопрос. Но я хочу напомнить высокому собранию, что именно наша страна, и это заслуга академика Жданова, инициировала массовую вакцинацию и ликвидацию таких заболеваний, как оспа. И в 1980 году на планете была ликвидирована оспа.

Мы, как страна, эту необходимость массовой вакцинации от оспы доказывали три года всему мировому медицинскому сообществу, поэтому этим надо гордиться и от этого надо отталкиваться в нашей сегодняшней деятельности.

В 1980 году мы ликвидировали оспу, но уже в 1987 году, после маленькой публикации в «Комсомольской правде», а это ещё были времена Советского Союза, у меня на столе в Минздраве лежала полная пачка запросов из всех областных управлений здравоохранения Советского Союза о том, прививать или не прививать. Потому что «Комсомольская правда» об этом написала. Понимаете? Это был массовый отказ от вакцинации не только родителей, но и всего управляющего аппарата министерства

Советского Союза. Конечно, там была другая причина – люди были воспитаны на святой вере в напечатанное слово, тем более это была «Комсомольская правда», орган ЦК ВЛКСМ и так далее.

После этого мы пережили много итераций, но я вам скажу, что за XX век мы дали миру 20 лет дополнительной жизни, а в нашей стране все 25 только за счёт той успешной иммунопрофилактики, которая проводилась.

А теперь о работе министерств и ведомств, которые пришли сегодня обсуждать эту очень важную тему. Я внимательно посмотрел те доклады, которые представили Минздрав России и Роспотребнадзор, но много чего в них не нашёл. Может быть, Министерство промышленности и торговли Российской Федерации нам что-то внятное на эту тему скажет, но, к сожалению, ни одно ведомство с должной ответственностью не отнеслось к той задаче, которая поставлена.

Закон об иммунопрофилактике 1997 года ставит перед нами конкретную задачу, именно в этом зале этот вопрос решался в 1995–1996 годах. Мы примерно на полгода отсрочили принятие закона только потому, что добивались включения в него принципа информированного согласия на прививку. А что мы видим сегодня? Министерства и ведомства поднимают вопрос – давайте будем наказывать за отказ от вакцинации то врачей, то родителей. Правда, госпожа Ежлова нас впечатлила огромной заслугой, что 30 тысяч консультаций о пользе вакцинаций провели по телефону на такую огромную страну. Это, конечно, титанический труд. Всем бы надо государственные награды за это дать. Между тем, принцип информированного согласия – это повседневная, постоянная работа по профилактике и по разъяснению важности прививок. У нас есть вопросы, которые прежде всего беспокоят родителей, – вопросы о возможных осложнениях. Понимаете? Но нет плана, как отвечать на эти вопросы. А затыкать рты сайтам и блогам – это мы можем. Но мы загоняем проблему в тупик.

Поэтому, я думаю, надо потребовать от Министерства здравоохранения Российской Федерации, Роспотребнадзора, Министерства образования Российской Федерации, всех тех, кто вовлечён в эту тему, и также от ведомства по вопросам информационной политики серьёзной работы в этом направлении. Только раз Министерство здравоохранения Российской Федерации, когда его возглавляла Татьяна Алексеевна Голикова, имело конкретную статью по финансированию иммунопрофилактики, это были деньги, которые шли на создание роликов и так далее.

У нас есть огромный блок наших медицинских учреждений, наших сетей, в конце концов, у нас много талантливых врачей, которые этим должны заниматься. Я вам напомним, что в советское время каждый врач должен был прочитать две лекции и шесть бесед провести в месяц и отчитаться за это. Я не предлагаю возвращаться в советское время, но сегодняшней ответ мы должны найти. Найти с профессионалами, а это все медиакомпании, которые умеют и знают, как влиять на психологию. Мы должны поставить перед ними задачу.

И никто о законе даже не вспомнил. Между тем закон есть, и по закону надо работать. И по нему надо отчитываться. И мы вас сюда позвали для того, чтобы вы отчитались о том, что вы делаете в этом направлении. То, что делается, видят все наши граждане в сети Интернет, но они там не видят ни одного ведомства, которое системно бы чем-то занималось.

Следующее. То, что Украина сегодня полыхает, что там вспышка кори, это вам яркий пример. Мы вместе начинали в 1967 году ликвидацию кори. Россия её добила в 2002 году, об этом уже было сказано, а Украина и Соединённые Штаты, которые сегодня закрыли Бруклин, это как раз примеры того, что происходит, когда забывают, что врач должен заниматься профилактикой. И вот когда мы эту работу вернём пусть не на оптимальный, а хотя бы на видимый обществом уровень, вот тогда у нас появится моральное право.

Теперь, что касается промышленности. Алексей Викторович, вы хорошо нам сказали об экспорте вакцин, мы все гордимся этим. Правильно вы ставите вопрос. Но нас интересует прежде всего первый год жизни детей. Это самый перегруженный календарь прививок. Если сравнивать с европейскими странами... Есть правовое решение Правительства Российской Федерации. Первый год прививок... Это тревожит родителей. Потому что мы с третьего дня начинаем колоть ребёнка. Третий день после рождения, он ещё отца своего не увидел, а его уже вакцинируют. Причём вакцинируют комплексно. АКДС – это та ещё первая вакцина, с которой мы начинали. Ничего не делается. Ничего не делается ни в науке, ни в создании, и заказов от вас не поступает... Перед нами стоит задача увеличить национальный календарь прививок, и он весь за редким исключением ляжет на первый год после рождения ребёнка. Но мы на сегодня этого не можем делать, потому что ребёнок весь первый год переживает прививку за прививкой.

Поэтому мы на несколько миллионов больше делаем приложений детям первого года из-за того, что у нас нет поливакцин, а вы нам рассказываете, что вы там куда-то вакцины продаёте, чем-то торгуете. Торгуйте на здоровье.

И вторая задача. Президент России с 14 июля выпустил основы биологической и химической безопасности страны. Вот вакцинация в этих основах, а это государственный документ, это государственная политика, играет основную роль, основную роль как главный фактор специфической профилактики любых инфекций, которые могут быть применены как террористические, так и как боевые рецептуры. И иммунопрофилактика, которая идёт, это тоже работа на биологическую безопасность нашего государства.

Конечно, вам решать вопрос, но после того как мы отдали «Микроген» в вашу систему, она сейчас в Ростехе у вас находится, ведь мы не знаем, когда вы и какие вакцины новые произведёте. И это тоже фактор тревоги, которую высказывают нам родители. Нужны поливакцины, которые сегодня есть в мире, а у нас нет. И это не басни Крылова, а реальность, Но я вас не призываю их покупать, нам надо свои создавать. И это тоже должно быть в ваших докладах, а не рассказы об открытых линиях.

И о подчищающих иммунизациях. Подчищающая иммунизация – это для африканских стран, где нет системного здравоохранения, где нет нормальной системы – когда аборигенов снимают с баобабов и прививают их. Вот для кого и для чего создавалась эта Всемирная организация здравоохранения. А вы только на Всемирную организацию здравоохранения и ориентируетесь.

Поэтому давайте серьёзнее относиться ко всем этим вопросам.

Коллеги, я всех вас призываю, не нужно никаких угроз и никаких наказаний врачам. Павел Воробьёв, сын великого нашего гематолога, великого академика, рассказывает нам басни, что, дескать, выливают ведрами вакцину и приписками занимаются. Так вот, пусть он конкретно назовёт, где эти приписки делаются, чтобы в таком случае открыть уголовные дела. А если этого нет, если он не покажет приписки, на него подать в суд за дискредитацию огромной профилактической работы, которая ведётся в стране. В стране, которая свои принципы пока не потеряла.

И главный признак того, что сегодня здравоохранение справляется с этой задачей, – 67 миллионов человек, которые были привиты от гриппа за два месяца. А среди них значительная часть детей школьного возраста, по-моему, 12 миллионов. Понимаете, это огромная работа, которая была проведена без всяких наказаний, без всякого третирования медицинского сообщества.

У нас есть много внутрикорпоративных сил и возможностей для того, чтобы эффективно решать ту задачу, которая перед нами стоит. Никуда мы не уйдём от вакцинации, но инициировать наказание, да ещё врачам... Пусть этим займётся господин Чайка со своим аппаратом, от них это ещё как-то естественно должно идти. А когда мы призываем наказывать своих докторов... Есть всякие врачи среди нас, я не говорю, что мы все

идеальные, но у нас есть инструменты профилактики, великая история профилактики, которой мы должны гордиться.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Геннадий Григорьевич, спасибо большое.

Вот видите, отклики мы получили в виде аплодисментов. Те предложения, которые вы здесь озвучили, безусловно, войдут в решение нашего Комитета. Но хотел бы тоже напомнить: по поводу финансирования вы совершенно правильно сказали, до вас Айрат Закиевич как раз и говорил по поводу того, чтобы мы запрашивали доклад Правительства Российской Федерации до принятия бюджета и смотрели, какие средства всё-таки заложены на иммунизацию, на вакцинацию, это очень важно. Те предложения, которые вы высказали, безусловно, будут приняты. Спасибо.

По поводу того, что надо наказывать врачей, я могу сразу сказать – здесь это не звучало. Звучало в решении, было предложение по поводу тех сайтов, которые имеются на сегодняшний день. Никуда мы от этого не денемся.

**Онищенко Г. Г.** Я же уши мою по утрам, я же всё слышу.

**Председательствующий.** Здесь мы говорили об ответственности врачей, что надо создавать паспорт вакцинации для детей, чтобы была определённая ответственность.

**Онищенко Г. Г.** С блогерами механизм есть. Надо вносить постановление Правительства Российской Федерации и блокировать эти сайты.

**Председательствующий.** Спасибо.

Уважаемые коллеги, продолжим наше заседание. И я надеюсь, что у нас ещё сегодня будет много аплодисментов. Я хочу слово предоставить госпоже Мелите Вуйнович, представителю Всемирной организации здравоохранения в Российской Федерации.

**Госпожа Мелита Вуйнович.** Спасибо огромное. Презентацию я не буду устраивать, хотя там есть несколько интересных карт, которые могу показать.

В первую очередь позвольте мне поблагодарить Государственную Думу от имени Всемирной организации здравоохранения, потому что такая важная тема имеет место в её работе. В этом году, к сожалению, Всемирная организация здравоохранения опубликовала свой список без социальных важных угроз общественного здоровья в мире. Наш офис сразу обратился в СМИ в Российской Федерации, и мы были готовы говорить об этом.

К сожалению, никто не был заинтересован в таком разговоре. Так что нам надо ещё активнее вместе работать, чтобы привлекать СМИ и обсуждать не только темы вакцинации, но и другие.

В иммунизации есть двойные основные барьеры. Много зависит от развития системы здравоохранения в странах, об этом я не буду говорить, потому что в России не имеет смысла говорить о системе здравоохранения. Здесь и эта система существует, и система производства вакцин, доставки вакцин, безопасности вакцин. И очень хорошая система вакцинации населения. Но второй основной барьер – это сомнения по поводу вакцинации среди населения, медицинских работников.

Воспользуюсь моментом, чтобы сказать – не надо думать, что это просто случайность, и что случайно какие-то там граждане в какой-то момент индивидуально возражают против вакцинации. К сожалению, мы сегодня видим, что это организованная деятельность. Я вернусь на двадцать лет назад, не буду называть страну и территорию, но я расскажу так, что вы сами поймёте, почему я не могу назвать её. Понимаете, когда начала работу Всемирная организация здравоохранения, на юге той страны, в которой я работала, была вспышка кори. Пять тысяч заболевших, двадцать умерших. К сожалению, это был результат организованной политической кампании против правительства той страны. И результат был такой: был скандал по поводу якобы отравления населения вакциной.

Мне жаль, что здесь нет карты, на которой можно показать, что охват вакцинирования против кори в 2016 году в европейском регионе был достаточно высоким во многих

странах, больше 90 процентов. Страны, которые имели низкий охват: Украина – 42 процента, Сербия – 82 процента, Румыния – 81 процент и так далее. Если мы посмотрим вспышку кори в Европе в 2018–2019 году, то увидим, что Украина на первом месте, показатель на 100 тысяч населения 1209 заболевших. Сербия вторая, позор. Грузия, Албания, Израиль, Черногория, Греция, Кыргызстан, Словакия, Республика Молдова.

Конечно, если смотрят по числу случаев заболевания, Россия тоже попадает в этот список, но это более чем на 140 миллионов населения. По показателям заболеваемости это гораздо ниже. Так что не надо путать, иногда в пресс-релизе надо разобраться с этими вещами.

В прошлом году очень большое внимание уделялось теме обязательной вакцинации, которую проводят 11 стран Европейского региона. На самом деле, Италия была ярким примером, но там не государство и не их парламент занимались этим. Педиатрическая ассоциация Италии изучила ситуацию во всей Европе, чтобы сделать анализ и показать, в каких странах обязательная вакцинация, поэтому был очень большой резонанс у их граждан и в СМИ.

Спасибо докладчикам, которые показали ситуацию с обязательной вакцинацией в Европе. Болгария, Хорватия, Франция, Греция, Венгрия, Италия, Латвия, Польша и Словакия имеют обязательную вакцинацию, тем не менее больше 19 стран проводят так называемую «добровольную вакцинацию», но дети, которые не вакцинированы, в школы и в детские сады не допущены. Так что практически это тоже обязательная вакцинация.

Конечно, нам надо сегодня говорить о подходах к преодолению предубеждений по поводу вакцинации. К сожалению, сомнение в вакцинации – это рефлексия недоверия населения к системе здравоохранения и к медикам, и этим надо заниматься очень серьезно.

К сожалению, я немного не согласна с Геннадием Григорьевичем, хотя очень уважаю его мнение и доклад. Врачи, которые бы вам сегодня сказали, что хирурги перед операцией могут не мыть руки, будут сразу отвечать перед законом.

Такой врач, который себе позволяет сказать населению или родителям, что он против вакцинации, извините, должен потерять лицензию и заниматься чем-то другим. В России есть сильные ассоциации медицинские, и мне кажется, надо, должен быть, скажем так, сформирован суд чести, который должен заниматься такими вопросами.

Просто с такими врачами разбираться на уровне такого суда чести, потому что недопустимо, чтобы родители были убеждены, что их педиатр защищает их детей и потому выступает против вакцинации.

Второе. Я когда проходила в здание Государственной Думы, увидела, что у входа стоит человек с транспарантом: «Вакцина моё право, не обязательство». Я согласна. Право каждого ребёнка быть защищённым. Если бы родитель отказывался дать еду своим детям или им угрожал, он бы, конечно, отвечал перед законом. Так что с этим тоже надо разобраться.

По поводу противопоказаний. Противопоказаний очень мало, и мы должны с этим тоже разбираться. И, конечно, образование наших врачей, наших студентов... Я бы хотела провести такой опрос, спросить молодых врачей: они знают, что находится в вакцине? Речь идёт не про антигены, про это они знают, а что там внутри технологически находится? Они об этом не знают, не потому что не хотят, а потому что их никто этому не учит.

Если мы будем вот с этим разбираться, если наши врачи, как Геннадий Григорьевич правильно сказал, будут абсолютно уверены, когда говорят родителям, что вакцина безопасная, эффективная и нужная, то будет, конечно, совсем другое дело. Мы можем делать пропагандистские ролики, но, к сожалению, население будет больше доверять рекламе «Coca-Cola», чем ролику о профилактике.

И, наконец-то, позвольте закончить тем, что Всемирная организация здравоохранения сейчас очень тесно сотрудничает с Российской Федерацией даже по предквалификации системы проверки вакцин. Сотрудничают четыре ведомства – это Минздрав России, это Росздравнадзор, это Минпромторг России и это Роспотребнадзор, которые все играют свою роль в определении безопасности вакцин.

Сейчас тоже вместе с Минздравом России и с Роспотребнадзором мы будем продолжать выяснение причин, почему происходит отказ населения от прививок. Надо опросить тех, кто отказывается, почему они это делают, кому они не доверяют. Только этим способом мы можем поговорить с родителями, убедить их и быть уверенными, что они завтра не будут отказываться от прививки.

Всемирная организация здравоохранения, как всегда, благодарна всем нашим сотрудникам, всем, с кем мы сотрудничаем, и, конечно, готова предоставлять любую информацию, которая вам будет нужна.

Спасибо вам. *(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо.

Уважаемые коллеги, позвольте, я хочу госпоже Мелите задать вопрос.

Скажите, пожалуйста, всё-таки, на ваш взгляд, причина вспышек эпидемий кори в европейских странах какая? Миграция или неинформированность граждан?

**Госпожа Мелита Вуйнович.** К сожалению, это активное движение против вакцинации. В 2006 году после иммунизации против кори скончался ребёнок на Украине, 16-летний мальчик, у которого была менингококковая инфекция. Расследование провели не правильно. Должна быть очень хорошая система, которая будет прозрачно говорить о каждом случае неблагоприятного проявления после иммунизации, показывать, что это не осложнение. Тот случай использовали в политических целях, и, к сожалению, Всемирная организация здравоохранения не смогла на тот момент пробиться к Украине, провести расследование правильно, и следствием этого стал очень плохой охват вакцинацией Украины. Не только по кори, но и по полиомиелиту, по дифтерии ситуация была очень печальная. Но это распространилось, как пожар, по всей Европе...

Сербия, к сожалению, имеет проблемы с поставкой вакцины с 90-х годов, и уровень вакцинации там достиг лишь 85 процентов. Конечно, тоже из-за отказа от прививок, из-за ложных противопоказаний. Так что эта ситуация серьёзна, на самом деле надо активно работать во всех странах, чтобы повысилась грамотность врачей, которые будут убеждать своих пациентов.

**Председательствующий.** Спасибо вам.

Уважаемые коллеги, я с удовольствием хочу предоставить слово Николаю Ивановичу Брико, главному внештатному специалисту-эпидемиологу Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Брико Н. И.** Спасибо большое, Леонид Анатольевич.

Уважаемые коллеги, такие интересные сообщения мы сейчас выслушали.

Я, в общем-то, полностью согласен и разделяю позицию Мелиты, поскольку, действительно... И Геннадий Григорьевич во многом прав был. И на протяжении уже действительно более 220 лет действия системы вакцинопрофилактики она доказала свою исключительную эффективность и безопасность, а человечество за всю историю ничего не придумало более эффективного, знаете, чем вакцинация. И недаром говорят, что вакцинация и чистая вода – вот это реальные вещи, которые влияют на общественное здоровье.

Сегодня век, в котором мы живём, – это век вакцинации, об этом ВОЗ объявила, и недаром. У нас есть арсенал наших вакцин против 50 инфекционных болезней, сегодня 100 вакцин где-то есть. Казалось бы, фантастика, но уже разрабатывается более 500 против онкологических, соматических, аутоиммунных заболеваний, там и курение, и наркомания... Ну и ВИЧ, будем надеяться, что и против ВИЧ тоже когда-то будет вакцина.

Но дело в том, что, конечно, высветилась и другая проблема – это вакцинозависимость. Об этом говорили. Мы вынуждены прививать даже тот же полиомиелит, хотя две страны эндемичные – Афганистан и Пакистан, и здесь в прошлом году было всего 33 случая. Но мы должны делать прививки, потому что вакцинозависимость. Если мы прекратим...

Оспу прекратили вакцинировать через три года. Было три года такого глубокого эпиднадзора, когда убедились, что вируса нет в природе, вот тогда и прекратили вакцинировать.

Я хотел бы назвать причины вот этого всплеска заболеваемости и ухудшения ситуации. Как эпидемиолог, должен сказать, что, конечно, здесь много факторов. И вот эта утрата доверия к вакцинации связана не только с плохой информационно-коммуникационной работой. Вы знаете, проводились специальные и многомасштабные исследования. В Лондоне есть школа гигиены и тропических болезней, она провела по многим странам исследования и выявила более тысячи ста причин, но основные три. Это отношение утраты доверия на фоне эпидемического благополучия. Зачем мне прививать своего ребёнка, а вдруг будут осложнения? Иногда бывают сильные реакции и осложнения.

Наконец, это действительно антивакцинальное лобби, это целый ряд религиозных групп и так далее, когда отказываются от прививок по философским соображениям. И медицинские работники, я полностью согласен с Мелитой что тут не всё благополучно, также в этом лобби, если они стоят на позиции антивакцинаторства. А такие среди врачей есть, у нас тоже проводились различные исследования социологические, которые говорят, что это довольно большая группа медиков. Поэтому я хотел бы привести слова из Декларации о праве ребёнка на здоровье, принятой в Вене: «Действия врача, необоснованно отводящего ребёнка от вакцинации, могут быть приравнены к неоказанию им неотложной медицинской помощи».

Действительно, может быть, такому врачу лучше заниматься другими вопросами, а не лечить, не оказывать медицинскую помощь.

Наконец, одна из существующих проблем – отказ от вакцинации, являющийся следствием простого незнания родителей и подростков о том, что нужно вакцинироваться, и заблуждения, что врач сам скажет, когда придёт время.

Чего у нас нет – это электронной системы учёта и регистрации вакцинации, которая существует в европейских странах, в странах ЕС, где и объективные данные об охвате вакцинации, о своевременности, привитости, и напоминание той же специальной программы родителям о том, что пришло время вакцинироваться их ребёнку.

И это целый ряд вопросов, когда может быть причиной отказов недоверие к вакцинам и перегруженность нашего календаря прививок инъекциями, если сравним с другими календарями.

Да, у нас очень мало комбинированных вакцин, поэтому очень большие надежды на отечественную промышленность, что, наконец-то, будет освоен их выпуск. Наша национальная иммунная биологическая компания, она, собственно, и была образована для того, чтобы обеспечить наш рынок отечественными вакцинами, а не закупать их за рубежом.

Да, вакцины – это иммунобиологические лекарственные препараты, которые входят в перечень жизненно важных препаратов и обеспечивают биологическую безопасность, это очень важно.

А отношение к вакцинации в разных странах со стороны государства очень разное. Но в этом отношении я хотел бы привести в пример Австралию. Там добровольная вакцинация. Но и отказ может быть оформлен, однако он должен быть подписан врачом, понимаете, врачом. Врач должен сделать всё, чтобы убедить, и он должен подписать этот отказ.

У нас тоже вроде бы в законе провозглашено, что врач должен объяснить пользу вакцинации, вред невакцинации, но иногда это не срабатывает.

Есть у нас целый ряд предложений, я их, наверное, передам тоже в Комитет, потому что хотел бы (вот здесь много журналистов) обратить внимание, что есть такой сайт [uargivit.ru](http://uargivit.ru), который разработан по гранту Президента России. Это единственный сайт из России, который вошёл в сеть безопасности вакцин ВОЗ. Здесь говорилось о том, что нужно давать достоверную информацию, объективную информацию, не замалчивать возможные осложнения и так далее. Мы на этом сайте стараемся эту информацию представлять.

Ну а вообще, если говорить об активизации или совершенствовании информационно-коммуникационных действий, то, конечно, на сегодняшний день разработать концепцию риска коммуникации по обеспечению приверженности вакцинопрофилактике не только населения, но и медработников, наконец, законодательно-исполнительной власти. На основе чего это поддерживается? На основе системных социологических исследований в различных группах населения, потому что причины отказа различаются в различных социальных группах.

Сегодня есть концепция вакцинации на протяжении всей жизни. В вакцинации нуждаются, это тоже очень важный тезис, не только дети, нуждаются и взрослые, пожилые люди. Это чрезвычайно важный тезис, даже больше умирает пожилых, чем детей, потому что мы с возрастом приобретаем не только опыт, знания, мудрость, но и целый ряд хронических болезней, идёт старение населения. Президент России поставил задачу войти в «клуб 80 плюс», а вакцинация – это одно из средств активного долголетия и увеличения продолжительности жизни.

Поэтому вот в этом направлении нам всем надо тоже очень много сделать.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Николай Иванович.

Да, Дмитрий Анатольевич, пожалуйста.

**Морозов Д. А.** Уважаемые коллеги, я, к сожалению, должен уйти на другое совещание, которое не могу пропустить. Я бы хотел сказать несколько слов.

Вот, коллеги, мы неоднократно, поднимая разные темы, приходили к одному и тому же. Мы – я имею в виду врачебное сообщество и тех, кто занимается медициной, – если в чем-то и проигрываем, то в информатизации, в информации. Потому что можно сколь угодно много делать в рамках больницы, специальности, всего здравоохранения, но если наши действия не понимают люди, если мы не владем информацией...

Вот совсем недавно мы действительно обсуждали ситуацию с гриппом, и я попросил: Елена Борисовна, можно вашу презентацию разместить у нас, дай бог, кто-нибудь её увидит и сделает соответствующие выводы, умный человек сделает обязательно правильные выводы. Мы должны делать такие очаги информации, к которым было бы доверие у людей. И выступление специалистов, подобных вам, Николай Иванович, и других выступивших здесь, конечно, они должны быть на центральных телеканалах.

И конечно, мы должны полностью открыть, я соглашусь с госпожой Вуйнович, информационное пространство, нам нужно срочно переделать все наши коммуникационные связи, мы должны быть партнёрами с пациентами, родителями. Именно партнёрами, по-другому уже невозможно.

Конечно, какой-нибудь доктор гипотетически может не согласиться с мнением руководителя клиники, не согласиться с мнением медицинского сообщества или со всем здравоохранением относительно обязательности вакцинации. Мнение врачей, которые против, давайте откроем его. Но убеждать пациента втихомолку – это одно, а выйти на дискуссию с профессиональным коллективом и попробовать отстоять своё мнение – другое. Он не будет иметь научного обоснования отказа от прививок, поэтому нам не надо стесняться, нужно открыто встречать эти вызовы.

Поэтому думаю, что в решении нашего сегодняшнего «круглого стола» нужно обязательно уделить внимание именно информационной политике – грамотной, настоящей. Только тогда мы сможем двинуться вперёд, поскольку, повторюсь ещё раз, оценки нам ставят люди, не мы сами друг другу.

Спасибо вам большое, коллеги.

**Председательствующий.** Дмитрий Анатольевич, спасибо.

Уважаемые коллеги, продолжаем наш «круглый стол».

Я хочу слово предоставить моему коллеге, члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Валерию Анатольевичу Елыкомову. Валерий Анатольевич, пожалуйста.

Уважаемые друзья, у нас осталось ещё порядка двадцати записанных выступлений. Давайте всё-таки регламент установим 3–5 минут. И если у кого есть конкретные предложения – давайте. Если кто-то повторяется, давайте не будем повторяться, мы всё это учли.

Валерий Анатольевич, пожалуйста.

**Елыкомов В. А.** Добрый день, уважаемые коллеги.

Очень коротко, буквально 3–4 минуты.

Регион наш достаточно успешный по эпидемиологии, на самом деле всё неплохо. Но начался 2015 год, и на, казалось бы, благополучной территории появилась корь. Вопрос: что нужно было делать? Ведь, по сути дела, мы привили до 98 процентов жителей в возрасте 18–35 лет.

И вот тут важная штука, про которую, мне кажется, сегодня никто не говорил. Люди, которые по-настоящему серьёзно болеют корью, как раз в возрасте от 35 до 59 лет.

Дальше. Что касается отказа от вакцинации, то в этой связи сегодня, мне кажется, надо обратить внимание на работу системы образования. Ведь есть философская проблема, которая касается индивидуального обучения – вот эти штайнеровские школы, которые, по сути дела, в этом году уже нам показали в очередной раз, что оттуда пошла вспышка.

А у нас по телевидению показывают в таком вот благостном варианте все эти утренники, где ребятишки приходят к больным и стараются потихонечку заразиться, чтобы менее тяжело это всё протекало. Вы же видели это? Это наше телевидение пропустило. Хотя это более 10 лет назад уже было осуждено.

*(Демонстрируется слайд.)*

По мнению ВОЗ, что является основным? Это индивидуалистический подход к медицине. По сути, это самая принципиальная задача, которая сейчас стоит, и это касается не только ребятишек, это касается в том числе всех нас, когда мы едем отдыхать куда-то за границу.

Поэтому в других странах, в том числе ближайших к нам, уже приняли ряд законопроект по усилению ответственности. Например, в Казахстане штраф 25 тысяч тенге за отказ от вакцинации ребёнка, или же 10 тысяч за то, что пропустили очередную прививку.

Вот то, что говорил Геннадий Григорьевич про ребятишек, это на самом деле серьёзная проблема, и в педиатрии это, по-видимому, самый сложный вопрос: нам нужны поливалентные вакцины.

*(Демонстрируется слайд.)*

В любом случае у нас мероприятия по вакцинации будут касаться двух принципиальных вопросов: либо это убеждение, либо это усиление ответственности.

Что касается убеждения, то лично мной был разработан законопроект – предоставлять всего 0,25 процента всей социальной рекламы для пропаганды здорового образа жизни, включая прививочную кампанию. Это 32 секунды в день.

Минздрав России за, Комитет за. Кто против, вы думаете? ФАС. Как так, ваша реклама будет конкурировать, вы же деньги платить не будете?

О чём хотелось бы сказать.

Во-первых, для будущих врачей курс вакцинологии должен быть обязательным, очень серьёзным, а не просто отрывочным.

Во-вторых, по усилению ответственности хотелось бы предложить всё-таки список официальных противопоказаний от вакцинации, подойти к ним более жёстко.

Далее. У нас приём в школы, в университеты со справками о состоянии здоровья, его нужно ужесточить. А вот вопрос в отношении детских садиков, он дискуссионный на самом деле. Но здесь остаётся действовать методом убеждения.

Кроме того, стоит начать административное преследование пропаганды против вакцинации. И здесь же, мне кажется, наше поле деятельности.

И наконец, тот вопрос, который не звучал у нас, это вообще-то исследования титра антител. Можно сколько угодно говорить, но надо делать зондовые исследования и показывать, что, извините, а титр антител в этой группе низкий или его вообще нет.

Вот коротко то, о чём я хотел сказать.

Спасибо, коллеги.

**Председательствующий.** Спасибо.

Уважаемые коллеги, здесь поступают предложения и просьбы, но я хотел бы вот сейчас перейти к производителям и дать слово всё-таки науке.

Хочу предоставить слово Игорю Викторовичу Красильникову, заместителю директора Санкт-Петербургского научно-исследовательского института вакцин и сывороток МФБА России.

По времени уложите?

**Красильников И. В.** Да, уложусь.

**Председательствующий.** Спасибо.

**Красильников И. В.** Уважаемые коллеги, на самом деле, в принципе, конечно, приятно говорить в аудитории, где все соратники, потому что, в общем, иногда приходится разговаривать в той аудитории, где действительно очень много противников вакцин.

Я хотел буквально два слайда показать вам.

*(Демонстрируется слайд.)*

Первый – это крупнейшие достижения, которые были названы Всемирной организацией здравоохранения, и прежде всего это профилактика.

*(Демонстрируется слайд.)*

Второй – это как раз таблица, которая показывает, сколько же бывает осложнений и сколько детей заболевает, если они не привиты. И в принципе, цифры, конечно, впечатляют, потому что тысячи, десятки тысяч, сто тысяч – вот разница между привитыми и непривитыми детьми. То есть осложнение всё-таки не является до такой степени проблемой, о которой говорят те, кто против вакцинации.

*(Демонстрируется слайд.)*

Далее, об этом уже сегодня говорили, – то, к чему привело антипрививочное движение. И в принципе, даже сейчас вот так изображают прививки.

*(Демонстрируется слайд.)*

Это вот как раз агитация с той стороны.

Мы забываем ещё такую вещь, что всё-таки очень многие инфекции связаны и с различными патологиями. Если мы говорим о том же гепатите В, например, то, прежде всего это та же гепатокарцинома. И, например, на определённых территориях, где от гепатита В вакцинировали более 80 процентов населения, о гепатокарциноме, в общем-то, практически забыли. То есть на 70 процентов упала заболеваемость той же гепатокарциномой.

*(Демонстрируется слайд.)*

То же самое, в принципе, это продолжение. То есть вот как раз гепатит В. Тайвань. 70 процентов населения, так сказать, было спасено, когда ввели вакцинацию против гепатита В.

*(Демонстрируется слайд.)*

И очень интересный эффект, это как раз Куба и кубинское здравоохранение. Значит, это чистый опыт, который как раз показывает, насколько всё-таки эффективна вакцинация.

В своё время на Кубе был принят закон о необходимости прививок. Каждый ребёнок прививался, и это было больше 80 процентов. То есть это, в принципе, 90–92 процента.

И последний слайд, который я хочу вам показать: вот к чему приводит вакцинирование в отдельно взятом коллективе, на острове, откуда в принципе народ никуда не выезжал.

Это я к тому, что, в общем-то, продолжительность жизни растёт, сейчас у них уже в среднем 83 года, а смертность детей падает за счёт правильного применения вакцин и за счёт того, что это государственная программа.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Игорь Викторович.

Хочу предоставить слово Виталию Васильевичу Звереву. Есть? Нет. А вы говорите, соратник, я сейчас... Вот у меня попросила слова Марина Фёдоровна Ентальцева. Есть такая? Да. Прошу дать слово пострадавшей от вакцины в 2008 году.

Пожалуйста. Предложение у вас, да?

**Ентальцева М. Ф.** Да, предложение.

**Председательствующий.** Марина Фёдоровна, слушаем вас.

**Ентальцева М. Ф.** Я делала все прививки, поскольку родилась в Советском Союзе. И вот в 2008 году, когда я заканчивала пятый курс, мне предложили прививку. И таким образом: либо вы делаете прививку, либо мы не подписываем обходной лист для получения диплома. Прививка была сборная: от краснухи, от кори, от гепатита, от туберкулёза...

**Председательствующий.** Марина Фёдоровна, дайте предложения. Какие у вас предложения?

**Ентальцева М. Ф.** Предложение. Почему я, как родитель, отказываюсь от прививки? Я не знаю, нет официально открытой информации о закупках той или иной поликлиникой партий вакцин. То есть у нас есть федеральный закон № 44-ФЗ, который говорит о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ и услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд. И этот закон даёт право любому быть поставщиком какой-либо вакцины. Мы, родители, не знаем, кто в поликлинике заказывал вакцину, откуда эта вакцина пришла к нам? Нам нужна вот эта информация.

И ни больница, ни этот поставщик не несут никакой ответственности. Что будет, если возникнут осложнения после вакцинации, кто понесёт ответственность? То есть у меня нет связи с врачом, и если я приду к врачу и мне сделают прививку, никто не будет нести ответственность.

Вместо того чтобы выявить проблемы, вот сейчас здесь прозвучало предложение закрыть блоги разные, где любой человек может получить какую-то информацию. Я не знаю, куда мне обратиться, чтобы получить информацию. Вот никакой информации нет.

Я хочу сказать о последствиях, какие у меня были: у меня была аллергия четыре года, она у меня выходила просто волдырями, она продолжалась 10 лет. Я не могла забеременеть. И после 10 лет я забеременела. И сейчас я боюсь ребёнку вводить эту вакцину.

У меня бабушка была, она не знала, что в 80 лет ей не надо делать вакцинирование. И к ней приехала скорая помощь – просто в деревне делали прививки всем абсолютно. Поставили прививку, и у неё сразу инсульт, через полгода она умерла. Не было информации, что в этом возрасте вакцинирование нельзя делать ей.

**Председательствующий.** Спасибо.

Минуточку внимания, будьте добры! Уважаемые коллеги, у нас время не ограничено, и я дал слово Марине Фёдоровне, чтобы мы узнали мнения людей, наших пациентов.

Мы сейчас разъедемся, и к нам будут обращаться именно с этими вопросами. Мы говорили о том, что врачи должны давать чёткую информацию о противопоказаниях, о медотводах. Пациенты должны знать, какую вакцину им вводят, из чего она состоит. Госпожа Вуйнович тоже говорила об этом, что врачи порой не знают, что они вводят, и состав этой вакцины.

Поэтому спасибо вам большое за выступление. Если вы следите за нашими выступлениями, все те предложения, которые сегодня здесь обсуждаются, войдут в решение нашего Комитета.

Спасибо.

Так, уважаемые друзья, продолжим. Хочу предоставить слово Елене Юрьевне Малинниковой, главному внештатному специалисту по инфекционным болезням Министерства здравоохранения Российской Федерации. Три минуты, ваши предложения. Спасибо.

**Малинникова Е. Ю.** Уважаемые коллеги, все те вопросы, которые сегодня поднимались, есть в моей презентации. Это естественно, я считаю, это ещё раз подтверждает нашу общность в этих вопросах, нашу озабоченность ситуацией с вакцинацией и проблемами. Конечно, и вот такой серьёзной угрозой, как отказ от вакцинации.

Я задалась этим вопросом, как раз когда у нас стало активно развиваться движение за вакцинацию, естественно, появилось и противоположное движение – антивакциаторство. Это взаимодействие двух понятий – действие и противодействие. И чем больше мы совершаем каких-то действий, тем сильнее возникает сразу же это противодействие. Мы привыкли к тому, чтобы рассматривать антивакцинальное лобби именно как мракобесие и как нечто от нас абсолютно независимое. А вот я бы хотела посмотреть на этот вопрос несколько с другой стороны.

В пользу вакцинации есть фактические примеры, и сегодня мы с вами их приводили немало. Приводили статистику, активно рассказывали о необходимости вакцинации, выступали уважаемые профессора... А почему же тогда до сих пор это антивакцинальное лобби существует?

*(Демонстрируется слайд.)*

Постараюсь коротко рассказать о том, что существует многофакторность вот такого антивакцинального движения. Поразительным фактом является то, что в странах, где были достигнуты самые большие успехи в вакцинации, имеется самое сильное антивакцинальное лобби. И после десятилетий отсутствия серьёзных эпидемий насколько мы способны объяснить нашему населению, что такое эпидемия?

Вы знаете, я работаю врачом-инфекционистом, и наше население, когда мы говорим об эпидемиях, знает только грипп. А я бы хотела поднять вопрос о том, что мы должны рассказывать о самом заболевании, говорить о тяжести этого заболевания в информационном нашем блоке, не только убеждать в необходимости вакцинации, но и показывать, как может протекать то или иное заболевание, какие есть осложнения и какие сложности именно в лечении. Ну, и научная, и социальная значимость исследований в отношении вакцины должны быть, конечно, доступны не только исключительно для медицинского понимания, но это должно быть доступно и другим заинтересованным лицам. Мы не должны допускать дефицит научной обоснованности и среди коллег, и среди других заинтересованных лиц. Сегодня уже рассказывали о Швеции, где были отменены прививки от коклюша и резко возросла заболеваемость. Но правильная организация всех противоэпидемических мероприятий позволила всё-таки не раскатать общество и не допустить серьёзных конфликтов между обществом и СМИ. И обратный

пример – Великобритания, та же болезнь – коклюш. Это были 1979–1980 годы. Именно там СМИ писали о том, что это вакцина от коклюша вызывает осложнения. И на самом деле были осложнения у детей.

А вот здравоохранение Великобритании говорило о том, что эта вакцина хороша. И что мы видим? Конечно, снижение иммунитета, снижение вакцинации с 80 процентов до 30. Страшно.

Но я хочу сказать: для того, чтобы проводить активную информационную политику в защиту вакцинации, необходимо подключать к работе пациентские сообщества. Поверьте, что у нас есть пациенты, которые благодарны и которые могут рассказать своим знакомым о пользе вакцинации.

Для этого мало открытого информационного пространства, здесь я соглашусь с Николаем Ивановичем. В этой сфере предстоит ещё очень много работать. И очень необходимы усилия со стороны научно-медицинского сообщества, которое может аргументированно высказать свою позицию, приведя аргументы из врачебной практики.

*(Демонстрируется слайд.)*

У нас было проведено анонимное анкетирование студентов медицинского института, студентов университета, не относящегося к медицине, преподавательского состава. Мы опросили 800 человек и получили очень даже плачевные результаты.

*(Демонстрируется слайд.)*

Выяснилось, что на сегодняшний день более половины студентов медицинских вузов и медицинских колледжей готовы отказаться от вакцинаций, не согласны с тем, что вакцинация – это прежде всего защита от опасных инфекций, не уверены, нужна ли вообще вакцинация, и не доверяют качеству вакцин, и не доверяют медицинским работникам.

*(Демонстрируется слайд.)*

Конечно, информированность населения важна, но необходимо и сотрудничество, которое приводит, прежде всего, к доверию. Нужна высокая образованность врачей и необходим грамотный подход врачей, не только в случае отказа от прививок, но и при составлении правильного индивидуального прививочного плана. А это очень важно, потому что каждый родитель хочет, чтобы врач предоставлял ему индивидуальный план прививок, по которому он мог бы в дальнейшем без проблем прививать своего ребёнка. Спасибо большое.

**Председательствующий.** Спасибо, Елена Юрьевна. Спасибо.

И перейдём к следующему выступающему. Уважаемые коллеги, Жанна Витальевна, готовы?

Хочу предоставить слово Жанне Витальевне Садовниковой, заместителю директора департамента государственной политики в сфере общего образования Министерства просвещения Российской Федерации. Пожалуйста, Жанна Витальевна.

**Садовникова Ж. В.** Спасибо, Леонид Анатольевич.

Уважаемые коллеги, действительно, вопрос очень важный. Вот с точки зрения Министерства просвещения Российской Федерации вопрос заключается в том что действительно правильно проинформировать родителей, что ребёнок, посещающий образовательные организации, с точки зрения закона и соблюдения всех норм, должен находиться в безопасности. А безопасность – это непосредственно ответственность руководителей. И поэтому мы должны понимать, что все мероприятия, связанные с профилактикой, с выявлением, с прогнозированием здоровья ребёнка, эффективность его вакцинации и профилактики – это, конечно, наша совместная межведомственная работа.

Мы поддерживаем все сегодня представленные материалы, и до этого мы их анализировали. В организациях, которые осуществляют образовательную деятельность, должны проводиться все профилактические мероприятия.

Вместе с тем мы понимаем, что есть родители, которые категорически против, для этого мы обеспечиваем обучение детей вне образовательных организаций: это семейная форма обучения, самообразование, дистанционная форма обучения. Но всё-таки говорим о том, что ребёнок, посещающий коллектив, где находятся дети, должен быть продиагностирован, должны быть проведены все мероприятия по выявлению заболеваний и иммунизации, а также все мероприятия, связанные с вакцинацией.

Очень часто возникает ситуация, когда проводят реакцию Манту, выявляется, что ребёнку необходим дальнейший курс лечения, а родители против этого и хотят продолжать обучение. В таком случае мы предлагаем дистанционную форму обучения, чтобы завершить все необходимые мероприятия и вернуться в детский коллектив.

Поэтому мы поддерживаем коллег в рамках межведомственного взаимодействия, проводим разъяснительную работу и обеспечиваем продолжение обучения, чтобы оно не прерывалось, но вместе с тем даём разъяснение, что это необходимо сделать.

Следующее. Мы хотим обратить внимание на то, что на сегодняшний день ведётся очень большая работа, о чём Елена Николаевна говорила, в рамках «дорожной карты», которую мы разработали, начиная уже с дошкольной ступени и заканчивая завершением обучения в школе и поступлением в колледж, чтобы формировать у ребёнка здоровое и правильное отношение к своему организму. Потому что иногда, знаете, бывает ситуация в подростковом возрасте, когда родители говорят: нет, мы против, а ребёнок может сказать: нет, мама, папа, а я считаю, что это надо сделать. Вот это правильно.

Поэтому мы поддерживаем те вопросы, которые сегодня были обозначены. Со стороны Министерства просвещения Российской Федерации будет продолжена работа в плане информирования родителей и поддержки тех решений, которые будут сегодня озвучены. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Жанна Витальевна, спасибо большое.

Уважаемые коллеги, хочу предоставить слово Сергею Владимировичу Глаголеву, заместителю начальника управления – начальнику отдела организации фармнадзора Управления организации государственного контроля и качества медицинской продукции Росздравнадзора, пожалуйста.

**Глаголев С. В.** Глубокоуважаемые коллеги!

Столько было сказано о системе вакцинации и о проблемах отказов, что мне бы хотелось вкратце подчеркнуть нашу роль.

Как Росздравнадзор, мы отвечаем за контроль в медицинской помощи, за контроль безопасности. В первую очередь, мы имеем ситуации с миграцией поствакцинального лобби, скажем так, из среды псевдолидеров и так далее в социальные сети. У нас есть прекрасные информационные ресурсы, но у нас большой слой социальных сетей, и, наверное, в этом направлении должна быть усилена активность, то есть доведение информации проекта «Я привит» Минздрава России до целевой аудитории социальных сетей.

Второй момент – обеспечение прозрачности данных по безопасности.

За последние три года после аудита ВОЗ мы написали абсолютно новое, с учётом, конечно, российских подходов, но и подходов ВОЗ, руководство по расследованию поствакцинальных осложнений, которое предусматривает усиление внимания на региональном уровне и на федеральном уровне к расследованию поствакцинальных осложнений, к расследованию междисциплинарными командами и к получению обратной связи как от медицинской общественности, так и от общественности в целом посредством публикации отчётов.

Прозрачность этого процесса, а тем более наши цифры вполне соответствуют показателям безопасности вакцинации других экономически развитых стран, конечно, обеспечит доверие к процессу вакцинации.

Вот, собственно говоря, два предложения.

**Председательствующий.** Вопрос, пожалуйста.

**Из зала.** Скажите, пожалуйста, кто всё-таки отвечает за прозрачность этого процесса? То есть о поствакцинальных осложнениях собираете всю информацию, я так понимаю, вы, как федеральный исполнитель?

**Глаголев С. В.** Роспотребнадзор ведёт государственный статистический учёт.

**Из зала.** Вот кто отвечает за прозрачность этого процесса? Это первый вопрос.

И считаете ли вы необходимым внесение каких-то дополнений в нормативно-правовое регулирование, законодательное, чтобы эта прозрачность была обеспечена?

**Глаголев С. В.** Сегодня закон об иммунопрофилактике закладывает общие нормы систематизации этой отчётности и раскрытие этой информации.

Закон № 323-ФЗ обеспечивает также информирование пациента. Скорее, вопрос в мягком праве, в создании института методических рекомендаций и в обеспечении эффективной координации четырёх ведомств в этой области.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, я хочу предоставить слово... Атаджан Эргешович Эргешов здесь? Ушёл. Тогда Валентина Александровна Аксёнова, пожалуйста.

**Аксёнова В. А.** У меня есть презентация, но, наверное, нет смысла её показывать. Если дадите пульт, то можно.

Но в целом во фтизиатрии можно сказать, что есть образец того, как много мы добились за последние годы. Вакцина была применена ещё в середине прошлого века. За это время наши дети практически не умирают от туберкулёза, хотя раньше смертность была крайне высокая. Практически нет менингитов, и всё это непосредственно сказалось на общих показателях.

И если в целом у нас всё-таки ещё большое количество заболеваний туберкулёзом в стране, то малыши у нас практически не болеют. А очень тяжёлыми формами болеют, как правило, не вакцинированные. Конечно, надо вакцинировать, об этом говорит и Всемирная организация здравоохранения. Но мы в безвыходной ситуации. Вакцина против туберкулёза единая, одна, и она живая, а значит, может иногда вызывать осложнения. И на это ссылаются все СМИ – вот, вакцина даёт тяжёлые осложнения. И они действительно тяжёлые, эти осложнения. По данным Всемирной организации здравоохранения, три осложнения на миллион. У нас 20 лет назад (это общие показатели, я не буду останавливаться) создан федеральный центр по борьбе с осложнениями БЦЖ, и за это время в 10 раз уменьшилось число осложнений. Связано это только с тем, что мы действуем в хорошей координации с Роспотребнадзором, с бывшим ГИСК Л. А. Тарасевича. Создаются анкеты, проводится мониторинг всех осложнений, обучается медицинский персонал. Это очень большое достижение.

Но, к сожалению, об этом знают медики, об этом знает система, знают те, кто обучает. СМИ этого не знают, родители не знают. Знают, что во многих странах отменили вакцинацию, при этом добавляют, что мы добились очень больших успехов во фтизиатрии. Действительно, Мелита подтвердит, мы каждый год собираемся, все специалисты и представители Всемирной организации, обсуждаем. Да, мы многого добились, но мы всё равно ещё в числе 22 стран с наибольшим количеством больных туберкулёзом. Воздушно-капельные инфекции – никуда нам от этого не деться.

Конечно, нам нужно искать варианты дальнейшего поддержания того, чего мы добились. Но, к сожалению, посмотрите статистику, у нас из года в год снижается число вакцинированных детей, хотя за последний год поддерживается на прежнем уровне, но всё равно остаётся очень низким. И растут отказы от прививок по определённым регионам. Центральный регион, Северо-Кавказский регион наиболее проблематичны в плане охвата вакцинацией, это связано, в основном, непосредственно с населением.

Вот вы говорили про Москву. Пожалуйста, сведения о вакцинации в Москве: число вакцинированных катастрофически падает, в основном за счёт отказа родителей или

законных представителей. Провели исследование заболевших малышей: каждый пятый не вакцинирован, и все они в возрасте до года. Это беда, которая может к нам прийти.

И, к сожалению, если мы не будем вакцинировать малышей, среди них резко вырастет заболеваемость и смертность.

Елена Николаевна в своём выступлении отметила, что главная причина – это смертность. Я всё, заканчиваю уже.

**Председательствующий.** Валентина Александровна, мы всё понимаем. Какое у вас предложение? Мы понимаем, что надо вакцинироваться.

**Аксёнова В. А.** Моё предложение, первое... Мы защищаем, наша вакцинация защищает от роста смертности...

**Председательствующий.** Это понятно. Задача законодателей – способствовать совершенствованию законодательства. Что вы предлагаете?

**Аксёнова В. А.** За последние 10 лет выпущено столько законодательных актов, приказов, постановлений Правительства Российской Федерации, их только выполнять надо. Есть взаимосвязь между системой образования, здравоохранением, Роспотребнадзором, даже медицинской промышленностью. Мы совместно работаем, но СМИ, информационная политика – против. Поэтому именно на эти моменты надо обращать внимание.

**Председательствующий.** Благодарю вас за выступление.

Мне очень понравилась фраза «мягкое право». На самом деле, что такое право и что такое «мягкое право»? Возможно, действительно «мягкое право» не даёт добиваться каких-то результатов.

Елена Юрьевна Илатовская, если можно, коротко, чтобы все могли выступить.

**Илатовская Е. Ю.** Здравствуйте!

Я представляю интересы родителей Павловского Посада.

Надо, чтобы обязательно нам объясняли не только, чем вакцинация полезна, но и объясняли, что нужно сдать такие-то и такие-то анализы, чтобы посмотреть, не будет ли осложнений после прививки. Тогда будет доверие. Это первое.

Второе. Вот рост рака пошёл с того момента, когда пошла массовая вакцинация...

**Из зала.** Ничего подобного. Позвольте...

**Председательствующий.** Хорошо, ваше предложение.

**Из зала.** Чем дольше человек живёт, тем больше вероятность заболеть раком, поэтому у нас увеличилась продолжительность жизни и, возможно, увеличилось количество рака, с прививками это никак не связано.

**Илатовская Е. Ю.** А таких исследований нет.

**Из зала.** Тем более с прививкой против туберкулёза, которая делается в роддоме.

**Илатовская Е. Ю.** Дальше. По поводу доверия или недоверия. Если мы берём билет на самолёт, нам автоматически в случае аварии выплачивают компенсацию.

А когда я привожу здорового ребёнка на прививку, мне говорят, что выплатят 30 тысяч, это по закону, если он станет инвалидом. Но это в случае, если я смогу доказать, что это произошло вследствие вакцинации. Если я, потеряв ребёнка, найду в себе силы что-то доказывать, мне дадут 30 тысяч. Это законные выплаты, что прописаны в федеральном законе № 157-ФЗ (19-я и 20-я статьи).

Вы спрашиваете, откуда недоверие? Кто-то вообще знает об этом? Оказывается, есть постановление от 2 августа 1999 года, где прописаны эти осложнения. Почему же никто из вас не сказал, что надо ознакомить с этим родителей, чтобы мы тоже были информированы. Поэтому мы, общаясь между собой в соцсетях, рассказываем друг другу об этих моментах: а что у тебя, а почему?

**Председательствующий.** Вы присутствуете на «круглом столе», выскажите ваше предложение, пожалуйста, мы должны продолжать заседание.

**Илатовская Е. Ю.** Чтобы это было полное информирование.

**Председательствующий.** Мы тоже за это.

**Илатовская Е. Ю.** Детская смертность не изменилась. У нас сейчас вымирание идёт.

**Председательствующий.** У нас сейчас дискуссия или предложение?

**Илатовская Е. Ю.** У меня предложение, чтобы было полное обследование перед прививкой...

*(Идёт обсуждение.)*

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, эта дискуссия надолго, и здесь всё зависит от конкретного врача, от того, где вы лечитесь, кто вас лечит. И поэтому здесь можно долго говорить. Спасибо большое за предложения, дайте нам их в Комитет. Всё, спасибо большое. Потом мы вам дадим ещё слово, когда все выступят.

Уважаемые коллеги, хочу предоставить слово Владимиру Владимировичу Никифорову. Пожалуйста. И подготовиться Людмиле Николаевне Мазанковой.

**Никифоров В. В.** Буквально 30 секунд. Федеральное медико-биологическое агентство России (ФМБА) – в принципе, эта структура всем известна.

Я сегодня два часа слушал, как мы друг другу рассказывали то, что и так знаем. Мы тут все сторонники прививок – и об этом говорили. В общем, ничего нового для себя, откровенно говоря, не услышал.

Всё-таки, наверное, надо было нам услышать и другую сторону – противников вакцинации, потому что мы проигрываем. У нас тут выкладки научные, а с другой стороны на нас наезжают так, как будто мы – враги народа. И вот только что тут диагноз услышали – рак. Вы понимаете, у Пушкина есть замечательный диагноз: тут её тоска взяла, и царица умерла. Вот из этой серии.

У нас есть деньги в стране, у нас тысячи каналов, и, наверное, можно создать нормальный медицинский канал, а не этот бездарный канал, прошу прощения, который «Здоровье» называется, прости господи.

Давайте мы всё-таки лучше вложим деньги в полезный канал, сделаем нормальную, как была в своё время с Белянчиковой, программу «Здоровье», которую было не стыдно смотреть, не то, что сейчас. Вот на этом я и позволю себе закончить. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Владимир Владимирович. Хорошее предложение от главного инфекциониста ФМБА России.

Слово хочу предоставить Людмиле Николаевне Мазанковой, главному внештатному специалисту по инфекционным болезням у детей Департамента здравоохранения города Москвы.

**Мазанкова Л. Н.** Спасибо большое. Уважаемые коллеги, уважаемый председатель, мне как детскому инфекционисту особенно понятны и близки к сердцу те заболевания, с которыми мы боремся, чтобы спасти жизни детей. И я хочу сказать, что антибиотики и вакцинация – это такие достижения, которые спасли жизни многим тысячам детей, которые могли бы заболеть и умереть от инфекционных заболеваний. И на сегодня, конечно, вакцинация сыграла свою роль в исчезновении полиомиелита, в частности, вызванного диким штаммом. С 2012 года мы не видим в Москве дифтерии. Страна и столица свободны от краснухи, нет даже врождённой краснухи, с которой мы встречались раньше и ничего сделать не могли. И это всё благодаря национальному календарю прививок. А сейчас нам нужны пяти-шестивалентные вакцины, чтобы действительно уменьшить вакцинальную нагрузку на ребёнка, это сегодня, как сказали, реально. И мы с удовольствием будем использовать эти достижения.

Но у нас есть проблемы. В России в целом и в Москве, конечно. Колоссальная проблема, которая сегодня уже упоминалась, – ротавирусная инфекция. Колоссальная проблема – менингококковая инфекция, колоссальная проблема – ВПЧ и коклюш. И мы призываем, я написала это в своих предложениях, согласовав с департаментом здравоохранения города Москвы, перевести возможность вакцинировать детей по этим заболеваниям из календаря по эпидпоказаниям в Национальный календарь

прививок. Потому что налицо действительно грозные тенденции к росту заболеваемости, причём менингококковая инфекция к нам пришла с совершенно новым лицом, новым штаммом, вызывающим тяжелейшие гипертоксические формы, от которых в Москве только за прошлый год умерло четверо или пятеро детей, и все они были невакцинированные.

Сегодня закуплены 100 тысяч доз для вакцинации детей от менингококковой инфекции в Москве. И приверженность родителей этой вакцинации колоссальная, потому что они понимают, что такое менингит и менингококковая инфекция, которую можно профилактировать. Это та информация, которую им доносит опять же врач, поэтому они идут и прививают своих детей.

Поэтому в наших предложениях, я их тоже отправила, идёт речь об ответственности родителей, опекунов за здоровье детей. Ещё мы написали о внесении изменений в приказ 125-н от 2014 года о расширении календаря прививок, об организации естественно-информационного доступа по вакцинопрофилактике в сети Интернет. И естественно, мы считаем, что надо продолжать ту информационную программу, которую ведёт сегодня департамент здравоохранения, а также разработать мобильное приложение, электронный сертификат профилактических прививок, чтобы все знали. В том числе знали те учреждения, которые занимаются образованием, какие дети приходят к ним в школу, когда они были привиты. Это тоже предупреждает распространение инфекции.

Спасибо большое.

**Председательствующий.** Спасибо, Людмила Николаевна.

Уважаемые коллеги, хочу предоставить слово Исмаилу Магомедтагировичу Османову. Здесь?

**Османов И. М.** Да, я здесь. Спасибо, Леонид Анатольевич.

Уважаемые коллеги, я не буду показывать свою презентацию, чтобы сэкономить время, просто скажу о том опыте, который есть у нас в московском здравоохранении. Это, естественно, в первую очередь очень жёсткий контроль со стороны департамента здравоохранения, наивысшее внимание со стороны правительства Москвы, и те меры, которые мы принимаем. А меры заключаются в следующем.

Во-первых, как правильно Дмитрий Анатольевич сказал, мы проигрываем в информатизации и пытаемся это наверстать тем, что активно работаем с сообществом, начав эту работу с женских консультаций. Практика показывает, что нужно работать ещё в стадии зачатия ребёнка, когда маму ещё не успели обработать всякие антипрививочные кампании.

Проводим школы здоровья для детей в поликлиниках, школы для беременных, выступления в СМИ, «Московское здоровое лето», «Бегу к врачу», лекции, ведётся активная работа в парках Москвы.

То есть все средства, которые, за исключением социальной рекламы на центральном телевидении, мы можем использовать, мы используем. И видим, что есть результат.

Помимо того, ведём работу в чатах, специально создаём чаты, очень эффективно работает у нас институт главных специалистов, каждый из которых отвечает в своей области за эту работу.

Эффективный контракт как главных врачей, так и врачей-педиатров, отвечающих за эту работу, включает критерий охвата вакцинацией, то есть саморегулируемый механизм, материальная мотивация.

Ну и, конечно же, стараемся объединять усилия с пациентскими сообществами, с родителями, в рамках различных мероприятий, в том числе приуроченных к Международному дню здоровья.

Вот здесь уважаемый представитель Павлово-Посада говорила о деньгах, о материальной компенсации, но никто не говорит о тех колоссальных затратах, которые несёт государство из-за больных детей, которые не были привиты.

С вас же никто не берёт деньги за то, что ваш непривитый ребёнок заболел, что надо тратить средства на его лечение? А если бы ввели соплатежи? Не привились от кори, ребёнок заболел, значит, нагрузка финансовая, будьте добры, ваша страховка уже будет дополнительно стоить денег. Но никто же об этом не говорит.

Сейчас я не веду дискуссию, я просто высказываю своё мнение по этому поводу.

**Из зала.** Я не пользуюсь страховками.

**Председательствующий.** Предложение, Исмаил Магомедтагирович.

**Османов И. М.** Вот предложение: ввести соплатежи для родителей, которые отказываются от прививок.

Также есть предложение напомнить, что есть всё-таки недавно принятый закон о распространении заведомо ложной информации. Это можно расценивать и как информационный терроризм. Это ладно, ваше мнение, так и держите его при себе. Но там, где вы, не специалисты, пытаетесь вступать в дискуссию, это уже подпадает, мне кажется, под этот закон.

И конечно, согласен с коллегами, что нужно выделить какое-то время на социальную рекламу помимо всего остального, что мы делаем.

На этом я бы закончил. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Исмаил Магомедтагирович. Я очень благодарен. Дело в том, что я знаю, что департамент Москвы готовился именно к этой теме вакцинации. И нам очень приятно, что сегодня здесь мы все вместе на этой площадке. Мы ваши предложения, конечно, возьмём и будем рассматривать. И, безусловно, конечно, будем принимать их от нашего Комитета.

**Османов И. М.** Два слова. Дмитрий Анатольевич упоминал, что в Москве не умер ни один ребёнок, привитый от гриппа.

Я ещё хочу сказать, что в больнице, которую я возглавляю, где большой инфекционный корпус, ни один привитый ребёнок не заболел гриппом. Ни один не заболел.

**Председательствующий.** Спасибо.

**Из зала.** Можно добавить прямо буквально одно слово?

**Председательствующий.** Нет. Подождите. У нас будет время ответить и поговорить. Давайте мы сейчас всё-таки регламент выдержим.

Уважаемые коллеги, хочу предоставить слово Олегу Валерьевичу Филиппову, главному врачу Центра медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы. Пожалуйста.

**Филиппов О. В.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Я тоже могу, в общем-то, не проводить презентацию, только предложения.

Дело в том, что центр занимается координацией всей вакцинации в городе Москве. Мы занимаемся тем, о чём говорил представитель ВОЗ: мы вакцинируем детей, которые не вакцинируются в обычных поликлиниках. То есть детей, которые имеют отягощение в состоянии здоровья. Занимаемся ими на протяжении долгого времени, имеем уникальный опыт. И, кстати, к нам обращаются родители детей из других регионов Российской Федерации.

У нас где-то 60 процентов прививок делаются детям в первые годы жизни, и в этом большая проблема. Календарь прививок Москвы в настоящее время на уровне крупнейших экономик мира. Мы практически от всех инфекций, управляемых средствами вакцинопрофилактики, делаем вакцинацию.

И посмотрите, какая плотность у нас. Родается ребёнок, и мы делаем ему прививки от туберкулёза и гепатита В. Буквально проходит два месяца, у нас идёт прививка от пневмококка... И пошло-поехало. Вы сами прекрасно знаете, что дети первого года жизни часто болеют, особенно это проблема детей из многодетных семей.

Мы в Москве уже давно детей из групп риска вакцинируем комбинированными поливалентными вакцинами. В настоящее время вот уже второй год в рамках нацио-

нального календаря получаем поливалентные вакцины, имеем возможность их использовать.

Мы сегодня много говорили о проблеме, связанной с антивакцинальным лобби. Но со стороны общества тоже существует потребность именно в использовании таких комбинированных вакцин, от родителей – постоянные запросы.

Поэтому наше предложение следующее: максимально переходить, по крайней мере для вакцинации детей первого года жизни, на комбинированные вакцины.

И ещё я бы хотел сказать. Людмила Николаевна уже говорила, что мы в этом году привьём порядка 100 тысяч детей от менингококка. К сожалению, менингококк W-135 представляет серьёзную угрозу. И в этом году бюджет Москвы на вакцинопрофилактику увеличен в два раза. Это беспрецедентно, потому что у нас за семь лет бюджет Москвы на вакцинопрофилактику был увеличен в десять раз. И в этом году мы буквально с понедельника начинаем прививать девочек 12–13 лет от вируса папилломы человека. В девять раз увеличено количество вакцинированных по сравнению с прошлым годом.

Мы уже провели совещания во всех школах. То есть вышли врачи, собрали информированное согласие на прививки. И на сегодняшний день мы уже знаем, что вся эта вакцина будет использована. У нас очень хорошо организован процесс обучения в области вакцинопрофилактики врачей медицинских организаций департамента здравоохранения. И это даёт свои плоды.

Нам обязательно нужно точно работать с первичным звеном. Потому что если педиатр вылечил хотя бы одно заболевание ребёнка, он получил полное доверие со стороны родителей. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое. Материалы есть? Вы передали их в комитет? Спасибо большое, очень хорошее предложение. Надо это распространять, наверное, и на другие субъекты Федерации. Если всё упирается в деньги, то надо, конечно, делать заявку, о чём сегодня говорили наши коллеги.

Елена Николаевна, мы вышли с предложением, чтобы всё-таки по иммунопрофилактике, по ситуации с ней, докладывало Правительство Российской Федерации до принятия бюджета. Они должны отчитаться, сколько средств заложено именно на иммунопрофилактику, на вакцинацию, это очень важно. Спасибо.

Уважаемые коллеги, хочу предоставить слово Сергею Александровичу Герасимову, начальнику отдела центральной дирекции здравоохранения ОАО «Российские железные дороги». Пожалуйста.

**Герасимов С. А.** Я тоже, пожалуй, не буду презентацию делать...

**Председательствующий.** Мы знаем, учитывая то, что мы работаем с вами в экспертном совете по совершенствованию медицинской помощи на транспорте, что у вас есть предложения. Так что, пожалуйста, всё, что касается именно вакцинации и профилактики.

**Герасимов С. А.** Знаете, какой вопрос. У нас 168 учреждений, они разбросаны по всей России и работают в 75 субъектах Федерации. 2,5 процента взрослого населения прикреплены к нашим учреждениям. Но форма собственности у нас – негосударственное учреждение. И вот такая коллизия: иногда в некоторых муниципальных образованиях только наши учреждения оказывают медицинскую помощь. Но ту вакцину, которая централизованно закупается Минздравом России и передаётся в субъекты Федерации, мы получить не можем, потому что у нас иная форма собственности.

И наше предложение – при внесении изменений в федеральный закон № 157-ФЗ предусмотреть обеспечение вакциной не только государственных, но и других учреждений здравоохранения, которые имеют прикрепленное по ОМС население. Потому что вакцинация – государственная стратегия, задача государственной безопасности страны. У нас вакцинировано от гриппа, для примера, в 2018 году 61 процент прикрепленного населения. Это выше общероссийского. А от клещевого энцефалита, учитывая,

что есть у нас регионы с эндемичными районами по данному заболеванию, 97,8 процента населения вакцинировано.

Поэтому эти предложения мы представили для решения совместных задач и направили в ваш адрес.

**Председательствующий.** Давайте, да.

Уважаемые коллеги, я хочу предоставить... У нас Наталья Николаевна Карпович присутствует? Я вас сразу не увидел. Это председатель Объединения многодетных семей города Москвы. Пожалуйста.

**Карпович Н. Н.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Я хочу сказать, что действительно Москва за последние десять лет имеет высокий процент по обеспечению вакцинами, 95 процентов. У нас в организации многодетных семей, о которых коллега только что сказал, 26 тысяч семей из города Москвы. И вот у нас процент чуть ниже, может быть, потому что элемент религии присутствует и недоверия. Но у нас около 90 процентов многодетных всё-таки за прививки. И мы это поддерживаем.

Я сейчас буду говорить, наверное, от большего сообщества многодетных семей, ни в коем случае не ущемляя прав тех родителей, которые приняли решение не делать прививки. С ними нужна отдельная работа, и я поддерживаю коллег, которые здесь сегодня об этом говорили, столкнувшись с проблемами. Здесь нужно разбираться в частном порядке.

Всё-таки на примере большой семьи хочу сказать, что вакцина нужна. У меня самой шестеро детей, я прекрасно понимаю, что если сегодня кто-то из них из садика приходит с насморком, завтра придёт второй, третий, и вся семья начинает болеть. И поэтому для меня крайне важно, чтобы мой ребёнок всё-таки мог посещать дошкольные образовательные учреждения, которые позволяют мне высвободить время для того, чтобы работать и обеспечивать свою семью.

Теперь о наших предложениях, их будет пять. Я их сейчас озвучу, и на этом моё выступление закончится.

Прежде один момент. Я хотела сказать, что была депутатом Государственной Думы пятого созыва, и именно в 2008 году с Татьяной Алексеевной Голиковой мы тогда начинали работу над вакцинацией против рака шейки матки. Как это было тяжело и сколько спасло сегодня жизней! Мне кажется, что это говорит само за себя.

Прошло 10 лет, я сижу в Государственной Думе уже как общественный деятель и могу сказать, что поддерживаю прививки, потому что знаю их результат – спасённые жизни.

Наши предложения очень простые. Мы предлагаем внести в федеральный закон какие-то уточнения по поводу отношения к отказу людей от профилактики, не ограничивая их права, но всё-таки защищая права большинства, чтобы непривитый ребёнок был переведён на домашнее обучение и не посещал коллектив, не создавая тем самым угрозу заражения одноклассников. То есть, нужны такие поправки в законодательство.

И также, наверное, для снижения заболеваемости коклюшем среди школьников необходимо включить в Национальный календарь прививок вторую ревакцинацию от коклюша детей в возрасте 6–7 лет перед поступлением в школу.

Для снижения заболеваемости ветряной оспой необходимо дополнительно внести вакцинацию детей с группой риска в Национальный календарь прививок.

Для профилактики папилломавирусных заболеваний у мужчин предлагаем внести изменения в Национальный календарь прививок, предусмотрев вакцинацию против ВПЧ девочек и мальчиков в возрасте 12–13 лет.

И также мы поддерживаем электронный сертификат профилактики прививок, то есть мы, как родительское сообщество, понимаем значимость тех мер, которые должны быть приняты. Спасибо.

**Председательствующий.** Наталья Николаевна, спасибо большое. (*Аплодисменты.*) Я говорил, что будут ещё у нас аплодисменты, и видите, вот они.

Я хочу поблагодарить вас, и заходите в Комитет Государственной Думы по охране здоровья, заходите.

**Карпович Н. Н.** Я хочу сказать вам спасибо. Очень важно, что ты можешь выслушать всех людей, потому что, к сожалению, когда ты занимаешь какую-то должность, у тебя нет возможности посидеть и послушать выступающих. Мне, со своей стороны, очень приятно было выслушать мнения всех моих коллег. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое, спасибо. Мы, вроде, всех, никого не ограничивали, и, я думаю, что у нас будет много времени, и кто захочет выступить, всем дадим слово.

Уважаемые коллеги, хочу предоставить слово Максиму Викторовичу Стецюку, исполнительному директору ООО «Нанолек». Пожалуйста.

**Стецюк М. В.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Спасибо большое за возможность высказаться. Тема номер один, которую мы сегодня обсуждаем, это доверие к вакцинам, и я, честно говоря, немножко удивлён вопросами, которые были заданы. А почему врач не знает, какие вакцины закупаются? У нас есть очень жёсткий закон № 44-ФЗ, в котором чётко прописана вакцина. Мы её предоставляем и участвуем в этих торгах. Процедуры крайне сложные, жёстко регламентированные. Вся информация, которая возможна, выкладывается на сайт в открытых доступах, причём не на один.

**Из зала.** Мы про врачей говорили. Когда врач не знает, что он предлагает...

**Стецюк М. В.** Врач берёт в руки конкретную упаковку, там есть инструкция, всё прописано.

Второй момент. Тем не менее, мы готовы проводить работу в данном направлении. Что мы предлагаем?

Мы готовы рассказывать про этапы локализации вакцины. Мы готовы показывать своё производство. У нас выстроен современный завод, он прошёл не одну инспекцию GMP. Не только нашу локальную, но и, поверьте, мы работаем со многими зарубежными производителями, у которых крайне высокие требования к производству. Мы готовы делиться этой информацией и показывать, и доказывать качество нашей вакцины.

Третье. Мы являемся участником фармнадзора. Мы обязаны декларировать все нежелательные явления. И поверьте, эффект от вакцинации намного, в разы даже, выше по сравнению с нежелательными явлениями, даже сравнивать не надо.

Вторая тема, которую мы обсуждаем, это идеальный календарь прививок. И данная тема делится на два вопроса: какой должен быть идеальный календарь относительно текущих вакцин. И наше предложение, которое сейчас обсуждается, это коррекция в сторону поливакцин, комбинированных вакцин, чтобы уменьшить нагрузку на ребёнка в виде инъекций, с одной стороны.

И второе – это расширение календаря в части эпидпоказаний, чтобы у регионов было больше возможности по эпидпоказаниям закупать вакцины, которые в данном конкретном регионе они считают необходимыми.

Встречались такие случаи: если вакцины нет в разделе «эпидпоказания», то регион от неё отказывается, боится в определённых условиях законодательства принимать такое решение.

И очень важная тема – это будущий календарь прививок. Мы сейчас выпускаем две вакцины – это инактивированный полиомиелит и комбинированная вакцина АКДС плюс ХИБ, плюс гепатит. Здесь проблема в том, чтобы локализовать вакцину, а это занимает минимум шесть-семь лет. Если мы сегодня включим в список вакцину, которую мы хотим видеть завтра, то, поверьте, мы как производители не сможем завтра её вам дать.

И вот уже запущена работа и обсуждается среди экспертов идеальный календарь. Но нам крайне необходимо вместе с Минпромом России это решение от вас получить, потому что мы обсуждаем работу с точки зрения инвестиционной политики, и нам нужно понимать, какую вакцину разрабатывать. Это крайне важное решение от вас необходимо.

**Председательствующий.** Спасибо, Максим Викторович.

Вы дайте предложения через наш Комитет, именно предложения для Минпрома России, и мы выслушаем на заседании Комитета и рекомендуем Минпрому России обратить внимание именно на эту проблему, которую вы сейчас озвучили.

**Стецюк М. В.** Договорились. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо.

Уважаемые коллеги, я хочу слово предоставить Михаилу Торичеллиевичу Югаю, он торопится. И буквально две минуты. Только предложение. Не повторяться, да.

**Югай М. Т.** 20 секунд. За 20 секунд. У меня даже не предложение, у меня план действий, он возник по итогам сегодняшнего корейского доклада.

Поскольку мы с Кореей работаем очень плотно, мы сделаем вот эту модель, опишем её подробно, чтобы всем стало ещё понятнее. Предложим её Министерству здравоохранения Российской Федерации, Минобразования России. Если они сочтут интересным, мы реализуем пилотные проекты и, если нужно будет, выдвинем законодательную инициативу, сообщим об этих инициативах.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо.

Уважаемые коллеги, хочу слово предоставить Ольге Алексеевне Галузиной, здесь она? Да, пожалуйста.

**Галузина О. А.** Здравствуйте!

**Председательствующий.** Ольга Алексеевна Галузина, заместитель председателя городского Экспертно-консультативного совета родительской общественности. Очень приятно.

**Галузина О. А.** Родительской общественности при Департаменте образования города Москвы.

Наша структура – это та как раз структура, которая работает с родителями от Департамента образования. Что бы нам хотелось сказать?

Первое. Конечно, мы всю работу свою осуществляем на межведомственной основе, и очень важно понимать, что вся работа на межведомственной основе имеет межведомственные последствия. Вы лечите детей, которых не привили, а мы, получается, их перееживаем. Доучиваем тех детей, которые не посещают школу. Это на самом деле огромная проблема, мы сегодня обо всём поговорили, но о последствиях нарушения учебного процесса не сказали, потому что это касается только нашей сферы, так скажем.

Но на самом деле непривитые дети пропускают огромное количество занятий, и нужно это всё далее нагонять.

Наше предложение. Мы знаем, что профилактика бывает общегрупповая и точечная, поэтому предлагаем продолжить и усилить массовую работу, особенно родительские субботы, которые проходят в каждой школе в Москве. Огромное количество заявок на них. Я сама каждую субботу принимаю участие в этой работе.

Собирается по 200, 300, 400 человек, у нас есть залы и по 400 кресел, мы совместно с врачами выходим и объясняем родителям их задачу, их цель.

Далее работаем в группах тех родителей, которые не согласны на вакцинацию, точнее, с теми семьями, которые не согласны.

Это, конечно, должно происходить на территории школ, потому что очень трудно собрать их в поликлинике или в другом месте. Это практически невозможно.

**Председательствующий.** А школы дают помещения под это?

**Галузина О. А.** Мы работаем сейчас, мы проводим эту работу, и каждую неделю у нас проводится около 200 родительских собраний, в том числе с сотрудниками ДЗМ.

Дети с ОВЗ – тоже очень важное направление, потому что сложно им учиться, у них и так адаптированная программа, и если они пропускают много занятий, им вообще догнать учебную программу практически невозможно.

И ещё у нас есть рассылки. С ГИБДД, со Следственным комитетом и с другими органами мы создаём материалы и направляем их через классных руководителей, роль которых нельзя здесь приуменьшить. Можно сделать всё как следует и направить в общие родительские чаты, сподвигнув таким образом родителей в определённые моменты провести вакцинацию.

**Председательствующий.** Спасибо.

Елена Николаевна, да.

**Байбарина Е. Н.** Большое спасибо.

Скажите, пожалуйста, какой процент? Пока у нас сейчас все невакцинированные допускаются до обучения. Какой процент отказников вам удаётся уговорить?

**Галузина О. А.** Это точечная работа на данный момент, конкретные цифры я назвать не могу, но, наверное, эти сведения всё-таки подвластны именно департаменту здравоохранения.

**Байбарина Е. Н.** Но работа есть и в школах?

**Галузина О. А.** Конечно, есть. Мы выходим на место и работаем именно с родителями, с семьями.

**Председательствующий.** Спасибо, Ольга Алексеевна. Дайте, пожалуйста, ваши предложения. Вот здесь нет Московской области, где тоже очень хорошо развита эта работа. Я знаю, что Лидия Николаевна Антонова в этом направлении вела очень активную работу, и мы её поддерживаем в этом плане.

**Галузина О. А.** От имени Людмилы Александровны Мясниковой обязательно направим вам предложения свои.

**Председательствующий.** Спасибо.

Пожалуйста, Александра Владимировна Машкова, координатор Международной платформы в защиту прав семьи и традиционных ценностей.

**Машкова А. В.** Меня зовут Александра Владимировна Машкова, я представляю платформу интернет-обращений в защиту семьи, человеческой жизни и прав верующих.

В России мы проект Фонда семьи и демографии во имя святых Петра и Февронии и представляем более 200 тысяч граждан нашей страны и более 10 миллионов граждан по всему миру. Последняя наша крупная инициатива – это проведение XIII Всемирного конгресса семей в Италии. Кстати, спасибо Государственной Думе за официальное приветствие. И также работа по защите прав родителей и человеческой жизни в ходе недавней 63-й сессии ООН.

Я хотела бы подчеркнуть, что моя позиция – это не позиция человека, который за или против прививок. То есть я в данный момент говорю о правах родителей, которым крайне большое внимание уделяется, в частности, в дискуссиях, которые поднимаются во время вакцинации.

В данный момент более 36 тысяч граждан подписали обращение на нашей платформе и продолжают это делать очень активно, чтобы напомнить законодателям, что они обязаны соблюдать и защищать право граждан и семьи на свободный и информированный выбор в сфере здравоохранения. Тема поднимается и разносится. То есть действия Минздрава России сообщество воспринимает как угрожающие.

Обращаем внимание на принципиальную ошибку, которую допускают, когда заявляют, что отказ от вакцинации – это проявление или безответственного поведения, или некой родительской глупости.

Дело в том, что, напротив, мы, родители, общаемся, собираем данные, сведения, мы проанализировали ситуацию, так что, когда родители принимают такое решение, они действуют крайне ответственно. То есть их выбор обусловлен заботой о здоровье своих детей. И они недовольны действиями Минздрава России, поэтому и дают ответную реакцию.

Когда идёт разговор о репрессивных мерах и ограничениях, направленных на ответственного человека, который переживает за здоровье своего ребёнка, это может привести к серьёзным последствиям. То есть человек ещё больше отторгает информацию, которая к нему идёт. Правильно? А с какими проблемами сталкиваются наши граждане?

Зная их, мы можем предложить пути решения. Будьте добры, слайд.

*(Демонстрируется слайд.)*

Первое. Рейтинги доверия.

Во-первых, недоверие к Минздраву России и в целом к власти. Более того, когда идёт разговор о расширении календаря прививок, то люди слышат про деньги, которые получит определённое ведомство, но не слышат информации о том, что заботятся о здоровье детей. То есть они не верят, что это забота.

Извините, когда я слушала вас, то поняла: вы знаете друг друга, вы разговариваете на одном языке. Но спустя какое-то время моя холка начала подниматься. Я думаю, что в зале сидят враги, которые хотят нарушить мои права. И я, нейтральный человек, начинаю переходить в стан антипрививочников. Вы хотите расширить календарь прививок? Вы говорите о сужении профилактики, ограничении противопоказаний, вы хотите заработать на мне деньги. Я не обвиняю вас, я говорю о том, что услышала.

Значит, любые попытки репрессивно закрыть эту дискуссию приводят к ещё большему усилению. Соответственно, нужен диалог. То есть этот диалог должен быть открытым, многосторонним, без запрета обсуждения тем.

Помните, про канал говорили «Здоровье»? Отличное предложение.

Дальше. Прошу обратить ваше особое внимание на то, что инициативы об ограничении прав родителей и свободы дискуссии создают впечатление, что права родителей и граждан мешают работе ведомства по составлению радужных отчётов. То есть у общества возникает вопрос: Минздрав России для нас или мы для Минздрава? Следовательно, информированное добровольное согласие на вакцинацию часто не является на местах ни информированным, ни добровольным. То есть родители жалуются на шантаж, угрозы со стороны ведомств, той же школы и так далее. Это на местах происходит. Люди приходят в поликлинику. Там отношение другое. Информации нет, а заставляют, шантажируют, «делайте», – говорят.

Предложение: обязать врачей предоставлять полную и достоверную информацию и так далее.

Следующее. Существуют серьёзные претензии к качеству вакцин и методам их проверки. Следовательно, надо запретить ряд вакцин, например, ту же опасную для окружающих живую полиомиелитную вакцину, применение которой не рекомендовано ВОЗ, тщательно проводить прозрачные исследования эффективности и безопасности.

Более того, вы знаете, на самом деле я думаю, что также стоит вопрос о поствакцинальных осложнениях, о которых говорят, что они встречаются редко, но родители беспокоятся за своего конкретного ребёнка. Следовательно, есть большой запрос на обеспечение по желанию родителей бесплатного и качественного проведения полного обследования ребёнка перед принятием семьёй решения о вакцинации, включая иммунограмму, а также различные методы обследования, исключая заболевания, которые могут послужить противопоказанием к прививкам.

Я передам в президиум эти предложения.

И я хотела бы передать обращение граждан.

**Председательствующий.** Спасибо, Александра Владимировна. Только мне хотелось бы узнать, как называется международная платформа защиты традиционных ценностей. Где вы зарегистрированы? В какой стране?

**Машкова А. В.** Наша организация изначально из Испании. Но наше, конкретно российское отделение – от Фонда семьи и демографии святых Петра и Февронии, и мы выступаем с поддержкой патриаршей комиссии.

**Председательствующий.** Я чего-то на международном уровне про Петра и Февронию ничего не слышал.

**Из зала.** У меня только предложение. Вы такой сторонник прав родителей. А вы ещё подумайте о праве ребёнка на здоровье и жизнь.

**Председательствующий.** Дискуссия ещё будет. Спасибо.

**Машкова А. В.** Именно родители отвечают за ребёнка. И последствие выбора. То есть это всегда выбор между двух...

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, мы ещё подискутируем. У нас ещё выступающие.

Рабият Сахалидиновна Занидинова. Есть у нас такая? Нет.

И Антонина Юрьевна Абласова, общественный деятель в области популяризации вакцинации.

**Абласова А. Ю.** Добрый день, спасибо за возможность выступить. Мне нужно ровно пять минут.

**Председательствующий.** Три минуты мы вам дадим. И чтобы потом подискутировать.

**Абласова А. Ю.** В общем, моя презентация будет как бы резюме сегодняшнего...

**Председательствующий.** Давайте не будем повторяться. Скажите, какая у вас программа. Презентацию мы посмотрим. Скажите ваши предложения.

**Абласова А. Ю.** Моё предложение и основной посыл на сегодня, что антипрививочники, противники вакцинации не берутся из воздуха. Не бывает, что проснулся сегодня родитель и решил, что прививки – это вредно. Кто-то ему это внушил. И если внимательно вчитаться в посыл ВОЗ о том, что отказ от вакцинации является глобальной проблемой, там не звучит упоминание антипрививочного движения. Там говорится об отказе от вакцинации. А причин этих отказов несколько. Это и неуверенность самих врачей в эффективности и целесообразности вакцинации, и передача этих антипрививочных настроений пациентам. Врач служит первым источником информации для пациента. И он вот это своё сомнение, излагая совершенно чудовищные, не имеющие никакого отношения к науке, здравому смыслу, противоречащие инструкции к вакцине и клиническим рекомендациям сведения транслирует родителю, внушая страх. Родитель заглядывает в интернет, он идёт к представителям альтернативной медицины, и те говорят: конечно же, вакцины – это зло. И он крепнет и крепнет в своей уверенности. Это называется предвзятость подтверждения.

Наши предложения. Я являюсь, как было сказано, общественным деятелем и веду блог. У меня 30 тысяч подписчиков, я лично даю на безвозмездной и добровольной основе 30 тысяч консультаций. Мне ежедневно пишут люди, которым просто негде спросить и разобраться в вопросах вакцинации.

**Председательствующий.** Мы про это говорили, да, это проблема.

**Абласова А. Ю.** Это проблема.

Вот прозвучало то, что нужно использовать ресурсы социальных сетей и наполнять их качественной информацией, использовать ресурсы людей, активистов. Очень много врачей – представителей доказательной медицины, которые именно на добровольной основе популяризируют вакцинацию, ведут разъяснительную работу. Можно сделать какую-то систему, не знаю, как это назвать, «approved», одобрение каких-то страниц в социальных сетях, что они выдают качественную информацию, по аналогии с сетью

ВОЗ – одобрением сайтов. Но на сайты действительно сейчас никто не заходит, люди сидят в Instagram, «ВКонтакте», на «Фейсбуке» и получают совершенно чудовищную информацию оттуда.

Индексация качественных ресурсов и отказ от индексации и монетизации некачественных ресурсов. Действительно, в какой-то степени это цензура, но должна работа такая проводиться. И огромная работа должна проводиться среди врачей, чтобы они не давали некачественную информацию пациентам. Начинать нужно действительно с вузов, потому что сейчас мы находимся в ситуации, когда у нас дырявая лодка, и мы, вычерпывая из неё воду, создаём имитацию бурной деятельности. Вот борьба с антипрививочниками – это именно та самая эффектная имитация бурной деятельности, а не устранение проблемы. Устранение проблемы – это знания и уверенность врачей в том, что вакцинация – это полезно. Между тем они не знают очень многих элементарных вещей, не рассказывают в роддомах о пользе вакцинации, никого не переубеждают.

Я опрашивала врачей и пациентов Санкт-Петербурга. 25 процентов опрошенных из двух тысяч человек сказали, что их отговаривают от вакцинации в роддоме и в поликлинике. Врачи ежедневно мне пишут и просят совета, потому что они сами не понимают, что они делают, как они делают. У них просто нет рекомендаций, как вакцинировать детей с аутоиммунными заболеваниями, нет рекомендаций, как вакцинировать детей с...

**Председательствующий.** Так, у нас уже время истекло. Ваши предложения дайте.

Я знаю, что уже решили создать единый сайт, где будет информация. По поводу того, что врачи в какой-то степени не подготовлены, был мой доклад, упоминалось уже и о том, что некоторые отговаривают, есть такие случаи. Поэтому мы будем работать. И дайте нам эти предложения.

**Абласова А. Ю.** Хорошо.

Последнее, что хочу сказать, мы с моей коллегой хотим организовать фонд вакцинопрофилактики, который непосредственно будет заниматься активной работой как с пациентами, так и с врачами, будет служить своеобразным посредником.

**Председательствующий.** Спасибо вам большое.

Уважаемые коллеги, у нас все, кто записались, уже выступили. Какие будут предложения? Елена Николаевна, вы точку какую-то поставите нам?

Кто-то хочет выступить у нас? Три минуты хватит вам?

**Мишустин Н. Н.** Николай Мишустин, помощник депутата Государственной Думы с 25-летним стажем, отец шестерых пока детей.

За столь длительный избирательный цикл я видел тысячи и тысячи родителей, которые пострадали от прививок. И я сам с подобным столкнулся.. Первому ребёнку после прививок не понадобились ни детский сад, ни школа, потому что она болела в детском саду каждые две недели и проболела половину своих школьных лет.

У второго ребёнка сразу же после прививок возникла задержка развития, и я потратил три года и кучу денег, чтобы её вылечить.

С третьим ребёнком мне повезло – ему не стали делать прививку, потому что в московском роддоме он сразу же заразился ротавирусом. Я не сделал прививку этому ребёнку и трём другим. Никто из до сих пор остающихся без прививок четырёх детей ничем не болели, успеваемость – отличники, и проблем не возникает. Сейчас я являюсь представителем родительского сообщества «Родительский отпор Российской Федерации». Мы будем проводить независимый «круглый стол» на тему «Опасные вакцинации» здесь, в холле фракции КПРФ, 18 апреля с 14.00 часов до 16.00. Кто пожелает услышать независимую точку зрения, можете приходите... 6 апреля мы на эту тему в Москве провели митинг против опасной вакцинации, опасной ювенальной юстиции. В чём наша претензия?

Мы везде видим административно-командный снобизм, произвол, игнорирование наших интересов, за нас всё решают, а нам не дают сказать объективное слово. Я обслу-

живаюсь в поликлинике Управделами Президента России и провёл очень интересный эксперимент. Я просто каждый раз, когда меня врачи уговаривали, убеждали, заставляли делать ребёнку прививку, просил их об одном: пожалуйста, сделайте анализ на лейкоциты. Они делали анализ на лейкоциты, и выяснялось, что я мог своему ребёнку сделать прививку только в одном из десяти случаев, чтобы у ребёнка не было потом никакого воспаления. У нас же сейчас в школах скопом, стадом всех прививают. И потом я встречаю каждый раз: диабет, аутизм и так далее, массу последствий. И когда я начал разбираться, то ни по первому случаю, о котором я рассказывал, ни по второму не смог привлечь ни одного врача к ответственности. И почему? Потому что методические рекомендации, которые устанавливают причинно-следственную связь между заболеванием и прививкой, у нас ещё от 1970 года, они давно устарели.

**Председательствующий.** Предложение, Николай Николаевич...

**Мишустин Н. Н.** Наше предложение – полная безусловная ответственность фармацевтических компаний и медицинских организаций за вред, осложнения после прививок и полное обследование детей как до, так и после вакцинации.

**Председательствующий.** Спасибо, Николай Николаевич.

Подождите, уважаемые коллеги, если человек даёт предложения, мы их будем рассматривать. Те предложения, которые он высказал, мы сегодня все обсудили.

**Из зала.** Не было темы.

**Председательствующий.** Тема была. Мы, если вы заметили...

**Из зала.** Нет личной ответственности врача. Он уговаривает сделать прививку, но у него нет ответственности.

**Председательствующий.** Если вы заметили, мы всем дали слово. Все предложения будут рассмотрены в Комитете. Пожалуйста, всегда приходите на наши «круглые столы», вы можете всегда здесь выступить, ваши предложения всегда будут учитывать.

**Из зала.** Нет личной ответственности самого врача.

**Председательствующий.** Я думаю, что каждый имеет право на свою точку зрения.. Первое, на что мы должны обратить внимание, это тот медотвод, который врач должен давать грамотно и понятно. Я проработал 25 лет в роддоме. И мы всегда говорим: «Делать этому ребёнку вакцинацию или дать медотвод, поскольку есть противопоказания?» Отмечаем противопоказания, ребёнок передаётся на участок. Там к нему особое пристальное внимание педиатра, это должно быть, и это есть. Но бывают и иные случаи, к сожалению... Поэтому нужно этот вопрос нам раз и навсегда, как говорится, закрыть, чтобы была преемственность и чёткая ответственность врачей именно за медпоказания. И назначение вакцин.

Спасибо Николай Николаевич, вы хороший оратор, нам ваши предложения очень понравились. Спасибо.

**Из зала.** Можно ещё добавить?

**Председательствующий.** Всё, уважаемые друзья, я думаю, точку зрения, которую Николай Николаевич высказал, мы принимаем.

Спасибо большое.

**СТЕНОГРАММА**  
**«круглого стола» Комитета Государственной Думы по охране здоровья**  
**на тему «Лечение хронического болевого синдрома в Российской Федерации:**  
**состояние и перспективы развития. Законодательные аспекты»**

*Здание Государственной Думы. Зал 830.*  
*21 июня 2019 года. 11 часов.*

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

**Председательствующий.** Глубокоуважаемые коллеги, доброе утро. Я очень рад приветствовать вас всех и сразу хочу поблагодарить, потому что само даже перечисление участников заседания и тех коллег, которых я вижу за «круглым столом», настраивает на очень серьёзный разговор, очень профессиональный разговор, разговор полных компетенций.

Потому что, во-первых, проблема огромная, и все мы хорошо знаем, что хронический болевой синдром – это не симптом, это не симптомный комплекс, не синдром, это образ жизни. Это образ жизни, который приводит человека к определённым поступкам, решениям, которые накладывают неизгладимый отпечаток на всё, что он делает, на его семью.

И я хочу поблагодарить Николая Фёдоровича Герасименко, который стал инициатором проведения этого «круглого стола». Вот Елена Васильевна Малышева напротив меня сидит, они вместе с Леонидом Михайловичем Рошалем были инициаторами рассмотрения этого вопроса на очень хорошем высокопрофессиональном уровне.

Почему нам нужно соединять свои усилия и поддерживать друг друга? Потому что настало время изменить философию отношения общества к этому вопросу.

Конечно, мы, посвятив последние два года, а последние полгода особенно, закону о паллиативной помощи, в первую очередь рассматривая вопрос обезболивания, адекватного обезболивания, обезболивания на дому, параллельно же занимались (вот Юрий Викторович Коптев рядом находится) так называемой декриминализацией использования наркотических средств. Вот с Союзом пациентов мы постоянно отработывали этот вопрос.

Вы знаете, что мы два назад приняли закон о культивировании мака и производстве наших опиоидных анальгетиков, это тоже очень серьёзный шаг, но к ним, конечно же, всё не сводится. Это огромная палитра решений социума и вариантов обезболивания. И вообще, в принципе, отношение к этому, формирование междисциплинарного подхода, взаимодействие между специальностями.

Сейчас, когда принят закон о клинических рекомендациях и протоколах, понятно, что создание межведомственных клинических рекомендаций по лечению боли совместно с лидерами реаниматологов или неврологов – это вопрос технический, но насущная необходимость таких рекомендаций очевидна.

Для нас в Государственной Думе всегда важен один вопрос: что мы должны, как депутаты, сделать, какие внести изменения в законодательство, какие внести изменения в нормативно-правовую базу, чтобы дать возможность развиваться специалистам, а самое главное, дать возможность нашим пациентам, каждый второй из которых страдает хроническим болевым синдромом, именно о нём идёт сегодня речь, получить нормальную адекватную помощь и сопровождение. И вот эта единая концепция предупреждения и борьбы с болью в нашей стране красной нитью проходила от рождения малыша и до нашего ухода из земной жизни.

Я желаю вам всем на сегодняшнем «круглом столе» успехов, удачи, чтобы эти часы, которые предстоит нам провести вместе, пошли в зачёт нашему общему делу.

И позвольте, я предоставляю слово члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Николаю Фёдоровичу Герасименко. После этого попрошу его вести «круглый стол», к сожалению, я через час должен буду вас покинуть.

Пожалуйста, Николай Фёдорович.

**Герасименко Н. Ф.** Спасибо, Дмитрий Анатольевич.

Мы всё-таки решились на проведение этого «круглого стола» по хронической боли. Это связано, во-первых, с принятием закона о паллиативной медицине, а основное, что требуется для паллиативных пациентов, – это прежде всего снятие боли. Но, к сожалению, все обезболивания у нас зиждутся на наркотиках, опиоидных наркотиках.

Я занимался много и наркотическими средствами, когда вот, допустим, шла речь о том, чтобы изменить время и продолжительность действующего рецепта по наркотическим средствам. Не было почти у нас в России пластырей детских, сейчас это всё есть, сейчас... правильно Дмитрий Анатольевич сказал, уже и марихуану разрешили, но опять всё это опиоиды.

**Председательствующий.** Я это сказал?

**Мальшева Е. В.** Прошла новость, что Государственной Думой разрешена марихуана. Как сказал Дмитрий Анатольевич.

**Герасименко Н. Ф.** ...я не про марихуану, я имею в виду...

**Мальшева Е. В.** Просто уже пошли сигналы в прессу.

**Герасименко Н. Ф.** Я имею в виду опиоидные материалы для производства. Необходимо сказать сейчас, что от опиоидов, к сожалению, часто люди умирают. Не от основной причины заболевания, а от длительного употребления опиоидов. Посещая наши центры по обезболиванию, я в ряде регионов бывал, у нас в Барнауле в таком центре делают различные блокады и другие виды обезболивания, кроме наркотиков.

И я хотел бы поблагодарить за активное содействие в организации этого «круглого стола» профессора Георгия Андреевича Новикова, он один из основателей паллиативной помощи у нас в стране, тоже занимался давно обезболиванием. И Евгений Леонидович Соков, профессор, который тоже активно занимается этими видами обезболивания, очень много помогал в организации этого «круглого стола».

Необходимо отметить, что хроническая боль – это глобальная, не только медицинская, но и социальная проблема, с которой связаны тяжёлые страдания, инвалидизация, потеря социальной активности миллионов людей в нашей стране. Хроническая боль как самостоятельное заболевание скоро станет уже официальным международным диагнозом по МКБ-11.

По данным эпидобследований за рубежом, – у нас, кстати, таких эпидобследований не проводилось, – хроническую боль испытывают около 20 процентов жителей развитых стран. Причём у лиц старше 60 лет частота достигает 40 процентов, это огромное количество людей.

В США, в ряде других стран Европы на национальном уровне создана и уже давно существует система оказания многоуровневой помощи при хроническом болевом синдроме. У нас в стране пока не сформирована система оказания помощи при болевом

синдроме. Создаются центры по снятию боли инициативно в каждом регионе, эти центры работают, как бог на душу пошлёт, потому что нет ни стандартов оказания помощи, ни порядков оказания помощи.

Эти услуги в основном платные, потому что в ОМС это не входит. Болевой синдром, я уже говорил, снимается в основном опиоидными препаратами, поэтому проблема именно в том, что, я уже говорил, больные погибают от опиоидных препаратов чаще, чем от своих заболеваний. У нас нет стандартов и порядков оказания противоболевой помощи, нет клинических рекомендаций по оказанию противоболевой помощи, нет системы повышения квалификации и обучения врачей оказанию такой помощи.

Наши тоже врачи, кто занимается помощью при боли, ездят за опытом за границу инициативно сами. В Америке, например, очень активно, хорошо и давно развивается система оказания помощи при болевом синдроме. И, наверное, нужна государственная программа по изучению лечения хронической боли. Потому что и научных работ не так много, и мы даже не знаем, сколько у нас в России людей страдают от хронической боли.

И вот сегодня здесь на этом «круглом столе» собрались учёные, специалисты, энтузиасты в различных областях медицины, которые занимаются лечением боли. Я почему говорю «энтузиасты»? Многие действительно как энтузиасты занимаются этим, потому что официально этого не существует. И мы должны подготовить рекомендации для решения этой проблемы, которую совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации депутатам Государственной Думы необходимо решить в ближайшее время.

Я бы на этом завершил своё вступление. И я призываю, у нас почти 30 человек записано, докладчикам первым – 5–7 минут, остальные выступления будут до 5 минут, а уже в прениях, в конце, допустим, дискуссии – до 2–3 минут. Нет возражений против регламента? Нет. Тогда я с большим удовольствием предоставляю слово Елене Васильевне Малышевой. Её не надо представлять, все её прекрасно знают. Она очень неплохо разбирается в этом болевом синдроме, я тоже читал её справку с удовольствием. Она энтузиаст в этой работе, понимает всю проблему с этим. Поэтому, Елена Васильевна, вам слово, пожалуйста.

**Малышева Е. В.** Я попрошу сразу, Николай Фёдорович, включить презентацию, потому что я, собственно, хочу показать вам то исследование, которое провели мы. Потому что это как раз и есть исследование, отвечающее на вопрос, какое количество людей страдают болью, и что вообще происходит в этой ситуации в нашей стране.

В принципе, никто из нас не спорит, что с тем, что жизнь без боли – это неотъемлемое право каждого человека.

Следующий слайд, пожалуйста. Кто же входит в эту группу людей, у которых всё время что-то болит? В последнее время мы очень много говорили о лечении боли при раке, при терминальных стадиях рака. И благодаря Анне Константиновне Федермессер, Государственной Думе были приняты все необходимые законы, как минимум, огромное продвижение есть в этом вопросе. Но боль при раке занимает примерно 5 процентов от хронического болевого синдрома в принципе.

*(Демонстрируется слайд.)*

Первое место – это боль в суставах и позвоночнике. Это боль доминирует во всех странах мира. *(Демонстрируется слайд.)*

Какое же количество людей испытывает эту боль? Мы опросили на сегодня уже около 10 тысяч жителей России. 97 процентов знают, что такое боль, испытывают боль и сталкиваются с этой проблемой.

*(Демонстрируется слайд.)*

Если рассмотреть эту группу, то в этой группе 45 процентов людей живёт с постоянной болью. То есть практически половина – это хроническая боль. Я сейчас подчёркиваю, половина среди всех опрошенных нами людей испытывает боль постоянно.

*(Демонстрируется слайд.)*

Надо сказать, что практически все обращаются с болью к врачу – 82 процента. Это колоссальные цифры. А вот дальше самая страшная цифра.

*(Демонстрируется слайд.)*

Почти 70 процентов выписываются, уходят от врача без облегчения болевого синдрома. Вот какая статистика на сегодня. 40 процентов – обращения в поликлинику, это боль. При хронической боли все идут к врачу, и 70 процентов возвращаются фактически без помощи. Мне иногда кажется, 30 процентов – те, у которых боль сама просто-напросто прошла.

*(Демонстрируется слайд.)*

Что есть в арсенале врачей, кроме наркотиков? Есть, естественно, самый старинный наш, классный, стероидный, противовоспалительный родоначальник – аспирин, вы все знаете. Все варианты уколов в мышцы, в суставы, куда вводятся самые разные составы, я сейчас не буду на этом останавливаться. И при этом 70 процентов с болью пришли и с болью ушли от врача. Хотя кредит доверия огромный, потому что 80 процентов идёт к врачу за помощью при хронической боли.

Дальше. Я сейчас просто покажу, это маленький фрагмент программы «Здоровье». Можно включить. Включите, пожалуйста. Мы просто специально проводим время от времени такие акции, когда мы приглашаем к нам людей пожаловаться, и если мы их берём, обследуем, то сейчас вы увидите, как проходит эта процедура. Это одна из женщин, которая к нам обратилась. Вот эта машина, которая в виде буквы «С» – это Ц-дуга, это рентген. И вот сейчас под контролем рентгена после обследования (всем делается МРТ) делаются точечные инъекции, коротко говоря, в источники боли. Это абсолютно прецизионные процедуры, которые требуют специализированного образования, и заниматься этим могут и занимаются в мире врачи-анестезиологи, которые имеют диплом анестезиолога и специализацию по анестезиологии.

Второе. Этим могут заниматься врачи-нейрохирурги.

Третье – этим могут заниматься врачи травматологи-ортопеды, и четвёртое – этим могут заниматься врачи-неврологи. Для всех групп докторов, которые имеют первичную специализацию по этим специальностям, необходима специальная подготовка для того, чтобы освоить эти технологии. Вот одну из них мы сейчас показываем.

Итак, под контролем рентгена вот эти иглы специальные, спинальные, вводятся в источники боли. Это строго прецизионные уколы. Они вводятся в особые специальные структуры и так далее. Но великое счастье человека состоит в том, что когда ему ввели эти иглы, потом сделали инъекции, то человек встаёт без боли.

Вот сейчас показывается, куда делаются эти инъекции, они делаются фероментальные в суставы, вернее, в посеточные суставы, они делаются в отверстия, из которых выходят нервы, ну и так далее. Как только такая служба начинает работать, по сути дела, умирают такие специальности, как игло-рефлексотерапия, мануальная терапия и так далее, хотя мы их все оставляем в арсенале нашего медицинского центра и других центров и мы не сторонники отмены этих специальностей. Но когда боль лечится 1012 дней и большой вопрос, поможет лечение или нет, – это одно, а когда боль лечится вот так... Вот я сейчас уже умолкну, потому что мы эту женщину сейчас поднимем сразу просто после процедуры, это реальный человек и реально снятая процедура.

Вот, пожалуйста, звук дайте.

*(Идёт демонстрация видеоролика.)*

Это такой, знаете, день святого Йоргена, который в клинике происходит столько раз, сколько к нам приходят пациенты.

*(Идёт демонстрация видеоролика.)*

Но это взято с сайта Первого канала, поэтому тут идёт реклама других программ. Спасибо большое.

Я хотела вам показать просто, что люди живут с хронической болью (вернитесь, пожалуйста, к презентации, слайд, пожалуйста, следующий покажите), а ситуация сегодня настолько технологична, что их можно избавить от боли.

Конечно, мы являемся горячими сторонниками создания клиник управления болью, службы боли, медицины боли, и создания узкой медицинской специализации до обучения врачей всех упомянутых специальностей: анестезиологов, реаниматологов, нейрохирургов, травматологов-ортопедов и неврологов – управлению болью.

*(Демонстрируется слайд.)*

В нашем опросе мы задавали вопрос, как они относятся к созданию службы или специальности по управлению болью. 97 процентов руками и ногами «за». Это первая проблема.

Итак, первая и глобальная проблема – хроническая боль в суставе и позвоночнике в первую очередь, которая занимает, которая является каждым вторым обращением в поликлинику и требует принятия решения на профессиональном уровне.

*(Демонстрируется слайд.)*

Ещё одна проблема, которую решить в тысячу раз проще, и для этого достаточно просто, мне кажется, каких-то простых решений, – это боль при проведении медицинских процедур. Прежде всего, речь идёт о гастро- и колоноскопии. По какому-то недоразумению анестезиологические пособия при гастро- и колоноскопии не включены в систему ОМС. Эти процедуры сегодня делаются амбулаторно, людей можно не класть в больницу, можно колоссальному количеству помогать, если ОМС будет оплачивать эти процедуры.

*(Демонстрируется слайд.)*

Вот это тоже результаты опроса. 70 процентов пациентов проходят эти процедуры без обезболивания не в медикаментозном сне. Хочу сказать, что если кто-то хоть раз видел процедуру гастроскопии с рвотным рефлексом, когда корчится пациент, а врач пытается что-то там увидеть – это не для слабонервных. Это ужасно для пациента, это ужасно для врача, и это ужасно для диагностики. Точно так же выглядит колоноскопия. Это ничего не стоит принять эти решения в системе ОМС и раз и навсегда закрыть этот вопрос.

*(Демонстрируется слайд.)*

Я думаю, это не решено, только просто мы не успели быстро принять эти решения.

Вот это ответ на вопрос, применялись ли обезболивания или медикаментозный сон, или наркоз во время процедуры. У 70 процентов он не применялся. Дальше и практически там 60 с лишним процентов платили за эти процедуры ещё раз, потому что их нет в системе ОМС.

*(Демонстрируется слайд.)*

Понятно, что это просто легко решить, я не знаю, законодательно или как-то ещё, и в этом смысле Дума, конечно, может помочь.

*(Демонстрируется слайд.)*

Ну, это завершение нашего вопроса. Дальше. И ещё одна боль – боль при терминальной стадии рака. Мы упёрлись в использование наркотических средств, а кроме этого медицина предлагает и другие варианты.

Следующий слайд, пожалуйста, и видео включите. *(Демонстрируется слайд.)*

Вот сейчас та процедура, которую вы увидите, она внешне очень похожа на процедуру, которую мы показывали в клиниках управления болью для снятия боли в позвоночнике, только в данном случае игла вводится тоже под контролем рентгена в солнечное сплетение. Это пациенты, которым мы помогаем в наших программах «Здоровье» и «Жить здорово!» Это одна из женщин. Технологически это выглядит точно так же: под контролем С-дуга, это передвижной безопасный рентген, с помощью контраста, делается укол длинной иглой с помощью контраста.

Вот мы сейчас показываем, где находится солнечное сплетение, это нервное сплетение, которое нервирует все органы брюшной полости, и эта технология помогает при раке поджелудочной железы, потому что там много, к сожалению, терминальных вариантов. Вопрос состоит в том, чтобы в это солнечное сплетение ввести спирт, который стоит три копейки, и это не требует ничего. С точки зрения стоимости препарата – супердешёвая процедура и не наркотик. И сама по себе блокада чувствительных окончаний солнечного сплетения приводит к тому, что человек прекращает чувствовать боль в брюшной полости, с чем бы она ни была связана. Вот это мы всё показываем в одной из наших, наверное, уже пятилетней давности программ, но с тех пор это не меняется. Это тоже технология, которую легко принять на вооружение, дообучив специальных врачей. И это тоже врачи – анестезиологи, неврологи, нейрохирурги, травматологи, ортопеды.

Давайте вернёмся к презентации. Вот сейчас мы видим эту технологию, это действительно такая технология. Вот то, что делается на рентгене для того, чтобы быть уверенным, что попали в солнечное сплетение, вводится контраст. Я специально об этом рассказываю подробно, чтобы не показалось, что это внутримышечный укол, это сложная технология, которой надо учить. Вот мы контрастируем солнечное сплетение, и потом оно убивается спиртом. Вот и всё. Вернитесь, пожалуйста, к презентации. Ну вот мы просто показываем, как это делается.

Давайте вернёмся к презентации, чтобы я израсходовала свои семь минут и не больше. Израсходовала? Николай Фёдорович, но я заканчиваю.

Пожалуйста, верните, следующий слайд покажите. *(Демонстрируется слайд.)*

Итак, так или иначе весь этот комплекс вопросов сводится к работе специальных служб и специальному обучению людей, кроме, может быть, обезболивания процедур. Это вообще легко и просто сделать, приняв соответствующие поправки в систему ОМС.

Спасибо за внимание.

#### **Председательствует член Комитета Государственной Думы по охране здоровья Н. Ф. Герасименко**

**Председательствующий.** Спасибо, Елена Васильевна.

**Малышева Е. В.** Я просто одно предложение в конце скажу.

Сегодня мы столкнулись с тем, что люди стали жить долго, это огромный государственный проект. И мы должны им обеспечить качество жизни. И это сегодня в наших руках, потому что имеется большое количество инициативных докторов: в Краснодарской краевой больнице служба боли создана, в Архангельске – создана. Вы рассказывали про Барнаул. То есть это должно приобрести черты профессиональных стандартов, профессионального обучения врачей, уже имеющих специальность, и внесение в систему ОМС соответствующих стандартов. Это в наших руках.

**Председательствующий.** Спасибо.

Я с удовольствием предоставляю слово Игорю Владимировичу Молчанову, главному внештатному специалисту по анестезиологии, реаниматологии Минздрава России.

У нас докладчикам даётся семь минут.

**Молчанов И. В.** Спасибо, но я постараюсь покороче.

Глубокоуважаемые участники «круглого стола»! Вот я хотел бы внести небольшое уточнение: то, о чём мы сейчас говорим и на чём надо сделать акцент – это лечение хронического болевого синдрома. Это серьёзное отличие от того, чем занимаются анестезиологи, реаниматологи. Анестезиологи и реаниматологи занимаются острой болью, её

предупреждением, если это плановое хирургическое вмешательство или исследование, или лечением, когда поступает пациент с развившимся или, не дай бог, декомпенсированным болевым синдромом.

Хронический болевой синдром. Я на ранних стадиях своей трудовой деятельности работал вместе с известным профессором, кафедра которого занималась как раз вот этими проводниковыми, корешковыми и так далее, фактически хроническими болевыми синдромами. К сожалению, на протяжении какого-то промежутка времени эти знания и навыки были утрачены. Сегодня они практически утрачены, и нам надо фактически возрождать эту направленность.

У меня есть двухтомное руководство Джона Боники, двухтомное, огромное руководство, которое так и называется «Боль». Это серьёзная, большая проблема, и её надо не поднимать, её надо решать. И, в общем-то, наверное, это носит в основном организационный характер, и при этом не первое место здесь отводится анестезиологам.

**Малышева Е. В.** Ну, ладно, а мы вас так любили.

**Молчанов И. В.** И продолжайте нас любить, мы вас тоже очень любим. Но участие анестезиологов здесь безусловно. Вот, скажем, даже такая процедура, которую показывали – Марк Гальперин проводит блокаду, но её тоже надо проводить под седацией. Эта процедура сложная и достаточно серьёзная. Вот здесь анестезиолог и специалист по хронической боли должны работать рука об руку.

И совершенно параллельная, скажем так, задача – это действительно создание комфортной среды пациентам при диагностических исследованиях. Это не только для пациента, это на самом деле качественно повышает диагностическую ценность тех процедур, которые доктора проводят. И тут у нас казуистика.

Вот, к сожалению, анестезиология и реаниматология, как самостоятельная специальность, де-юре, стала только в 2015 году, как это ни парадоксально, когда мы вошли в Росстат. До этого мы были в составе хирургических специальностей. И вот те проблемы, которые сейчас мы с вами озвучиваем, они действительно в организационном плане готовы для того, чтобы приступить к их решению. И это, конечно, в первую очередь образование, это навыки, это симуляционные технологии, в том числе и виртуальные технологии, которые мы сейчас в Институте общей реаниматологии пытаемся отладить.

Целиком и полностью поддерживаю мнение, что лечение хронического болевого синдрома в том виде, в котором оно сейчас у нас происходит, конечно, недопустимо.

У меня всё. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Игорь Владимирович.

Слово предоставляется Михаилу Львовичу Кукушкину, заведующему лабораторией фундаментальных и прикладных проблем боли НИИ общей патологии, руководителю Российского общества по изучению боли. Пожалуйста, Михаил Львович.

**Кукушкин М. Л.** Я тоже попробую не занимать все семь минут, потому что я чувствую, что здесь сидят единомышленники, и когда мы говорим о хроническом болевом синдроме, ситуация, в общем-то, понятна. Но всё-таки хотелось бы расставить акценты.

Первый слайд покажите, пожалуйста. *(Демонстрируется слайд.)*

Боль гетерогенна, и поэтому, когда мы пытаемся в условиях хронической боли найти её источник, это проблематично.

*(Демонстрируется слайд.)*

Именно поэтому, по сути дела, когда мы говорим о боли, мы имеем дело с неким виртуальным феноменом, который, с точки зрения психофизиологии, далеко не всегда понятен. И если мы смотрим на определение хронической боли, то мы видим, что это самостоятельная болезнь, требующая своего этиопатогенеза, своего комплексного подхода к лечению. *(Демонстрируется слайд.)*

И на следующей картинке мы можем видеть, в общем-то, вот ту сложную схему, которая отражает любую болезнь.

Здесь есть и генетика, здесь есть и пусковые причины и факторы, здесь есть психофизиология, здесь есть дисрегуляция систем болевой чувствительности, и поэтому когда к нам приходит больной с хроническим болевым синдромом, найти его источник нереально. Забегая вперёд, скажу, что любые блокадные методы этот симптом уберут даже у больных с центральным болевым синдромом. И это не решение проблемы.

*(Демонстрируется слайд.)*

Решение проблемы заключается в том, что действительно, как сегодня было правильно отмечено ВОЗ и МКБ-11, эту патологию классифицируют как болезнь. Потому что эпидемиологические исследования, проведённые во всём мире, в том числе и в России, показывают одни и те же цифры: 20–30 процентов населения. И это не онкология, это действительно скелетно-мышечные боли, это невропатическая боль, это дисфункциональные болевые синдромы, которые рассматриваются как заболевание. И когда выделяется некий причинный фактор, то, да, боль становится симптомом, и здесь действительно мы можем его убрать легко и быстро. А вот вылечить заболевание реально только в специализированных, многопрофильных противоболевых клиниках.

*(Демонстрируется слайд.)*

Вот эта вот позиция Европарламента, почти 10 лет прошло, как она была озвучена и она действительно актуальная и правильная, что, собственно говоря, мы сталкиваемся сегодня с молчаливой эпидемией, и с ней нужно бороться комплексно. В общем-то, проблема упирается только в конкретные факты, где, как и сколько будет стоять и кто в этом будет участвовать.

*(Демонстрируется слайд.)*

Если мы посмотрим на сайт Российского общества по изучению боли, там в принципе представлены все клиники, которые официально зарегистрированы и которые занимаются многопрофильными подходами к лечению боли. Во всей Российской Федерации этих противоболевых центров всего 39. В Штатах – 2000 клиник. Есть разница? Есть. И, по сути дела, мы должны стремиться к тому, чтобы каждому человеку эта помощь была реально доступна.

*(Демонстрируется слайд.)*

Соответственно, подходы, которые лежат в основе решения этой проблемы, они все понятны и всем понятны, в том числе и пациентам. Мы должны изменить поведение больного. Мы должны изменить его образ жизни. Мы должны убрать ту катастрофизацию, которая у него существует. А сегодня, к сожалению, врачи этого не делают. Более того, ища причину боли, ища фактор, тот же самый остеохондроз, они создают ещё большую хронизацию, поскольку, собственно говоря, остеохондроз не лечится.

*(Демонстрируется слайд.)*

Вот подходы к терапии, которые существуют для больных с хронической болью в спине. И мы видим, что здесь анальгетики уходят на второй план. Здесь и когнитивно-поведенческая психотерапия, и физкультура, и реабилитационные программы, и ЛФК. И, собственно говоря, та же самая рефлексотерапия, которая жила и будет жить, и из многопрофильных центров она никуда не денется, она будет востребована, поскольку обладает результатом, хотя бы на уровне плацебо, но хорошим результатом.

Проблема действительно сегодня сводится к тому, что это пример лечения хронической боли в спине, поскольку единого стандарта лечения хронической неонкологической боли не существует ни в одной стране мира, и она требует действительно серьёзной работы. Да, Российское общество по изучению боли подготовило несколько клинических рекомендаций. Я думаю, что они будут вовремя представлены Минздраву России, потому что сегодня идёт, скажем так, стандартизация работы медика и формализация его деятельности приобретает крайне важное значение.

И последняя картинка, которую хотелось бы показать.

*(Демонстрируется слайд.)*

Да, с тем, что это серьёзная актуальная проблема, все согласны.

*(Демонстрируется слайд.)*

А вот, собственно говоря, система, которая предлагается Российским обществом по изучению боли – формирование специализированной службы, которая включает несколько уровней. На уровне поликлиники это кабинет, где может работать врач общей практики, но углублённо знающий эту проблему. А дальше уже, собственно говоря, это могут быть специализированные центры в клиниках, стационарах, вузах, НИИ, где в принципе должны проходить обучение те же самые врачи общей практики. То есть проблема, которая, в общем-то, требует решения, она государственная. Поэтому наши предложения и пожелания, в общем-то, просты и лаконичны. И, соответственно, во всех документах и бумагах они представлены.

Конечно, это общие подходы, которые требуют и формирования государственной программы, и изменения, собственно говоря, подготовки врачей, и на уровне студенческого звена, и постдипломного образования. Это и специализированные центры, это расширение сфер исследования этой проблематики. Поэтому, слава богу, я рад, что мы собрались, что проблема будет комплексно решаться, и думаю, что, в общем-то, это принесёт пользу нашим больным. Спасибо большое.

**Малышева Е. В.** Можно маленький комментарий?

Упаси бог, если мы всё сведём к врачам общей практики. Упаси бог.

**Кукушкин М. В.** Елена Васильевна, а кто об этом говорит?

**Малышева Е. В.** Секундочку, Михаил Львович. Я же выслушала всё.

Вот сегодня как раз к ним и приходит 80 процентов человек с хронической болью, и от них-то они как раз и уходят, не получив помощи. Если мы будем отказываться от активных процедур, это будет большой ошибкой. Почему? Потому что, к сожалению, этот аспект работы посвящён людям старшего возраста, это не 20-летние ребята, это 70–80 лет. И что ты там сделаешь? Позвоночник вынешь, новый поставишь?

**Кукушкин М. В.** Елена Васильевна, давайте до конца мы дослушаем, потому что этим вопросам будет посвящено серьёзное обсуждение, особенно тому, как будет организована помощь.

**Малышева Е. В.** Да. Хорошо.

**Председательствующий.** У нас хорошо продуманные выступления, и я с большим удовольствием хотел предоставить слово профессору Евгению Леонидовичу Сокову, который уже более 40 лет занимается этой проблемой. Он является президентом Ассоциации специалистов медицины боли, у него специализированный центр в клинике.

Пожалуйста, Евгений Леонидович. Подготовиться Юрию Андреевичу Новикову.

**Соков Е. Л.** Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич! Глубокоуважаемый Николай Фёдорович! Глубокоуважаемые дамы и господа, коллеги!

Хочу поблагодарить Николая Фёдоровича за то, что он организовал этот «круглый стол» и поднял проблему хронической боли на государственный уровень, что, наверное, давно надо было сделать.

Международное сообщество признало право человека жить без боли и приравняло его к основным правам человека, об этом уже все говорят.

Я не буду вдаваться в анализ того, что происходит во всём мире по хронической боли, я просто хочу сказать, что безусловным лидером в медицине боли являются Соединённые Штаты Америки.

Представлены в этой медицине боли различные направления. Это и медикаментозные, это реабилитационные методы лечения, интервенционные, и хирургические методы лечения. Но однако это не привело к решению вопроса. Количество пациентов с хроническими болевыми синдромами в США постоянно увеличивается, расходы на это тоже увеличиваются, более 650 миллиардов долларов в год тратится, а в Европе – более 350 миллиардов евро.

С чем это связано. На наш взгляд, это связано с тем, что хирургические методы, на которые был сделан акцент, не столько привели к решению проблемы хронической боли, сколько увеличили количество пациентов с послеоперационными хроническими болевыми синдромами.

А с другой стороны, сделан был акцент на опиатные методы лечения и медикаментозные, это привело к опиатному кризису. И, несмотря на то, что за последние несколько лет в Америке уменьшается количество выписываемых рецептов на опиаты, всё равно количество пациентов, умирающих в США от наркотиков, назначенных врачами, продолжает сохраняться на высоком уровне, – до 20,5 тысячи пациентов в год. Это большая цифра.

И в последнее время определяется в США тенденция возврата интереса к реабилитационным методам лечения. Но самое быстроразвивающееся направление – это нетрадиционные методы лечения. За последние 10 лет интервенционные методы и лечебные блокады стали применяться в 3,5 раза чаще и расходы на них увеличились в пять раз, потому что они стали более технологичными.

И решение этой проблемы американское медицинское сообщество видит именно в развитии данных методов лечения, именно интервенционных и реабилитационных методов лечения.

Я думаю, что при развитии нашей системы противоболевой службы необходимо учитывать, как увеличивается количество применяемых блокад в Америке за последние 10 лет, и я думаю, что надо взять наиболее ценный опыт из американской медицины лечения хронической боли и не повторять их ошибки.

Надо сказать, что в России не проводятся исследования по изучению хронической боли системно. Есть только отдельные исследования, вот и Елена Васильевна приводила эти данные – примерно половина приёма поликлинического составляет те или иные виды хронической боли. Я не буду давать подробную оценку этого за неимением времени, но примерная оценка пациентов с хроническими болями в России – это около 30 миллионов человек. Это огромная армия, которая требует специального лечения.

И надо сказать, что по моему твёрдому убеждению нужно развивать и интервенционные методы лечения боли, лечебные блокады именно в комплексе с реабилитационными методами лечения боли, они будут только усиливать эффект друг друга.

Ну, я не буду останавливаться подробно на приказе № 322, где говорится о праве пациента на облегчение боли. Я могу только сказать, может быть, после анализа вот этих правовых данных, что противоболевая помощь в нормативно-правовой базе отражена крайне слабо. Многие методы лечения боли не оплачиваются по системе ОМС, отсутствует нормативная база применения большинства интервенционных методов лечения боли. Отсутствуют научные программы изучения боли и изучения методов лечения боли.

Какие могут быть предприняты шаги по улучшению и формированию вот такой вот системы оказания помощи в нашей стране? Мы, как Ассоциация специалистов медицины боли, вносим следующие предложения.

Прежде всего, в России необходимо создать систему учёта пациентов с болевыми синдромами, внедрить универсальную документацию оценки боли, а также проводимых методов лечения, произвести учёт имеющихся специалистов медицины боли, клиник лечения боли, их оснащение и их квалификацию, изучить опыт их работы, рассчитать потребность в специалистах медицины боли и в клиниках лечения боли. Необходимо также имеющиеся клиники лечения боли доукомплектовать, дооснастить, узаконить их работу и распространить их опыт работы на вновь создаваемые клиники лечения боли.

И также наше мнение совпадает с мнением большинства: необходимо создавать трёхуровневую систему оказания противоболевой помощи. Основа эта поликлиниче-

ская, где специалисты должны быть обучены основным методам консервативного лечения боли, обучены диагностике, учёту болевых синдромов и маршрутизации пациентов.

И клиники лечения боли второго, третьего уровня могут в той или иной степени друг от друга отличаться, может быть, по степени оснащённости той или иной навигационной аппаратурой, но на третий, самый высокий, уровень возлагаются самые ответственные функции, включая и научную, и педагогическую.

Естественно, на третьем уровне должна быть мультидисциплинарная система оказания помощи с привлечением различных специалистов, начиная от анестезиолога и заканчивая физиотерапевтами, естественно, включая и неврологов тоже. Между всеми этими уровнями оказания помощи должна быть обеспечена маршрутизация в обоих направлениях.

По нашему мнению, необходимо увеличить нормативы приёма пациентов с болевыми синдромами по целому ряду обстоятельств, обеспечить доступность всех методов лечения боли, включая интервенционные блокадные методы лечения боли в рамках ОМС.

И самое главное – ввести адекватные и достойные ценовые тарифы на все методы лечения боли в системе ОМС.

И я уже говорил о том, что необходимо в этих клиниках внедрять интервенционные методы лечения, как это и делается во всех основных клиниках лечения боли, которых около трёх тысяч в Соединённых Штатах и там основные методы лечения – это интервенционные и блокадные методы. Естественно, нужно внедрить в вузы обучающие программы и создать систему научного подхода к излечению болевых синдромов. И закрепить на законодательном уровне целый ряд прав пациентов – на адекватную противоболевую помощь, на доступность противоболевой помощи, на получение достоверной информации о различных методах лечения. Это очень важно, потому что многие пациенты приходят и не знают, какие методы лечения вообще есть. И закрепить их право на участие в принятии решения о выборе тех или иных методов лечения боли и последовательности их применения.

Я хотел бы привести пример работы нашей клиники лечения боли, которую посетил Николай Фёдорович, за что я очень благодарен, редко, кто посещает нас, а вот представитель Государственной Думы такого высокого ранга посетил нашу клинику «Воля». Она организована в 2002 году приказом Департамента здравоохранения Москвы и создавалась как стационар дневного пребывания, по существу как клиника лечения болей. И мы лечим больных как амбулаторных, так и стационарных, как по ОМС, так и на платной основе. Активно взаимодействуем с диагностическими, лечебными, реабилитационными подразделениями нашей больницы. Штат клиники – всего четыре врача, одна медсестра. Наша клиника специализируется на лечении болевых синдромов именно интервенционными методами, в частности, лечебными блокадами и внутрикостными блокадами, которые не требуют применения навигационной аппаратуры, что снижает их себестоимость значительно. И за 39 лет работы в 64-й больнице и 16 лет из них в клинике лечения боли было пролечено более 8 тысяч амбулаторных и стационарных пациентов, проведено более 35 тысяч лечебных и внутрикостных блокад, которые показали высокую эффективность и безопасность, и экономичность. Не было ни одного случая осложнения за всё это время. И мы постоянно увеличиваем количество обслуживаемых пациентов. В 2018 году принято 895 пациентов первичных, проведено 1244 лечебных и внутрикостных блокад. И сейчас мы применяем внутрикостную блокаду при целом ряде болевых синдромов, включая такие как асептический и септический спондилит и спондилодисцит.

Кроме того, сотрудники клиники лечения боли являются сотрудниками кафедры альгологии, реабилитации РУДН, и мы проводим серьёзную научную работу. Только

диссертаций и кандидатских было защищено 12 на материалах клиники лечения боли и две докторские диссертации, выполнены исследования по гранту РФФИ и другие клинические исследования.

На курсах по обучению лечебным и внутрикостным блокадам подготовлено за последние четыре года 40 специалистов из различных регионов Российской Федерации, ближнего и дальнего зарубежья, в том числе из Индии и США. И опыт работы нашей клиники лечения боли показал высокую степень эффективности и востребованности у пациентов, этот опыт может быть с успехом распространён в субъектах Российской Федерации, а сотрудники клиники лечения боли готовы принять участие в подготовке кадров медицины боли.

**Председательствующий.** Спасибо, Евгений Леонидович.

К сожалению, по делам нас покидает Дмитрий Анатольевич. Я хотел бы выразить ему благодарность, он активно вошёл в тему и активно содействовал проведению «круглого стола». Дмитрий Анатольевич, пожалуйста.

**Морозов Д. А.** Уважаемые коллеги, к сожалению, должен извиниться, но уверен, что вы понимаете, что я не всегда себе принадлежу.

Позвольте мне по трём позициям высказать свою точку зрения и поддержать сегодняшний «круглый стол».

Первое. Ну, Елена Васильевна не даст соврать, выступая на ННФ, я начал своё выступление с того, что сказал, что боль гетерогенная. Сегодня, когда Михаил Львович это сказал, я подумал, что не зря, наверное, у меня жена физиолог, вот я чувствую одну и ту же физиологию, боль гетерогенная. И мы, конечно же, должны сегодняшний разговор всё время возвращать в «прокрустово ложе» лечения хронического болевого синдрома, поскольку, безусловно, боль – это обратная связь, боль – это важнейший сигнал нашего бытия. Нельзя вести автомобиль и завесить приборную доску тряпкой, сказав, что мы решили вопрос со скоростью и с работой тахометра. Мы должны постоянно понимать, о чём это свидетельствует.

Другое дело – это паллиативные пациенты, это пациенты с хроническим болевым синдромом. И ясно, что в подавляющем большинстве случаев всё-таки, опять же если мы не берём паллиативных пациентов, лечение боли должно, является и должно являться частью лечения заболевания, входить в протоколы лечения всех заболеваний. И на уровне адекватности этой боли мы должны лечить заболевание, параллельно уделяя этому внимание, хотя мы знаем, на практике это не всегда достижимо.

Мне очень хочется поддержать наш разговор, он всё время волей-неволей становится такой научной дискуссией, потому что, конечно же, это огромная научная проблема. И представительство в головном мозге, и вообще порог чувствительности каждого индивидуума, и то, что касается спинальной боли, корешкового синдрома, проводниковой боли. Я прошёл через это и прохожу через это сам, у меня есть понимание боли как таковой.

Считаю, что нужно оставить это в гармонии всех вариантов возможного лечения, включая реабилитационные меры, потому что мы же все хорошо понимаем, что если болит, допустим, там корешок или нерв, то это не работа мышц, это серьёзные реабилитационные мероприятия, которые должны идти параллельно тем же блокадам и всему остальному, чтобы человек учился противостоять боли. Это тоже задача врачей, в том числе первичного звена и фельдшеров – учить людей понимать себя, чувствовать себя, правильно двигаться, правильно жить и бороться вместе с врачом с болью. Потому что на одних каких-то медицинских мероприятиях, на эффективных блокадах невозможно построить долгую игру. Лечение боли – это, наверное, пример взаимодействия врача и пациента. Один эту боль не победишь. Первое.

Второе. Много ассоциаций. Вот вы сами видите, много ассоциаций, много активных групп. Для решения такой задачи, как всегда было на Руси, надо объединяться. Не знаю, что выше ассоциаций – съезд, форум, вече. Вече по боли, вот я думаю, вот так

и нужно сделать. Вече всех групп и ассоциаций, потому что везде есть суперпрофессионалы, везде имеются накопленные знания, опыт. Давайте всё это соединим. Думаю, для решения научно-практических задач Государственная Дума не станет площадкой, но мы готовы участвовать в этом, может быть, Общероссийский народный фронт может стать этой площадкой большой, организовав вече против боли, не знаю.

Но мы, естественно, готовы, равно как Минздрав России, который на уровне организатора здравоохранения что-то сегодня пока не участвует в разговоре.

**Председательствующий.** А кто из Минздрава России?

**Молчанов И. В.** Поручено мне.

**Морозов Д. А.** Поручено вам, я знаю, я имею в виду руководителя департамента. Вы знаете, мы в Государственной Думе привыкли работать с представителями на уровне замминистра. Ну, ладно, хорошо.

Поэтому в том, что касается объединения, мне очень по душе трёхуровневая система и понимание встраивания во все наших нацпроекты первичного звена.

И последнее, третье. Конечно же, я призываю разделять три наши направления. Это задача государства, равно как и Государственной Думы – права пациента. Да, надо рассмотреть законодательно погружение в ОМС в виде бюджетов, да, это наша задача.

Задача организаций здравоохранения и Минздрава России. Забегая вперёд, я позволю себе сформулировать предложение: нужен главный внештатный специалист по боли. И тем самым он снимет часть забот с анестезиологии и реанимации, потому что где-то они соединяются, но где-то и расходятся. Главный специалист по боли, уполномоченный по лечению боли, который следит в каждой больнице: ребята, у нас всё в рамках законодательства обезболивается или, может быть, что-то добавить?

В этой связи о задаче профессионального сообщества. Задача профессионального сообщества – объединиться, соединить весь интеллект и давать рекомендации всем нам, я об этом и на ОНФ говорил, указывать, где и как мы недорабатываем – как детские хирурги, как терапевты, как врачи других специальностей, где мы в лечении боли, может быть, поступаем неадекватно.

В качестве примера. До 90-х годов новорождённых практически не обезболивали. Они ведь не возмущаются, не ругаются. Анна Константиновна, вашу позицию я знаю, но считаю, что во многих больницах обезболивают и относятся к пациентам гораздо бережнее. А вот те времена я помню прекрасно. И согласитесь, за эти десятилетия наше общество всё равно очень продвинулось, и все мы как профессионалы здорово выросли. Прощаюсь с вами, коллеги, и желаю вам удачи.

**Председательствующий.** Спасибо, Дмитрий Анатольевич, за прекрасное напутствие для работы.

Слово предоставляется профессору Георгию Андреевичу Новикову, председателю правления Российской ассоциации паллиативной медицины, вице-президенту общества «Врачи России», который тоже был одним из основателей паллиативной медицины в России. И подготовиться Анне Константиновне Федермессер.

**Новиков Г. А.** Уважаемые коллеги... Спасибо, Николай Фёдорович, за возможность выступить.

В первую очередь, я хотел бы ваше внимание обратить вот на что: всё-таки по спирали или петлёй развивается история? Если мы обратимся к первым центрам боли, то речь пойдёт об академике Петровском, ныне покойном, к сожалению, и профессоре Цибуляке Викторе Николаевиче, которые в Центре хирургии в середине 1980-х открыли клинику боли. Потом эту, что называется, инициативу, эту палочку эстафетную приняла онкологическая служба. И в составе ведущих онкологических учреждений с 1985 по 1987 год были открыты кабинеты противоболевой терапии, которые до появления в законе об охране здоровья нового положения о паллиативной медицинской помощи выполняли, собственно говоря, эти функции по терапии хронической боли в онкологии.

Поэтому, мне кажется, что, наверное, велосипед не надо изобретать. Вот в середине 80-х – начале 90-х мы стояли перед выбором: что мы должны сделать для того, чтобы паллиативную помощь получали, в первую очередь, тогда онкологические больные. О мультидисциплинарном подходе тогда речь не шла.

И мы поняли, что нужно ответить на три вопроса. Мы объединили их и называли «Правила трёх «К». Первое – это кому, второе – кто и третье – как. Здесь в зале присутствует огромное количество профессионалов, с которыми мы работаем вместе уже не один десяток лет. Здесь присутствуют, естественно, все единомышленники. Поэтому я могу кратко сказать, что если мы говорим о терапии опиоидами, то, наверное, будет несправедливо отнимать эту возможность у пациентов онкологического профиля, однозначно это должно остаться. Если мы говорим о ситуации, кому мы должны оказывать такую помощь, очень импонирует выступление Елены Васильевны, потому что она подчеркнула, что это могут быть пациенты, к лечению которых имеют отношение врачи четырёх основных специальностей. Это анестезиологи, то, о чём Игорь Владимирович говорил, это нейрохирурги, неврологи, травматологи и ортопеды. Это как раз та ситуация, когда помимо лекарственной терапии могут применяться методы итерационной терапии хронической боли, с одной стороны. С другой стороны, мы с Михаилом Львовичем Кукушкиным на эту тему говорили в кулуарах перед началом этого совещания, это те пациенты, которые могут быть возвращены в строй. И это очень важно. Поэтому, безусловно, надо определиться с категориями тех пациентов, которые эту помощь будут у нас получать.

Второе – кто? Помощь тут должны оказывать, как сегодня уже во всех докладах прозвучало, врачи в рамках своих лечебных специальностей. И это абсолютно правильно. Поэтому целесообразно пойти по пути погружения этого в профстандарты. Паллиативная медицинская ассоциация вместе с Ассоциацией хосписов разрабатывала свой профессиональный стандарт. Потом эту инициативу поддержали неврологи и блок по паллиативной помощи и с неврологией. И сейчас такой же блок погружён в профстандарт по онкологии. Поэтому я уверен, что и в неврологии, наверное, и в травматологии-ортопедии есть проблемы в этом профессиональном стандарте. Но здесь надо совершенно другой блок делать, чтобы его погрузить в профстандарт и чтобы и невролог, и травматолог, и ортопед понимали, что в их функции входит в том числе и оказание квалифицированной противоболевой терапии.

Это очень важно ещё и с позиции того, что, собственно говоря, профстандарт прописывает те компетенции, которыми должен обладать врач, а вот образовывает его в соответствии с государственным образовательным стандартом. Если в профстандарте эти компетенции есть, они точно так же будут погружены в образовательный стандарт и, помимо кафедры альгологии или кафедры паллиативной медицины, это будут преподавать и кафедры неврологии, и онкологии, и травматологии, и ортопедии. То есть одновременно мы подготовим целую армию врачей, которые смогут перенять какие-то навыки и методологию у анестезиологов и реаниматологов, потому что на самом деле это всё родилось из мультидисциплинарного подхода, на стыке анестезиологов с врачами других специальностей, что позволит готовить соответствующую армию врачей.

И тогда, может быть, предложение о главном внештатном специалисте по боли можно ставить перед обществом, потому что мы долго боролись за институт главных внештатных специалистов. За паллиативную помощь очень долго отвечали онкологи. Онкологам это было не так важно, как тем главным внештатным специалистам из регионов, которые сейчас за это отвечают. Это персональная ответственность, это и табель оснащения, это определённые навыки, это обеспечение всеми необходимыми лекарственными препаратами и медицинскими средствами, поэтому это очень живая, на мой взгляд, тема.

И последнее: как? Как – это имеется в виду, в каких условиях и в каком объёме? Если мы говорим об условиях, опять же импонирует сообщение профессора Кукушкина. На наш взгляд, надо использовать возможность возродить старые кабинеты противоболевой терапии, которые были. Возродить их ничего не стоит на уровне Минздрава России, исполнительной власти от здравоохранения.

Далее. Надо использовать в полном объёме возможность применения здесь дневных стационаров, потому что целый ряд пациентов, получая амбулаторную помощь, в случае отсутствия осложнений может быть отправлен домой, а не на больничную койку, что и экономически будет достаточно выгодно и пациенту, и самой медицинской организации, да и государству. Но случаи развития каких-либо осложнений или когда пациент помимо нетрадиционных каких-то методов нуждается ещё в дополнительной терапии можно предусмотреть. У нас, предположим, в сети паллиативной помощи есть отделения паллиативной медицинской помощи, их около 400 сейчас в стране. Но есть и регионы, такие как Краснодар, предположим, Астрахань, Ставрополь, где есть палаты и койки паллиативной медицинской помощи. Поэтому можно, если мы привязываем всё это к неврологии, открыть в отделении неврологии двери пациенту, которого мы наблюдаем. В случае каких-то осложнений или отсутствия нужного лечения он попадает тоже в отделение неврологии к профильным врачам, которые его будут лечить в соответствии с профстандартами, и будет палата или койка для оказания как раз целевым образом противоболевой терапии.

Конечно, если быть максималистом, то нужно создание службы боли или клиники боли в многопрофильных клиниках, как, предположим, у профессора Силаева в Челябинской областной больнице, который вообще стоял у истоков создания всего этого. Это тоже можно было бы предусмотреть. Это получится.

А в каком объёме – это зависит от того, какие пациенты будут наблюдаться в этих организационных подразделениях этой службы. Безусловно, надо делать акцент, на мой взгляд, на методики с применением ЦДГИ, без применения ЦДГИ и на различные физические методы терапии хронической боли. И вот импонирует, что опять о нейролизисе заговорили. Потому что это, действительно, в том числе и в онкологии, значительно лучше, чем фармакотерапия, особенно при злокачественных заболеваниях поджелудочной железы.

Поэтому в каком объёме – это определит каждая клиника на своё усмотрение и те специалисты, которые имеют базовое специальное образование в той или иной области.

Ну и в заключение я ещё раз хотел бы поблагодарить Комитет Государственной Думы по охране здоровья. И вообще у меня настроение такое, достаточно оптимистичное, поэтому я думаю, что если всем миром, взаимодействуя с разными подразделениями, профессионалами, мы навалимся на эту проблему, то её можно стронуть с мёртвой точки, чтобы эта служба лечения боли приобрела самостоятельный юридический статус со всеми вытекающими отсюда правовыми последствиями. Спасибо большое.

**Председательствующий.** Спасибо, Георгий Андреевич.

Слово предоставляется Анне Константиновне Федермессер, я не буду её представлять, её все знают. У неё ещё новая должность появилась – директор Центра паллиативной помощи Департамента здравоохранения. Пожалуйста.

**Федермессер А. К.** Три с половиной года уже.

**Председательствующий.** Пожалуйста, Анна Константиновна.

**Федермессер А. К.** Спасибо.

Я сначала просто перечислю те барьеры, которые есть в обезболивании пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи. Мне всё-таки кажется, раз мы находимся в Государственной Думе, то нужно говорить именно о барьерах, для снятия которых требуются законодательные инициативы.

И ещё в качестве комментария к предыдущим выступлениям. Да, мы по теме должны говорить о хроническом болевом синдроме. В случае с пациентами, нуждающимися в паллиативной помощи, к сожалению или к счастью, я не знаю просто специфику, это не отдельное заболевание, а всё-таки в нашем случае патологическая история, симптом. И синдром нужно рассматривать отдельно.

И да, конечно, нам нужно создавать систему учёта. К сожалению, у нас систем учёта толковых, на мой взгляд, в стране нет. Разные были даны поручения в своё время и Совету попечительства во главе с Ольгой Юрьевной Голодец, и у Медведева, по-моему, было поручение создать подобную систему учёта. А они не создаются, тратятся огромные деньги на разработку непонятно чего, но результата никто пока не видит. Документация по оценке боли единая, это, конечно, так, но опять же велосипед изобретать не нужно. Что касается шкалы боли, которая принята во всём мире, то когда я езжу по стране и листовки с этой шкалой боли раздаю, там два варианта листовки есть – один для пациентов, один для врачей.

Вариант для врачей содержит информацию о препаратах, а для пациентов – помогает оценить испытываемую ими боль по шкале. Эти листовки расходятся, как горячие пирожки. Смешно, но люди её видят впервые, тогда как эта информация, по сути, должна быть хорошо известна каждому из нас – не медикам, а вообще всем гражданам. Как знают люди, куда звонить, когда пожар или когда тебя ограбили на улице. Это очень простая вещь, и она, к сожалению, совершенно никак нигде не закреплена. В историях болезни, если вдруг видишь, что по шкале оценивается боль, то это уже воспринимается как чудо, как потрясающий уровень пациентоориентированности врача. В общем, это простая штука, которую, конечно, надо внедрить. И вопрос о том, испытывает ли человек боль и как у него болит, он должен быть частью сбора анамнеза такой же обязательной, как артериальное давление.

Итак, барьеры законодательные, которые сегодня препятствуют применению наркотического обезболивания.

Первое – это запрет на информирование пациентского сообщества о лечении боли с применением наркотических и психотропных лекарств.

Второй барьер – это наличие риска уголовной ответственности по статье 228.2 УК РФ за формальные ошибки в процедуре применения наркотического обезболивания, не повлекшие ни утрату наркотика, связанную с утечкой его в нелегальный оборот, ни вред здоровью, ни какие-либо ещё общественно опасные последствия.

Третий барьер – это отсутствие на рынке зарегистрированных детских форм лекарственных препаратов, как наркотических, так и психотропных.

Четвёртый – это отсутствие правового регулирования применения наркотических и психотропных лекарственных препаратов в интернатах, психоневрологических интернатах, домах престарелых, домах для детей-инвалидов, то есть в учреждениях социальных стационарного типа.

Пятый барьер – это наличие ограничений на выписку рецептов у постели больного и при отоваривании рецепта в аптеке.

Шестой – несбалансированные, завышенные нормативно-технические требования к укрепленности помещений для хранения препаратов.

И седьмой барьер – это региональное законодательство, которое не соответствует федеральному, локальные нормативные акты медицинских организаций содержат массу дополнительных барьеров, которыми руководители медицинских организаций защищаются от той самой статьи 228.2.

Если проанализировать эти семь барьеров... Я оставлю, конечно, вам справку, сейчас не буду её зачитывать, но для понимания. Запрет на информирование почему существует? Потому что у нас есть федеральный закон о наркотиках, там существует понятие пропаганды и существует запрет на пропаганду и использование в медицин-

ских целях наркотических средств и психотропных веществ. И не существует вообще у нас в законодательстве понятия «информирование». Эти два понятия – «пропаганда» и «информирование» – должны быть разведены в рамках этого закона, чтобы мы могли спокойно и комфортно работать со стигмой и мифами, которые в невероятном объёме влияют на мнение пациентов и их родственников в случае, если пациент не может принять самостоятельное решение. Наркотики, морфин – это, значит, сразу он станет наркоманом или умрёт. И это невероятная стигматизация, невероятная неграмотность, которая, к сожалению, присутствует не только в пациентском сообществе, но и во многом во врачебном, в медицинском. Если мы с вами добьёмся вот этой несложной вещи – разведения понятий «пропаганда» и «информирование», то гораздо проще мы сможем заниматься в том числе просвещением медицинского сообщества.

На сегодняшний день даже наш монополист по производству опиоидных анальгетиков, Московский эндокринный завод, не имеет права на своём официальном сайте размещать информацию о том, какие препараты он производит и какие у них, например, есть преимущества или недостатки по сравнению с европейскими аналогами.

Второй барьер – угроза привлечения к ответственности по статье 228.2 УК Российской Федерации. Я вчера говорила на «прямой линии», что в случае, если наступают последствия общественно опасные, происходит утечка в нелегальный оборот, сбыт, то для всех подобных нарушений, преступлений в Уголовном кодексе Российской Федерации существуют другие статьи – это статья 229, статья 228.1, другие части этой статьи. То есть, если вдруг происходит ситуация, когда медицинский работник действительно в корыстных целях, в целях обогащения, в каких угодно, утратил препарат, то он всё равно должен быть привлечён к ответственности по другим статьям. В этой же статье любой сотрудник, который задействован в обороте, то есть тот, кто оформляет документы (медицинские сёстры, операционные сёстры, которые работают с анестезиологами-реаниматологами), это же не только в данном случае касается тех, кто работает с паллиативными больными, это все наши провизоры, фармацевты, те, кто десятки журналов ведёт. Ошибка в журнале, не вовремя сделанная запись... Есть случаи, прошедшие суд, когда ампула закатилась под сейф, сейф тяжёлый, его до утра, до прихода мужчин на смену просто невозможно было сдвинуть и вытащить эту ампулу, и это уже уголовное наказание.

У меня специально лежит для примера приговор фельдшеру из Оренбургской области. Она, работая на скорой помощи, утратила (выронила из кармана) ампулу с морфином, сама обнаружила, сама написала бумагу, повинилась. Фамилия подсудимой Костягина. Действия подсудимой Костягиной суд квалифицирует по части первой статьи 228.2 УК Российской Федерации, так как она совершила нарушение Правил хранения наркотических средств, находящихся под специальным контролем, повлекшее утрату, если это деяние совершено лицом, в обязанности которого входит соблюдение указанных правил.

Дальше есть масса документов о том, что она занимается общественно полезным трудом, что у неё есть грамоты, медали, награды, что она отмечена в своём селе как какой-то особый сотрудник, и вообще она тысячу лет уже работает, тем не менее суд решил признать Костягину виновной в совершении преступления и назначить ей наказание в виде штрафа в размере 15 тысяч рублей. Мера пресечения в отношении Костягиной (подписка о невыезде и надлежащем поведении) до вступления приговора в законную силу оставлена без изменения.

Что происходит дальше в её медицинской организации в этом селе, как это воспринято её коллегами, с которыми она училась? Они просто не будут работать с опиоидными анальгетиками. Они просто будут делать очень простую вещь – в медицинской документации будут писать очень простую фразу: «болевым синдром не выражен». Это то, что мы видим абсолютно везде.

В Тверской области в больнице, где есть отделение паллиативной помощи, разговариваю со старшей сестрой, которая упрямо мне говорит, что болевого синдрома ни у кого нет, а потом, расплакавшись, рассказывает, что 11 лет назад неё была утрата ампулы, она прошла всю эту прекрасную историю, и никогда больше ни она, ни другая медицинская сестра, которая работает под её началом, не будут работать с наркотиками. Вот это то, что мы имеем, оставляя медика на съедение МВД, потому что это очень простой способ для МВД показать положительную отчётность. Это очень просто работать против медицинских работников. Их легко найти, они все находятся в конкретных медицинских учреждениях. У них у всех есть медицинская документация, которую легко и просто пролистать. Я бы никогда не стала работать с опиатами в той системе, которая есть сейчас, потому что я не способна без ошибок заполнять журналы. Процедурная медицинская сестра ежедневно заполняет тридцать журналов. Тридцать! Она должна знать сотни нормативно-правовых актов, чтобы не ошибиться: пятьдесят только регионального уровня, не помню точно цифры, сколько-то федерального уровня. Я бы никогда не смогла безошибочно заполнить подобную документацию и уже отсидела бы за это и вышла. А может, и не вышла бы.

Отсутствие на рынке зарегистрированных детских форм препаратов сегодня – это то, что должно решаться через Государственную Думу, Николай Фёдорович, потому что предложенная Минздравом России и принятая сегодня в стране система – это абсурд. У нас нет достаточных аптек, нет достаточного количества фармацевтов. И если родителю для ребёнка нужна ректальная форма препарата, которая должна производиться в аптеке с производственным отделом в 240 километрах от места нахождения ребёнка, то: а) врач не выпишет, б) родитель не поедет, в) аптека не произведёт, потому что нет опыта у фармацевтов. Они побоятся сделать лекарство из чистой субстанции...

По итогам года, готова поспорить с вами на свою годовую зарплату, по итогам года посмотрим, какое количество аптек у нас произведёт препараты для детей. Исправить ситуацию смогут только законодательные изменения, разрешающие иную процедуру регистрации детских лекарственных форм на период до начала собственного производства. И это в руках законодательной Государственной Думы. Кто, если не вы, это сможет сделать?

**Из зала.** *(Не слышно.)*

**Федермессер А. К.** Это законодательные изменения. Законодательной инициативой у нас в стране обладают депутаты, и вы в том числе.

Мы поможем разработать такой закон. У вас есть право законодательной инициативы. Предложения у нас все давно написаны. Я просто не могу, не обладаю этим правом, а вы обладаете. Возьмите у меня, делайте это от «ЕДИНОЙ РОССИИ».

Отсутствие правового регулирования оборота этих лекарственных средств в учреждениях соцзащиты. Что сегодня происходит? Порядка 200 тысяч человек сегодня проживает в подобных учреждениях. Вот здесь очень важный момент. У более 80 процентов, проживающих в ПНИ, эписиндром. То есть это люди, которые время от времени нуждаются хотя бы в реланиуме. На сегодняшний день только одно учреждение я нашла в стране – психоневрологический интернат, подведомственный Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации, у которого есть лицензия на работу с НС и ПВ. Это маленькое учреждение. За прошедший месяц они использовали всего две ампулы реланиума для одной и той же девушки, своей подопечной.

Понимаете цену двух ампул реланиума? Шесть тысяч рублей они тратят на вневедомственную охрану в месяц и 12 тысяч рублей на оплату Росгвардии, которая приезжает, чтобы утилизировать эти ампулы, потому что Росгвардия находится от них очень далеко. Так что стоимость двух ампул несколько выше, чем нужно.

Поэтому говорить о том, что лицензировать эти учреждения нужно, это абсурд. Нужно именно законодательно прописывать, что, раз эти люди там живут, и это их

дом, то это значит, что к хранению там препарата надо относиться так же, как когда он хранится у нас дома. Мы же не лицензируем каждую квартиру в каждом доме нашей страны, когда там оказывается онкобольной со своим собственным препаратом. В ПНИ не бывает много людей, которым нужно сразу много препаратов, и у них у всех есть сейф, у них у всех есть аптеки. Это всё можно сделать меньшими средствами.

Можем ли мы с вами изменить сегодняшнее положение дел очень быстро, может быть, без Государственной Думы, может быть, только Минздравом России, не знаю, но надо что-то делать с ограничением на выписку рецептов у постели больного. Мы все с вами слышим каждый год, как Росздравнадзор докладывает, сколько рецептов выписано у постели. Это правда, это так, рецепты выписаны, но это бессмысленно, потому что при первичной выписке нужно вернуться в медицинскую организацию, поставить печать, а потом уже пойти в аптеку. Печать можно поставить, как вы понимаете, у руководителя. Это рабочие дни, рабочее время. То есть рецепты выписываются, но роль выписки рецепта у постели больного для облегчения доступности препарата не выполняется.

И ещё одна норма. Мы разрешили доверенность рукописную. Доверит пускай пациент кому угодно получить этот препарат. Когда нашему пациенту нужен препарат, он не в состоянии, как правило, подписать доверенность, он волю свою выразить не в состоянии. К чему привела эта норма? К массовым фальсификациям. Доверенность пишу я, как родственник, подписываю я, как родственник, я даже не спрашиваю ничего у своего пациента, он не может держать в руках ручку и писать доверенность.

**Председательствующий.** Анна Константиновна, вы 15 минут уже говорите, понимаете, дважды перебрали норму.

**Федермессер А. К.** Да, все предложения здесь есть.

**Председательствующий.** Передайте, пожалуйста, предложения.

**Федермессер А. К.** Я вам могу это всё прислать в письменном виде. И, собственно, вы меня перебили за минуту, по-моему, до конца, но я все барьеры смогла назвать.

**Председательствующий.** Спасибо.

**Федермессер А. К.** Не за что. Вам спасибо.

**Председательствующий.** Слово предоставляется Александру Михайловичу Лилу, директору Федерального государственного центра «Институт ревматологии». Пожалуйста. И мы сейчас с учётом дефицита времени переходим на пятиминутный режим.

**Лиля А. М.** Глубокоуважаемый Николай Фёдорович! Глубокоуважаемые коллеги!

Действительно, слово «ревматология» ещё не звучало, но, как сказала Елена Васильевна, и болевой симптом, и болевой синдром, – это одни из основных симптомов заболеваний, связанных с ревматическими болезнями.

Пожалуйста. Значит, обратите внимание, что те проблемы, которые уже озвучивали, заключаются в том, что действительно отсутствие федерального регистра, например, по ревматическим заболеваниям, не позволяет даже прогнозировать то количество пациентов, которые обратятся к врачу с тем или иным заболеванием. И данные эпидемиологические обследования не корреспондируют с теми данными, которые мы получаем из официальной статистики.

Следующий момент – это то, что действительно, несмотря на современные методики лечения болевого синдрома, до 20–50 процентов больных требуют регулярного обезболивания, но это специфическая терапия, которая, конечно, во многом зависит от других причин. Обратите внимание, что все современные рекомендации констатируют тот факт, что боль является преобладающим симптомом у людей с воспалительными артритами и другими ревматическими заболеваниями. И соответственно, вот эти рекомендации являются основными уже для формирования наших отечественных клинических рекомендаций, которыми мы пользуемся.

*(Демонстрируется слайд.)*

И вот то исследование, которое мы провели, обратите внимание, оценка обезболивания, оценка качества обезболивания. То есть порядка 25 процентов пациентов говорят, что у них хорошо купируется болевой синдром. И когда мы задавали вопросы в отношении причины плохого эффекта обезболивания, половина больных говорили: это слабое лекарство, это недостаточное внимание врача, это осложнения болезни. Почему? Потому что сейчас все читают аннотацию к препарату, читают инструкции и, конечно, очень важно – это объяснить пациенту, что далеко не всё, что там написано, может быть. Пожалуйста.

И ещё очень важный момент – купирование болевого синдрома. Это ранняя диагностика. Вот Российская Федерация, болезнь Бехтерева. Обратите внимание, от появления первых симптомов до диагноза проходит в среднем 8,5 лет, хотя ещё недавно проходило 10–15 лет. Эти цифры настоящие, они где-то сопоставимы с тем, что мы видим в европейских странах. Поэтому подготовка врача – это, конечно, основное, если мы говорим об эффективном обезболивании. И ещё подготовка важна почему? Потому что здесь представлены вопросы купирования болевого синдрома, например, при остеоартрите, когда болит коленный сустав. Вводят глюкокортикоиды.

*(Демонстрируется слайд.)*

Обратите внимание, два года – и нет разницы между плацебо и глюкокортикоидами.

Значит, важный вопрос, который сегодня уже поднимался, это реабилитация. И вот на последнем конгрессе, который был на прошлой неделе в Японии, огромное количество статей, докладов уделялось именно реабилитации. Поэтому не фармакологические методы являются основными. Вот один из последних симпозиумов, который мы проводили вместе с коллегами из Центра боли в Германии: 95 процентов – это не медикаментозные методы лечения и реабилитации. Пожалуйста.

Следующий момент. У нас очень большие перспективы в отношении лечения ревматических заболеваний. Почему? Потому что появляется целая гамма новых препаратов с иным механизмом действия, какие-то из них уже есть в клинической практике, ряд лекарств находится на четвёртой фазе клинических исследований. И естественно, что это будет фармакоэкономически более выгодно, если такое лечение начинается в более ранние сроки.

Ну и ещё очень важный момент, на котором я хотел особо акцентировать внимание, – это лечение болевого синдрома и общественные пациентские организации. Потому что, с нашей точки зрения, это очень большая предпосылка к тому, что мы значительно эффективнее будем лечить таких больных.

*(Демонстрируется слайд.)*

И сейчас в рамках инициативы «Здоровье суставов в надёжных руках» мы обучили 300 волонтеров, это, как правило, студенты медицинских вузов. Эта программа уже широко распространяется по Российской Федерации, проводится обучение, которые собирает, во-первых, большие аудитории, то есть это 150–200–300 пациентов, с которыми занимаются и которые получают эту помощь.

*(Демонстрируется слайд.)*

Я хотел ещё сказать о том, что, конечно, когда мы что-то лечим, надо определиться, сколько таких пациентов. И медицинская статистика не даёт точных данных, поэтому эпидемиологическое исследование было бы более эффективным. У нас есть очень большой опыт сотрудничества с обществом по изучению боли, с обществом терапевтов, наработки эти есть.

Ну и, конечно, большое значение имеет разработка комплекса эффективных методов медицинской реабилитации, в том числе на дому, и то, о чём говорили, – оказание социальной и психологической поддержки таким пациентам.

В заключение я хочу сказать, что Институту ревматологии 60 лет исполнилось в прошлом году. И все эти годы мы как раз и занимаемся этими проблемами. Причём

проблема ревматизма, она в основном уже решена. Поэтому, я думаю, что и те задачи, которые сейчас стоят, будут решены.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Александр Михайлович.

И я хотел бы предоставить сейчас слово пациентам. Сейчас выступит Юрий Александрович Жулёв, сопредседатель Всероссийского союза пациентов. Подготовиться Олегу Сергеевичу Давыдову. Я прошу соблюдать регламент.

**Жулёв Ю. А.** Спасибо большое.

Николай Фёдорович, во-первых, огромное спасибо за актуализацию темы, потому что проблема более хроническая, она крайне важна для нас. Вот тут как раз предыдущий выступающий говорил, что необходимо проводить исследования. Мы периодически проводим изучение качества жизни по определённым нозологиям и группам.

Мы провели опрос пациентов, которые входят в программу «Семь нозологий», и более 60 процентов пациентов сказали, что испытывают сильную боль, более 10 процентов испытывают некоторую боль, и только около 20 не испытывают боли вообще. Я думаю, что серьёзный вклад в такую статистику внесли пациенты ревматологические, пациенты с рассеянным склерозом и больные гемофилией.

Мы сталкиваемся с тем, что, действительно, нет специалистов. Боль разнообразна, мы знаем о центрах боли. Но большая часть центров боли специализируются только... Ну во-первых, их немного, во-вторых, мы мало что о них знаем, я говорю о рядовом пациенте, к сожалению. И, конечно, они специализируются только на определённых видах помощи, а мы говорим о том, что источники боли разнообразны.

Следующее, что я хочу сказать, – это значение, конечно, обезболивания не наркотическими и не психотропными средствами. Потому что мы говорим сейчас не об онкологическом характере хронической боли. Многие пациенты имеют возможность продолжения работы, социально активной жизни. И не мне вам говорить, что постоянно испытываемая сильная боль просто реально негативно влияет на качество жизни.

Мы полностью поддерживаем позицию экспертов, которая была озвучена, нам видится, что должна быть сформирована стройная система, включающая и клинические рекомендации, и стандарты, и обязательно, конечно, погружение в систему ОМС. Потому что если говорить о позиции пациентского сообщества, то данный вид медицинской помощи должен быть бесплатным. Мне кажется, ни у кого не должно быть сомнений в этом. Если мы говорим о бесплатной помощи, то должны быть соответствующие тарифы и соответствующая система тарифов в системе ОМС.

И с этим мы сталкиваемся при анестезии при определённых медицинских вмешательствах, в том числе диагностических, то, о чём говорилось. Это как раз отталкивает (сейчас мы говорим о серьёзных программах профилактирования, диспансеризации) население. Потому что если человек боится боли и знает, что не будет обезболивания, то он просто не пойдёт на это диагностическое мероприятие. Мы прекрасно понимаем, что это связано и с ранним выявлением онкологического заболевания. Здесь собрались профессионалы, я не буду тратить ваше время.

И заключение. Была дискуссия о роли врача общей практики. Я полностью поддерживаю, конечно, что врач общей практики должен отличить столь специфические вещи, но должна быть... Мы не можем его обойти, вот в чём дело. Для того чтобы попасть к врачу-специалисту, мы должны пройти через врача общей практики. Поэтому должны быть какие-то основы образовательные и должна быть насторожённость, и врач общей практики должен знать хотя бы, куда направить пациента. Сейчас всё это напрочь отсутствует. Поэтому, знаете, здесь должен быть компромисс. Врача общей практики я, может, с удовольствием и исключил бы из темы, но есть закон № 323-ФЗ, где говорится, что мы, минуя врача общей практики, просто попадаем к специалисту. Нет другого пути, если мы говорим о бесплатной помощи.

Поэтому обращаюсь к вам с огромной просьбой: не заканчивать работу данным «круглым столом», выразить полную поддержку данного направления. Я говорю не только от имени Всероссийского союза пациентов, но и от имени организаций, которые входят в наш союз и готовы на всех экспертных площадках все эти инициативы поддерживать. Благодарю. Я вроде бы уложился.

**Председательствующий.** Валерий Александрович, мы только начинаем, поэтому самое основное будет дальше.

Слово предоставляется Олегу Сергеевичу Давыдову.

**Давыдов О. С.** Я представляю Российское общество по изучению боли. Скажу ещё несколько слов о медико-социальных и экономических аспектах проблемы боли. Несмотря на то, что какие-то цифры здесь приводились, я бы хотел, чтобы у всех здесь появилась более полная картинка того, что происходит.

Пожалуйста, слайд. *(Демонстрируется слайд.)*

Европейцы сегодня провели большое и масштабное исследование и говорят о том, что 20 процентов европейской популяции страдают от хронической неонкологической боли. Более старшая возрастная группа чаще подвержена хроническим болевым синдромам, между тем идёт тенденция к старению населения. Соответственно, к 2030–2035 году ожидается, собственно говоря, увеличение количества людей с хронической болью в Европе.

*(Демонстрируется слайд.)*

И основная проблема больных с хронической болью заключается в том, что порядка трети из них, находясь в трудоспособном возрасте, не могут выполнять свою работу, а ещё большая часть этих людей не могут даже выполнять домашние дела.

*(Демонстрируется слайд.)*

И, говоря о статистике и в том числе о российской статистике, напомним всем такое известное исследование глобального времени болезни, которое проходит в 188 странах мира. Проводится оно под эгидой Всемирной организации здравоохранения. И вот в своё время мы проанализировали, что происходит в этом исследовании с болевыми синдромами и с Россией, то есть экстрагировали информацию как раз по теме хронической боли.

*(Демонстрируется слайд.)*

И оказалось, что среди 10 ведущих причин снижения качества жизни у нас порядка шести причин, а если покопаться внимательнее, то и больше, это хронические болевые синдромы. Прежде всего, это боль в нижней части спины. Порядка 19 миллионов жителей страны ежегодно, по крайней мере, за 2013 год такая цифра регистрируется Минздравом России, испытывают боли из-за мигрени, боли в шейном отделе позвоночника, абюзусные головные боли, немало и других скелетно-мышечных заболеваний, сопровождающихся болью. И вот нетипичная в мире ситуация, но для России остеоартрит – это тоже как бы проблема.

*(Демонстрируется слайд.)*

И, собственно, когда мы говорим о хронической боли, то большая часть её инкорпорирована, конечно, в болезни скелетно-мышечной системы. За год этих больных регистрируется восемь процентов от числа всех больных, но они составляют в два раза больший процент тех, кто обратился за листком нетрудоспособности. Такие больные оформляют в два раза большее количество дней нетрудоспособности по сравнению с больными сердечно-сосудистыми или респираторными заболеваниями.

*(Демонстрируется слайд.)*

Что касается экономики, то европейцы у себя посчитали: от полутора до трёх процентов ВВП тратится на лечение пациентов с хронической болью.

Пожалуйста, следующий слайд. *(Демонстрируется слайд.)*

Большинство расходов сегодня неизвестны, это не прямые расходы, это выплаты социальные, выплаты по инвалидности. И годовые расходы на хроническую боль сегодня известны, это было показано и датчанами, и шведами, и Великобританией: эти

расходы в три раза превышают расходы на респираторные заболевания, в два раза – на заболевания сердечно-сосудистой системы.

*(Демонстрируется слайд.)*

И вот что ещё важно, когда мы говорим о расходах. Сегодня американцы сравнивают два подхода. Один – традиционный подход, который в большей степени принят у нас, и сегодня Максим Валерьевич будет говорить о традиционном и о междисциплинарном подходе. И вот когда сравнивают эти подходы, то междисциплинарный подход, когда мы говорим не только о С-дуге, но и о комплексном взгляде на пациента, включая и психологические методы, и методы реабилитации, и интервенционные методы, и методы фармакотерапии, так вот этот подход с применением методов фармакотерапии приводит к большей экономии средств.

*(Демонстрируется слайд.)*

И в итоге можно сэкономить средства и на хирургических операциях, и на выплатах, и на терапевтическом лечении.

Благодарю за внимание.

**Председательствующий.** Слово представляется Максиму Валерьевичу Чурюканову, доценту кафедры нервных болезней лечебного факультета ПМГМУ им. И. М. Сеченова.

**Чурюканов М. В.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Несмотря на то, что мы сегодня слышим о тех «успехах», которые есть у наших зарубежных коллег, о внедрении и широком распространении тех же интервенционных методов за рубежом, та статистика, на которую сейчас ссылался Алексей Сергеевич, говорит о том, что предпринимаемая зарубежными коллегами система не приводит к уменьшению количества пациентов с хронической болью. А это приводит к тому, что в какой-то степени перераспределяются затраты, и мы можем видеть отчёты, из которых следует, что ныне существующая за рубежом система в полной мере не решает проблему именно хронической боли.

Вот эта схема, которую сегодня уже показывал Михаил Львович, является, на взгляд Российского общества по изучению боли, ключевой, поскольку она должна включать несколько уровней. И сегодня уже говорилось о том, что врач общей практики должен иметь к этому непосредственное отношение, потому что 90 процентов пациентов, которые будут получать помощь в отношении лечения болевого синдрома, будут получать её именно от врача общей практики. И задача будет заключаться в том, чтобы врач общей практики квалифицированно оказывал помощь на уровне лечения острого болевого синдрома и не допускал развития хронического.

Поэтому специализированное обучение, образование и расширение возможности в этом плане именно врачей общей практики, которые могут проходить своего рода повышение квалификации по медицине боли, будет, наверное, первым основным этапом, который позволит уже в перспективе уменьшить количество пациентов с хронической болью. Далее уже врачи общей практики могут взаимодействовать со следующим уровнем противоболевой помощи, где могут быть задействованы в том числе интервенционные методы, высокотехнологичные методы. Такие подразделения носят название клиник и центров боли.

*(Демонстрируется слайд.)*

Сегодня уже сообщалось, что открываются и создаются центры боли, но зачастую это делается энтузиастами. В настоящий момент у нас в стране нет центров, которые бы соответствовали требованиям международных стандартов, которые включали бы не только междисциплинарный подход, но и проведение научных исследований образовательной деятельности. Вот то, что может называться центром, именно оно должно решать эти задачи и вести подготовку специалистов, которые работают на уровне первичного звена и на уровне клиник и отделений боли.

*(Демонстрируется слайд.)*

В настоящий момент какая-то экономия на подходах к лечению пациентов на первичном этапе оказания помощи приводит к очень большим, и про это говорил Олег Сергеевич, расходам на этапе лечения у этих пациентов хронической не онкологической боли.

Если сделать эту систему более специализированной и если врач будет обладать на уровне первичного звена достаточными знаниями, то это уменьшит количество пациентов с хронической болью и в итоге приведёт к существенной экономии государственных средств.

Таким образом, наше предложение заключается, прежде всего, в создании полноценной трёхуровневой системы противоболевой помощи, не только системы, которая бы ограничивалась более широким внедрением каких-то интервенционных и высокотехнологичных подходов. Именно трёхуровневая система позволит нам решить проблему хронической боли. Нужно введение программы обучения по медицине боли на этапе додипломной подготовки, потому что в настоящий момент в вузах у нас нет каких-либо специализированных не то чтобы дисциплин, но даже специализированных курсов. А есть несколько занятий у неврологов, несколько занятий у физиологов, что-то по фармакологии. Если будет подготовка, которую станут проводить на додипломном уровне, это позволит улучшить качество помощи, потому что в настоящий момент после шестого курса, после аккредитации студент получает уже сертификат и может работать врачом первичного звена. Это врач-лечебник, который может вести приём, ему специализация не нужна. Вот оттуда у нас сейчас и берётся врач общей практики.

Следующий этап – это обеспечение обучения врачей первичного звена, то есть в настоящий момент неврологов и других специалистов, анестезиологов, ревматологов по программе подготовки по медицине боли. Можно провести их обучение, и это позволит им уже на следующем уровне помощи квалифицированно лечить этих пациентов.

Существенный момент – это решение правовых вопросов компетенции разных специалистов. У нас существенные разногласия есть в том, что в лечении боли может и должен делать невролог, какие задачи будет решать анестезиолог, и вот это требует отдельного обсуждения решения.

Сегодня уже говорилось о внимании к научным исследованиям. Потому что без дополнительных научных усилий дальнейшее движение развития организационных аспектов будет трудным.

И, простите, вот ещё. Вот материалы в том числе совещания, которое проводило Российское общество по изучению боли в прошлом году, Юрий Викторович Кобзев принимал в нём участие. Оно сейчас стало основой, заканчивается работа над методическими материалами «Организация противоболевой помощи в Российской Федерации». И вот перед вами оглавление. Если вы обратите внимание, многие из присутствующих сегодня здесь авторов принимали участие в создании этих методических материалов. Здесь есть аспекты, которые касаются правовых вопросов лечения боли, работы клиник, центров боли. И вот эти материалы в том числе направлены в Комитет Государственной Думы по здравоохранению, и я думаю, что в дальнейшем они могут стать основой к дальнейшему развитию.

И заключительный слайд. *(Демонстрируется слайд.)*

Здесь представлена та деятельность, которую Российское общество по изучению боли ведёт, взаимодействуя со многими организациями, которые представлены на сегодняшнем совещании. Это и Ассоциация ревматологов, это специалисты, которые занимаются вопросами интервенционного лечения боли, специалисты, которые занимаются паллиативной помощью и другие специалисты. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Максим Валерьевич.

Я хотел бы с большим удовольствием предоставить слово академику Сергею Владимировичу Готье. Спасибо, что пришли.

**Готье С. В.** Дорогие коллеги, к сожалению, я должен сейчас покинуть заседание. Я специально не готовился к выступлению, просто мне надо было понять общий настрой коллег и получить имеющиеся на сегодняшний день сведения по болевому синдрому, что очень полезно.

Прежде всего, такое впечатление складывается, что боль абсолютизируется в качестве какого-то отдельного нозологического компонента и требует даже таких организационных мероприятий, как учреждение должности главного специалиста, внесение изменений в профессиональные стандарты.

Просто мы должны с вами понимать, что боль, во-первых, – это обычно первый симптом какого-то недуга, о котором человек не подозревает до появления боли. И наша задача состоит в том, чтобы этот человек боль свою не прятал в себе и не терпел, а пошёл с этой болью к доктору общей практики, чтобы вообще как-то манифестировать своё состояние.

С другой стороны, с возрастом, болезнями, перенесёнными травмами, неправильным образом жизни мы, в конце концов... Так сказать, наша жизнь сопровождается какими-то болевыми элементами. Мой учитель когда-то мне сказал, наверное, это общеизвестная мысль о том, что если мужчина после 50 лет просыпается и у него ничего не болит, значит, он умер. Ну, это в порядке шутки. И здесь встаёт вопрос: мы лечим боль или лечим причину.

Я с удовольствием выслушал выступление Дмитрия Анатольевича, который, в общем-то, всё сказал, всё, что нужно по этому вопросу. Действительно, нельзя абсолютизировать боль как предмет лечения. Боль должна лечиться в составе заболевания, симптомом которого она является. И тот специалист, который работает с пациентом по лечению какой-то болезни у этого пациента, он должен обладать знаниями, которые нужно, наверное, поместить в профессиональный стандарт. Он должен понимать возможности развития болевого синдрома на разных стадиях лечения этого пациента и те меры, которые он должен предпринимать по этому поводу. И это совершенно не значит, что должны быть какие-то специальные врачи, которые могут попасть в корешок.

Да, есть врачи, которые это умеют делать, а есть, которые не умеют. Это вот первый аспект, который я хотел бы подчеркнуть – надо всё-таки лечить причину, прежде всего. Ну, это, по-моему, ясно.

И ещё один важнейший аспект практической деятельности очень хорошо описала Анна Константиновна в своём выступлении по применению наркотических обезболивающих. Сейчас это действительно становится большой проблемой, и чтобы купировать болевой синдром у тяжёлых пациентов, которые действительно нуждаются в обезболивании на ранних послеоперационных сроках, им, в основном, дают НПВС, а НПВС – это повреждение почек, это тромбоцитопения, это геморрагический синдром, это восполнение кровопотери и так далее, и тому подобное. Поэтому мы с этим организационным нерешённым вопросом переходим к совершенно другому вопросу по усугублению тяжести состояния пациента.

Вообще, большое спасибо за приглашение. Я с удовольствием всё это послушал.

**Председательствующий.** Спасибо, Сергей Владимирович.

Я только единственное хочу сказать в данном случае. Боль, когда она острая, манифестирует, допустим, инфаркт миокарда, прободную язву и так далее, и так далее, безусловно, лечится в клинике.

Сейчас речь идёт не просто о боли, которой уделяется столько внимания, а о том, когда диагноз уже, в общем-то, поставлен, именно о хронической боли, хроническом болевом синдроме, о методах его лечения.

Слово предоставляется Артёму Олеговичу Гущину, заведующему нейрохирургическим отделением Научного центра неврологии.

**Гущин А. О.** Спасибо огромное.

Коллеги, я представляю нейрохирургическую службу Института неврологии, а также Ассоциацию хирургов-вертебрологов национальную, поэтому моё сообщение касается проблем нейрохирургического лечения боли в таком спинальном аспекте.

*(Демонстрируется слайд.)*

Мы понимаем, что в основном это, конечно, проблема боли в спине. Вдуматься только – 15 миллионов дней нетрудоспособности в такой стране, как Россия, в основном приходится на лечение как раз боли в поясничном отделе позвоночника. Это несколько дней нетрудоспособности на каждого работающего гражданина.

*(Демонстрируется слайд.)*

Безусловно, я буду говорить о сложных вариантах, которые применяются в нейрохирургической клинике. В частности, это проблема так называемой нейромодуляции, когда лечению подвергается некупируемый вариант развития боли – нейропатическая боль. В этом случае мы идём, безусловно, от медикаментозных вариантов к сложным нейрохирургическим. Надо отметить, порядка двух миллионов различных спинальных вмешательств проводится в стране, но 30–40 тысяч пациентов после таких операций не испытывают улучшения и продолжают испытывать болевой синдром.

*(Демонстрируется слайд.)*

Поэтому вот этот алгоритм, который обычно используется через медикаментозное лечение в различных интервенционных методах блокады, но дальше уже оказывается нейрохирургическая помощь. Мы пришли к возможности проведения так называемых технологий нейромодуляции, когда пациенту имплантируется устройство эпидурально, то есть поверх спинного мозга, поверх оболочки спинного мозга, изменяя как бы его отношение к этой боли и меняя само ощущение боли.

*(Демонстрируется слайд.)*

Данная технология используется в самых разных ситуациях, я сейчас не буду конкретизировать возможность использования спинальной стимуляции при ишемической болезни сердца, при стенокардии, при различных вариантах, даже кластерных головных болях, мигрени. Но технология сама по себе абсолютно новая и, конечно, широко тиражируема.

Наши коллеги кардиологи относятся довольно скептически к применению этого метода, учитывая, что пациент, для лечения некупированной стенокардии которого используют спинальные стимуляции, не испытывает боль. Но опыт показывает, что кроме того, что он не испытывает боль в области сердца, используется так называемый метод расширения сосудистого русла, и поэтому сам по себе эффект спинальной нейростимуляции – это, в общем, довольно интересная, малоизученная технология, которая позволяет снимать не только боль, но и саму патофизиологическую составляющую этого синдрома.

*(Демонстрируется слайд.)*

По методике это также довольно специфическая технология, она предусматривает проведение тестового периода, когда пациенту имплантируется эпидуральный электрод, потом имплантируют генератор, и хирург в процессе тестового периода может оценить эффективность применения этого метода и понять, подходит данный метод пациенту или нет. В любом случае эти технологии при лечении стенокардии, различных склерозирующих заболеваний нижних конечностей, ангиите – это вполне реально и хорошая перспектива. Такие пациенты, у которых имеются уже грубые некротические нарушения в нижних конечностях с атеросклерозом, также могут лечиться применением спинальной стимуляции, и эффект от этого лечения крайне позитивный.

*(Демонстрируется слайд.)*

Мы представляем, сколько сотен тысяч людей имеют краниалгии, то есть головные боли, мигрени, кластерные боли. И проведение периферических вариантов стимуля-

ции у этих пациентов также позволяет избавиться от этого синдрома. Это единственный вариант лечения и наиболее частые показания к применению таких сложных методов нейромодуляции у наших коллег в Европе и в Соединённых Штатах.

*(Демонстрируется слайд.)*

Очень любопытно, что последние исследования в области нейромодуляции позволяют применять данную технологию не только в пункционном виде, но даже можно способом инъекций с очень небольшой взвесью таких микроэлектродов вводить в зону предполагаемой стимуляции. Пациент получает при необходимом подборе параметров выраженный противоболевой эффект. И это делает возможность применения метода абсолютно утилитарной. Врач может находиться в сотнях, тысячах километров от пациента и, модулируя имеющимися параметрами раздражения данного устройства, менять параметры для пациента и создавать наиболее оптимальные условия для купирования боли. То есть возможности развития вот этого высокотехнологичного направления в нейрохирургии в лечении боли совершенно безграничны.

*(Демонстрируется слайд.)*

Статистика 2016 года говорит о том, что в США имплантировано порядка 200 тысяч систем нейромодуляции. В России мы провели 800 таких имплантаций. Да, это, конечно, вопрос стоимости, это вопрос переведения этих пациентов в категорию высокотехнологичной медицинской помощи, но даже тут несколько вопросов. Например, как может батарейка с проводом стоить больше миллиона рублей. Однако самое-то главное – пациенты отказываются от таких имплантаций потому, что не знают, что будет с этим имплантированным устройством, потому что они живут далеко от врача, от нейрохирурга и не уверены в том, что данная технология им подходит и решит проблему.

Поэтому наши предложения касаются, безусловно, создания специализированных кабинетов и отделений лечения боли. Это, безусловно, такой мультидисциплинарный подход.

Это возможность лечения различных сложных болевых синдромов, к которым обращаются именно нейрохирурги. Дальше. Это путь от непростых, но достаточно ординарно используемых блокад и местных инъекций к пункционным методам, малоинвазивным операциям, которые очень сейчас активно используются.

И это, наконец, возможность создания специализированных центров лечения болевых синдромов, которые будут профессионально подходить к таким больным.

*(Демонстрируется слайд.)*

Это наш пациент на столе во время проведения стереотаксической операции. Это нормальное состояние пациента, который застрахован, знает о возможных негативных эффектах, которых, естественно, мы и пациент пытаемся избежать. Он застрахован и уверен в позитивном развитии лечебного процесса.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо.

Уважаемые коллеги, у нас ещё 17 человек осталось, поэтому у меня просьба. Первое – переходим уже на трёхминутный режим.

Второе. Сейчас не надо говорить про методы лечения, показывать слайды, всё. У нас чисто организационный вопрос. И речь идёт о серьёзных организационных вопросах – о создании в стране системы лечения хронического болевого синдрома. Здесь много коллег из регионов, которые создали центры лечения боли, нам нужно понимание, какое количество центров нужно на 100 тысяч населения, какая нужна структура, иерархия, какое оборудование и так далее.

Поэтому у меня предложение: я думаю, все согласны с тем, что необходимо создать такую систему противоболевого лечения. И, наверное, главный специалист нужен, нужны кафедры, обучение, научные работы и исследования. И сейчас в выступлениях, в основном, прошу именно по организационным вопросам говорить.

Поэтому я хотел бы предоставить слово Ивану Владимировичу Портнягину, руководителю Центра лечения хронической боли городской клинической больницы имени Юдина Департамента здравоохранения Москвы. Пожалуйста, Иван Владимирович. Три минуты.

**Портнягин И. В.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Я хочу сказать следующее: есть исследования, которые показывают на опыте клиники, что если в состав мультидисциплинарной комиссии дисциплинарной команды входит врач-интервенционист, то тогда в течение двух лет на 60–80 процентов стоимость лечения пациента с хроническим болевым синдромом удаётся снизить. Если мы не включаем в команду такого специалиста-интервенциониста, а пытаемся обойтись всеми другими способами без интервенции, тогда такая история не проходит.

Было показано, что если мы в паллиативной медицине имплантируем устройство постоянного введения, интратекального введения пациентам опиоидов, то удаётся снизить на 64 тысячи долларов в год стоимость лечения этого пациента, в первую очередь за счёт того, что резко падает количество повторных обращений пациентов, резко падает стоимость препаратов, которые требует этот пациент. И что ещё очень важно для пациента и родственников: оказывается, что у пациентов, которые получают интратекальную мощную систему обезболивания, продолжительность жизни на 6–8 месяцев дольше, чем у пациентов, которые получают стандартную систему обезболивания.

Следующий момент. В Испании, где я был на стажировке, нейрохирург не будет делать операцию по поводу грыжи диска, если предварительно не сделаны три эпидуральных инъекции стероидов, вернее, нейрохирург может делать операцию, но её не оплатят, вот в чём дело, потому что эпидуральное введение стероидов оказалось очень эффективным в лечении радикулопатии, радикулярного болевого синдрома.

И существуют на сегодняшний день как минимум три рандомизированных контролируемых исследования, которые показали экономическую эффективность эпидуральной интервенции. Почему? Эпидуральное введение стероидов – это добавленные годы жизни с поправкой на качество, это позволяет пациентам с радикулопатией снизить стоимость лечения где-то на две тысячи на душу населения, а если это спинальный стеноз, то где-то на 1600–1700 долларов на душу населения, это огромные деньги в масштабе нашей страны.

В заключение я хочу сказать следующее. У нас в Москве сейчас как минимум два городских стационара – это моя больница, больница имени Юдина, куда меня пустили благодаря хорошему отношению главного анестезиолога Москвы Дениса Николаевича Проценко, и 52-я больница. То есть одна больница на севере Москвы, другая больница на юге Москвы оказывают помощь пациентам с хроническим болевым синдромом. Преимущественно это пациенты с болью в спине, но мы сейчас располагаем возможностью оказывать весь спектр тех интервенций, которые рекомендованы международными обществами лечения боли, в том числе и испанскими. Это примерно 30–40 манипуляций на клинику лечения боли третьего уровня.

Мы готовы во всём, что касается темы лечения боли, темы обучения врачей лечению хронического болевого синдрома, всячески помогать и становиться базой для того, чтобы это лечение на нашей базе проводилось.

И в заключение. В 2016 году наша Ассоциация интервенционного лечения боли перевела с испанского языка книгу, которая называется «Организация лечения хронического болевого синдрома. Стандарты и рекомендации». Это рекомендации испанского общества изучения боли о том, как организовать клинику лечения боли. Здесь есть очень много тех ответов на те вопросы, которые здесь задавались.

В частности, например, мы можем сказать совершенно чётко, что в Европе одна клиника лечения боли второго уровня рассчитывается где-то на 250–300 тысяч населения. Если это клиника лечения боли третьего уровня, которая обладает функциями

обучения и научно-исследовательской деятельностью, то расчёт такой: одна клиника на 1,5–2 миллиона взрослого населения.

Таким образом, мы можем чётко прикинуть, сколько нужно таких клиник. Первого уровня – где-то 200–300, но, как правило, это монотематические клиники. Вот у нас в Москве есть масса клиник, прекрасных клиник головной боли. Если можно, я передам эту книгу, потому что я подозреваю, что в Парламентской библиотеке её нет.

**Председательствующий.** Давайте, давайте, спасибо большое, спасибо.

Вот вы как раз подняли вопросы о том, о чём мы говорили в самом начале, – вопросы стандартов, вопросы порядков, вопросы оплаты, вопросы клинических рекомендаций. У нас нет единых клинических рекомендаций, мы пользуемся материалами Америки, Испании и других стран, к сожалению. Поэтому я сейчас хочу спросить коллег из регионов, центров: платно или бесплатно оказываете помощь?

**Из зала.** По ОМС работаем.

**Председательствующий.** По ОМС. Опять же тоже нужно будет – кто по ОМС, кто только платно лечит – записать. И какие ещё, допустим, предложения вы хотели бы внести нам в рекомендации.

Слово предоставляется Андрею Августовичу Белкину, директору Клинического института мозга, главному реабилитологу Минздрава России в Уральском федеральном округе. Андрей Августович есть? Три минуты.

**Белкин А. А.** Да. Будьте добры, презентацию.

Уважаемые коллеги! Я действительно далеко из-за пределов МКАДа приехал, поэтому заранее сделайте поправку на то, что мы люди необычные, видите, нас обозначили на федеральном телеканале как город бесов, поэтому многие вещи можно делать нестандартно. Между тем, наш регион – Свердловская область – считается официально лучшей территорией по организации реабилитационной помощи на всех трёх этапах. Говорю это лишь для того, чтобы понять, как может быть этапно организована помощь, в том числе пациентам с хронической болью.

*(Демонстрируется слайд.)*

Вот это три этапа оказания помощи от начала острого заболевания, острой церебральной недостаточности, инсульта или черепно-мозговой травмы, или чего-то, связанного с необходимостью оказания нейрохирургической, реанимационной помощи. Это то, что является объектом сосудистой программы, единственной программы, которая, на наш взгляд, пошла по всей стране и стала лучшей в мире, что отмечено Всемирной организацией здравоохранения.

И вот если вы обратите внимание, то на каком-то этапе появляется разветвление, которое зависит от модели пациента, насколько он нуждается в каком виде помощи. После того как он выписывается из отделения реанимации, он попадает на многоэтапную систему оказания реабилитационной помощи, которая дальше его продвигает по принципу эскалации – от простого к сложному.

*(Демонстрируется слайд.)*

Биомедицинская модель, которая за исключением реабилитационной помощи сегодня у нас развита, это как раз-таки поиск причины, это пациент, пассивно получающий лечение, его рассчитывают, но он должен сам выкручиваться из ситуации, то есть диагностика лечения заболевания.

*(Демонстрируется слайд.)*

А следующий слайд – это классический принцип, который заложен в основу реабилитации – профилактика, преодоление последствий ограниченной возможности. Так вот, в самой концепции реабилитации заложена идея того, что если нельзя функцию восстановить, надо научить пациента жить, преодолевая этот дефект, и облегчить его страдания, связанные с этим дефектом, для обеспечения качества жизни. Если сейчас перевести всё, что было сказано, то хроническая боль – это то, что мешает человеку

жить, что нарушает качество жизни и препятствует его любому восстановлению по поводу любого дефекта.

Пожалуйста, дальше. *(Демонстрируется слайд.)*

То, что хроническая боль – это нозология, это комплекс, не вызывает никаких сомнений, но подход к ней, скорее всего, является многокомпонентным, и он заложен, уважаемые коллеги, он существует. И писать новые документы, создавать новые структуры... Давайте, может быть, оттолкнёмся от того, что сегодня уже есть, а есть служба реабилитации, есть порядок оказания реабилитационной помощи. В этом порядке пациент является объектом этой помощи. И, безусловно, для того чтобы решить его реабилитационную задачу, нужно решить задачу препятствующую, это боль.

Пожалуйста, дальше. *(Демонстрируется слайд.)*

Вот это структура лечебных задач реабилитации, обратите внимание, направленных на сохранение, на абилитацию, на реабилитацию, восстановление утраченных возможностей. Там вот зелёным цветом выделено... Это проблема, это задача, которая начинается с первого дня и которая продолжается весь период прохождения пациента по реабилитационному этапу.

*(Демонстрируется слайд.)*

Спектр методов лечения боли. Здесь я вижу блестящих специалистов по разным разделам: нейрохирургов, интервенционистов, специалистов внутрикостной блокады, Евгения Леонидовича Сокова, который меня, собственно, сюда позвал. Я писал, что здесь есть подходы к лечению боли, обратите внимание, это вовсе не опиаты, но у опиатов своё место и своя нозология. И уважаемые коллеги, занимающиеся паллиативной помощью, честь им и хвала, они борются с болью. Я сейчас об этом не говорю, там более или менее всё структурировано. А вот в части как раз-таки ревматических болей...

Я невролог, анестезиолог, реаниматолог и реабилитолог. Ушёл из неврологии, потому что неврология знает, откуда что берётся, но ничего не может. Анестезиология может сделать любую блокаду, но мне никто не скажет, что, собственно, надо заблокировать. И только занявшись реабилитацией, я понял, что реабилитолог по своей специфике обязан соединить анестезиолога, невролога, травматолога и ревматолога, чтобы объединённо решить задачу и понять, какая система, какой комплекс потребуется, надо ли ему делать абляцию ультразвуковую или достаточно антидепрессанты подобрать, а может, смодулировать транскраниальную магнитную стимуляцию.

*(Демонстрируется слайд.)*

И всё это заложено в программу, которая сегодня является программой подготовки специалиста по медицинской реабилитации. И я, честно говоря, думал, что Минздраву России будет предоставлена возможность рассказать об этом. И весь опыт колоссальный, который имеется у наших уважаемых ведущих учреждений, у наших специалистов, кафедр, его нужно туда обратить, на подготовку специалистов по реабилитации, потому что подготовка специалистов должна проходить в стандарте. В трудовом стандарте заложен отдельный огромный раздел «Боль и её контроль». Это значит, что обучение такого специалиста, которое, я вам должен сказать, занимает три года ординатуры, начнётся с 2020 года, оно не может обойтись без специалистов по боли из Ассоциации боли, которая имеет колоссальный опыт.

Так вот, первая мысль профилактики и лечения боли – это стратегия реабилитационного процесса на всех этапах. Поэтому я считаю, что в этом случае сепаратизм абсолютно нелеп, хотя бы потому, что негде взять людей. Вот представьте, за пределами Москвы, мы зачастую не можем укомплектовать сосудистое отделение, которое оказывает неотложную помощь, там выгорают специалисты. Вы хотите ещё одну вертикаль построить?

**Председательствующий.** Андрей Августович, вы уже перебираете время, уже больше трёх минут. Поэтому завершайте мысль. Что нужно? А то мы опять растека-

емся мыслью по древу. Что не обозначили, что нужно дополнить? А мысли, конечно, хорошие, поэтому спасибо.

**Белкин А. А.** Спасибо за поддержку.

Но я продолжу тем не менее. Маршрутизация пациентов. Коллеги, не надо ничего придумывать. Все КСГ и МЭСы, они существуют. Если их скомплектовать и обсчитать, как это сделано у нас, вы можете в дневном стационаре оказывать помощь пациенту по программе «Хроническая боль». И для этого не нужна законотворческая инициатива, это всё осуществлено на уровне региональных решений.

**Председательствующий.** Спасибо, спасибо.

Слово предоставляется Михаилу Александровичу Силаеву. Максимально три минуты.

**Силаев М. А.** Можно не показывать слайды, я постараюсь своими словами.

**Председательствующий.** Конечно, лучше без слайдов. Говорите, что нужно.

**Силаев М. А.** Законодательно у нас закон № 323-ФЗ говорит, что правом на обезболивание обладает каждый гражданин. Что имеем в действительности? Приказы Минздрава России по оказанию анестезиологической помощи (909-й и 919-й 2012 года), имеем приказ 2013 года по снятию острой боли, которая опасна для жизни, имеем приказы 2015 года по паллиативной помощи. Остаётся вакуум, определённая ниша – больные с затянувшимися подострыми болевыми синдромами, хроническими болевыми синдромами. Кто этим занимается? Никто, приказов на этот счёт нет.

И вот возникают энтузиасты, которые пытаются эту нишу закрыть, либо на коммерческой основе, либо, если удаётся, на государственной. У нас возможность была организовать такое структурное подразделение, вначале кабинет, потом отделение лечения боли, которое показало, что да, такая структурная единица в больнице нужна, все «за», что боль нужно лечить. Но вот время идёт, мы развиваемся, у нас много методик – и фармакотерапия, и малые инвазивные методы, и радиочастотные методы воздействия. А учитывая, что в нейрохирургии есть ещё и возможность проведения нейростимуляции, в нашей больнице, а она самая мощная на Южном Урале, в принципе возможности для проведения такой терапии есть. Но вот время идёт, сейчас больницы во многом заинтересованы, чтобы ФОМС оплачивал процедуры, и с чем мы сталкиваемся на самом деле? А сталкиваемся с тем, что наши процедуры нигде не фигурируют, вот эти малые инвазивные процедуры.

Возьмите приказ № 804: ни в разделе А, ни в разделе Б никаких там блокад или торгитной фармакотерапии нет. Что это значит? Значит, что люди, которые работают в этом поле, они в такой своеобразной правовой сумеречной зоне находятся – разрешения нет, запрета нет, работаешь до первого, так сказать, осложнения. А если осложнение случится, то тебя уже разделают по полной программе – вспомнят, что и таких отделений официально нет, и что методики используются, которые не узаконены. Сегодня прозвучало насчёт химического нейролиза чревного. Да, хороший метод. У нас, наверное, самый большой в стране опыт проведения чревного нейролиза такого рода, но первый же возникающий вопрос: а спирт разрешён для парентерального ведения? Нет, это наружное средство точно так же, как и фенол. То есть люди, которые занимаются вот этими вещами, ходят по острию ножа.

И второе. Вот сейчас интерес действительно к лечебно-медикаментозным блокадам возрастает, и этим занимается очень много неспециалистов, которые даже не знают фармакологию препаратов, используемых ими для лечебно-медикаментозных блокад.

Поэтому блокады, конечно, это важный раздел в лечении боли, он не единственный и не абсолютный, и методологически надо создать клинические рекомендации по применению блокад. Тут всё и в отношении топической диагностики, и в отношении показаний, противопоказаний, и условий проведения, в том числе санитарно-гигиенических. Нельзя проводить блокаду не в условиях процедурного кабинета, и очень важно иметь

возможность оказания неотложной помощи в случае развития осложнений. Вот эти моменты нужно учитывать.

И вот наши рекомендации, которые мы дали в конце наших тезисов, их можно в материалах сегодняшнего «круглого стола» посмотреть. Спасибо.

**Председательствующий.** У вас сколько коек или койки вообще отсутствуют?

**Силаев М. А.** У нас нет коек, и это отдельный аспект работы. При функционировании вот этого отделения – чем мы можем заинтересовать больницу? Только проведением амбулаторного частного приёма. Вот на коммерческой основе амбулаторный приём – это да, за это больница нам финансирует обслуживание пациентов в стационаре, это взаимовыгодно.

**Председательствующий.** А вообще нужны койки или нет?

**Силаев М. А.** Я думаю, если для стационарной помощи, то нет, потому что в принципе мы занимаемся пациентами, которые находятся в определённых отделениях стационара. Мы можем выйти в то или иное отделение, пациенты могут к нам прийти.

**Председательствующий.** То есть вы делаете манипуляции определённые и всё, да?

**Силаев М. А.** Да. И совместно с врачами обсуждаем тактику.

**Председательствующий.** Понятно. Спасибо.

Следующее слово предоставляется Эмилю Давидовичу Исагуляну, старшему научному сотруднику Института нейрохирургии имени академика Бурденко. Пожалуйста.

**Исагулян Э. Д.** Добрый день!

Я попрошу всё же презентацию включить, потому что там есть некоторые цифры. Я уложусь в свои три минуты.

Я представляю не только Институт нейрохирургии Бурденко, но также являюсь президентом Национального общества нейромодуляции, о котором уже сказал Артём Олегович.

*(Демонстрируется слайд.)*

Первые несколько слайдов мы с вами быстренько пролистаем для того, чтобы остановиться на главном. Ну это МКБ-11, собственно, о которой сегодня уже говорили.

Дальше, пожалуйста. Дальше. Дальше. Дальше.

Ну, собственно, вот показания в хирургии – естественно, это когда рефлекторность болевого синдрома, недостаточная эффективность предыдущих методов, в том числе интервенционных методов лечения.

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

На методах нейростимуляции я также не буду останавливаться, потому что Артём Олегович достаточно подробно уже на этом остановился, а цифры эффективности взяты из хорошо известных системных обзоров, метаанализов, их также можно легко найти, в конце концов, эту презентацию я могу и в PDF-формате оставить.

Дальше, пожалуйста. *(Демонстрируется слайд.)*

Арсенал достаточно большой: стимуляция периферических нервов, стимуляция спинного мозга, стимуляция крестцовых корешков. Эффективность, как вы видите, методов нейростимуляции достаточно высока. Здесь вы видите уровни доказательности, которые собраны из последних метаанализов, системных анализов.

*(Демонстрируется слайд.)*

Центральную боль также можно очень хорошо контролировать, это послеинсультный болевой синдром, фантомный болевой синдром. Даже скажу больше, фактически методы нейромодуляции в лечении этих болевых синдромов иногда безальтернативны, потому что пациенты просто не могут найти другой помощи, кроме как методы нейромодуляции.

*(Демонстрируется слайд.)*

Инtrateкальная терапия, несмотря на то что достаточно часто применяется в онкологической боли (вы видите уровень доказательности на сегодняшний день), не менее

часто применяется также и при неонкологической боли. Дальше, пожалуйста. Осложнения, как вы видите, тоже минимальные, что касается неврологических серьёзных осложнений, они просто незначительны... Некоторые препараты обладают большим количеством осложнений, чем методы нейромодуляции.

*(Демонстрируется слайд.)*

Эти цифры, естественно, взяты опять же из системных анализов. Что касается экономической эффективности, то за 1,5–2 года, как вы видите из последних исследований, все системы себя окупают, несмотря на первоначально высокую стоимость. Дальше, пожалуйста. Ну, и наконец самое главное, на чём хотелось бы остановиться. Большинство врачей не воспринимают боль как самостоятельное заболевание, к сожалению. Отсутствуют алгоритмы, определяющие показания и сроки перехода от консервативной терапии к интервенционной медицине и хирургии боли.

*(Демонстрируется слайд.)*

Вот цифры, что хотелось бы показать. Если экстраполировать данные США и Англии, допустим, по методам нейромодуляции, то в России должно производиться приблизительно 23–25 тысяч имплантаций систем в год по всей стране. Если считать по такой методике, эти цифры также сегодня неоднократно озвучивались, то в принципе получается, до 30 тысяч.

Дальше. *(Демонстрируется слайд.)*

Вот по Москве цифры. Необходимо иметь около 15 центров и в каждом делать по 200 имплантаций в год. На сегодняшний день существует 13 центров, что немало, но, к сожалению, квот пока ещё... Я ничего не хочу сказать, я доволен тем, что уже есть, потому что если сравнивать с тем, что было 10 лет назад, это неимоверная разница. И, более того, из года в год мы имеем прирост определённый, около 10 процентов, но тем не менее по сравнению с теми цифрами, которые нужны...

Дальше, пожалуйста. *(Демонстрируется слайд.)*

Вот реальные цифры, которые с 2017 года мы системно собрали из всех центров, где проводятся нейромодуляции. 962 системы были имплантированы. Здесь, конечно, опять же речь идёт о том, как они распределяются. И вот в принципе пути решения. Выделение специальности алголога, всё же я не согласен с теми, кто считает, что это не нужно, потому что информация, которая на сегодняшний день скопилась и копится дальше, как снежный ком, её невозможно уместить в рамки никакой специальности. И дальше её будет всё больше. Заканчиваю, всё. Самое главное – всё же создание сети кабинетов боли, где должен принимать алголог или хотя бы врач общей практики, имеющий знания, чтобы хотя бы маршрутизировать: острая боль – налево, хроническая боль – в клинику боли. Дальше, отделения боли обязательно, клиники боли и центры боли.

По поводу рекомендаций. Обязательно совместные рекомендации нужны, потому что есть разрозненные, а нужны совместные. Спасибо.

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, ещё раз напоминаю, не соблюдающие регламент остальным не дают возможности говорить, может быть, у кого-то есть ценное предложение. Не надо вот этих слайдов кучу давать, это не научная конференция.

Олег Иванович Загорулько, руководитель Клиники изучения и лечения боли, руководитель комитета по послеоперационной боли Российского общества по изучению боли.

**Загорулько О. И.** Добрый день, уважаемые коллеги. Коротко совсем, без слайдов, да.

За 43 года работы отделения изучения и лечения боли у нас, конечно, накопился определённый опыт. База у нас начиналась с анестезиологов, но пришлось сразу же практически включить неврологов. Люди, которые постоянно занимаются лечением боли, понимают, что необходимо мультидисциплинарное основное положение.

В настоящий момент всё разобщено у нас. Это тяжёлое время, в которое мы живём, но в то же время «каждый кулик хвалит своё болото», и здесь мы это увидели.

Конкретные предложения. В Ассоциации анестезиологов есть комитет по изучению боли, который сейчас не работает, поскольку профессор Овечкин занимается только региональной болью, но сейчас мы нашли понимание и начинаем вроде бы работать вместе – это и неврологи, которые активно работают, и Общество по изучению и лечению боли, и ревматологи, которые принимают постоянное участие, и интервенционисты – все методы лечения боли имеют место.

Сегодня делались ссылки на Штаты, на Испанию, на Германию. Мы можем сослаться сколько угодно, у нас нет статистики российской, нам это предстоит делать.

И по образованию. В ходе всех вот этих пертурбаций, которые у нас в стране проходят, в настоящий момент новое министерство, ну, новое-старое Минобрнауки России, занялось и проблемой боли. Сейчас выделяются большие гранты на научную работу, на конкурсной основе, пожалуйста, участвуйте, кто имеет отношение к науке. Мы этим занимаемся в специфику своего положения, но приглашаем всех. Можно создавать временные коллективы, лаборатории. Давайте вместе работать, вырабатывать единый протокол ведения таких пациентов.

И последняя ремарка. Кто хоть чуть-чуть знаком с новой классификацией по болезням, может заметить, что нет нозологической формы. Я Сергею Владимировичу хотел сказать, он нас прекрасно знает, сам от нас вышел, но тем не менее он почему-то немного не туда пошёл, что это нозологическая форма. Нозологическая форма не ведущей единицей будет в ближайшее время. Боль – это синдром, и разбираться, что там первично, что вторично и на каком этапе, как правильно лечить, – это задача общества, в которое входят, как я говорил, все специалисты по изучению боли.

Поэтому давайте работать вместе. Научный центр теперь организовал кафедру, и мы с сентября начинаем на базе Клиники изучения и лечения боли образовательные процессы. Мы готовы делиться своими знаниями, мы приглашаем и патофизиологов, и ревматологов, и анестезиологи многие будут работать там, преподавать. Надо вырабатывать единые правила ведения борьбы с болью. Спасибо.

**Председательствующий.** Коллеги приехали издалека – из Краснодара, Ставрополя, поэтому я сейчас предоставлю им слово...

**Пилипенко П. И.** Спасибо большое, Николай Фёдорович!

Коротко. Уважаемые коллеги, до хронического болевого синдрома надо ещё дожить. С учётом того, что сегодня происходит с НПВС, я в основном касаюсь пожилого населения, которое страдает, можно сказать следующее. За первые три месяца у нас умерло 431 тысяча больных, а 2896 больных – это НПВС, это анальгин. Это кровотечения, это инсульты, это инфаркты и анальгин. И анальгином тоже лечат, пока больной доживёт до хронического болевого синдрома.

Я думаю, пока у нас, как в Германии, главный фармаколог не сменится, у нас этот анальгин так и будут использовать. И нам скоро некого будет лечить при хроническом болевом синдроме, больные не будут доживать.

А предложения следующие, конкретные. Во-первых, Николай Фёдорович, посчитано точно, сколько нужно коек на регион в полтора миллиона жителей. Посчитана экономия от работы мультидисциплинарного центра, 30–40 процентов средств.

Следующее. Абсолютно чётко структура разобрана, и присутствует обычно это при многопрофильной больнице. И интересный момент заключается в том, что начинать работать надо сегодня, а не завтра. Поэтому финансовое обеспечение по созданию противоболевых синдромов надо проводить за счёт средств федерального бюджета, регионального проекта «Старшее поколение», потому что в основном страдают и погибают люди пожилого возраста, и национального проекта «Демография», а именно – организация медицинской помощи по профилю педиатрия.

И самое интересное, что стандарты вообще ни в какие ворота не лезут, поскольку там, допустим, прописаны ортопедические и нейро-ортопедические, травматологиче-

ские нозологии, а лечат невролог и нейрохирург. Стандарты надо писать, нужен главный специалист.

**Председательствующий.** Кто стандарты писал?

**Пилипенко П. И.** Я не писал. Поэтому стандарты точно надо переписывать. Главный специалист должен быть.

Спасибо.

**Из зала.** Добрый день, глубокоуважаемые коллеги!

Я так понял, переходим сразу к выводам и предложениям. Вот в Краснодарском крае мы провели небольшой опрос среди неврологов, участковых терапевтов, так как мы три года активно работаем в нашем Центре лечения боли. И выяснилось, по крайней мере, среди опрошенных, что 40 процентов населения страдает той или иной болью.

При общем числе пациентов, обратившихся к нам в клинику, это в пределах 80 тысяч человек, амбулаторно обследованных на базе нашей больницы, мы выполнили 67 тысяч операций за 2018 год. 80 тысяч пациентов обратились с болью к врачам-неврологам, ортопедам-травматологам, ревматологам. Это, в принципе, всего лишь 1,6 процента населения Краснодарского края, которое пять миллионов. Из них прооперировано нейрохирургами и травматологами, мы это тоже берём как болевой синдром, семь тысяч пациентов. И десять тысяч пациентов вылечены теми или иными блокадными или интервенционными методами. То есть это достаточно актуально. И мы своим центром, одним-единственным в крае, не справляемся даже, наверное, на 5–6 процентов. Почему? Наверное, потому что нет той самой многоуровневой системы.

По выводам и просьбам. Первое. Хотелось бы обратить внимание всех, что нельзя сейчас говорить очень много о хроническом болевом синдроме. И мы сейчас перейдём к формированию кабинетов, которые занимаются только хронической болью.

Вот, например, в Архангельске прекрасно организована служба лечения боли, как и у нас, собственно, мы взяли их пример в этом плане. Это служба лечения боли, которая занимается в первую очередь... не в первую, а на 50 процентов – острым болевым синдромом в хирургическом стационаре. Наверное, это должно входить на 50 процентов в обязанности третьего уровня службы лечения боли. И вторые 50 процентов, естественно, это амбулаторный приём, интервенционные методы с хроническим болевым синдромом, потому как... Возьмём 67 тысяч операций, сделанных в нашей больнице. Из них велика доля операций на лёгком, на сердце, на грудной клетке. Минимум 10 процентов этих пациентов уходят с хронизацией болевого синдрома, если им на начальных этапах этой острой боли не применять интервенцию, не применять блокады. Поэтому эта служба должны быть на базе многопрофильного стационара.

Конечно же, отсутствует специальность или специализация. И даже если есть специализация, как у нашего специалиста, алгологом его назвал только наш главный врач своим личным приказом. И всё. Его, по сути, не существует. Да, неважно, это будет специальность или специализация, дайте ему место работы, места работы у него нет.

Финансовое обеспечение тоже немаловажно, потому что... мы придумали, коды КСГ, мы их просто адаптировали, взяв код КСГ эпидуральной блокады и код КСГ проводниковой блокады. Вот так мы в стационарах пациентов лечим, также лечим в дневном стационаре. А амбулаторно я не могу перенести эти коды в поликлинику, это незаконно. Поэтому мы вынуждены большинство пациентов проводить через дневной стационар, если пациент не говорит, что хочет по платным услугам лечиться. Но опять же, он два часа побыл у нас и ушёл, а если нас проверят, извините, дадут по голове.

По организации службы. Конечно, трёхуровневая система прекрасна. Есть предложение: поликлиника, первый уровень – это действительно врачи общей практики и неврологи, которые ведут первичный приём и должны проходить обучение на базе третьего уровня клиник. Второй уровень – это, наверное, городские и районные наши больницы, где максимум позволено, и это нужно прописать, здесь можно проводить

блокадные методики. И опять же, делать назначение препаратов, вести патронаж этих же наших больных.

И третий уровень – это должен быть многопрофильный стационар либо специализированная клиника на центральной базе в Москве и в центральных городах.

**Председательствующий.** Спасибо. Идём дальше.

**Из зала.** Будьте добры, всё-таки пару слайдов, так будет быстрее, нежели я буду говорить так. Мы в 2012 году на базе университета создали вначале цикл лечения боли для анестезиологов, полностью программа у нас давным-давно отработана, обкатана, мы единственные в стране на сегодняшний день выдаём удостоверения установленного образца о повышении квалификации по интервенционным методикам и по лечению острой хронической боли.

*(Демонстрируется слайд.)*

А потом на базе уже этого была создана клиника, и на сегодняшний день мы точно знаем, какое должно быть оборудование, сколько оно должно стоить. Дальше, пожалуйста. Какой должен быть штат, какие должны быть специалисты, на какое количество населения должно быть это рассчитано. И когда мы говорим о том, что надо бы создавать такие клиники, дело в том, что основная проблема-то – деньги. То есть это всё недешёвые технологии, они дорого стоят. И ещё пару комментариев.

Когда говорят о многоуровневой системе, о мультимодальном подходе, о многопрофильном и многокомпонентном и прочее, это несколько пугает в плане того, что это может как-то тему размазать. На самом деле ведь в мире уже давным-давно стандартизованы интервенционные методики. Есть элементы визуализации, есть экзамены, которые сдаются на так называемого пейнkillера.

И наши коллеги, которые работают за рубежом, говорят: не идите по нашему пути, мы уже совершили эту ошибку, создав многоуровневые системы какие-то, какой-то там первый, второй, третий уровень. Это делает недоступным для человека получение квалифицированной медицинской помощи по лечению хронического болевого синдрома. Есть специальность, всё стандартизировано, всё написано, всё посчитано, какие ещё вопросы? Вот нам не понятно, что за такое загадочное обучение всех подряд докторов? Ну, есть такое обучение, например, Всемирная организация анестезиологов WFSA давным-давно по всему миру проводит вот это стандартизованное обучение лечению хронического болевого синдрома, оно двухдневное. И в нашей стране оно проходит постоянно, пожалуйста, врач любой специальности может прийти и послушать, как это делать. Есть определённые специальности, которые занимаются определёнными заболеваниями. И когда говорят, что это, мол, как бы какой-то симптом, а это не симптом, это отдельные нозологии на самом деле.

И вот если говорить о том, что дорого, не дорого, то вот пример, когда тяжелейшая инвалидизация и мы человеку возвращаем движение. Или следующий пример. Фонд «Подари жизнь» нам отправил двенадцатилетнего ребёнка, огромные нейрофибромы, отказали все нейрохирурги у нас, в Израиле, в Германии. Болевой синдром, ребёнок год не спит, мы применяем интервенционные методики. В настоящий момент рост опухоли остановился, понимаете, в течение года не растёт. То есть это не только лечение какого-то симптома, это лечение заболевания. И возможности интервенционной медицины гигантские, понимаете? И поэтому это отдельная специальность, она уже стандартизована во всём мире, всё уже написано. И у нас уже всё написано. И подготовили мы около 300 специалистов по всей стране, казалось бы, какие вопросы ещё тут могут быть?

**Председательствующий.** Спасибо. Спасибо.

Так, у нас ещё Ставрополь, по-моему, да? Сергей Михайлович Карпов. Пожалуйста.

**Карпов С. М.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Но, по сути, вот Олег Иванович всё сказал, я с ним согласился, больше нечего добавить к этому моменту. Единственное, что мы забыли о регионах. Когда большой город,

в нём хорошо можно организовать любую противоболевую службу и прочее. Но медицина нужна не только в больших городах, но и в районах. А в районе такие вещи, наверное, создать будет достаточно проблематично, поэтому есть, наверное, смысл тогда готовить специалистов, которые отвечали бы за противоболевую помощь в центральных районных больницах. Может быть, хотя бы с этого начать, и тогда уже какой-то сдвиг был бы в этих регионах.

Ну и второе. На мой взгляд, всё-таки обучать решению проблемы боли, наверное, надо в ординатуре в постдипломном образовании, студентам давать такие вещи. Но вот я, как заведующий кафедрой, знаю, для студентов главное – решить проблему сессии, и на этом всё заканчивается. А вот ординаторы более осознанно подходят к этому вопросу.

Спасибо большое.

**Председательствующий.** *(Не слышно.)*

**Из зала.** Николай Фёдорович, просто, приглашая меня на данное выступление, Комитет Государственной Думы по охране здоровья согласовал со мной и тему, и продолжительность – 10 минут. Но с учётом того, что вы даёте две, а, может быть, даже одну минуту, я уложусь в одну.

**Председательствующий.** *(Не слышно.)*

**Из зала.** Да нет, не надо. Спасибо.

Законодательство наше российское, если говорить честно и откровенно, несовершенно и мешает нашим уважаемым врачам и докторам работать каждый день и целый день с полной отдачей. И сфера лечения боли исключением здесь не является. Поэтому я сделаю краткий вывод о том, что законодательство нуждается в комплексном системном переосмыслении и в серьёзном усовершенствовании.

Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Да, только сделайте конкретное предложение, это слишком общее.

Так, у кого есть нестерпимое желание выступить ещё? Пожалуйста.

**Молчанов И. В.** Коллеги, Молчанов Игорь Владимирович, главный анестезиолог-ревматолог Минздрава России.

Я почему попросил слово? Вы знаете, прозвучало: введение спирта, фенола, стероидов, прямая электростимуляция нервов... Ни один из этих методов не узаконен. И первое, что надо делать, это приводить в порядок нормативную базу и делать методические рекомендации, вне всяких сомнений. То, что ОМС – это вне всяких сомнений.

**Председательствующий.** Это всем совет. Кто должен написать рекомендации?

**Молчанов И. В.** Это узаконено, это профессиональное общественное объединение, то есть в данном случае это общество боли. Это узаконено внесением изменений в федеральный закон № 323-ФЗ, клинические рекомендации и методические рекомендации, заказчиком является Минздрав России.

И трёхуровневую систему, на мой взгляд, отрицать нельзя, потому что пациент должен получить тот вид помощи, который ему показан, а не тот, который ему могут оказать. И задача первого приёма – это определить, на каком уровне этому пациенту могут оказать тот вид помощи, который ему показан. Спасибо.

**Пилипенко П. И.** С 1 января 2019 года клинические рекомендации пишутся очень строго согласно изменениям в закон № 323-ФЗ. Поэтому надо всегда давать альтернативу. Пусть ещё одно общество напишет рекомендации, сравним, какие будут лучше. Одному делегировать это нельзя, там конфликт интересов такой, что очень сложно будет написать.

**Молчанов И. В.** Комментарий по этому приказу. Поступают эти клинические рекомендации независимо от того, кто изъявил желание их подготовить, поступают в Минздрав, в научно-практическое общество. Если их три, будет создано одно: либо будет

экспертная комиссия, либо что-то ещё, но это будет универсальная клиническая рекомендация. Поэтому это всё прописано в порядке.

**Соков Е. Л.** Николай Фёдорович, спасибо.

Вообще, много вопросов возникает, и это приводит к заключению, что нужна какая-то центральная структура, которая бы объединила различных специалистов, ведущих специалистов в области медицины боли, которые бы принимали решение. Потому что здесь много разных взглядов, с которыми можно и согласиться, можно не согласиться, можно поспорить. И ещё раз повторяю, массу ошибок, которые американские коллеги совершили, мы не должны повторять эти ошибки, нельзя их переносить в нашу государственную систему здравоохранения. Там совсем другая система организации здравоохранения.

Но согласен с вами в чём-то, потому что те мультидисциплинарные клиники лечения боли, где на одного пациента 5–6 специалистов, показали свою экономическую нецелесообразность, и они уже просто не развиваются, а развиваются такие простые клиники лечения боли. Там много ещё проблем, которые нельзя на нас переносить однозначно. Но ещё раз говорю, объединиться нам нужно и вырабатывать и тактику, и стратегию, и нормативы. Это должен быть обязательно какой-то централизованный орган коллективный. Я ещё раз к этому возвращаюсь.

*(Микрофон отключён.)*

**Из зала.** Дело всё в том, что очень многие пожилые пациенты в силу того, что они ослаблены, лишены возможности пользоваться какой-то продвинутой медицинской помощью. Поэтому то, что предлагала Федермессер по либерализации наркотических препаратов, это очень важно.

Среди столетних людей, долгожителей 100 процентов испытывают боль, 70 принимают лекарственные препараты, и в основном это НПВС. То есть колоссальная проблема. Но это вот факт, который существует. И надо включить гериатров в разработки клинических рекомендаций по ведению боли, потому что мы стоим рядом. Спасибо огромное.

**Из зала.** Можно я отвечу? По нашему мнению, то, что говорит Анна Константиновна о либерализации, не означает, что всем нужно давать наркотики. Это означает, что их должно быть проще выписывать. А по нашему мнению, как раз пожилые пациенты не должны получать эти препараты. Для их лечения как раз в первую очередь должны быть использованы именно интервенционные методики, чтобы не было дополнительной нагрузки этими химическими веществами. Понимаете? И не может быть такого, чтобы пациента невозможно было никуда доставить, его можно доставить. К нам же привозят лежачих пациентов, мы излечиваем их.

**Из зала.** Ну, безусловно, если есть такая какая-то техническая возможность, она должна быть доступна для этого пациента. Но дело всё в том, что очень много пациентов, которые лишены этой возможности.

**Из зала.** Да, лишены, конечно.

**Из зала.** И это касается ещё людей когнитивно ослабленных, дементных людей. Как их вести?

**Из зала.** Тогда тем более им нельзя назначать морфин.

**Председательствующий.** У нас представитель Минздрава России есть? Пожалуйста.

**Сафронова Е. А.** Добрый день, уважаемые коллеги.

Сафронова Елизавета Алексеевна, заместитель директора Департамента организации медицинской помощи.

Сегодня очень большие вопросы подняты, большие проблемы, и позиция министерства такова, что, конечно, без содействия профессионального сообщества Минздрав России ничего сделать не может. И прежде всего то, о чём говорил Игорь Владимирович: перво-наперво ваше профессиональное сообщество должно объединиться,

выработать единые позиции и подходы. Мы, конечно, как регулятор готовим документы, но эти документы всегда основываются на позиции профессионального сообщества.

Сегодня задали вопрос: кто писал стандарты? Стандарты писали профессионалы, люди, которые работают в учреждениях здравоохранения. Я не буду сейчас называть фамилии, но вы понимаете, что, конечно, писали люди из здравоохранения.

Поэтому, прежде всего, я надеюсь, Министерство здравоохранения Российской Федерации надеется, что вот сегодняшней шаг, направленный на регулирование лечения хронического болевого синдрома, как раз и приведёт к тому, что будут приняты клинические рекомендации, а на основе клинических рекомендаций – стандарты лечения. Механизм у нас законом уже установлен с этого года, спасибо Государственной Думе. И дальше уже будем работать, и когда будет утверждена классификация болезни, мы с вами сможем сделать порядок по лечению боли так, как он у нас принимается.

Поэтому, я думаю, работа предстоит, но опять же призываю к этому профессиональные сообщества. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо.

Уважаемые коллеги, наверное, будем завершать.

Я хотел бы, во-первых, поблагодарить всех, кто готовил «круглый стол», кто приехал, выступил, спасибо за очень интересные выступления.

Я прошу, всех, кто желает работать в рабочей группе, а мы будем создавать рабочую группу, записаться. Потому что действительно должна быть рабочая группа серьёзная, чтобы потом с Минздравом России работать.

Здесь очень серьёзные вопросы поставлены о создании системы как таковой, о создании стандартов, о внедрении ОМС, потому что сейчас одни в ОМС, другие не в ОМС, а это всё повышает стоимость оказания помощи.

Сейчас мы подготовим рекомендации, для чего мы ещё потом соберём рабочую группу. А уже следующий шаг будет за Министерством здравоохранения Российской Федерации, с ОМС переговорить необходимо о внедрении, чтобы эта система действительно заработала. Мы на этом только начинаем работать, но никак не заканчиваем.

Ещё раз спасибо всем за хорошее проведение этого «круглого стола». Спасибо.

**СТЕНОГРАММА**  
**«круглого стола» Комитета Государственной Думы по охране здоровья**  
**на тему «Хирургия – зона профессионального и юридического риска»**

*Здание Государственной Думы. Малый зал.*  
*20 сентября 2019 года. 14 часов.*

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

**Председательствующий.** Глубокоуважаемые коллеги, добрый день!

Я искренне признателен каждому из вас, что вы нашли время и посчитали для себя должным принять участие в сегодняшнем нашем разговоре. Для меня, уверен, что для каждого присутствующего здесь, этот день очень серьёзный, так как тема обсуждается на самом высшем законодательном уровне в нашей стране. Эта тема для нас родная и посвящена хирургии, современному нормативному регулированию нашей жизни. Я не буду останавливаться на всех деталях, любой из присутствующих в зале расскажет об этих деталях даже лучше меня. Нам с вами сегодня обязательно нужно потратить отведённое время на плотный, конструктивный, чёткий разговор, который должен завершиться формированием как минимум в нашем сознании «дорожной карты», тех задач, которые мы должны выполнить в ближайшей исторической перспективе. Ведь так складывается, что сегодня именно мы с вами ответственны за ситуацию в хирургии, ответственны за ситуацию в других специальностях, близких по духу, по срочности принятия решений, и вообще за ситуацию в здравоохранении в целом.

Когда-то к Антону Павловичу Чехову подошла одна дама с просьбой посоветовать, писать ей роман или не писать. И Антон Павлович Чехов, выпускник Первого меда Императорского московского университета, улыбнувшись, сказал: если можете не писать, не пишите. И вот это сегодня относится, на мой взгляд, к хирургии. Не писать, не обсуждать, не принимать решения в отношении к хирургии сегодня невозможно. Наступило это время, иначе мы можем быть близки к точке определённого невозврата. Нам это допустить ни в коем случае нельзя.

Сегодня в зале более двухсот человек – высокопрофессиональная уважаемая команда, наши учителя, простите, если с кем-то не получилось сейчас пересечься и поздороваться лично. Мы вас очень любим, очень уважаем, среди участников сегодняшнего обсуждения более двадцати академиков и членов-корреспондентов Российской академии наук, хирургов, двадцать академиков хирургического профиля, около пятнадцати главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Российской Федерации по хирургии. Такое же количество коллег, возглавляющих хирургические ассоциации в нашей стране. В работе «круглого стола» приняли участие представители 46 субъектов Российской Федерации. Сегодняшняя наша профессиональная команда, на мой взгляд, это максимум нашего интеллекта – хирургического, врачебного, академического, научного.

И мы, ещё раз повторюсь, просто обязаны выйти на решение, ответить на огромный спектр вопросов. Я уже говорил, мы в 2018 году провели «круглый стол», касающийся социального статуса врача, возможности его страхования. Потом приняли закон о клинических рекомендациях и протоколах. Зимой 2019 года провели «круглый стол» на тему «Врач и пациент, медицина и право», сделав ещё один шаг к пониманию этой проблемы. Результаты нас не устраивают, скажем так.

И вот сегодня мы выходим на «круглый стол», который уже совершенно конкретно назвали «Хирургия – зона профессионального и юридического риска». Сразу скажу, что у нас будут изданы материалы «круглого стола». С рекомендациями, которые мы сформулируем, каждый сможет ознакомиться в части проекта и внести свои дополнения. Ни одно из мнений не уйдёт в никуда. У нас ведётся стенограмма, и я обещаю вам, что все мнения и слова будут учтены.

И в завершение хочу сказать, чтобы не было никаких инсинуаций или кривотолков: нам нужна качественная эффективная российская хирургия и качественные настоящие хирурги – вот основная цель того, чем мы занимаемся. Будем искать пути.

Уважаемые коллеги, я приглашаю вас к чёткой дискуссии, разрешены ремарки, вопросы, комментарии, но, пожалуйста, коротко, у нас заявлено 43 доклада по пять минут, будем думать друг о друге.

И для приветствия первое слово, поблагодарив за постоянную поддержку нашего Комитета, хочу предоставить Ольге Николаевне Епифановой, вице-спикеру Государственной Думы Российской Федерации.

Пожалуйста.

**Епифанова О. Н.** Спасибо большое, Дмитрий Анатольевич.

Добрый день, уважаемые участники «круглого стола»!

Я очень признательна организаторам за возможность выступить с приветственным словом.

Мы в Государственной Думе уже не раз отмечали, что медицина – одна из сложнейших сфер как в научном, так и в организационно-прикладном плане. Здесь всегда были, будут противоречия, неясности, проблемы. И вот одно из узких мест. Не все стороны деятельности медицинских работников в настоящее время имеют безупречную правовую защиту.

Понятно, что медицинские специальности очень сильно различаются, но, как бы там ни было, одной из самых драматичных и часто связанной с самой последней надеждой является специальность хирурга. Здесь всё предельно сконцентрировано: и высокие требования к профессиональному мастерству, и качество личности самого хирурга, и ненормированные рабочие нагрузки и осознание колоссальной ответственности за жизнь пациента, и, как следствие, эмоциональное истощение и чувство вины в случае врачебной неудачи.

Я уже не говорю о наличии риска заражения СПИДом, туберкулёзом, гепатитом и другими заболеваниями. И, как вишенка на торте, угроза уголовной ответственности в случае каких-либо осложнений после медицинского вмешательства.

Один из ярких примеров последнего времени – недавняя скандальная ситуация в Нижнем Тагиле, когда хирурги двух больниц города написали заявление об увольнении.

Известно, на какие ухищрения идёт порой руководство медицинского учреждения, чтобы не повышать зарплату работникам, но это же не от хорошей жизни.

В результате всех этих «оптимизаций» у врачей, как правило, возникают очень сильные перегрузки. А для кого они опасны, эти перегрузки? В первую очередь для самих хирургов. Врачебные неудачи имеют много причин, вы их хорошо знаете, но главное здесь то, что даже самый высокий уровень профессиональной и научной компетенции не гарантирует полную безупречность диагностики и всегда оставляет место для рисков.

Поэтому вряд ли правильно, когда к каждому случаю врачебной неудачи подключается Следственный комитет Российской Федерации. И при всём при этом у самих врачей юридической защиты нет. И на моральную поддержку со стороны руководства лечебного учреждения у них надежды тоже нет. Разве это нормально? Разве можно работать, находясь между репрессивным катком и клятвой Гиппократ, между молотом и наковальней? Кто-нибудь может себе представить: хирург оперирует, а под окном дежурит бригада Следственного комитета, готовая к дознанию? Это серьёзная общемедицинская юридическая проблема, которая говорит о несовершенстве действующего законодательства.

Думаю, на нашем «круглом столе» эту ситуацию и другие подобные случаи, а их много, надо обсудить, в том числе и в контексте обеспечения безопасности хирургического лечения.

Есть ещё один аспект, о котором в последнее время всё чаще начинают говорить. У нас стали появляться отдельные сообщества, которые наловчились с помощью социальных сетей и СМИ вызывать массовые недовольства действиями врачей, учителей, представителей власти, они якобы всё знают, во всём абсолютно разбираются и обо всём имеют категоричное суждение. Они отличаются завидной активностью, умеют создавать шумиху, и это новое явление, с которым тоже надо считаться.

Да и средства массовой информации также никогда не брезговали возможностями создать информационный повод из какого-нибудь «жареного» факта. Поэтому, наряду со справедливыми упреками, частенько возникают совершенно огульные обвинения. От них врач тоже никаким образом не защищён. И шум-то, может, уляжется, но репутационные издержки всё равно никуда не денутся. Значит, и ситуации эти должны стать предметом нашего пристального внимания.

Коллеги, Государственная Дума всегда и вполне определённо высказывается в поддержку работников здравоохранения. К слову, наша фракция «СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ» предлагает работников бюджетных организаций здравоохранения приравнять к государственным служащим и обеспечить их соответствующими правами и льготами.

В заключение позвольте ещё раз поблагодарить наш замечательный профильный комитет, его уважаемого председателя Дмитрия Анатольевича Морозова и всех участников «круглого стола» за внимание к очень непростым, но крайне важным вопросам, вынесенным в повестку сегодняшнего заседания.

Желаю вам конструктивной и плодотворной работы.

Спасибо за внимание. *(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо большое.

*(Идёт демонстрация видеоролика.)*

**Председательствующий.** Я думаю, что вот эта девушка, дай Бог ей здоровья и профессионального роста, она и должна стать символом нашего разговора – ничто не останавливает наших молодых людей, решивших стать хирургами.

Пожалуйста, Леонид Михайлович Рошаль, вам предоставляется... Да, как вам удобно. Если вам удобно, можете здесь.

**Рошаль Л. М.** Дорогая Ольга Николаевна! Дорогой Дмитрий Анатольевич! Дорогие друзья!

Какой-то маразм происходит. Нет у вас такого ощущения? Повторить? Повторяю: маразм какой-то происходит.

Ведь посмотрите реально – лечим мы лучше, диагностируем лучше, результаты лучше, а число жалоб увеличивается.

Я хотел спросить: среди присутствующих есть представители юридических компаний? Нет? Руки поднимите, пожалуйста. Так, ага. А есть представители средств массовой информации? Мало. А есть представители Следственного комитета?

Так вот я перечислил тех, от кого эта ситуация зависит.

Ведь никто из жалобщиков не хочет, чтобы врач сидел в тюрьме, ему нужно получить какие-то дивиденды от этого всего.

И когда юристы выискивают родственников пациентов, которые имеют какие-то осложнения, не дай бог, кто-то погиб, и сулят им огромные деньги... Вы думаете, им нужно два года тюрьмы? Нет. 15 миллионов, которые должны были получить. Это серьёзный вопрос.

И представители Следственного комитета Российской Федерации...

Иногда для того, чтобы прорекламирровать себя, дело ещё не получило судебную оценку, а уже заявляют, что врач – убийца в белом халате.

Вот это нагнетание общественного осуждения врачей зашкаливает и в средствах массовой информации. Это один из вопросов, которым мы с вами должны заниматься, кроме других вопросов об организации нашей защиты. Около 40 процентов всех жалоб на хирургию, около 30 процентов на акушерство и гинекологию, реанимацию.

Национальная медицинская палата стоит на острие, и мы боремся за каждый пункт. Мы вошли в разговор непосредственный со Следственным комитетом, некоторые говорят: а зачем? Не надо с ними говорить. Надо. Я присутствовал на приёме у Бастрыкина, не желаю никому посидеть там, спина мокрая становится просто. Но мы этим иногда добиваемся чего-то. Вот сейчас был проект, хотели сделать плод субъектом права. Ещё чуть-чуть, и надо сперматозоид и яйцеклетку тоже сделать субъектами права, и всё тогда закончится. Половину бы пересажали акушеров-гинекологов, реаниматологов и так далее. Я благодарю вас, мы отбили этот очень важный у нас пункт.

На какой принципиальной позиции мы стоим? Что за неумышленные осложнения врач не должен сидеть в тюрьме. Ещё раз: за неумышленные осложнения любые с печальным исходом врач не должен сидеть в тюрьме. Если в какой-то психиатрической больнице кто-то занимается эвтаназией и умерщвляет, тут пожалуйста. А в нашей жизни этого не должно быть. Мы тогда убиваем свою специальность. Возможны ли ошибки? Да. И нет такого хирурга из присутствующих здесь, у которого не было осложнений, и у меня они тоже были. Значит, мы все должны были сидеть в тюрьме, если бы мы жили вот в это самое время, мы все под этим огнём. И мы понимаем, что надо делать дальше.

Нам нужно активно работать со Следственным комитетом Российской Федерации, но сегодня Следственный комитет создал специальные отделы, которые специализируются на врачебных ошибках. Это серьёзно, они чем-то должны заниматься. Но объяснение следующее – Бастрыкин говорит: а вы сядьте на моё место, жалоб было четыре тысячи, потом пять тысяч, потом шесть тысяч, потом семь тысяч, что я должен делать? Я же должен разбираться в этом. И он убеждает сейчас, что эти отделы созданы не для того, чтобы усилить карательные меры, а, наоборот, для того, чтобы лучше разбирались следственные органы в этом вопросе. У бабушки якобы ножки отрезали в Воронеже по ошибке. Первая информация пошла от следственных органов, когда ещё не разобрались. Оказалось – всё правильно, нормально сделали. Но это вопрос юридический, юридические есть вопросы, связанные с федеральными законами № 233-ФЗ, № 238-ФЗ.

Услуга. Оказывается, мы с вами не лечим, а оказываем услугу. В позапрошлый раз, когда обсуждали закон № 323-ФЗ, мы насмерть здесь стояли, что надо изъять слово «услуга» из документа. И уже было принято на последнем заседании Государственной Думы по нашему предложению такое решение, потом произошла смена, и концов было не найти. Это один из вопросов, который для нас очень важен.

В практическом плане мы стараемся не пропускать ни одного случая, не оставлять без помощи. Мы создали систему независимой профессиональной экспертизы. Это что такое? Система аналогичная германской, но мы пошли дальше: создаётся комиссия, во главе которой стоит не доктор, а юрист или судья. Документы приходят в эту комиссию, в отличие от Германии мы эти документы обезличиваем и экстерриториально направляем в другие регионы, например, из Москвы может идти в Воронеж, из Санкт-

Петербурга на Дальний Восток. Потом в анонимном виде проходит экспертиза, потом выносится решение. Такого нет нигде в мире. Мы это сделали, и эта система работает.

Но то, что мы с вами должны громко сказать, что так, как сейчас есть, не должно быть. Владимиру Владимировичу в глаза было сказано в Санкт-Петербурге, что если так пойдёт, скоро лечить будет некому, всех пересажаяют. Он с юмором ответил, что всех не пересажаяют, но над каждым из нас висит этот меч.

Я благодарен Государственной Думе, что мы обсуждаем этот вопрос. Я думаю, что мы придём к конкретным ещё решениям, и законодательным, и не только законодательным, ведь мы понимаем, что это – малярия, и так жить нельзя. Мы просто потеряем профессию.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Позвольте предоставить слово Игорю Ивановичу Затевахину, президенту Российского общества хирургов.

Игорь Иванович, если вам удобно, с места можно.

**Затевахин И. И.** Спасибо.

Я уже много чего сказал, когда брали интервью. Я только могу повторить некоторые тезисы. Вот смотрите, в самом названии нашего «круглого стола» отмечено, что хирургия – это зона высокого риска, то есть заложен ответ на все вопросы: как это может быть, и как мы можем сохранить хирургию, если это зона высокого риска. Мало того, что зона высокого риска, это ещё и зона высокой ответственности, в том числе юридической. Кто же захочет в хирургию идти? И мы это сейчас видим.

Но вы понимаете, если создаются отделы, они должны работать, а не получать деньги. Раз получают деньги и работают, значит, они что-то выдают. И вот такие отделы, создаваемые на бюджетные деньги, скажем, в Следственном комитете, в учреждениях, и учат нас, как создавать клинические рекомендации. Кого учат? Академиков, высокопрофессиональных людей. Это правильно? Это абсолютно неправильно.

И относительно зоны риска. Конечно, я просто хочу вам напомнить одну вещь. А хирургия может развиваться без потерь? Вспомните кардиохирургию. Я много пережил и помню, как начиналась кардиохирургия врождённых пороков сердца, которыми страдают детишки. Какая была летальность? Я работал в клинике у Бакулева, Мешалкина тогда. Огромная. Если бы мы не прошли это, то сегодня разве я вам бы говорил с чувством глубокого удовлетворения, какие мы сегодня имеем результаты?

Дефект межжелудочковой или межпредсердной перегородки – сегодня это стало банальной операцией. И смерть от них стала нонсенсом и предметом медицинского разбирательства, для анализа, что надо сделать, чтобы этого не было. Но к этому надо было прийти. Мы можем дать по рукам всем, а что это даст? Мы отобьём руки. И отобьём желание работать. Это очень важный момент.

Поэтому я ещё раз хочу сказать, это моя душевная боль: клинические рекомендации должны оставаться только рекомендациями, особенно это важно, учитывая Россию с её многообразием территориальным, удалённостью территориальной, оснащением и так далее.

Ещё раз хочу сказать: вы знаете, у нас действительно какая-то парадоксальная жизнь. Ведь все мы понимаем, что государство огромные деньги сейчас вложило в медицину, а мы с вами между тем разговариваем о провале. Значит, не туда деньги ушли. Но мы должны об этом говорить? Должны. Мы все понимаем это.

Я очень рад сегодняшней встрече, потому что раньше говорили на кухне, а вот теперь мы говорим в Государственной Думе и, я надеюсь, нас услышат. Потому что обсуждать, что хирургия – зона профессионального риска и что то безобразие, которое творится, с точки зрения медицинской ответственности хирургов перед законом, ну, это просто нонсенс.

Хочу обратиться к профессиональному сообществу средств массовой информации: откуда растут, извините, ноги? Они растут от телевизора... Вчера, по-моему, по второй программе была жуткая совершенно передача. Получается, что вообще все врачи – убийцы. А статьи, которые печатаются, и кстати, этим грешит центральная пресса... Почему так происходит? Не всегда надо гнаться за жареной информацией, это вообще никогда не надо. Потому что печать и телевизор – это страшная сила, просто страшная сила.

И естественно, я думаю, что это тоже должно быть одним из направлений работы Государственной Думы. Я понимаю, мы же не можем приказать, но можем попросить, можем сказать: друзья мои, относитесь к нам объективно.

И последнее, что я хочу сказать по этому вопросу: вообще судить должны профессионалы. Это самое главное. Прежде всего, судить должны профессионалы. Что значит «судить»? Я под словом «судить» понимаю «делать экспертизу». Вот экспертиза каждого случая – это должна быть экспертиза высокопрофессиональных специалистов. Где они есть? У нас есть многие общества, которые объединяют профессионалов. Российское хирургическое общество, например, объединяет колоссальное количество профессионалов. В этом обществе академики, члены-корреспонденты Академии наук. Разве, чтобы анализировать подобные случаи, нужно привлекать ещё кого-то? Следователя, который безграмотен в этих позициях? Я думаю, что нет. И надо отдать профессионалам экспертизу, прежде всего, случаев летальности, случаев осложнений, которые всегда будут, потому что хирургия – зона высокого риска. Она зона высокого риска просто потому, что хирург – человек с ножом. Я вам могу рассказать историю, как один хирург написал в газете, что хирург не имеет права на ошибку, а на следующий день забыл большую салфетку в плевральной полости.

Это было, это есть. Хирург имеет право на ошибку. Он не имеет права на чёрствость, он не имеет права на жестокость, он не имеет права на отход от заповедей Гиппократов.

А сейчас, вы меня извините, самыми главными стали термины «средний чек больницы» и «счёт-фактура».

Я 60 лет работаю, как в милиции говорят, на земле, в городской больнице. Сначала в Первой Градской, потом в 57-й. Это что, слово «счёт-фактура» заменило слово «служение», а хирургия – это служение? Это абсолютно неправильно.

Мы должны вернуть, мы должны вернуть поколение к тем заповедям, по которым мы учились и которым учили своих студентов. Это самое главное.

Вот всё, что я хотел сказать, Дмитрий Анатольевич.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

*(Аплодисменты.)*

Позвольте предоставить слово Лео Антоновичу Бокерия, председателю комиссии Общественной палаты Российской Федерации и, я хочу подчеркнуть это, блестящему хирургу, академику.

Пожалуйста, Лео Антонович.

**Бокерия Л. А.** Спасибо.

Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич! Глубокоуважаемые коллеги!

Тема, конечно, очень болезненная для нас, но она не только для нас болезненная.

Я являюсь членом американского Колледжа хирургов – это самое древнее хирургическое общество, насчитывающее 66 тысяч членов, и года два назад Девос Косгроув – руководитель Кливлендской клиники, выступил на заседании этого общества с лекцией, которая называлась «Выгорание врача». И он отметил, что по опросам, которые были проведены, 40 процентов хирургов сказали, что если бы они знали свою судьбу, то не пошли бы в хирургию.

Ну мы более оптимистичны, конечно, у нас процент не желающих работать в хирургии будет ниже, но это факт, который всех беспокоит.

Кстати говоря, как они решают эту проблему? Они снабдили врачей соответствующими гаджетами, и пациент знает, что он может им воспользоваться, чтобы связаться с врачом. И второе – служителей культа привлекли для того, чтобы у людей более или менее создать одинаковое настроение, когда они идут к врачу.

Когда я попробовал на эту тему с нашими священнослужителями поговорить, ответ был категорический: нет, мы к этому не готовы, и так далее, и тому подобное.

Игорь Иванович упомянул очень интересную вещь из нашей специальности, и я так думаю тоже, что, наверное, всё-таки сердечно-сосудистая хирургия – это наиболее рискованная часть, потому что, скажем, вот мы оперируем детей весом до трёх килограмм, длительное искусственное кровообращение и так далее – очень сложный выход из операции.

Операция синдрома гипоплазии левого сердца в Соединённых Штатах Америки стоит 550 тысяч долларов, а скажем, в Германии операция дефекта межпредсердия, межжелудочковой перегородки стоит 42 тысячи евро.

На лечение наших больных, мы тут об этом много говорим, колоссальные деньги выделены. Для нашего бюджета это очень большие, видимо, деньги, но если речь идёт о здоровье человека, то когда денег не хватает, мы об этом тоже должны говорить, иначе получается, что вроде всё хорошо, а действительно врачи виноваты.

Мы с Татьяной Васильевной Сёминой, она, по-моему, у вас тоже записана для выступления, организовали совместную секцию с Ассоциацией юристов, «Медицинское право» называется. И на первом заседании, которое я вёл, выступал представитель следственных органов. С чего же он начал? Он сказал, что в прошлом году в стране было зарегистрировано 14,5 тысяч врачебных преступлений, в прошлом году на эту тему было совещание. Я не выдержал и спросил: откуда у вас такие факты? Он сказал: мы получили столько жалоб. Вот понятно, да?

Теперь две вещи, которые меня, скажем, очень беспокоят. Одна уже упомянута. С того времени, когда Бисмарк придумал страховую медицину, началось вот это, так скажем, равномерное распределение финансовых нагрузок на пациента и на врача. В конце концов, несколько лет назад мы всё-таки перешли на страховую медицину, и я это горячо приветствую, потому что других вариантов, конечно, для развития нашей клинической медицины нет. Но врач остался абсолютно беспризорным. И в результате ужесточаются меры как в том варианте, который я привёл выше, когда написана жалоба и начинаются все эти неприятности.

Как я вам говорил, Дмитрий Анатольевич, в нашей очень короткой беседе, эта проблема кричит, она требует решения на самом высоком уровне, понимаете? В любой клинике, в Америке, в Европе, где хотите, врач застрахован. И дальше есть страховая комиссия со стороны пациента, и со стороны врача. И если действительно имеет место преступление, то по справедливости оно должно уйти, конечно, в юридическую часть вопроса. Это должно быть понятно. И я думаю, что это все понимают. Они, наверное, ждут реакции со стороны медицинского сообщества. Всё наше российское общество, я думаю, ждёт нашего консолидированного мнения. И у нас очень многие люди не знают, что за рубежом все врачи застрахованы, особенно, скажем так, специальностей, связанных с риском. Поэтому крайне было бы желательно, чтобы они слышали, как должна быть построена нормальная клиническая медицина.

Второй вопрос, который уже касается высокотехнологичной помощи, он касается категории маршрутизации больного. Я сегодня уже говорил на эту тему. Дело в том, что согласно Конституции России каждый из нас может прийти в любое лечебное учреждение и там пролечиться, тем более сейчас, когда страхование пациенту обеспечено. Но сегодня в нашей столице замечательной началось, а потом пошло по регионам следующее: мы не можем принять пациента, если у него нет направления по ОМС из того региона, откуда он пришёл. Мы таких пациентов попробовали десятка два раз проле-

чить, но нам это не оплатили ни Москва, ни Московская область, ни целый ряд других регионов, хотя это абсолютно антиконституционный факт. И я бы хотел, чтобы мы это хорошо понимали, потому что, например, скажем, в одной большой области говорят больному: вы хотите в Москву? Вы хотите в Бакулевский центр? Вот поезжайте в эту больницу и там получите направление. А там хоть и делают коронарографию, но очередь от 6 до 8 месяцев. А за 6–8 месяцев он может вообще до операции в Бакулевке не дожить. И до тех пор, пока мы эти вопросы не решим, я думаю, что реального продвижения не будет.

Другое дело, что я хотел бы своё выступление закончить ссылкой на выступление Юрия Никитовича Беленкова на Первом канале, когда он был председателем Росздрава. Он выступал на Первом канале, и ему задали вопрос: скажите, пожалуйста, какую нам систему выбрать – американскую или германскую? Юра, ни секунды не думая, сказал: да никакую не надо, у нас замечательная система. Только деньги нужны.

И я думаю, что это трудно оспаривать. Что касается нас, например, у нас 90 процентов одноразовых принадлежностей – импорт. Они здесь, естественно, дороже, чем там. И поэтому понятно, что отпущенные, казалось бы, большие средства превращаются в копейки. Но сам по себе факт, что мы сегодня собрались, мне кажется, обнадёживающий, если наши выступления, рекомендации будут хорошо тиражированы. Если они дойдут до врачебного сообщества, и если мы будем эти вопросы и дальше поднимать... В ноябре состоится ежегодный съезд, мы обязательно этой темы снова коснёмся и попросим, если у вас будет возможность, тоже поучаствовать. Знаете, врачи от всех отличаются тем, что мы в самой большой степени аполитичное сословие.

И я приведу один пример. В 1918 году, когда врачей довели до, что называется, предела, они решили в Ленинграде объявить забастовку. И всё уже было готово, весь город был готов, но в это время начался корниловский мятеж. И врачи быстренько отказались от забастовки, понимая, что если льётся кровь, они не могут бастовать.

И это был единственный случай в истории нашего врачебного сообщества, когда врачи по-настоящему широко бастовали. Нам не надо широко бастовать, у нас такая специальность.

Спасибо большое. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, позвольте предоставить слово Амирану Шотаевичу Ревишвили, директору Института Вишневского, президенту Всероссийского общества аритмологов, академику Российской академии наук.

Пожалуйста.

**Ревишвили А. Ш.** Уважаемый Дмитрий Анатольевич, спасибо за приглашение на очень важное мероприятие для всего нашего сообщества. И я бы хотел сегодня на цифрах вам продемонстрировать некоторые аспекты, потому что нам нужны, конечно, резолюции, какие-нибудь документы для того, чтобы всё это не превращалось просто в разговор. Все мы друг друга почти знаем очень хорошо. И надо принимать какие-то решения, потому что ситуация на самом деле, как сказал Лео Антонович, предкризисная и предзабастовочная, как некоторые говорят.

Итак, я несколько слов хочу сказать, что мы сделали в нашем научно-исследовательском центре. Мы стали собирать всю информацию о хирургии в России за последние два года. И надо сказать спасибо всем регионам, видите, 83 региона среагировали, так что мы в этом году выпустим обширный сборник о состоянии хирургии в нашей стране. Это касается общей хирургии в основном. Надо сказать, что экстренная хирургия здесь представлена в полном объёме. Это впервые сделано с 2000 года. Давайте посмотрим, что у нас с кадрами.

2016 год – 20 тысяч с лишним человек. Депопуляция, как мы говорим, видите 19 тысяч. 765 хирургов ушло из специальности за эти два года. 1,7 хирурга на 10 тысяч

населения. Но вы знаете наше население, нашу территорию. В данном случае получается, что в Соединённых Штатах в два раза меньше хирургов на то же самое население. Но территория намного меньше, в два раза меньше, чем у нас. Популяция, правда, в два раза больше. Так что цифра 1,7 говорит о чём-то и в то же время – ни о чём.

Давайте посмотрим, что мы имеем с кадрами. Получается, что на 10 тысяч населения в России общее количество хирургов, я сказал уже, 1,7, но две территории у нас работают в положительном варианте. Дальневосточный федеральный округ, у них, видите, за два года динамика плюс 200 специалистов, в Северо-Западном федеральном округе – 26. Но на таких территориях, как Сибирский федеральный округ, как Центральный федеральный округ, наоборот, снижение резкое.

Давайте посмотрим, сколько врачей не хватает у нас. Это число штатных должностей – 19 тысяч, число физических лиц – 13900. Получается, что у нас 5,5 тысяч хирургов, если брать одно физическое лицо, одну штатную единицу. В среднем укомплектованность получается 89 процентов по штату, но не по физическим лицам. В поликлиническом подразделении укомплектованность составляет 86 процентов. 8 тысяч человек работает, 5 тысяч реально штатных должностей, работает 5,5 тысяч. Итого 7,5 тысяч хирургов нам не хватает для того, чтобы хирург вырабатывал одну 1,2 штатной должности. Сегодня у нас занятость составляет 1,3.

Давайте посмотрим на динамику послеоперационной летальности. 65 тысяч человек мы теряем в общей хирургии за год из двух миллионов операций. Вроде не так много, маленькая цифра.

Давайте посмотрим с 2000 года. Посмотрите, желудочно-кишечное кровотечение. Летальность высокая относительно, но всё равно она довольно стабильная. Если говорить, ну, непроходимый, острый панкреатит, холецистит, одна проблема у нас основная – это язва. Здесь динамика роста до 9 процентов летальных исходов, хотя, по острому аппендициту, ущемлённой грыже цифры соответствуют международным стандартам.

Дальше в лапароскопической технологии, основные, которые нам нужны, эндовидеохирургия. Какой процент? По России 24 процента всего. В Москве – это при аппендиците, холецистите – около 90 с лишним процентов. Но в среднем, вот видите, по холецистэктомии у нас 80 процентов. Это данные американские. Они, конечно, лучше намного. Но это данные 2008–2010 годов, далеко-далеко мы отстали по другим направлениям. Тоже большая проблема отсутствия современных технологий, хотя специалисты во многих местах есть.

Основные проблемы, которые нас волнуют сегодня. Это недостаточное оснащение медицинских организаций современным оборудованием, факт налицо. Несоответствие тарифов по КСГ фактическим расходам, это я покажу, в частности, на примере одной из наших территорий. Ну, трудные пациенты, они всем нам известны. Это внедрение эндовидеохирургических технологий при операциях на желудке, поджелудочной железе, толстой кишке и грыжах. И при рациональном распределении заданий по ОМС при нынешних тарифах КСГ необходима централизация сложных пациентов в учреждениях третьего уровня: это пациенты с желудочно-кишечными кровотечениями, механической желтухой и хроническим панкреатитом.

Клинические рекомендации по большей части пациентов с тяжёлой хирургической патологией должны быть разработаны чётко, и, конечно, подготовка кадров играет большую роль.

Давайте посмотрим КСГ. Недавно мы провели в Северо-Кавказском федеральном округе профильную комиссию, выступал главный хирург Кабардино-Балкарии, он просто показал на примере конкретной своей республики, что происходит. Лапароскопическая резекция желудка, эндоскопическая...

*(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Добавьте, пожалуйста, минуту.

**Ревишвили А. Ш.** И получаются такие цифры, они представлены здесь.

*(Демонстрируется слайд.)*

А реальные затраты, видите, в 2,8 больше при лапароскопической резекции желудка, то есть мы абсолютно не покрываем расходы на все эти вмешательства.

Теперь несколько слов об образовательном стандарте, который который мы видели. Из Минобразования России поступила история. Два года ординатуры. После первого года хирург может работать в поликлинике.

Второй этап не прописан абсолютно. Неясно, как человек с первого этапа поступает на второй. И мы требуем, безусловно, изменений, считаем, что кроме двух лет ординатуры необходимо два года обязательной клинической стажировки.

Давайте эти два слайда я пропущу. И, таким образом, вот последний вопрос, конечно, в следственных делах. Вы видите динамику роста обращений в Следственный комитет Российской Федерации. Правильно было сказано, 6600, видите, процент хирургов, которые привлекаются, становятся осуждёнными, 40 процентов. И надо сказать, что оправдательные приговоры всего составляют четыре процента.

Я думаю, что очень важно знать, что происходит в стране, чтобы сделать определённые выводы, и мы считаем, что необходимы абсолютно решительные действия нашего сообщества в этом плане, для того чтобы, во-первых, иметь достойный профстандарт, а во-вторых – достойное профессиональное образование.

И, конечно, нужна стимуляция нашего труда. И правильно сказал Лео Антонович, конечно, страхование – очень важный аспект.

Благодарю за внимание! Спасибо.

*(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо большое. Благодарим вас.

Слово предоставляется заведующему кафедрой медицинского права Сеченовского университета, президенту Национальной ассоциации медицинского права, заслуженному юристу Российской Федерации, доктору медицинских наук, члену-корреспонденту Юрию Дмитриевичу Сергееву.

Пожалуйста, Юрий Дмитриевич.

**Сергеев Ю. Д.** Уважаемые коллеги, сегодня такой знаменательный день и в моей профессиональной деятельности, потому что волею судьбы ещё в далёком 1973 году я стал первым врачом в Советском Союзе, который получил высшее университетское юридическое образование. Все последующие годы я занимался медицинским правом, развитием медицинского права в России, да и в странах СНГ, и пиком стало введение в 2004 году в Российской академии медицинских наук специальности «медицинское право». 25 лет назад была создана в Сеченовском университете, тогда в Первом меде, кафедра медицинского права. Сегодня кафедры медицинского права открыты по всей стране. И такое вот приятное событие: в ведущем юридическом университете имени Кутафина, на московском юридическом факультете, в этом году создана самостоятельная кафедра медицинского права.

Почему это важно? Потому что юридические знания врача сегодня приобретают колоссальное значение. Врач, который обладает определённым уровнем профессиональных юридических знаний, более настроен на выполнение надлежащим образом всего, что связано с его профессиональной деятельностью.

Хирургия – зона профессионального юридического риска. Это было и в советский период, а я 30 лет назад защитил докторскую диссертацию по проблеме ненадлежащего оказания медицинской помощи, профессиональных правонарушений медицинских работников, причём защищал на двойном совете – медицинском и юридическом.

И вот, может быть, немножко парадоксально для вас будет, на первый взгляд, но именно по результатам выполнения докторской диссертации я предложил ввести

статью в Уголовный кодекс Российской Федерации о ненадлежащем оказании медицинской помощи. 30 лет назад. Почему? Для того чтобы защитить врача.

Дело в том, что в Советском Союзе в Уголовном кодексе РСФСР не существовало данной статьи. Но случаи-то были. И врач шёл на скамью подсудимых по совершенно дикой одиозной статье, которая, как вы думаете, как называлась? Убийство по неосторожности. Или неосторожное убийство.

Женщина-педиатр неправильно назначила лечение ребёнку, да, действительно, были допущены определённые нарушения, но она на скамье подсудимых сидит как убийца.

И поэтому нужно было убрать этот термин «убийство» в отношении медицинского персонала из Уголовного кодекса РСФСР, и наконец, в современной России, когда принимался Уголовный кодекс Российской Федерации, в него просто из моей диссертации была взята эта статья. Она не усиливала наказание уголовное, там ничего этого не было, но правильная юридическая квалификация – это чрезвычайно важно.

Но потом на каком-то этапе эта статья была раздроблена, появилась часть вторая статьи 109-й «Ненадлежащее оказание медицинской помощи», статья 118-я и так далее.

И поэтому то, что сегодня Следственный комитет предпринимает действия для того, чтобы убрать эти статьи разрозненные и привести всё в одну статью, это, мне кажется, абсолютно разумно. Это не будет направлено против врачей.

Вы подумайте, в Советском Союзе для того, чтобы возбудить уголовное дело в отношении врача, нужна была санкция прокурора области или, как сейчас говорят, субъекта Федерации, а вести дела эти могли только следователи по особо важным делам прокуратуры.

Сегодня в современной России дела в отношении врачей ведут дознаватели в райотделах милиции, люди, которые не имеют даже высшего юридического образования. Это парадокс.

И создание специализированного отдела по гетерогенным делам, как они в Следственном комитете его называли, на мой взгляд, должно, если исходить, конечно, из нормальной гуманистической позиции, привести к тому, что в отношении врача будут не недоученные юристы вести дело и привлекать к уголовной ответственности, а специально подготовленные кадры.

**Председательствующий.** Добавьте время, пожалуйста.

**Сергеев Ю. Д.** Поэтому многое, конечно, сегодня нуждается в серьёзном анализе. Мне бы хотелось, Дмитрий Анатольевич, чтобы на этапе, когда будут вноситься эти предложения в Государственную Думу, всё-таки профессионалы участвовали. Конечно, вот эта гибель плода, ну что это такое? С этого начинать статью Уголовного кодекса Российской Федерации? Составлением редакции этой статьи явно занимались люди, которые не совсем владеют обстановкой.

Термина «врачебная ошибка» до сих пор нет ни в одном законодательном документе России. В конце концов, пора сформулировать общими усилиями, что такое врачебная ошибка.

За врачебную ошибку врач не может быть привлечён даже к дисциплинарной ответственности. Это ошибка, это добросовестное, как говорил академик Кассирский, заблуждение врача. Это всё сделано для пациента, что можно сделать, но в силу объективного ненадлежащего подхода к злокачественности лечения заболевания, атипичности особой и так далее наступает неблагоприятный исход.

Поэтому «врачебная ошибка» – это термин, который должен получить законодательное закрепление, и он, ещё раз подчёркиваю, никакого отношения к административной и другой ответственности не имеет.

Ну и последнее. В Советском Союзе ежегодно возбуждалось 1200 уголовных дел в отношении врачей. Кто-то думает, что раньше этого не было? 1200 уголовных дел.

Это мои данные, у меня диссертация шла с грифом секретности в начале, потом она уже «для служебного пользования» пошла. Но сегодня очень важно вести статистику. Вот раньше не было гражданско-правовой ответственности, сегодня действительно людей больше интересует получить какую-то материальную компенсацию, а не добиться, чтобы врач отбывал наказание в исправительно-трудовой колонии.

Очень много серьёзных вопросов, поэтому мы на кафедре медицинского права готовы принимать участие в этом, мы этим постоянно занимаемся. В этом году в ноябре у нас пройдут восьмые ноябрьские чтения по проблеме ненадлежащего оказания медицинской помощи, восьмые уже.

Ну и в конце, видя, что здесь присутствует очень много клиницистов, я хотел бы напомнить замечательные слова, сказанные кем-то из наших древних учителей.

«Жизнь коротка, путь искусства долог, удобный случай скоропреходящ, опыт обманчив, суждение трудно, но людские нужды заставляют нас решать и действовать, и если мы будем требовательны к себе, то не только успех, но и врачебная ошибка послужит источником знаний».

Я хочу пожелать, чтобы в вашей профессиональной деятельности хирургов таких ошибок было как можно меньше. Спасибо за внимание. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Пожалуйста, к вам вопросы. Будьте добры, оставайтесь у микрофона. Включите кнопку, пожалуйста.

**Рошаль Л. М.** Я не понял, вы поддерживаете статью 141<sup>1</sup>, то, что предлагал Следственный комитет? Первую и вторую 124...

**Сергеев Ю. Д.** 124<sup>1</sup>. Ненадлежащее оказание медицинской помощи.

**Рошаль Л. М.** В той формулировке, которую дал Следственный комитет?

**Сергеев Ю. Д.** Нет, не поддерживаю.

**Рошаль Л. М.** Спасибо.

**Сергеев Ю. Д.** Над ней нужно работать профессионалам.

(*Аплодисменты.*)

**Из зала.** Ещё один вопрос, Юрий Дмитриевич, ещё один вопрос.

А как вы, вообще-то, не ответили на ключевой вопрос – страховать надо врачей?

**Сергеев Ю. Д.** С таким предложением, обоснованным и аргументированным, я выступал в Государственной Думе, если мне память не изменяет, в 1996-м или в 1995 году. Обязательно. Страхование профессиональной ответственности сразу снимет нагрузку с медицинских учреждений. Они не будут доказывать то, чем они сами не владеют.

Кто сегодня выступает в судах? Заместитель главного врача по лечебной работе, и так далее, и тому подобное. Всё это возьмёт на себя страховая компания, она будет отстаивать интересы врача для того, чтобы не платить, в первую очередь, она будет отстаивать интересы медицинского учреждения. Обязательно нужно страхование профессиональной ответственности, особенно для таких специальностей, как хирургия, скорая медицинская помощь, акушерство, анестезиология и так далее.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

**Рошаль Л. М.** Я по этому поводу хочу сказать, что мы провели два направления по страхованию. Я считаю, что это центральный вопрос – страхование, это может снять вопросы.

Мы попытались организовать общество взаимного страхования в Тюмени, но работа, к сожалению, не пошла хорошо. В Новосибирске получилось удачнее, новосибирский опыт мы сейчас расширяем через коммерческие структуры.

**Председательствующий.** Леонид Михайлович, говорите в микрофон.

**Рошаль Л. М.** Да. Страхование, я и говорю, центральный вопрос. И мы Национальной медицинской палатой два эксперимента сейчас проводим параллельные. Но, к сожалению, не пошла методика.

Но в том, что нам нужен закон о страховании врачей, никакого сомнения нет, это центральный вопрос. За рубежом вопросы все сняты, такого, как у нас, нет. Там нет вот этого коммерческого интереса – засудить врача, чтобы получить деньги. Мы, наверное, должны идти по этому пути. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое. Спасибо.

Я хочу тоже позволить себе ремарку, уважаемые коллеги, чтобы вы понимали, этот вопрос относительно страхования часто поднимается.

Мы шаг за шагом идём к осознанию статуса врача. В сегодняшнем законодательстве у нас врач, подчёркиваю, является медицинским работником медицинской организации. Он не имеет лицензии, он не имеет прав и обязанностей как субъект права. Поэтому страховать его весьма сложно, он же, получается, только работник медицинской организации.

Поэтому нужна делегированная ответственность. Нам нужно понять, сколько лет необходимо для того, чтобы дать врачу право, вот тогда он будет... И конечно же, над этим нужно работать.

И ещё одна ремарка. Есть хорошее выражение – определяйте правильно смысл слов, и вы избавите мир от половины заблуждений.

Мне сложно сказать с юридической точки зрения, но я это чувствую, начиная от Ипполита Васильевича Давыдовского и понимания врачебной ошибки, что для русского языка «ошибка» – это ошибка. Мы называем нечто ошибкой, и потом объясняем. Зачем тогда использовать слово «ошибка»? Это неудача, неуспех, ну как угодно, но это не ошибка. Надо убирать само слово «ошибка», а не трактовать его. Я в этом глубоко убеждён, потому что когда русский человек слышит «ошибка», это значит, что ошибка ничем хорошим быть не может.

Также как мы говорили о суррогатном материнстве: хорошее дело суррогатным не назовут. Кто-то назвал это суррогатным, хотя во Франции оно называется заменным, в Германии – вспомогательным и так далее. Ну как можно хорошо прописать – суррогатное материнство?

Нам нужно быть очень осторожными в дефинициях.

Пожалуйста, коллеги, я, с вашего позволения, предоставлю слово Андрею Владимировичу Фёдорову, генеральному секретарю Российского общества хирургов, профессору кафедры общей хирургии Университета имени Евдокимова.

Пожалуйста.

**Фёдоров А. В.** Спасибо.

Глубокоуважаемые коллеги, эти слайды мы готовили с Игорем Ивановичем заранее, но я хочу начать с другого, перескажу вчерашний день.

Рано утром Второй канал показывает совершенно жуткий сюжет про врачей, про хирургов, о том, что нас надо больше сажать. Дальше говорилось, что статьи 109/2 – неумышленное убийство, которую мы обсуждали, мало, нужны другие статьи, с большими сроками. Это огромный сюжет программы новостей по центральному каналу.

Одновременно в сети Интернет вчера был размещён видеоролик какого-то независимого профсоюза с открытым призывом к забастовкам врачей. И это по серьёзным каналам сети Интернет пошло, это видели все, и там несколько интервью именно хирургов из разных регионов, которые объясняют, что так работать невозможно, что надо чего-то добиваться.

Вот такой вот день.

А вечером показывают большой сюжет по Пятому каналу, как массово увольняются хирурги и так далее.

Вот к чему мы идём и что нам делать? Ситуация зашла в тупик.

Что мы предлагаем? Нам нужно декриминализировать статьи, нам надо, как говорил уже Игорь Иванович, все наши неумышленные ситуации передать на суд сообще-

ства, и не только хирургического, а в целом врачебного сообщества. Только мы можем в этом разобраться.

Нам нужно сформировать медицинский арбитраж, третейский суд. Это надо сделать обязательно, иначе нас действительно пересажаяют. Такой идёт нажим со стороны Следственного комитета, что просто ужас.

Ещё раз хочу подчеркнуть: ни в одной стране мира за неумышленные ситуации врачей не судят по уголовным статьям. Есть Гражданский кодекс Российской Федерации. Судите, в конце концов, по Гражданскому кодексу, отдайте обязанность разбираться в ситуациях профессиональным организациям. Хирург не должен сидеть в тюрьме.

Ординатура. Заключение нашего комитета по образованию. Мы выпускаем недоученных хирургов, которые опасны для общества. Это надо знать и надо помнить. То, что предложил Минздрав России, никак не соответствует мировым стандартам. Мы считаем, что ординатура должна быть не менее 4 лет. Амиран Шотаевич только что об этом говорил.

Ещё одно предложение. Мы выпускаем массу врачей хирургических специальностей. Но, опять же, нигде в мире так хирургов не готовят. Нужно первый год или хотя бы полгода посвятить изучению азов хирургии, общей хирургии, и только потом начать специализироваться, а то мы готовим неизвестно кого.

Я поговорил с президентами нескольких хирургических сообществ, и все согласны с тем, что базис должен быть – хирургия, а потом уже специализация.

И ещё одно. Вышел новый приказ, который на нас наложил очень много бюрократических обязанностей. По одному нашему проекту мы получили 220 замечаний, из которых 110 были вообще ни о чём. Нам мешало это работать.

**Председательствующий.** Добавьте время, пожалуйста.

**Фёдоров А. В.** Что мы можем предложить? Всё-таки надо рассмотреть финансирование разработки этих рекомендаций или сделать что-то вроде грантов на эту разработку, то есть какое-то финансирование нужно, иначе это нас толкает в сторону фирм-производителей, которые могут финансировать эти разработки, соответственно, отстаивая свои интересы.

Но самое плохое, что мы видим симптомы. Грядёт что-то страшное. Наши общественные попытки договориться со Следственным комитетом Российской Федерации привели лишь к тому, что Следственный комитет понял, что хирургия – очень хорошо организованная система. Хирургическая служба больницы – это структура дежурной бригады. Это структура оперирующей бригады. Это военно-религиозная формация. И решили нас на этом поймать. И нас теперь будут судить, уже есть прецеденты, по 105-й статье – убийство группой лиц по сговору. В общем, мы превратились в банду. И как только первый приговор будет вынесен по 105-й статье, я сейчас покажу, что это такое, то очень многие хирурги или бросят специальность, или устроят забастовку и перестанут оперировать. Это просто уму непостижимо, вот такие пункты, характеризующие эту статью. Это не два года, это от восьми лет до пожизненного заключения. И уж, поверьте, это нам готовят. Давайте задумаемся, куда мы идём, и куда мы катимся.

Мы вынуждены были организовать коллегия адвокатов при обществе хирургов. Мы тоже будем бороться. Но нам нужна помощь, мы сами не справимся.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Вот об этом сегодня говорили, и я бы тоже, коллеги, всех вас призвал: нам необходимо, и для этого у нас есть всё, в первую очередь интеллект, найти конструктивный путь взаимодействия в социуме. То есть предложить свои собственные схемы, как мы должны обеспечить работу хирургов, контроль качества лечения. Забегая вперёд, скажу, что я не вижу вообще абсолютно другого пути, кроме как выстроить чётко в соответствии с современными требованиями наши профессиональные ассоциации, другого пути у нас нет. И показать

социуму, обществу, что мы сами регулируем всё на высочайшем уровне. И тогда я уверен, что ситуацию удастся переломить, потому что никаких подобных противостояний или борьбы история не знает. Но посмотрим, как вы, уважаемые коллеги, решите.

Игорь Владимирович Решетов, председатель экспертного совета Высшей аттестационной комиссии по хирургическим наукам, академик, заведующий кафедрой пластической хирургии Сеченовского университета.

Пожалуйста, Игорь Владимирович, попрошу придерживаться времени. Вы же помните, что у нас 43 доклада. Пока сделано шесть.

**Решетов И. В.** Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, я очень рад очень своевременной и очень важной встрече на таком высоком уровне. Я не вижу здесь Сергея Фёдоровича...

**Председательствующий.** Он, к сожалению, не смог приехать.

**Решетов И. В.** Как фабулу перед моим выступлением, я хотел бы процитировать его в качестве такой грустной шутки: желаю вам заболеть острым аппендицитом на территории, обеспеченной экстренной хирургической медицинской помощью. Это вот то, с чего мы начали здесь говорить.

Теперь позвольте мне вам доложить о том, как происходит в целом подготовка кадров, и, в частности, уже на уровне так называемых кадров высшей квалификации. Это те самые люди, которые являются основными держателями профессионального мастерства, которые являются потом заведующими отделениями, замглавврача по хирургии, сотрудниками образовательных учреждений, НИИ и так далее.

Вы помните, что в 2014 году началась реформа Высшей аттестационной комиссии, результатом которой было закрытие многих неэффективных советов, закрытие, вынесение за список журнала ВАК наших периодических медицинских изданий. В целом наши хирургические специальности, а их сейчас 14 по номенклатуре, более или менее из этого шокового состояния вышли, и за последние три года, с 2016 по 2018 год, у нас отмечен определённый рост по всем специальностям либо стабилизация, у нас имеется стабильное количество ежегодных защит.

Но при этом мы с вами понимаем, что срез в три года не полностью отвечает прослеживаемой тенденции. Дело в том, я вам хочу напомнить, что 1989–1995 годы – это годы самого коллапса по деторождению. Так ведь? И в связи с этим мы с вами сейчас как раз вступили в ту фазу, когда мы ждём прироста молодых кадров, но оказываемся перед той самой демографической ямой. И, в общем-то, следует ожидать, что в целом количество врачей, в том числе претендующих на повышение своего уровня путём защиты диссертационных работ, будет снижаться.

Посмотрите, какие цифры даёт статистика, которая делает срез уже вот на этой волне. Я говорю сейчас об информации, например, по Сеченовскому университету. Вот из достаточно большого количества выпускников в ординатуру по хирургии поступило только 15 человек. Может быть, это как-то выборочная информация одного из вузов, но, может быть, это отражение снижения в целом интереса к именно базовой хирургической специальности среди выпускников, которые на фоне происходящего перестают связывать свой карьерный рост и вообще свои жизненные траектории с этой важнейшей нашей медицинской специальностью.

Одновременно мы с вами вступили сейчас в так называемую фазу реформы ординатуры. Совершенно очевидно, что наши хирургические специальности уже стали высокотехнологичными, поэтому за два года никак невозможно подготовить специалиста. Я очень рад, что практически все в своих выступлениях это отметили, и понятно, что началась реализация пилотного проекта Минздрава России по расширению объёма преподаваемых знаний.

Если многие присутствующие вспомнят, то это 20 специальностей. Большинство наших хирургических специальностей вошли в этот список. Но результат пока что не-

понятен, и государственные образовательные стандарты пока находятся в фазе активного обсуждения.

Я, например, как участник создания образовательного стандарта по онкологии, хочу сказать, что вроде бы мысли заложены очень правильные, о двухэтапной трёхлетней ординатуре. Первый год – это подготовка фактически специалистов для амбулаторно-поликлинического звена. Тем более вы знаете, что этот элемент заложен в нацпроект как создание сети так называемых амбулаторно-поликлинических подразделений для онкопомощи.

Может быть, есть смысл посмотреть и для базовой нашей специальности хирургии такой же вариант образования. Потому что если мы уйдём на трёхлетний уровень, а многие говорят уже о пятилетнем, то профессиональный дефицит будет только увеличиваться. И только путём точечного решения можно фактически восстановить институты ординатуры. Назовём её ординатурой первого уровня.

Соответственно, вслед за этим уже можно будет говорить о резидентурах, там три года, до пяти лет включительно. И такие мысли высказывают нейрохирурги, такие мысли высказывают пластические хирурги и так далее.

Поэтому, уважаемые коллеги, моё предложение в данном случае...

**Председательствующий.** Включите, пожалуйста, микрофон.

**Решетов И. В.** ...заключается в том, чтобы ускорить и всячески способствовать принятию федеральных образовательных стандартов для специальностей в нашей хирургии и, конечно же, серьёзнейшим образом подумать о восстановлении интереса к хирургии в нашем студенческом сообществе. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

*(Аплодисменты.)*

**Рошаль Л. М.** Я маленькую справку хочу дать: никаких проблем с изменением образовательных стандартов нет. Надо работать над профессиональными стандартами. И профессиональное сообщество имеет право расписать на четыре, на пять лет ординатуру, никаких проблем нет, пожалуйста.

**Председательствующий.** Спасибо.

Слово предоставляется Фариту Глюсовичу Ганиеву, члену Комитета Государственной Думы по безопасности и противодействию коррупции.

Пожалуйста, Фарит Глюсович.

Приготовиться Евгению Евгеньевичу Хотькову.

Коллеги, вынужден напоминать про регламент, простите меня, пожалуйста.

**Ганиев Ф. Г.** Спасибо за приглашение, Дмитрий Анатольевич.

Я нахожусь впервые в сообществе хирургов, так как я являюсь бывшим следователем по особо важным делам Следственного комитета России. Всю жизнь работал следователем.

Ваши требования мне понятны. Понятно ваше отношение к тому, что в настоящее время происходит в органах следствия, и к фактам, которые говорят о том, что надо многое менять. Я беседовал со следователями. Почему такое происходит? Почему идёт предъявление обвинения по 238-й статье? Это оказание услуг. Ранее была статья 109 часть вторая, она легче, потому что можно через два года за истечением срока давности дело прекратить. Поэтому можно разводиться волокиту и лет пять допрашивать и допрашивать.

Я услышал и уважаемых академиков, которых до этого только по телевизору слушал, и после их выступлений старался играть в футбол так, чтобы травм не получать. Я думаю, что мы, члены Комитета Государственной Думы по безопасности и противодействию коррупции, будем помогать именно хирургам, у нас есть такие возможности влиять на Следственный комитет, влиять на прокуратуру. И я понимаю, что мы не имеем права вмешиваться в работу судебных органов, но идёт поток дел, большой поток.

Я думаю, что при расследовании подобных уголовных дел экспертизу должен проводить врач. Я – пенсионер Следственного комитета, и за все годы работы здесь не видел ни одного следователя с медицинским образованием, даже медицинский колледж – это редкий случай. Но при расследовании экспертизу делают медицинские работники – это факт. Да, результаты экспертиз иногда разнятся. Один субъект даёт один результат экспертизы, другой субъект – совершенно иной. И экспертиза растягивается до бесконечности, а экспертов всё вызывают и вызывают. Так как Следственный комитет отделился от прокуратуры, требования прокуратуры следователи могут не исполнять. И в следственных органах установка стоит такая: направить в суд, пусть суд оправдывает, доказывает, что врач не виноват.

А почему такое происходит? Потому что, говорят, у погибшего вследствие врачебной ошибки или чего-то ещё есть родители, родственники, влиятельные друзья, которые постоянно жалуются. А мы эти жалобы не можем отклонить. Так пусть суд скажет, виновен или не виновен тот или иной врач. Но бывают такие дела, которые до суда 10 лет расследуются.

Почему 238-я? Там срок давности не два года, там может 10 лет длиться расследование.

Предложения я услышал, как и многие вопросы, которые были подняты хирургами. Говорилось, что нужна профессиональная инструкция, которая бы давала разрешение на возбуждение уголовного дела в отношении врача. Уважаемые врачи-хирурги говорят: есть вина врача, просим передать дело в следственные органы, чтобы его расследовали и довели до суда. То есть предлагается без разрешения этого уважаемого общества, уважаемых хирургов дело не рассматривать. Хирург имеет право на врачебную ошибку. Они, спасая пациентов, должны рисковать. Без риска ваша наука двигаться не будет. Это неизменный факт. Надеюсь, следственные органы это поймут когда-либо.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо вам большое. Спасибо вам и Василию Ивановичу Пискареву за поддержку. Спасибо большое.

Слово предоставляется Игорю Евгеньевичу Хотькову, директору Московского клинического научно-практического центра имени Логина, главному внештатному онкологу Москву, члену-корреспонденту Российской академии наук.

Приготовиться Павленко.

**Хотьков И. Е.** Глубокоуважаемые члены президиума! Глубокоуважаемые коллеги!

Во-первых, большое спасибо всем присутствующим за организацию такой интересной встречи, такого интересного обсуждения. И могу сказать, что мы в центре не занимаемся вот так вот системно созданием образовательных стандартов. Мы участвуем в составлении национальных клинических рекомендаций, но мы не имеем ответственности в этом плане.

Поэтому было интересно, когда была заявлена тема этого заседания. Мы собрались хирургическим сообществом и поговорили друг с другом, хирургов спросили: что вы считаете наиболее актуальными, что ли, моментами в этом плане?

И вот что у нас получалось. Во-первых, надо, конечно, исходить из того, что на сегодняшний день, как нам кажется, реально растёт юридическое давление на хирургическую систему. На сегодняшний день, если поискать в интернете, посмотрите, по сравнению с Америкой в России исков к хирургам несопоставимо меньше. Надо понимать, что мы на этом пути будем продолжать двигаться, и количество исков будет в любом случае возрастать. У нас есть давление на врачей, у нас какая-то определённая мода на то, чтобы, как здесь говорилось, «засудить врача». И конечно, нам этому нужно что-то противопоставлять. Здесь такие фундаментальные вещи говорились, что, наверное, повторять это уже нет смысла. Нужно выстраивать защиту, она заключается в том

числе и в страховании, но самое главное, нам нужно обратить внимание на наше сообщество и решить, что мы в профессиональном плане этому можем противопоставить.

Взять, к примеру, систему «пациент и врач». Есть главный критерий взаимодействия – это эффективность как главный результат. Должна быть безопасность и для пациента, и для врача. Пациент никогда не будет жаловаться, никогда не будет подавать в суд, если у него улучшится состояние здоровья, если он будет удовлетворён лечением – не будет никаких претензий.

В хирургии без осложнений невозможно. Достаточно большой процент осложнений в различных видах хирургической науки возникает, как уже здесь говорилось, не в силу ошибки, а в просто силу того, что есть какие-то объективные причины возникновения этих осложнений: личные особенности, какие-то пределы используемых диагностических и лечебных методов, но есть и субъективные причины. И вот на них нам очень важно остановиться. Потому что это может быть недостаточный уровень профессиональной подготовки врача, недостаточная квалификация. И профессиональным сообществам, конечно, надо очень большое внимание этому уделять.

Нам кажется, что улучшение обучения – тот ключевой фактор достижения эффективности в лечении, который мы, наряду с такой противоюридической, что ли, защитой, мы должны использовать, но конечно, мы должны максимально хорошо обучать наших врачей.

Тут вот видеоролики включали. Есть такой красивый видеофильм, который у нас врачи могут видеть, приходя на курсы, и может быть, даже впечатляться теми возможностями, которые на сегодняшний день есть у хирургии.

У нас нет системы чёткой сертификации профессиональным сообществом для хирурга, чтобы он мог быть готов к выполнению той или другой операции.

Здесь вот много аналогий, очень хорошая книжка в 1923 году, если я ничего не путаю, была издана – «Хирургия на распутье», там очень много говорится об активности и недостаточном обучении молодых хирургов, это, к сожалению, актуально по сей день.

И то, что касается обучения... Если просто банально сравнить наше обучение и обучение, например, в тех же Соединённых Штатах Америки – разница просто даже во времени, которое тратится на обучение хирурга. И вот этот ценз, посмотрите, он примерно одинаков для хирурга – 120 операций примерно надо сделать, чтобы снизить количество осложнений, что при выполнении лапароскопической холецистэктомии, что при выполнении колоректальных операций. У нас, к сожалению, ведь... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Добавьте, пожалуйста.

**Хотьков И. Е.** ...условия обязательного выполнения 120 операций не всегда соблюдаются, можно сделать одну, две, пять, потом начинать активно практиковать.

Помимо хирургического обучения, ещё коммуникативные навыки. Мы не всегда умеем больным хорошо объяснить то, что мы им планируем сделать. Просто не можем рассказать и потом сопроводить пациента вот с этим лечением.

Если этим заниматься, мне кажется, и в хороших центрах ещё лечить... Это сейчас происходит, всё-таки деньги вкладываются, и оснащённость клиник улучшается, и интерес появляется там, где есть хорошие коллективы. У нас вот ординатура в клинике, было подано 187 заявок в ординатуру, на сегодняшний день мы взяли 26 человек. То есть приходить к нам, например, стремление есть. Я думаю, что достаточно много хирургических коллективов, куда стремятся приходить на работу.

И вот с нашими ординаторами я встречался, среди них четыре или пять призёров российских олимпиад, есть талантливая молодёжь, которая хочет быть в профессии, надо для них создавать мотивацию и хорошо их обучать.

Спасибо большое.

**Председательствующий.** Благодарим вас.

**Из зала.** Уважаемые коллеги, затронут очень важный вопрос, что мы сами, в нашем сообществе можем решать внутренние проблемы, проводить аккредитацию, чтобы было понятно, что человек, желающий заниматься хирургической деятельностью...

**Хотьков И. Е.** Ну мне кажется, если говорить о законодательной какой-то части, то нужно давать право профессиональным сообществам решать и подтверждать квалификацию хирурга, и делать это максимально строго.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Позвольте предоставить слово Игорю Владиславовичу Понкину, профессору кафедры государственного и муниципального управления Института государственной службы и управления при Президенте Российской Федерации.

Пожалуйста, Игорь Владиславович.

**Понкин И. В.** Здесь немало говорилось про страхование рисков врача, в частности, хирурга. Хотел бы обратить внимание, что не нужно воспринимать это как панацею. Коллеги, мы с вами живём в реальном мире, большинство из нас сталкивались со страховыми компаниями и знают, что, мягко говоря, они бывают разные и ведут себя, даже самые добросовестные, по-разному. Поэтому страховать необходимо совершенно определённо, но этого недостаточно. Помимо административного давления, помимо давления со стороны дознавателей и следователей может быть и давление со стороны страховых компаний. И поэтому, как мне представляется, важным является направление развития, признания государством, гарантирование государством профессиональных прав врачей.

Два года назад был достаточно интересный и громкий процесс по поводу оспаривания прав врача использовать профессиональное медицинское изображение. Наше законодательство молчит по этому поводу. Мы попытались в книжке «Права врачей» расписать эти все вещи, но того, о чём я сейчас буду говорить, там тоже нет. Итак, зачем обсуждать содержание, и как мы можем структурировать, выстроить право врача на принятие обоснованного рискованного решения в сложной клинической ситуации?

Ну, давайте представим, что мы с вами сейчас находимся в рамках уголовного процесса и пытаемся оправдать конкретного хирурга. Действующий профильный федеральный закон не знает этого права, как и очень многих других прав профессиональных врачей, он совершенно обеднён с этой точки зрения, с точки зрения гарантирования правосубъектности врача. Но нельзя сказать, что мы не можем там найти абсолютно ничего. И действующий закон закладывает в антологию профессиональной деятельности врача такое понятие, как риск, то есть как интерактивное понятие выступает целый ряд статей.

Более того, закладывается риск негативных последствий от медицинского вмешательства, причём вызванных совершенно посторонними по отношению к врачу факторами, как то: качество медицинских изделий и уровень риска, к которым они отнесены. Здесь же вопросы, связанные с фармацевтикой, и прочее, и прочее, и прочее.

Исследуя этот вопрос, можно не изобретать велосипед, обратиться к зарубежному законодательству. Вот статья Р41.27.37 Кодекса общественного здравоохранения Франции гласит: при любых обстоятельствах врач должен стремиться облегчить страдания пациента с помощью средств, соответствующих его состоянию, оказать моральную поддержку и должен воздерживаться от необоснованного упрямства и может воздерживаться от проведения или продолжения лечения, которое кажется ненужным или несоразмерным. То есть на самом деле отсюда мы вполне можем начать экстрактировать элементы, юридические конструкции, которые позволят нам сконструировать должным образом и определение или описание, отражение исследуемого права, и необходимый набор гарантий.

Можно попытаться пойти от обратного – поискать, какие закреплены запреты. В зарубежном законодательстве примеров очень много. Тот же Кодекс общественного

здравоохранения Франции, статья 41.29.39Р гласит – врачи не могут предлагать пациентам или их окружению в качестве спасительного или иллюзорный, или недостаточно проверенный процесс, любая практика шарлатанства запрещена. Но попытки фреймировать, то есть динамически жёстко ограничить действия хирурга какими-то надуманными требованиями, необоснованным для данной конкретной ситуации, вполне могут быть оценены как иллюзорные и непроверенные.

Более того, есть ещё целый ряд статей в указанном кодексе Франции, что, например, никакое причиняющее увечье медицинское вмешательство не может быть осуществлено без очень серьёзной медицинской причины. То есть понятие риска, понятие серьёзности медицинской причины, понятие сложности вообще профессии, закладываемые в основу антологии деятельности хирурга – это всё известно зарубежному законодательству.

Сегодня российское законодательство, конечно, не отвечает всем необходимым требованиям, содержит огромное количество дефектов в виде и пробелов, и коллизий, и дисбаланса. Поэтому, соответственно, одно, как мне представляется, из радикальных... Буквально ещё полминутки, ладно?

**Председательствующий.** Добавьте, пожалуйста.

**Понкин И. В.** ...направлений – это пересмотр корпуса, в первую очередь, прав врачей, это первое.

Второе. Вы говорите про свои сообщества, но не говорите про их правомочия, тогда как, если мы закрепим в законе наделение юридическим значением каких-то решений врачебных сообществ, то мы можем получить на выходе очень много, в том числе внедрить тот самый стандарт добросовестного поведения, разумного поведения человека, специалиста, который используется в странах англо-саксонской правовой системы.

Чтобы понимали, о чём идёт речь, аналог из сферы спортивного права. Два человека на ринге, идёт бокс. Один наносит другому удар, тот умирает на месте. Уголовное дело не будет возбуждено по 105-й статье. Но где, покажите, в 105-й статье основание для освобождения от уголовной ответственности?

Государство легитимизирует и поднимает выше нормы уголовного права, нормы спортивного права, правила проведения поединка по боксу.

Та же самая ситуация на улице. Поэтому давайте закрепим в нашем законодательстве такую силу решения профессионального сообщества врачей, чтобы это действительно могло помогать решать проблему. Спасибо.

*(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Да, конечно, да, Лео Антонович.

**Бокерия Л. А.** А спросить можно вас, извините, пожалуйста.

У нас есть такое положение – консилиум врачей. И вот, например, в нашем центре любое решение в отношении оперативного вмешательства принимается консилиумом врачей. Вот как вы считаете, возможно ли это вывести в ранг юридической защиты?

**Понкин И. В.** Я думаю, что зарубежная практика даёт нам примеры, которые позволяют релевантность...

**Бокерия Л. А.** В том-то и дело, что у них это законодательно действует, а у нас нет.

**Понкин И. В.** Что мешает нам с вами решить этот вопрос?

**Председательствующий.** Спасибо большое. Задача ясна.

Анатолий Алексеевич Кулаков, академик Академии медицинских наук, пожалуйста.

**Кулаков А. А.** Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Глубокоуважаемые коллеги!

Мне бы хотелось сказать о том, что, конечно, челюстно-лицевая хирургия, которую я представляю, это лишь малая часть общего пласта хирургии. В стране порядка 1 тысячи 200 челюстно-лицевых хирургов, порядка 180–190 тысяч пациентов ежегодно госпитализируется в отделения челюстно-лицевой хирургии.

О тех проблемах, с которыми сталкиваются хирурги, о профессиональных и юридических рисках очень много уже сегодня говорили. Я хочу сказать, что особенностью челюстно-лицевой хирургии является то, что при диагностике и лечении патологии челюстно-лицевой области врач должен располагать знаниями не только в сфере челюстно-лицевой хирургии, но и офтальмологии, отоларингологии, неврологии, нейрохирургии, да всего не перечислить.

И, как правило, при сложных случаях, при сложных оперативных вмешательствах требуется именно бригадный подход с участием многих специалистов.

Надо сказать, что вот к тем профессиональным рискам, которые имеются в нашей специальности челюстно-лицевой хирургии, это одна из проблем – высокая степень кровопотери, порядка 30 процентов операций требует кровезамещения, а само по себе переливание крови является дополнительным фактором риска в развитии осложнений.

При таких разделах, как ортогенетическая хирургия, удаление сосудистых образований, посттравматическая реконструкция орбиты, замещение больших дефектов любой зоны лица с использованием микрососудистой хирургии, всё это, конечно, зоны повышенного риска большой кровопотери.

Говоря о профессиональном риске хирургическом: существует вероятность просто ошибки в диагностике. Вот, допустим, пациент с сосудистой гиперплазией на лице. При неправильной диагностике врач может начать хирургическое лечение, криотерапию, электродеструкцию, хотя на самом деле французские специалисты выяснили, что такой неселективный бета-блокатор, как пропранолол, даёт замечательный эффект лечения, достигается отличный результат. Но, к сожалению, не все пациенты получают вовремя лечение.

Как уже звучало, часто в регионах не направляют пациентов в центральные клиники, а проводят многочисленные, подчас неэффективные операции. В результате мы сталкиваемся с такими запущенными случаями, которые, хотя и не представляют высокой степени риска для жизни пациента, и можно добиться достаточно хороших результатов, но в некоторых случаях речь идёт действительно о жизни пациента, когда приходится проводить буквально калечащие операции для спасения жизни пациента.

И опять-таки здесь две проблемы. Одна проблема в том, что пациентов чрезмерно долго лечили на местах, а вторая – что отсутствует информация о том, где можно получить квалифицированную помощь. Надо сказать, что всё-таки основная проблема – основная летальность возникает не при этих операциях, а при распространённых воспалительных процессах челюстно-лицевой области, когда пациент поздно обратился, вероятны инфекции, сепсис, медиастинит.

И второе. Это, конечно, профузное кровотечение при терминальных стадиях злокачественных новообразований челюстно-лицевой области. Вот две основные причины, когда мы имеем летальность.

Сейчас возникают довольно интересные ножницы. С одной стороны, расширяются возможности хирургии, пациент требует быстрого эффекта, хороших функциональных и эстетических результатов. И это возможно. Вот, допустим, пациентке с миксомой нижней челюсти провели компьютерное моделирование, сделали шаблоны, провели операцию. На голени сформировали тот фрагмент челюсти, который нужно заместить. В один день провели и имплантацию, и установили протезы. И вот через 10 дней вы видите результат.

И в то же время провели сокращение времени операции за последние годы. Стало меньше послеоперационных осложнений. И в то же время увеличивается количество исков. Вот в стране порядка 10 миллионов гражданских дел рассматривается, из них 4 тысячи – по качеству медицинской помощи. И вы видите, какой резкий пик, начиная вот с 2008 года. При этом решение суда в пользу пациента. Суммы, которые выплачиваются, резко возрастают – за миллион, два, четыре миллиона. И это, естественно, вы-

зывает тревогу у специалистов при проведении этих вмешательств, в частности, по хирургии в 92 раза сумма иска превышает...

*(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Добавьте, пожалуйста.

**Кулаков А. А.** На наш взгляд, пути решения – это доработка федеральных законов, закона об обязательном страховании, развитие независимой экспертизы, о чём уже сегодня говорили, подготовка кадров для этого необходима. А кроме этого, необходимы, естественно, от профессиональных сообществ разработка и актуализация клинических рекомендаций. И что нам представляется очень важным – внедрение принципов доказательной медицины, использование цифровых технологий и объективизации методов лечения и полученных результатов. Это позволит отстаивать свою позицию на любом этапе: в разговоре с адвокатом, в суде и так далее. Ну и, разумеется, серьёзнее должна быть правовая подготовка врачей и студентов, они должны больше знать о том, в каких случаях может наступить правовая ответственность.

Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

*(Аплодисменты.)*

Уважаемые коллеги, позвольте предоставить слово Александру Владимировичу Саверскому, президенту общероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов».

**Саверский А. В.** Добрый день, уважаемые дамы и господа, уважаемый президиум!

Я прежде всего хочу выразить искреннее сожаление в том, что мы потеряли больше 10 лет и, наверное, не обсуждали бы этот вопрос сегодня, если бы внимательней друг друга слушали. В 2008 году Общественный совет при Росздравнадзоре, первый общественный совет в системе, который я тогда возглавлял, при участии Татьяны Борисовны Дмитриевой, царствие ей небесное, и главного патоморфолога Льва Владимировича Кактурского, принял решение о переносе уголовной ответственности врачей с неосторожной формой вины в Административный кодекс Российской Федерации. Понятно, что прямого переноса быть не может, это серьёзная работа, но это идея, которая, в частности, состоит в том, что мы тогда уже прекрасно понимали ряд вещей.

Первое. Пациенты, как правило, действительно не хотят, чтобы доктор сидел в тюрьме. Они хотят, чтобы плохой доктор перестал работать. Это, как минимум, не уголовная ответственность, это как лишение водительских прав – административная ответственность. Право – это вообще административная штука.

Второе, что я, как президент «Лиги пациентов», знал – уголовная ответственность мешает взаимопониманию между пациентом и врачом, потому что врач, боясь уголовной ответственности, начинает скрывать свои ошибки и вообще вести себя не очень адекватно. Это, к сожалению, действие Уголовного кодекса, который в данном случае не позволяет анализировать ошибки и их исправлять. Честно говоря, это чудовищно, вот с такой точки зрения. И одно это заставляет меня говорить о том, что действие регуляторов неадекватно.

Почему с теоретической точки зрения действия Уголовного кодекса Российской Федерации нельзя, на мой взгляд, распространять с неосторожными формами вины на действия врачей? Во-первых, потому что у нас существует, как это ни странно, презумпция вины врачей. Сейчас, если вы подумаете, то если чего не так, в тюрьму. Да? А почему так? Потому что ваше поле деятельности – жизнь и здоровье людей напрямую совпадает с полем деятельности главы 16 Уголовного кодекса Российской Федерации, которая прямо называется: преступления против жизни и здоровья. Вы же жизнью и здоровьем занимаетесь? Ну вот вам. Но самое страшное, что у болезни та же сфера деятельности, треугольник. И вот в этом треугольнике очень легко обвинять врача. Поэтому и возникает та самая презумпция.

Ну, мы знаем с вами, что на самом деле у нас в Уголовном кодексе Российской Федерации существует презумпция невиновности.

Второе. Действительно, медицина – это поле деятельности с огромным вариантом исходов. Я это прекрасно понимаю. И если вы посмотрите определение вины в Уголовном кодексе, то это осознанное отношение к своим общественно-опасным действиям. Врач, думающий об общественно-опасных последствиях, это что-то очень странное. Врач, конечно, думает о том, прежде всего, как спасти человека. Это общественно-полезные действия. Как только мы допустим противоположную мысль, то мы действительно всех вас делаем преступниками. Мы вообще не можем так думать в целом о профессии, что она нацелена на то, чтобы причинить какой-то вред. Это же бред какой-то!

То есть на самом деле врач совершает общественно-полезные действия, и уже поэтому он невиновен. Если он что-то там не доделал, то... Стоп, что не доделал? Нарушение стандарта. Вашего же стандарта, вами же разработанного, строго говоря. Вот оно, действие профессиональных ассоциаций.

То есть если нарушил стандарт, виноват. Но уголовный ли это состав? Нет. Это как раз действие Административного кодекса Российской Федерации, потому что там стандартизированы процедуры, которые нельзя нарушать.

Я, с вашего позволения, эту часть заканчиваю.

Я действительно считаю, что в наших с вами общих интересах осуществить правовой разворот и с использованием адвокатов, юристов, теоретиков доказать Следственному комитету, что вообще уголовная вина не должна распространяться на профессию врача. Эти совпадения, которые там есть – жизнь, здоровье, это просто совпадения. И поэтому врач сидеть не должен.

*(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Добавьте, пожалуйста.

**Саверский А. В.** Но одновременно пациенты должны понимать, что какая-то ответственность врача существует. Понимаете, да? Потому что сказать: а я ни в чём не виноват, – тоже нельзя. Административно всё-таки отвечать надо. Но это штрафы. И в самом худшем исходе – это лишение права заниматься медицинской деятельностью.

Среди вас, я знаю, есть люди, которые врачами не являются, их надо убирать, их немного, вы их, наверное, сами знаете.

И если позволите ещё две минуты, просто это для вас очень важно. Я очень много слышу о страховании профессиональной ответственности, и у меня есть контрдоводы, без которых вы можете много чего ненужного наделать.

Дело в том, что на сегодняшний день вы чётко должны понимать, что гражданской ответственности врача не существует. Именно потому, что он – не субъект права. Вы хотите обречь всех себя и своих коллег на эту ответственность. Вы должны чётко понимать: если её сегодня нет, а завтра вы её создадите – что за этим последует? Пациенты пойдут в суд за деньгами. И не только. Они пойдут в Следственный комитет для того, чтобы не своими руками, не руками адвокатов, а руками прокуроров, следователей вынести приговор, который, строго говоря, будет иметь силу преюдиции для гражданского суда.

То есть вы простимулируете конфликты, из судов не будете вылезать. Вот тут американские цифры показали, но это же не просто так, там же денежный мотиватор, стоит счётчик. Огромные риски – вот что вы предлагаете сделать. Вопрос: а оно нам всем надо? Вот мне это выгодно, это деньги на кону, я вам честно говорю. Я вот центрам бесплатно помогаю, 20 лет. Вот вы говорите, вот деньги. Ну, давайте. А вам это надо?

У вас сегодня ответственности нет. Давайте мы это сделаем. Но дело в том, что у нас совсем другая система, не европейская. У них врач изначально был субъектом права, они через это шли, объединялись, а мы в 1917 году прыгнули на другой уровень, у нас технология медицинская превратилась в коллективное действие. Да, хирург, конечно,

действует самостоятельно, хотя там бригада целая, но в принципе он один. Но в целом медицина – это технология сложная. Я, когда беру историю болезни, то читаю и понимаю – один врач, третий, пятый – по делу может пройти человек десять, которые окажутся виноваты. Я ищу крайнего всегда, ну, что делать. А в вашей ситуации вы хотите, чтобы всё это перевели в деньги. И вот тогда будет действительно серьёзная проблема.

Поэтому я вас призываю не создавать проблем себе на голову. Вот Административный кодекс Российской Федерации, по-моему, является компромиссным решением между пациентами, которым надо, чтобы какую-то вину признавали. Это будет Росздравнадзор, понятно. Не «уголовка», но в то же время и не полная безответственность.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое. К вам вопрос.

**Из зала.** Вопрос можно задать? Вот они все, кто за пределами нашей страны, они идиоты, дураки?

**Саверский А. В.** Я этого не говорил.

**Из зала.** Секундочку. Нет, вы сказали именно так.

**Саверский А. В.** Нет, нет, вы неправильно услышали.

**Из зала.** Почему они тогда продолжают придерживаться страхования ответственности врача? Там же речь идёт о том, что напрямую интересы пациента и врача не сталкиваются, когда они с двух сторон застрахованы – вот о чём идёт речь. И там в пределах отношений двух страховых компаний могут быть решения вопросов.

**Саверский А. В.** Они создали систему в рамках той парадигмы, которая у них сложилась исторически. У нас в 1917 году она была разрушена. Врач перестал быть субъектом права. И у нас есть учреждение, если вы хотите страховать, страхуйте учреждение. В чём проблема? Зачем врача-то вводить...

**Из зала.** А на какие, простите, «шиши» его страховать?

**Саверский А. В.** Учреждение? Ну, у учреждения денег всё же побольше, чем у врача. У врача вообще даже стетоскопа своего нет. Как вы будете его страховать?

**Из зала.** *(Не слышно.)*

**Саверский А. В.** Знаю, да.

Понимаете, я же тоже цифрами владею, я знаю, как вы друг друга пугаете, но на самом деле ситуация пока только нагнетается, поэтому я вам это всё и говорю. Принимать решение надо было уже десять лет назад, это тоже правда. Но она пока не взрывная, понимаете. Вот у меня ответ следователя из Следственного комитета, что да, двух человек посадили за 2017 год, двух хирургов по 109-й статье. Это тоже нехорошо, я вам уже об этом сказал. Но это ведь даже не 20, понимаете.

И ещё раз: застраховать уголовную ответственность нельзя. Вы чего боитесь – гражданских исков? Вам их не надо бояться, у вас нет этой ответственности. А уголовную ответственность застраховать нельзя, в подобном посадят всё равно, вне зависимости от того, есть у вас страховка или нет. Так страхи-то она не покрывает ваши. Потому что, когда вы произносите слова «страхование профессиональной ответственности», идёт подмена понятия. Страхование какой ответственности – гражданской или уголовной? Гражданской у вас нет, а уголовную вы не покроете. Поэтому, ради бога, подумайте, прежде чем всё это начинать...

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Мы будем думать вместе с вами.

**Из зала.** Дмитрий Анатольевич, можно вопрос?

**Председательствующий.** Да, конечно.

**Из зала.** Правильно ли я вас понял, что страховать врачей-хирургов индивидуально не надо? А как быть? Сейчас мы не принимаем решения никакого, то есть решение мы можем принять, но когда это будет законодательно принято, в какой сфере – неясно. А ведь для того, чтобы человека посадить... Вы только что сказали, двух человек посадили...

**Саверский А. В.** Да, я это сказал.

**Из зала.** Но дело же не только в том, что двух посадили, дело в том, что десятки и сотни...

**Саверский А. В.** ...живут в страхе, что они могут оказаться этими двумя. Я это понимаю.

**Из зала.** А для них нужен адвокат, нужна защита? Вот это страхование?

**Саверский А. В.** Нет, это вообще никакого отношения не имеет. Ну, как вы не понимаете? Страховая компания вам этого не покроет. С чего вы это взяли? Вот вам тоже Лёша Старченко говорит: нельзя преступление застраховать. К тому, чего вы боитесь, страхование вообще не имеет никакого отношения. Это гражданский иск, а здесь уголовка, которую вы стимулируете деньгами, я уже объяснил. То есть вы на кон поставите деньги, а пациент, чтобы их получить, пойдёт к следователю. Вот что произойдёт.

**Из зала.** Оттого, что пациенты будут знать, что врач застрахован, они пойдут к следователю?

**Из зала.** Друзья мои, надо прекратить дискуссию. Пациент и сейчас идёт к следователю за деньгами.

**Председательствующий.** Михаил Владимирович, спасибо большое.

Коллеги, все получат возможность высказаться. Я просто хочу поддержать эту дискуссию и предложить вам разделить всё-таки две вещи: защита прав и страхование как один из механизмов. Мне кажется, я не против, но Александр Владимирович, мне кажется, так аргументированно говорил. Мы продолжим работать, просто я оставил это на конец заседания. Скажу вам сразу же: я предложу вам поддержать создание рабочей группы в Комитете Государственной Думы по охране здоровья по правовой защите врачей. Мы возьмём на себя вот эту ответственность, соберём всех экспертов и в кратчайшие сроки выйдем на предложения, которые уже будем конкретно обсуждать. То, что систему защиты прав необходимо укрепить, в этом нет никаких сомнений, конечно же.

Коллеги, я думаю, судя по времени, мы, наверное, подойдём к такому моменту ближе к 18 часам, когда к микрофонам в зале можно будет подходить и говорить. Иначе, чувствую, мы вряд ли полноценные выступления всех 43 докладчиков заслушаем. Но это как получится.

Слово предоставляется Владимиру Михайловичу Розинову, директору НИИ детской хирургии РНИМУ имени Пирогова, вице-президенту Российской ассоциации детских хирургов.

**Розин В. М.** Спасибо.

Глубокоуважаемый президиум, глубокоуважаемые коллеги, по моему убеждению, снять остроту взаимоотношений в системе «пациент – врач – следователь» стратегически можно только путём законодательной трансформации доктора как субъекта права. А вот страхование профессиональных рисков – это уже абсолютно вторичная задача.

В тактическом отношении, мне представляется, существуют три задачи.

Задача первая. Сегодня мы упоминали, как мантру, ошибку врача, понимая под этим добросовестное заблуждение, в соответствии с определением классическим Ипполита Васильевича Давыдовского. Но ведь в юриспруденции нет этого понятия, оно не введено. И пока это понятие не будет введено юридически, мы не можем разграничить врачебную ошибку с халатностью, с непреднамеренным причинением вреда здоровью или, не дай бог, смерти. Понимаете, как? Потому что за каждой из юридических дефиниций стоит соответствующая, либо дисциплинарная, либо гражданско-правовая, либо уголовная ответственность. То есть понятие «врачебная ошибка», эквивалентное в содержательном отношении, должно быть введено в юридическое поле.

Второе. Краеугольный камень всех жалоб, претензий, исков наших пациентов – это качество медицинской помощи. Но единственный ведомственный нормативный документ, который регламентирует критерии качества медицинской помощи, – это извест-

ный вам приказ № 203 от 2017 года. Он, по сути, не просто однобокий, он лукавый. Потому что в разумно организованном мире качество медицинской помощи оценивается по трём системообразующим критериям: структурным, технологическим и результативным.

У нас же выдернули только технологические, связанные с тем, посмотрел в течение двух часов больного акушер-гинеколог или проктолог или не посмотрел. Это лукавая позиция, потому что таким образом из зоны ответственности за нарушение качества помощи выводится вся структура руководителей органов управления здравоохранения, которая в первую очередь должна отвечать за санитарно-техническое состояние наших медицинских организаций, за комплектование наших дежурных бригад врачами соответствующей квалификационной категории, за наличие состава оборудования, расходных материалов, лекарственных препаратов.

То есть мы заранее назначаем стрелочников из числа дежурных хирургов, лечащих врачей и заведующих отделениями, которые пойдут в суд.

И, наконец, третье, что мне представляется очень важным.

Вот мы всё время упоминаем какие-то независимые экспертизы, но, честно говоря, мы располагаем сегодня базой, которую надо просто чуть усовершенствовать. У нас есть бюро, у нас есть центры судебно-медицинской экспертизы. Все сложные врачебные дела проходят в порядке судебно-медицинских комиссионных экспертиз. Давайте мы построим нашу линию на том, чтобы подбор специалистов-экспертов осуществлялся за счёт потенциала наших с вами профессиональных сообществ. Этого будет вполне достаточно, для того чтобы...

*(Аплодисменты.)*

Спасибо.

И последнее, чтобы чуть уставшую аудиторию отвлечь.

*(Демонстрируется слайд.)*

Покажите, пожалуйста, мне тот кадр. Знаете, мы с вами сейчас строим апокалиптические прогнозы, мы говорим о накале страстей, на самом деле, знаете, ведь под луной нового мало.

Вот я натолкнулся несколько лет назад на надгробие на территории некрополя Новодевичьего монастыря, и на этом надгробии написано следующее: княжна Ольга Львовна Шеховская из высокого рода, в возрасте 34 лет умерла, как высечено добрыми христианами, смиренными... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Добавьте.

**Розин В. М.** ...от операции, видите, доктора Снегирёва. Речь идёт о профессоре Снегирёве, основателе клиники, которая сейчас носит его имя, основоположнике онкогинекологии, чья монография по маточным кровотечениям была настольной книгой для поколений хирургов.

Я к тому, что, знаете, не следует нам, видимо, паниковать, не следует нам тем более впадать в уныние, рассматривая наши перспективы, достаточно будет просто двигаться в том направлении, о котором сегодня договоримся.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Владимир Михайлович.

Насколько я знаю, Снегирёва не привлекли.

**Розин В. М.** Не привлекли, потому что не было интернета. Это первое...

**Председательствующий.** Да, это верно. И мало кто подходил к этому надгробию.

**Розин В. М.** Но 30 лет он прожил с этим чёрным пиаром...

**Председательствующий.** Это верно. Да.

Поддерживаю Владимира Михайловича в его первом посыле, я просто хотел обратить внимание ваше, уважаемые коллеги, что в принятом законе о клинических рекомендациях и протоколах последняя статья посвящена ответственности руководителей

медицинских организаций за создание врачам условий работы по клиническим рекомендациям. И сейчас мы ожидаем, работая над законопроектом, какая будет ответственность. Мы не раз повторяли – всё, что связано с оснащением, обеспечением, формированием бригад и так далее, это введено в связи с этим законом, и будет работать.

Уважаемые коллеги, позвольте предоставить слово Ларисе Дмитриевне Попович, директору Института экономики здравоохранения Высшей школы экономики.

Пожалуйста.

**Попович Л. Д.** Да, коллеги, я хочу обратить ваше внимание на немножко другие аспекты деятельности хирургических практик и хочу показать вам, с какими рисками вы сталкиваетесь в своей работе. Они действительно могут быть классифицированы как несчастный случай и профессиональные заболевания, те риски и факторы, которые увеличивают возникновение рисков профессиональных заболеваний и несчастных случаев, и собственно организационные факторы, от которых зависит частота их возникновения.

Все вы прекрасно понимаете, что такое несчастные случаи. Больше 200 травм бывает в процессе деятельности врача – это профессиональные заболевания, связанные с условиями, в которых проходит его деятельность, и заболевания опорно-двигательного аппарата, шумовая потеря и различные физические факторы, вызывающие заболевания, химические факторы, которые всегда присутствуют в операционной, их огромное количество. Я постаралась хотя бы частично их собрать здесь. Биологические риски, о которых прекрасно сказано в раздаточных материалах Роспотребнадзора, психосоциальные риски. Никакая другая специальность до такой степени не подвержена влиянию сложных коммуникативных отношений с пациентами, с его родственниками, и никакая другая специальность не связана с таким высоким риском стресса.

Организационные факторы можно разделить на те, которые связаны с деятельностью медицинского учреждения и системные. В первую очередь хочу обратить ваше внимание на то, что возможно отсутствие интеграции с первичным звеном, когда недостаточные работы либо пробелы в деятельности первичного звена, тем не менее, локализируют ответственность на хирургическую помощь, которая была сделана вполне адекватно.

А криминализация – то, о чём мы сегодня с вами говорим, – это всё то, что сопровождает деятельность хирургов в ваших клиниках.

Но есть ещё несколько аспектов, о которых хотела бы вам сказать. Вот эти синие столбики – это доля врачей хирургических профилей в субъектах Российской Федерации.

*(Демонстрируется слайд.)*

Достаточно ровные в государственном сегменте, от 14 до 7 процентов, в среднем – 10. А красные точки – это доля хирургов в негосударственном звене, которые достаточно хаотично распространены на территории Российской Федерации. Да, безусловно, их операционная активность существенно меньше, чем в государственном звене. И работают они в основном в амбулаторном звене, тем не менее в стационарах негосударственных они тоже работают.

Да, в государственном сегменте значительно больше работают в стационарах, чем в амбулаторном звене, и мы знаем про то, что там происходит.

Про негосударственный сектор мы не знаем практически ничего, кроме частоты операционной активности.

*(Демонстрируется слайд.)*

Амбулаторная деятельность в государственном звене представлена здесь. Стационарная – здесь, это не ВМП. Справа ВМП, взрослые, дети. Что происходит там, мы примерно знаем, потому что ведётся статистика риска осложнений и риска смерти в связи с операцией, она представлена для клиник с высокими технологиями. Удивительно,

для клиник без высоких технологий, оказывается, риск смерти значительно больше по статистике, с этим надо разбираться. Потому что здесь могут быть существенные проблемы и существенные риски, о которых мы с вами пока не очень знаем.

Говоря о защите от всех этих огромных рисков, я хотела бы всё-таки обратить ваше внимание на следующее. Учитывая огромное количество вредных факторов, с которыми сталкивается в своей работе хирург, нам нужно вводить дополнительное страхование от несчастных случаев и профессиональных заболеваний специальностей этой категории, сильно отличающихся от остальных специальностей в медицине. Соответствующие исследования показывают достаточно однородную группу.

Тем не менее программу страхования профессиональной ответственности как защите пациента от возникновения нежелательных последствий нужно обсуждать. Варианты здесь возможны. Я с Сашей не могу согласиться. Программа страхования на случай утраты профессионального потенциала – крайне важные вещи для хирургов, они выгорают значительно быстрее, чем другие профессионалы. А дальше программы обучения стрессам, программы имиджевой поддержки, о чём мы с вами говорим, потому что ситуация действительно выходит из-под контроля, работа СМИ просто безобразна совершенно. Единая система открытости статистической отчётности для всех форм собственности, мотивация персонала с учётом результатов и декриминализация.

И последнее. Экспертная деятельность Следственного комитета Российской Федерации по оценке врачебных ошибок должна иметь жёстко регламентированный порядок проведения этой экспертизы, потому что сейчас Следственный комитет обращается к одному, второму, третьему эксперту, пока не получит то экспертное заключение, которое его устраивает и которое криминализует деятельность врача. Он не останавливается. Это надо прекращать. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

*(Аплодисменты.)*

Пожалуйста.

**Из зала.** Вопрос к вам можно? Скажите, пожалуйста, вы знаете случаи, когда Следственный комитет обращался к профессионалам за оценкой?

**Попович Л. Д.** Да, мы недавно снимали передачу, и там было озвучено, что четыре или пять экспертиз профессионалов говорили о том, что отсутствует вина врача, шестая экспертиза подтвердила, что она есть, и в результате врач был осуждён.

**Из зала.** Ну, я такого не знаю, честно говоря.

И ещё одно. Вот, скажите, вы назвали организационные факторы, много их перечислено. А вы знаете хоть один факт, когда судили администрацию за организационные факторы, а не хирурга, который допустил эту ошибку?

**Попович Л. Д.** Нет, к сожалению. И это очень серьёзная проблема. Давайте каждый будет нести свой чемоданчик сам.

**Из зала.** Понятно. Там большой чемоданчик.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Так оно и будет. Обязательно будет.

Владимир Эдуардович Фёдоров, пожалуйста, профессор кафедры факультета хирургии и онкологии Саратовского университета имени Разумовского.

**Федоров В. Э.** Уважаемые коллеги, я хотел бы несколько снизить накал страстей и сократить своё выступление, потому что все действительно устали.

Целью моего доклада является как раз анализ жалоб, который мы как эксперты-хирурги проводим в Росздравнадзоре. Вообще, хотелось бы напомнить, что взаимодействие между хирургом и пациентом – это всегда противодействие, это всегда такой своеобразный конфликт, который приобретает иногда негативные свойства и заканчивается жалобой. Этот конфликт имеет определённые свойства, это действия, контрдействия, вмешательство в дела друг друга и нанесение определённого ущерба.

Надо сказать, что есть определённая стадийность в этом конфликте, и решается всё обычно только на начальных стадиях, когда возможность разрешения достигает 92 процентов, а когда пик конфликта, то практически ничего решить уже невозможно.

В связи с этим мы проанализировали, что же за жалобы приходится нам рассматривать в Саратовской губернии за полтора года, за период 2018 года и 5 месяцев 2019 года.

Всего мы имели 42 жалобы на хирургов. Среди них большая часть «пострадавших» – это женщины, по всей видимости, они действительно терпеливее и чаще поступают в стационар.

Если возрастной состав смотреть, то это чаще две категории больных: одна треть – это молодые, до 20 лет, а другая категория – это пожилые и старше 60 лет, их больше, свыше 40 процентов.

Механизм рассмотрения жалобы, в общем-то, всем известен. И надо сказать, что, по мнению жалующегося человека, он такой обычный. Сначала надо кому-то, какому-то начальнику пожаловаться, повыше, затем жалоба проходит ряд этапов, Росздравнадзор, попадает в учреждение и только потом попадает к хирургу. Надо сказать, что намного эффективнее такой путь, как обращение к главному врачу или профильному заму, но, как правило, он очень редок.

Надо сказать, что какие-то многочисленные жалобы, направляемые сразу во все учреждения или во все организации с требованием покарать, это, как правило, эмоциональный порыв.

Куда же жалобы чаще всего направлены? Чаще всего, конечно, жалобы направляются в Следственный комитет Российской Федерации и прокуратуру. На втором месте Росздравнадзор. Есть и более редкие ситуации, когда направляют Уполномоченному по правам человека, в различные страховые компании, в Администрацию Президента Российской Федерации и даже в Управление федеральной системы исполнения наказаний.

К каким врачам чаще всего претензии? В каких стационарах и какого уровня? Чаще всего, конечно, и в абсолютном, и в процентном отношении – это врачи центральных районных больниц.

На втором месте, как ни странно, врачи частных клиник, затем – городские, областные больницы, университетские клиники.

Таким образом, у нас возник некий негативный рейтинг медицинских учреждений. Чаще всего это жалобы на хирургические отделения, коечный фонд которых больше 30 коек. То есть это приличные такие по составу отделения.

На втором месте – ЦРБ с небольшим коечным фондом и обеспечением.

И на третьем – частные клиники.

Жалобы бывают разные. Чаще всего они эмоциональные, большая часть рутинная, и есть ещё другие виды жалоб, например, продуманные.

Эмоциональные жалобы, прежде всего, – это обида на врача. В принципе, необязательно на врача обида, на любого человека можно обижаться, если он не принял, не оказал медицинскую помощь, или обида на откровенные грубость или хамство.

Рутинные жалобы всем понятны, это неправильное лечение или возникшие осложнения.

Есть ещё так называемые продуманные жалобы, когда используют медицину для того, чтобы получить какие-то выгоды, например... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Добавьте, пожалуйста.

**Фёдоров В. Э.** Есть жалобы от психически больных людей.

Надо сказать, что мы проанализировали, чего хотели добиться жалобой сами пациенты и их родственники. Чаще всего наши пациенты некроважные, они больше всего хотят провести проверку. Ну, а затем в разной степени привести к ответственности, наказать, скажем, завести уголовное дело.

Последние полгода появились три жалобы, в которых требуют возмещения материального ущерба.

Портрет хирурга, с которым приходится таким больным сталкиваться, на которых жалуются чаще всего. Конечно, это хирурги низкой квалификации, многие из них не имеют категории, и их потолок – третья хирургическая категория. Таких приблизительно 51 процент.

Благодарю за внимание. Выводы делайте сами. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Слово предоставляется Игорю Владимировичу Тимофееву, заместителю председателя Уставного суда Санкт-Петербурга.

Пожалуйста, Игорь Владимирович.

**Тимофеев И. В.** Глубокоуважаемый президиум! Глубокоуважаемые коллеги!

Возвращаясь всё-таки к теме «круглого стола», мы назвали свой доклад «К вопросу об оптимизации юридических рисков в хирургии».

Находясь на двух сторонах баррикад, не страдая раздвоением личности, я нахожусь и в судебной инстанции, и в медицинской.

Вчера шесть часов читал лекцию в Военно-медицинской академии, поэтому я знаю, о чём говорю, и в профессиональном смысле, и в юридическом.

Обращаю ваше внимание, что цель у нас позитивная, но мы очень часто в истории болезни, а история болезни – это документ, это вещдок (вещественное доказательство), должны описывать эту цель.

Риск влияет на результат, и в хирургии результат может быть как негативный, так и позитивный. Зависит это от чего? От риска.

И вот тут надо разделять два вида риска. Риск пациента. Я отвечаю уважаемым коллегам, как нельзя говорить сегодня судьбе или юристу: врач не имеет права на ошибку. Ошибаться может, да, вопросов нет, но права он не имеет. Нельзя так говорить.

Потому что хирург рискует не своим здоровьем, хотя он своим тоже рискует, это мы как бы уходим в сторонку, но рискует чужим здоровьем.

Поэтому в этой ситуации есть риск пациента и дефект медицинской помощи, который может возникнуть, который зависит от хирурга, он очень важен нам для понимания медико-организационных движений по улучшению нашего здравоохранения.

Первый случай – это то, что зависит от хирурга. Но мы прекрасно знаем, хирург может всё сделать прекрасно, но с учётом индивидуальных особенностей, тяжести состояния и так далее, возникнет негатив. Поэтому мы относим всю эту деятельность к рискованной.

И природа юридической ответственности хирурга связана с обоснованностью хирургического риска. И когда в суде, – а поверьте, мы занимались анализом судебных дел, – когда в суде судья оценивает те или иные аспекты, стоит вопрос: а этот риск, который хирург допустил, он был обоснованный? Сейчас я поясню, что понимает судебное сообщество под обоснованностью риска. В том числе, прежде всего, это позитивное целеполагание.

Откуда это берётся? Это берётся из предоперационного эпикриза. Принятие достаточных мер для предотвращения возникновения риска. Вот я сейчас открою полувойенную тайну. Мы сейчас для стоматологов материалы подбираем, для их съезда, и оказывается, в медицинской документации 40 процентов дефектов лежат в основе удовлетворения риска, понимаете, в хирургии. Ну как так? Коллеги, это же наша проблема. Мы должны научиться правильно записывать то, что мы делаем.

Оптимизация, с нашей точки зрения, это наши с вами действия, направленные на снижение вероятности осложнений, связанных с физическим вмешательством и невмешательством и объективизацией юридической ответственности хирурга. И вот такие действия могут исходить от хирурга. Так что он действительно аккредитацию должен проходить, и более качественно с получением некоторых профессиональных знаний, в том числе в области права.

Мы вот тут предлагаем вам, коллеги, два варианта поведения хирурга. Наиболее часто всё-таки ситуация с чем связана? Когда хирург стремится к минимизации риска. Одним из элементов качества является низкий риск медицинского вмешательства, низкий риск. У нас этого нет в определении качества лечения, а если взять международные критерии – там это есть.

Остаётся вероятность возникновения негативного результата, она остаётся, потому что хирург работает в зоне, в которой если всё сделал и всё выполнил, не должна наступать ответственность.

Таким образом, смотрите, какой мы делаем вывод. Регламентация деятельности хирурга... А что такое регламентация? Эти вот эти порядки замечательные, клинические и другие рекомендации, в первую очередь, они на что настроены? На минимизацию рисков возникновения негативных последствий. Для кого? Для пациента. Помните риск пациента, который зависит от хирурга? Он является, в принципе, способом профилактики чего?

Кроме того, такая регламентация является основой юридической защиты хирурга. И вот, смотрите: ситуация так изменилась, что хирург должен выйти за рамки тех предписаний, которые есть. У судьи есть такое понятие «судейское усмотрение», когда ниже нижнего, выше высшего. Вот такое в документах, порядках и так далее, те, кто пишут эти замечательные регламентирующие документы для хирургов, должны оставлять.

И, естественно, если хирург вышел на понятие «обоснованный риск», это, как правило, вынужденная мера, это в истории болезни должно быть отражено.

Кстати, когда судья оценивает, он смотрит историю болезни, в том числе как элемент доказательный. И кроме всех следственных действий есть ещё история болезни. Если там грамотно всё прописано, если хирург это расписал – браво вам, коллеги.

Ну и, таким образом, смотрите, я вам подчёркиваю. Регламентирующие документы должны быть достаточно конкретными для минимизации чего? Дефектов медицинской помощи, которые приводят к риску для пациента. Но они не должны сводить к минимуму свободу хирурга действовать на своё усмотрение, когда имеется основание для обоснованного риска.

Поэтому ключевой фразой сегодня будет «обоснованный риск». И вы, если идёте на него, должны его грамотно расписать в истории болезни.

Это я дал свои предложения, что нужно сделать. У нас, к сожалению, нет дефиниций, отсюда все проблемы. Надо повышать грамотность во время аккредитаций и между ними.

И сегодня, уважаемые коллеги, я очень благодарен Дмитрию Анатольевичу, что получил возможность представить на ваш суд юридический транслайт, объяснить, как разговаривать с замечательными ребятами со щитом и двумя мечами, чтобы они вас понимали, в противном случае получится беда.

Спасибо за терпение и доброжелательность.

**Председательствующий.** Спасибо большое. (*Аплодисменты.*)

Слово предоставляется Полине Георгиевне Габай, генеральному директору ООО «Факультет медицинского права».

**Габай П. Г.** Здравствуйте, уважаемые слушатели.

Благодарю вас за возможность выступить. Я, к счастью или к сожалению, юрист, поэтому моё выступление будет именно по правовым аспектам.

В настоящее время развитие медицины, развитие науки привело к появлению множества хирургических специальностей. Данный факт, безусловно, находит отражение и в положении о лицензировании медицинской деятельности, и мы видим целый ряд специальностей, подлежащих лицензированию в области хирургии. Это в частности простая хирургия, абдоминальная, торакальная и так далее, я не буду уделять данному аспекту внимание.

И безусловно, различные виды хирургии регулируются различными порядками оказания медицинской помощи, и к их лицензированию, и к осуществлению данного вида деятельности предъявляются различные нормы. И все мы понимаем, что лицензирование трансплантологии, например, и её осуществление намного сложнее, чем, например, лицензирование челюстно-лицевой хирургии.

Но проблема, на которую я хочу обратить сегодня внимание, это отсутствие чётких критериев в разделении данных хирургических специальностей. Некоторая законодательная солянка. Я приведу примеры того, как они чётко вытекают в правоприменение.

Мы столкнулись с такой ситуацией, когда к медицинской организации, осуществляющей гемодиализ, у которой была лицензия на хирургию, предъявляли требования о дополнительной лицензии на сердечно-сосудистую хирургию. Почему? Причина была следующая: пациенту на предплечье формируется артериовенозная фистула для обеспечения сосудистого доступа. И логика была такова: поскольку формирование фистулы для гемодиализа связано с хирургическими манипуляциями на сосуде, это является сосудистой хирургией. Логика абсолютно нежизнеспособна, потому что, если мы будем думать в этом направлении, тогда лицензировать сосудистую хирургию надо будет и для реанимации, и для станций скорой медпомощи, потому что они регулярно формируют центрально-сосудистый доступ. Ну, хорошо, реаниматологи, но со сшиванием сосудов сталкиваются различные врачи, в частности травматологи.

То есть какой мы можем сделать вывод? Что любой травмпункт нуждается в лицензии на сердечно-сосудистую хирургию. Но, конечно же, это абсурд.

То есть мы можем сказать на данном этапе, что непонятно законодательно, где начинается одна хирургическая специальность и где она заканчивается.

Помимо этого, мы не находим ответ на данный вопрос ни в порядках оказания медпомощи, ни в профессиональных стандартах.

Я приведу очень краткий пример, потому что в некоторых профстандартах компетенция врача описана недостаточно, очень кратко, не включает в себя ряд функций, а в некоторых присутствует пересечение, то есть мы говорим о различных вмешательствах и функциях, не относимых к врачам различных специальностей.

Если мы говорим сегодня уже о сердечно-сосудистой хирургии, я приведу пример именно из профстандартов врача, сердечно-сосудистого хирурга, в котором указано, что он имеет право ассистировать, и указаны разные вмешательства. Но при этом, если читать дословно данный нормативный акт, то мы понимаем, что в качестве ведущего хирурга сердечно-сосудистый хирург не может осуществлять данное вмешательство.

Но стоит ли говорить о том, что такое положение нормативного акта чуть ли не ущемляет профессиональное достоинство сердечно-сосудистого хирурга?

Говоря далее, стоит сказать о том, что отдельного порядка по профилю сердечно-сосудистой хирургии тоже нет. На сегодняшний день это часть порядка медпомощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Это всё-таки хоть и близкие категории, но они различные, особенно если мы говорим о сосудистой хирургии. И если можно точно сказать, что пациенты, страдающие, например, эндокринными заболеваниями, заболеваниями почек, нуждаются в оперативных вмешательствах на периферических сосудах, то да, это понятно.

Но порядок оказания медпомощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями сконцентрирован в первую очередь на пациентах с заболеваниями центральных и коронарных сосудов.

Поэтому мы бы рекомендовали всё-таки разработать отдельный порядок по сердечно-сосудистой хирургии и отделить хирургию коронарную от хирургии на периферических сосудах.

Далее, если позволите, если можно... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Добавьте, пожалуйста.

**Габай П. Г.** Спасибо большое.

Но проблема ещё и в том, что очень сложно определить, что является заболеванием хирургическим и отнесено к компетенции врачей различных хирургических специальностей, а какая помощь может оказываться в рамках иных профилей. Если мы обратим внимание на существующий МКБ-10 и на МКБ-11, который вступит в силу в 2022 году, то такой категории, как хирургические заболевания, нет. Заболевания распределены по различным системам органов. Например, к чему относятся язва желудка либо калькулезный холецистит, являются ли они хирургическими заболеваниями? Я знаю, что в основном их лечит врач-гастроэнтеролог, но если это рецидивирующее кровотечение либо есть угроза перерождения в рак, то это относится уже к компетенции врача-хирурга. Поэтому сложность размежевания специальностей, размежевания данных направлений имеет место быть.

Поэтому иногда мы имеем по факту «отфутболивание» пациента, но не потому, что им не хотят заниматься, а потому что законодательство не позволяет чётко разграничить, кто, что относится к чьим функциям.

Поэтому мы бы рекомендовали Минздраву России внести в нормативные акты определение хирургических заболеваний.

Второе. Разработать дополнительно официальное разъяснение по вопросам размежевания компетенции пациентов с заболеваниями, о которых я говорила, подобно тому, как это осуществлено с онкологическими заболеваниями.

И о детской хирургии. Мы знаем, что есть порядки оказания помощи по нейрохирургии, по торакальной хирургии, по колопроктологии, но они относятся только к взрослым. Детская хирургия регулируется общим порядком по детской хирургии. Но насколько он способен предусмотреть все нюансы, связанные именно с этими узкими специальностями? Какие здесь мы видим выходы?

Во-первых, распространить действие некоторых порядков на детство, в частности, в колопроктологии это допустимо, потому что сам нормативный акт даёт возможность это сделать. А в случае, например, с нейрохирургией, торакальной хирургией разработать отдельные порядки именно для детей.

Мы считаем возможным исключить торакальные хирургии и комбустиологию из перечня лицензируемых услуг. Они могут, на наш взгляд, лицензироваться в рамках общей хирургии как минимум, потому что соответствующих порядков для оказания данных видов медпомощи не разработано на сегодняшний день. И более того, это позволяет прийти к такому выводу, что их можно исключить, это позволяет задействовать некоторые действующие нормативные акты.

И последнее, то, что мы считаем нужным и возможным сделать, это выделить малую хирургию как отдельную услугу, подлежащую лицензированию.

На сегодняшний день к несложному оперативному вмешательству, которое проводится в условиях дневного стационара под местной анестезией, предъявляются фактически идентичные требования, как к сложной хирургии, например, к операциям, связанным с прободной язвой желудка либо с кишечной непроходимостью. То есть, это колоссальные сложности.

Поэтому, например, ряд несложных вмешательств можно было бы выделить в отдельную малую хирургию.

Наши выводы были представлены в письменной форме, я повторяться не буду, это квинтэссенция, собственно, всего вышесказанного. Благодарю за внимание. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

*(Аплодисменты.)*

**Бокерия Л. А.** Можно комментарий? Вы, пожалуйста, не обижайтесь, малая хирургия – это мини-хирургия, да? Вы это имеете в виду, правильно я понимаю?

**Габай П. Г.** Да.

**Бокерия Л. А.** Вы всё запутали, правда.

**Габай П. Г.** Почему?

**Бокерия Л. А.** Вот вы не обижайтесь, женщине сказать такую вещь, понимаете, как-то мне очень неловко, но вы разберитесь, вообще-то говоря, в том, что вы говорите. Потому что здесь сидит врачебное сообщество, которое совсем другими вещами озабочено.

**Габай П. Г.** Лео Антонович, скажите, а в чём я была неправа? Приведите. Я бы просто выслушала чёткие аргументы, что я сказала неверно с правовой именно точки зрения.

**Бокерия Л. А.** Вы знаете... Очень много претензий. К каждой фразе, которую вы говорили, есть претензии. Поэтому, разумеется, не стоит отнимать время у людей. Если у вас есть интерес, приезжайте, я вам покажу, расскажу, вы посмотрите. Потому что это просто со здравым смыслом никак не увязывается, то, что вы предлагаете.

**Габай П. Г.** Хорошо, с удовольствием. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое, благодарю вас.

*(Аплодисменты.)*

Государственная Дума – место сопоставления позиций. Мы всегда этим очень гордимся и дорожим.

Сейчас я попрошу выступить Татьяну Владимировну Семёнову, заместителя министра здравоохранения Российской Федерации.

Прошу вас, Татьяна Владимировна. Вам сколько нужно времени?

**Семёнова Т. В.** Я постараюсь коротко.

**Председательствующий.** Спасибо.

**Семёнова Т. В.** Добрый день, уважаемые коллеги!

К теме сегодняшнего разговора я проявляю профессиональный интерес не только в качестве заместителя министра здравоохранения Российской Федерации, но и как хирург. Несмотря на это, с утра, с самого начала, я не смогла присутствовать по объективным причинам. Только что у вице-преьера обсуждалось перспективное распределение контрольных цифр приёма на обучение специалистов всех профилей, балансировка этой подготовки. Для нас это было очень важное знаковое мероприятие, которое затянулось на несколько часов очень интенсивной дискуссии. Поэтому извиняюсь за задержку. Но мои коллеги, которые присутствуют в этом зале, держали меня всё время в информационном пространстве тех тем, которые вы поднимали.

Всё-таки мне хотелось бы начать как администратору, отвечающему за федеральный проект обеспечения отрасли квалифицированными кадрами, входящий в структуру национального проекта «Здравоохранение». Начать с того, что каждый человек в нашей стране должен знать про те ключевые задачи, которые ставит Президент России перед всеми отраслями. Они были определены указом № 204. К сожалению, сегодня ни профессиональное сообщество разного уровня в разных отраслях, ни каждый гражданин не считает возможным и желаемым встраиваться в эту ситуацию перспективных изменений в нашей стране. И очень важно, чтобы вы, как инициативные граждане, имеющие активную позицию, знали об этом, несли эту информацию в массы. И самое главное, получали бы обратную связь, которую передавали бы для того, чтобы можно было модернизировать те проекты, которые сегодня реализуются.

И в частности мы говорим о проектах, которые направлены фактически на каждого гражданина нашей страны, в их числе национальный проект «Здравоохранение». Он состоит из 8 федеральных проектов. Но основную тему своего выступления я, конечно, сконцентрирую вокруг обеспечения отрасли квалифицированными кадрами. Короткое название этого проекта – «Медицинские кадры России». Вы знаете, что отдельные федеральные проекты посвящены первичной медико-санитарной помощи, борьбе с онкологическими заболеваниями, сердечно-сосудистыми заболеваниями, детскому здравоохранению, развитию сети национальных медицинских исследовательских центров,

цифровому контуру здравоохранения и развитию экспорта медицинских услуг. Проект «Медицинские кадры России» остаётся ключевым, основополагающим, базисным, потому что ничто не работает само по себе, и всё реализуют люди.

Проект «Медицинские кадры России» – это проект про людей, это проект для людей. И основные элементы этого проекта связаны с формированием профессионального сообщества неравнодушных, активных, профессиональных медицинских работников, начиная с профессиональной ориентации со школьной скамьи, с развития медико-биологических классов, предуниверситариумов и заканчивая достойным социальным пакетом и обеспечением заработной платой и всех остальных наших медицинских работников, не только врачей. У национального проекта «Здравоохранение» в части кадрового обеспечения есть несколько результатов и несколько ключевых показателей.

Я, наверное, останавливаться на них не буду, потому что вы элита общества, и думаю, что вы всё это знаете. Позволю себе коротко напомнить о том, что мы говорим о внедрении процедуры независимой оценки качества квалификации аккредитации специалистов, и на этот счёт есть соответствующий KPI. Мы говорим о вовлечении в процедуру непрерывного профессионального образования, ну, и как результат – это увеличение численности врачей и средних медицинских работников.

В любой кадровой политике, в любом вопросе обеспечения отрасли квалифицированными специалистами есть четыре основных, основополагающих элемента. Для того чтобы понимать, как это реализовывать, надо знать и определять реальную кадровую потребность, в нашем случае в медицинских кадрах. Совместно с профессиональным сообществом несколько лет, пока реализовывался комплекс мер по обеспечению отрасли кадрами, были разработаны рекомендации для регионов, которые в соответствии с утверждёнными объёмами государственных гарантий, учётом транспортной доступности, структуры заболеваемости по возрастной структуре населения в регионе считают потребность в медицинских специалистах сегодня, на этот момент, которые необходимы для того, чтобы обеспечивать комфортно должные объёмы в расчёте на одну ставку. Реализуя эти нормы, общая кадровая структура отрасли на 1 января 2019 года включает в себя 548,5 тысячи врачей, при этом 54,3 тысячи – это врачи, которые работают в сельской местности.

Относительно коэффициента совместительства. Мы видим снижение этого коэффициента, в 2018 году он составил 1,35 в среднем на ставку наших работников.

Сегодня мы обсуждаем с вами хирургическую службу, поэтому, демонстрируя определённые подходы к определению кадровой потребности, позволю себе остановиться на хирургической службе, хотя об этом уже сегодня говорилось и в раздаточных материалах есть данные статистических наблюдений, которые касаются предмета сегодняшнего разговора. Тем не менее хирургическая служба представлена многими различными специальностями, однако, и сегодня вы об этом уже говорили, наверное, стоит оценивать общую хирургию и детскую хирургию. Потому что мы с вами видим разные доступы к профессиональной деятельности в соответствии со сложившейся кадровой обеспеченностью.

Если вы посмотрите на коэффициент совместительства, соответственно, у хирургов и у детских хирургов, то увидите разницу 1,44 в 2018 году по общим хирургам и 1,54 по детским хирургам. Укомплектованность низкая по детской хирургии, она ниже, чем по общей хирургии. И на 2018 год – это 57,6 процента, притом, что укомплектованность штатных должностей – 89 процентов, если мы говорим про детскую хирургию.

Я, наверное, потом не буду на этом детально останавливаться. Квалификационная категория – это единственный критерий, по которому можем говорить сегодня в официальной статистике о профессионализме. Потому что квалификационная категория является демонстрацией как бы такого признанного уровня профессионализма: выс-

шая, первая или вторая квалификационная категория. И, к огромному сожалению, достаточно грустно оппонировать, когда говорят: что с вами разговаривать, у вас меньше 50 процентов лиц высокой категории. К сожалению, цифры говорят сами за себя. Аттестация на квалификационную категорию у нас сегодня добровольная. При этом Минздрав России действует в рамках работы над новыми системами оплаты труда, которые были поручены нам Президентом Российской Федерации, в рамках работы по улучшению качества оказания медицинской помощи в первичном звене здравоохранения. Мы говорим о том, что, несмотря на добровольность аттестации, это тот показатель, который демонстрирует сообщество государству, формируя его отношение.

Можно посмотреть обеспеченность хирургами и детскими хирургами взрослого, соответственно, детского населения и выделить субъекты, которые имеют максимальные показатели этой обеспеченности и минимальные показатели этой обеспеченности. При этом, к сожалению, обеспеченность на 10 тысяч населения в самом низкообеспеченном детскими хирургами регионе, в Республике Тыва, составляет всего 0,34 на 10 тысяч.

Но мне хотелось бы остановиться и обратить ваше внимание вот на эту информацию. Это информация, которую субъекты Российской Федерации, органы исполнительной власти собирают с медицинских организаций, консолидируют и заполняют в форме официального статистического наблюдения номер 30. Это расчётный коэффициент совместительства, как отношение количества занятых ставок к количеству физических лиц.

Я надеюсь, что в этом зале есть организаторы здравоохранения от хирургической службы. Уважаемые коллеги, коэффициент совместительства 4. Мы тут вчера поупражнялись, посчитали: если мы возьмём среднее – 160 часов, средний месяц на ставку, умножим количество часов в месяцы и начнём вычитать ставки по 160 часов, то, разделив оставшиеся часы на 30 дней, среднее количество дней в месяце, останется 2,6 часа в сутки. Это время, которое вообще можно хоть чему-то посвятить. К чему это приводит? Это приводит к тому, что нам необходимо оценивать: что это, плохой расчёт нагрузки, если у нас один врач может на четырёх ставках работать, когда мы понимаем, что это невозможно? Это плохое отношение организаторов здравоохранения к тому, что они делают? Это плохое отношение профессионального сообщества к тому, что мы называем функцией врачебной должности, и к регуляторике профессиональной деятельности? Но если бы это был один или два региона, можно было бы говорить о том, что это техническая ошибка. Но при той картине, которую вы видите, отдельно средний коэффициент совместительства, отдельно превышает значение 2. Отдельно в амбулаторно-поликлинических учреждениях и отдельно в стационарах. Наверное, квинт-эссенция кадровой обеспеченности лежит где-то вот здесь. Невозможно делать выводы и прогнозировать историю развития, если мы не понимаем истины. Ещё повторюсь, это не прямой показатель, он расчётный из 30-й формы. Но все данные для того, чтобы его рассчитать, там есть.

И поэтому на федеральном уровне регулировать эту историю в разрезе каждой медицинской организации, каждой врачебной должности, каждого субъекта Российской Федерации фактически не представляется возможным, потому что нет даже активация той истины, которая происходит на самом деле.

Каждый субъект Российской Федерации в рамках переданных ему полномочий должен оценивать потребность в медицинских кадрах. Методики, которые мы предлагаем субъектам Федерации, дают эту возможность. Но оценивать её нужно не только в разрезе каждой должности, специальности, но и в разрезе медицинских организаций, их уровней по оказанию медицинской помощи. Это реальный субъект, на его примере мы демонстрируем, что когда мы говорим слово «дефицит», то подразумеваем под этим словом истинный недостаток физических лиц в регионе, неправильную балансировку специалистов указанного профиля или неправильную нагрузку.

При этом говоря о том, что мы должны понимать, какой у нас дефицит или какие дисбалансы медицинских кадров, орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации, территориальный Фонд обязательного медицинского страхования должны учитывать все возможности оказания медицинской помощи на территории региона, все медицинские организации. У нас заявительный принцип вступления в систему обязательного медицинского страхования. И балансировать потребность в кадрах не как прямую разницу между занятыми штатными расписаниями, и штатными должностями, и вакантными штатными должностями (про штатное расписание можно разговаривать отдельно на примере отдельных организаций часами), а как истинную потребность в специалистах, которые в комфортных условиях без гипернагрузки будут выполнять качественно и эффективно свою трудовую деятельность. Но эта балансировка очень тонкая. Потому что нужно учитывать не только действующую сегодня модель и возможность вовлечения различных ведомственных организаций или частных организаций, наличие собственной государственно-муниципальной сети, но и перспективное её развитие. Для этого нужно работать с медицинскими организациями и знать, что же будет завтра.

В рамках нашего проекта каждый орган исполнительной власти, используя эти инструменты, утверждает ежегодно расчётную потребность в медицинских кадрах на региональном уровне и утверждает её приказами руководителя органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

Исходя из этого, можно перейти как бы ко второму киту кадровой политики в каждом регионе – устранению дисбаланса и дефицита медицинских кадров.

Штатное расписание, 30-я форма. Зачастую на вопрос: «А почему так?» – отвечают: так было всегда. И зачастую, к сожалению, в медицинских организациях сохраняется так, как было всегда.

Сколько нужно рентгенлаборантов? Вот как написали мы в 1980 году, что их нужно столько-то, так эта цифра и осталась. Учитывается ли при этом, что сегодня никто не фиксирует плёнку по 30 минут в фиксирующем растворе и не сушит в барабане по 15 минут, что клинично-лабораторные исследования стали полуавтоматизированными?

Кто учитывает, что сегодня есть такие системы, которые позволяют выявлять чувствительно те или иные диагностические вещи лучше, чем это делают специалисты, находя после наших описаний рентгеновских снимков, лабораторных анализов дефекты правильности диагностики, интерпретации и результаты?

Настало время, когда мы должны, исходя из возможностей и комфорта оказания медицинской помощи, учитывая сегодняшней коэффициент совместительства, перейти к правильной балансировке штатных расписаний, исходя из рекомендованных значений порядка оказания медицинской помощи. В части штатных расписаний эти значения только рекомендованы. Рекомендованы они потому, что учитывать людей, учитывать состояние регионов необходимо, исходя из того, как это складывается. У нас есть труднедостаточные регионы, в которых никто не хочет работать, не только медики, регионы с выраженной отрицательной миграционной политикой. Ничего с этим нельзя сделать быстро. И надо учитывать те ресурсы, которые сегодня есть не только у региона, и те методы оказания качественной медицинской помощи, потому что не может ни один гражданин России остаться без этой помощи, которая есть сегодня в арсенале региона, а если необходимо, то и в арсенале Российской Федерации. У нас есть НМИЦы, у нас есть вузы, у нас большой профессорско-преподавательский состав, представители которого сегодня имеют действующие сертификаты специалистов. Это реальные бойцы, это реальная армия, которая вполне может и должна подставлять своё плечо практическому здравоохранению там, где невозможно сегодня, исходя из действующих кадровых ресурсов, оказывать качественную медицинскую помощь.

**Рошаль Л. М.** Можно спросить?

**Председательствующий.** Леонид Михайлович, одну секундочку. Татьяна Владимировна, может быть, мы вас поспрашиваем? Потому что возможность задать вопрос заместителю министра есть не у всех.

Леонид Михайлович, пожалуйста.

**Рошаль Л. М.** Во-первых, я с радостью слушал ваше сообщение, и оно вполне подходит к заседанию в Общероссийском народном фронте в четверг, когда мы будем слушать про кадровую политику, в этой сфере очень много вопросов и неясностей.

Мы сегодня обсуждаем вопрос о хирургии как зоне профессионального и юридического риска. Вот на эту тему у вас предложения есть? А то, что у нас уменьшается число врачей высшей, первой и второй квалификации – это проблема не врачебного сообщества, это проблема государства. Потому что экономически стало совершенно не интересно получать вторую, первую или высшую категорию, разница в оплате покрывается одним дополнительным дежурством. Просто не интересно. И мы неоднократно ставили вопрос о том, что здесь разница в оплате должна быть большая. Но об этом мы будем говорить в Народном фронте. А вот в отношении того, что хирургия – зона профессионального и юридического риска, какова позиция Минздрава России?

**Семёнова Т. В.** Коллеги, официальная позиция Минздрава России представлена в раздаточных материалах.

**Затевахин И. И.** Никакую резолюцию мы не получим, если не понимаем, о чём мы говорим. Мы собрались поговорить о хирургии как зоне высокого риска профессионального и юридического. Так давайте на эту тему говорить, если мы хотим какое-то заключение иметь. Всё, что вы сказали, чрезвычайно интересно. Я абсолютно с вами согласен, но это не имеет никакого отношения к тому, о чём мы собрались поговорить. У вас высокая должность, значит, высказитесь именно на эту тему, если есть что сказать по этому поводу. Материалы мы все смотрели.

**Семёнова Т. В.** Я просто не понимаю глубину вопроса. Сказать, что медицина и врачебная деятельность являются зоной профессионального риска? Конечно. Она есть у хирургов и не только у хирургов, у любых наших специалистов. Дискутировать по поводу того, что вы здесь обсуждали, по поводу врачебной ошибки, в какой плоскости вопрос?

**Затевахин И. И.** Вопрос в простой плоскости. Мы собрались здесь, чтобы обсудить позицию: хирургия – зона высокого риска. Государственная Дума поставила этот вопрос и с этой целью собрала крупных специалистов, врачей разных специальностей и так далее. Мы хотим получить какую-то правовую защиту, мы хотим получить рекомендации всего общества на этот счёт, чтобы Государственная Дума, сконцентрировав рекомендации, которые рождаются в результате дискуссии по этому вопросу, вышла бы в Правительство Российской Федерации с предложениями. Я правильно понимаю? Правильно понимаю.

По этому поводу вы, как высокое административное лицо, можете что-нибудь нам сказать или нет? То, что вы предлагаете, интересно и важно, но это не имеет отношения к данному собранию.

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, Татьяна Владимировна, давайте мы... Просто Татьяна Владимировна пришла как бы с корабля на бал, поэтому она не слышала нашей дискуссии.

Татьяна Владимировна, вы тогда, может быть, с места ответите на вопрос? Просто неудобно, что вы стоите, присаживайтесь.

Да, пожалуйста.

**Чубарова А. И.** Мне кажется, как раз то, что говорит Татьяна Владимировна, имеет отношение к нашему вопросу. Дело в том, что мы всё предыдущее время говорили о безопасности для пациента и о безопасности для врача. И то, что затронут вопрос спе-

циализации, это совершенно правильно. Я имею в виду, что базовая подготовка по общей хирургии или по детской хирургии должна быть основой для последующей специализации по узким специальностям. Сейчас у нас можно со школьной скамьи пойти, допустим, специализироваться по кардиохирургии и потом оперировать ребёнка с врождённым пороком сердца.

Поэтому если и разбирать вопрос какой-то совместно с Минздравом России, то, может быть, о том, стоит ли ввести трёхступенчатую систему образования: базовое и вузовское образование, ординатура по общей хирургии или по детской хирургии. Причём вот на последнем я бы настаивала, как руководитель детского стационара, потому что из-за мешанины со специальностями непонятно, кто должен колопроктологическую операцию проводить у ребёнка – детский хирург или колопроктолог, который ребёнка видит первый раз в жизни? И уже на этой основе сделать третью ступень для тех учреждений, которые оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь.

В тех регионах, где дефицит хирургов, это будет просто детский хирург, который прооперирует сложного ребёнка, если его нельзя транспортировать в федеральное медицинское учреждение. А в федеральном учреждении это будет высококвалифицированный специалист, прошедший двухэтапную подготовку, который может осуществлять в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь. Мне кажется, вот этот аспект надо бы рассмотреть – этапность подготовки для разных технологий, которые сейчас появляются. Это вопрос к Татьяне Владимировне. Как вы относитесь к этому мнению, и поддержит ли Минздрав России такую позицию?

Спасибо.

**Председательствующий.** Пожалуйста, Татьяна Владимировна.

**Семёнова Т. В.** Да, спасибо за вопрос.

Только я сначала позволю себе всё-таки Игорю Ивановичу ответить, потому что я не очень понимаю: вы тут всё вроде как обсудили, в каком русле лежит этот вопрос.

Если вопрос лежит в русле страхования профессиональной ответственности, если хирургия у нас рисковая специальность, то таким образом мы с вами сегодня имеем, что у нас врач не является объектом, не несёт ответственности, отвечает медицинская организация, которая и защищает права своих медицинских работников. Профессиональное сообщество, к сожалению, практически во всех сегментах своей деятельности сегодня полностью задачу не выполняет, и здесь совершенно однозначно надо развивать действующее законодательство в этой части, прописывая чёткие полномочия и чёткую ответственность.

Относительно страхования личной профессиональной ответственности. Вы знаете, что зарубежные программы предусматривают персональное страхование этой ответственности. Сегодня, наверное, уровень экономического развития нашей страны, уровень заработных плат и достаточно высокие ставки коммерческих страховых организаций не позволяют говорить о том, что можно махнуть волшебной палочкой и внедрить страхование, но совершенно однозначно этот вопрос на всех уровнях надо прорабатывать.

Если мне память не изменяет, у нас есть и рабочая группа, есть и эксперты, которые уже некоторое время сближают свои позиции, идут к тому, чтобы профессиональное сообщество было истинно саморегулирующимся, чтобы врачам было комфортно работать, это ограничивает соответственно, ту рисковую зону нашей профессии. И то, что иногда при лечении случается, не является ни ошибкой, ни умышленным нанесением вреда здоровью, вредительством, а является просто особенностью этой профессиональной деятельности. Сама по себе работа хирурга и сама по себе эта специальность и ряд других, большинство специальностей, наверное, в здравоохранении, несут в себе эти риски. Они не связаны с врачебной ошибкой, они не связаны с халатностью, они связаны просто с особенностью профессиональной деятельности. И поэтому в этой части мы имеем жёсткую позицию, у нас есть рабочая группа, сотрудничающая с про-

фессиональным сообществом, и я очень надеюсь на консолидацию профессионального сообщества, ведь не только хирургия – зона рисков, этот риск есть и у акушерства и гинекологии, и у неонатологии, мы с вами видим этот риск у гематологии. Этот риск просто присутствует во врачебной деятельности, это её особенность. И это позволит нам с вами снимать напряжённость, когда врач всё время находится под угрозой, как под дамкловым мечом, вынужден находиться под следствием или давать показания после того, как просто осуществлял свою профессиональную деятельность.

Мы не можем говорить, что мы с вами все одинаково талантливые и одинаково высокопрофессиональные. Это вот отвечая на ваш вопрос. Просто наша сфера деятельности очень чувствительна к этим вопросам, к этим аспектам. И поэтому, конечно, модернизация системы подготовки специалистов очень важна.

Мы последние несколько лет, Леонид Михайлович, Национальная медицинская палата, профессиональные сообщества по специальностям, пытаемся сбалансировать, консолидировать позиции. В нашей большой стране существуют разные школы при работе с профессиональными стандартами, являющимися основой обозначения этих знаний, умений, навыков трудовых действий, которые создаются для одной или другой специальности, можно их разграничить даже по более узким видам профессиональной деятельности.

И из этих профессиональных стандартов вытекают, соответственно, новые подходы к подготовке специалистов в ординатуре.

Действующие федеральные государственные образовательные стандарты на сегодняшний день подлежат тотальной модернизации. Мы говорим о ступенчатой подготовке. Мы ещё не пришли консолидированно к тому, что базой подготовки по всем специальностям должна быть хирургия: для урологии, для акушерства и гинекологии, для офтальмологии – там, где есть мануальные действия, связанные с нарушением целостности кожных покровов или слизистых оболочек.

В то же время основа модульной ординатуры кладёт начало, наверное, вот этой постепенно осуществляемой модернизации. Уже сегодня мы говорим о разрабатываемых проектах в федеральных государственных образовательных стандартах, построенных на этапной модульной подготовке специалистов с ограниченными допусками к профессиональной деятельности.

В настоящий момент ведётся активная разработка стандарта, но стандарт является только «скелетом», он не является основанием для того, чтобы судить о его качестве. Очень важна примерная и основная образовательная программа, где надо перечислять те функции и те действия, и из неё выходить на матрицу компетенций, которая, соответственно, позволит их принять. В настоящий момент у нас с профессиональным сообществом хирургов как бы жёсткие дискуссии по профстандарту, так, сейчас продолжается работа над проектами федеральных государственных образовательных стандартов. И я надеюсь, что это будет комфортной первой ступенью модернизации и подготовки специалистов по программам ординатуры.

Ну, и помимо прочего, вы знаете, что Вероника Игоревна Скворцова при встрече с Владимиром Владимировичем сказала, что нам не очень хватает возможности профессиональной адаптации выпускников при нормативных сроках обучения. Поэтому как бы приоритизация наставничества и возможности передачи профессии из рук в руки – это тот проект, который тоже вошёл в перечень поручений, которые нам с вами предстоит в ближайшее время проработать, потому что начать реализовывать эти программы надо уже со следующего года.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Татьяна Владимировна, спасибо.

Да, прошу вас.

И, коллеги, прошу вас подходить к микрофонам, у нас их пять. Тот, кто хочет высказаться. Прошу вас.

**Григорьев Н. Н.** Добрый день!

Можно мою презентацию вывести?

**Председательствующий.** То есть вам нужно пять минут?

**Григорьев Н. Н.** Да.

**Председательствующий.** Прошу вас, поставьте время.

**Григорьев Н. Н.** Николай Николаевич Григорьев, адвокат Российского общества хирургов. Тема моей презентации будет непосредственно посвящена современному правовому обеспечению врачебной деятельности.

Презентацию мы подготовили на опыте работы Российского общества хирургов, где на протяжении трёх лет у нас существует «горячая линия». Мы достаточно эффективно работаем в рамках уголовного процесса и гражданского процесса. У нас есть несколько наблюдений, которыми бы мы хотели с вами поделиться.

Первое. Специфика современного состояния правоохранительной деятельности в медицине. Как уже указывалось, имеет место переход на жёсткое уголовное преследование врачей. Заработала статья 105 Уголовного кодекса Российской Федерации.

Второе. Создание фокусных групп ненависти из медицинских работников и выделение специальных составов преступлений.

Третье. Привлечение громадного количества общественных организаций для сбора жалоб и претензий пациентов, что приводит к повсеместной травле медицинских работников.

Статья 105 «Убийство», я её не буду комментировать, вы её все видите. Она достаточно большая. Общий правовой фон современной России. На чём никто не останавливается? Это инквизиционно-розыскной характер уголовного процесса. Он у нас не состязательный, у нас есть функции предварительного следствия, которой практически нет в других правовых системах.

Дальше. Неудовлетворённость населения качеством правоохранительной деятельности. Появление организованной преступности новой формации, резкий рост агрессивности и вооружённости граждан и рост количества немотивированных преступлений. На фоне этого мы видим реакцию работников на данную ситуацию. Это локауты, массовые увольнения, уход из профессии, иммиграция наиболее квалифицированных кадров и рост вооружённости, формирование активных групп защиты.

Пути преодоления кризиса в правоохранительной деятельности, в медицине.

Первое – это декриминализация статей Уголовного кодекса Российской Федерации. Второе – создание условий для состязательности в уголовном процессе. Это возврат функций общественного защитника, это переход на состязательный процесс, это прекращение подследственности в Следственном комитете Российской Федерации. Следственный комитет должен заниматься тяжёлыми делами. Две тысячи дел, которые возбуждаются и доводятся до суда – это ничтожно мало. Все мы помним судьбу налоговой полиции, у которой два процента дел доходило до суда. У нас громадное количество следственных органов: МВД, ФСБ, Следственный комитет. Следственный комитет является наиболее боеспособной структурой, которая реагирует на все заявления и жалобы граждан. Соответственно, необходимо, наверное, выйти с предложением об изменении подследственности и передаче более тяжёлой категории дел в рамках Следственного комитета.

Третий основной вопрос – это возвращение функций общественного защитника в уголовный процесс, чтобы представители профессиональных организаций могли участвовать в защите своих членов.

И четвёртое. Краеугольный камень всех наших наблюдений – это создание института Уполномоченного по правам медицинских работников при Президенте Российской Федерации с функцией российского третейского суда. Это позволит нам справиться с данной ситуацией.

Спасибо за внимание. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо большое, благодарю вас.

Пожалуйста, коллеги, берите микрофоны или кто-то сюда. Да, прошу вас. Вот микрофончик, да.

**Из зала.** Уважаемые коллеги, я юрист, а не медик. То, что я сейчас слышала, в частности, последнее выступление, вызывает моё искреннее изумление. Лозунг «Декриминализация статей Уголовного кодекса» невыполним, хотя бы потому, что, так сказать, Уголовный кодекс Российской Федерации в целом отменить нельзя. Но я хочу затронуть не эти вопросы, а вопросы, касающиеся защиты врачей.

Во-первых, хочу обратить ваше внимание на то, что Следственный комитет Российской Федерации, в общем-то, не является инквизиционной структурой, поскольку, получая восемь тысяч обращений граждан в год по поводу медицинского обслуживания, он доводит до суда по медицинским делам приблизительно 180–190 дел. Посчитайте в процентном отношении сами. Это первое.

Теперь второе. Национальная медицинская палата очень тесно сотрудничает со Следственным комитетом. Здесь задавали вопросы о том, какие независимые эксперты принимали участие в разрешении уголовных дел. Независимые эксперты Национальной медицинской палаты. Это во-первых. И во-вторых, Следственный комитет очень уважает и дорожит мнением этих экспертов, и объективные позиции медицинского сообщества всегда учитываются при квалификации преступлений.

Следующее, что касается, так сказать, риска и роста уголовных дел в отношении медицинских работников. Дмитрий Анатольевич, я с вами абсолютно согласна. Слово «ошибка» вообще не должно употребляться в лексике медицинских работников, и тем более его ни в коем случае нельзя каким-то образом легитимизировать. Почему? Потому что ошибка всегда связана с какими-либо нарушениями. Когда мы говорим о риске в отношении профессиональной деятельности любого медицинского работника, а не только хирурга, мы не должны говорить о том, что врач имеет право на ошибку. Врач не на ошибку, извините, коллеги, имеет право, а на обоснованный риск. В Уголовном кодексе Российской Федерации есть статья 41, которая говорит о том, что обоснованный риск не создаёт преступность деяния. Полагаю, что можно подобную же норму, обоснованный риск в медицине ввести в действующее уголовное законодательство, в действующее медицинское законодательство и рассматривать это как право врача на риск. Условия обоснованности должны быть выработаны с учётом позиции медицинского сообщества и соответственно профессионалов Государственной Думы и экспертов.

Кроме всего прочего, вы забыли о том, что кроме риска в действиях врачей существует ещё также крайняя необходимость. И вот она, деятельность в состоянии крайней необходимости, тоже должна быть прописана в законе.

Кроме всего прочего, Национальная медицинская палата об этом часто говорила, одним из основных аспектов, которые порождают такое количество жалоб, является невозможность пациента добиться ответа от медицинской организации на поставленные вопросы, что случилось с его родственником. Мешает этому, препятствует статья, говорящая о врачебной тайне.

Наверное, всё-таки для того, чтобы сократить эти провокационные аспекты данной статьи, можно каким-то образом врачебную тайну несколько трансформировать. Есть возможные варианты, Национальная медицинская палата предлагала версии. Если будет интерес у Государственной Думы, мы, конечно, это всё перешлём.

И помимо всего прочего, последнее, что я слышала, свидетельствует о том, что у нас проблемы с законодательством. Может быть, Государственная Дума всё-таки поставит вопрос о том, что надо подготовить, тем более что специалистов достаточно много, кодекс здравоохранения или кодекс общественного здоровья, в котором аккумулировать все проблемы и вопросы, решаемые и нерешённые пока в медицинском сообществе.

Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

(Аплодисменты.)

Прошу вас.

**Затевахин И. И.** Дмитрий Анатольевич, разрешите мне спросить?

**Председательствующий.** Конечно.

**Затевахин И. И.** Я являюсь президентом Российского общества хирургов. Сколько было судебных дел у хирургов, но ни одного обращения Следственного комитета Российской Федерации в нашу организацию не было. Это самая авторитетная профессиональная организация. Это я вам абсолютно авторитетно заявляю. Какие консультанты, кто?

**Из зала.** Консультанты – те же самые специалисты-хирурги высокого уровня, которые сотрудничают с Национальной медицинской палатой.

**Затевахин И. И.** Это общие слова. Извините, это общие слова. Я ещё раз говорю, самой главной общественной организацией медиков в России является Российское общество хирургов. Я вам говорю точную статистику. Ни одного обращения в Российское общество хирургов для предоставления консультантов или проведения экспертизы не было. Я правильно говорю, Андрей Владимирович? Вы генеральный секретарь общества, может быть, вы зарегистрировали, помимо меня это? Нет.

**Председательствующий.** Да, пожалуйста, ответьте, если можно коротко.

**Айдарова Л. А.** Уважаемый Игорь Иванович, я – руководитель юридической службы Национальной медицинской палаты, и позвольте, я объясню, в каком случае Следственный комитет Российской Федерации обращается к Национальной медицинской палате и каким образом привлекаются специалисты для консультации.

Во-первых, конечно, при Национальной медицинской палате есть несколько центров, которые проводят независимую медицинскую экспертизу, у них есть лицензия, и Следственный комитет, когда принимает решение об экспертизе по постановлению следователя, обращается в эти центры, и проводится экспертиза. Для экспертизы мы привлекаем в том числе и хирургов, и известных хирургов.

**Затевахин И. И.** Кого конкретно?

**Айдарова Л. А.** Я вам не могу сказать фамилию...

**Затевахин И. И.** Не можете сказать, не говорите. А я-то могу сказать и говорю.

**Айдарова Л. А.** Я просто знаю случай, по которому Леонид Михайлович Рошаль обращался непосредственно к вам.

**Затевахин И. И.** Ко мне? По телефону, да. И я давал консультации по телефону, это да.

**Айдарова Л. А.** В том числе следователи обращаются...

**Затевахин И. И.** Извините, я говорю о конкретной ситуации, что Российское общество хирургов является в определённой степени защитником хирургов. И это общество хирургическое. И у нас есть и профессора, и академики, и всё. Если к нам будут обращаться с просьбой дать экспертизу, конечно, мы для этого выделим наиболее авторитетных людей. И решать эти вопросы надо нам, понимаете. Есть президент, есть вице-президент, главный хирург России, есть ещё ряд людей, я могу вам их назвать. Так кто должен давать экспертизу?

**Айдарова Л. А.** Национальная медицинская палата – это сообщество, которое объединяет и профессиональные организации, и территориальные медицинские организации. Если Общество хирургов по каким-то причинам...

**Председательствующий.** Коллеги, я думаю, нужно завершать эту дискуссию, потому что вы говорите о разных плоскостях...

Прошу вас сконцентрируйтесь на главном.

**Балыбердин А. В.** Спасибо, Дмитрий Анатольевич. Буквально минута, две, может быть, три.

Добрый день, уважаемые коллеги!

Хотя коллегами мне вас назвать сложно, потому что я никоим образом не отношусь к медицине, но я депутат-одномандатник Нижнетагильского одномандатного округа.

Я, конечно, больше пациент. Но тем не менее в связи с той ситуацией, которая сложилась... Вы все, слышали, безусловно, о ситуации в Нижнем Тагиле, когда из восьми работающих хирургов одной больницы уволились четыре, и я не могу не донести позицию этих хирургов, которая была выработана в ходе наших встреч.

Первое. Вот я хотел бы обратить внимание уважаемого заместителя министра на то, почему сложилась такая ситуация? Конечно, мы говорим о большом кадровом дефиците хирургов, профессиональных хирургов.

Второе. Мы говорим о недостаточной заработной плате у хирургов. Да, у них есть возможность заработать, и они зарабатывают 60–70 тысяч. Для Нижнего Тагила это достаточно большие деньги. Но окладная часть, она порядка 20–25 тысяч. Поэтому хирурги работают на две ставки, хирурги остаются на дежурство. И вот представьте ситуацию, хирург вторые сутки находится в больнице, ему предстоит операция, и в связи с таким переутомлением сильно возрастает возможность возникновения при операции ятрогенных патологий. Поэтому хирург думает о том, что на его плечах очень тяжёлый груз, большая ответственность, перед ним перспектива вот этих судебных исков, которые потом может подать пациент.

Поэтому одно из самых главных предложений, которое хирурги просили меня донести до вас: безусловно, необходимо внедрять систему страхования, страхования ответственности хирургов за их деятельность. Как это будет, какой механизм? Будет ли страховаться организация либо сами хирурги – это надо прорабатывать.

Хирурги, когда проводят операцию, а каждый из нас может лечь на стол хирурга, не дай бог, конечно... Все хотят в такой ситуации, чтобы врач принял всевозможные меры, даже отважился на допустимые риски, но сделал всё, чтобы восстановить жизнь и здоровье. Поэтому хирурги должны иметь право идти на определённый риск, не думая о том, что потом пациент будет подавать на них в суд. Поэтому мы за страхование хирургов. Спасибо.

**Председательствующий.** Александр Владимирович, спасибо большое.

Я сразу прокомментирую ситуацию в Нижнем Тагиле. Для меня лично один вопрос не ясен. А руководство больницы знало, что у них зреет такая ситуация, или нет? Они своих людей знают, знают, что с ними происходит? Они нерв внутренний хирургического отделения чувствуют или нет? Такое можно допустить, если ты вообще не знаешь, что у тебя происходит в коллективе.

Ведь мы все возглавляли коллектив, подавляющее большинство участников «круглого стола» – руководители. Ну, ты же знаешь, когда у тебя зреет такая ситуация. И я бы здесь вообще вопросы такие не ставил, поставил бы их перед местными властями. Вам не кажется?

**Балыбердин А. В.** Спасибо, Дмитрий Анатольевич.

Я тогда тоже прокомментирую. На самом деле ситуация неоднозначная. Не всё, что было написано в СМИ, именно так на самом деле происходило. На самом деле была достаточно конфликтная ситуация с определённым количеством врачей. Повторюсь, что у нас есть такая Демидовская больница, там уволилось четыре хирурга, подали заявления на увольнение. Ситуация назревала. Здесь есть недоработка главврача безусловно в том, что не подготовил замену тем людям, которые собрались увольняться по определённым причинам.

**Председательствующий.** Простите меня, мы ни в коем случае не судим никого. Кто-то хорошо сегодня сказал, что у каждого свой чемоданчик. Понимаете? И если в клинике, например, в моей возникают проблемы, первый, кто несёт за них ответственность, это я.

Геннадий Тихонович вас пришёл сменить у микрофона.

**Сухих Г. Т.** Спасибо. Уважаемые коллеги, я полагаю, что настало время брать власть, не спрашивая разрешения. Две минуты.

**Председательствующий.** Мы же вам давно разрешили навсегда.

**Сухих Г. Т.** Акушерство и гинекология – это огромная армия, 40 тысяч врачей. И мы все понимаем, что акушерство и гинекология – это большая хирургия.

Очень много, мне кажется, сказано, абсолютно всё. И достаточно всё ясно. Мы говорили о том, каким должен быть профессионал. Татьяна Владимировна сказала очень вскользь, что должен быть стандарт. Над стандартом профессиональным продолжает работать Леонид Михайлович и его команда. И он привлекает всех.

Наш стандарт, мне стыдно говорить, второй год находится в юридическом отделе Минздрава России. Наверное, он выйдет в конечном итоге. Огромная часть этого документа посвящена тому, каким должен быть профессионал и какой должна быть ординатура. Для акушерства она должна быть, конечно, трёхступенчатой. Первые два года – на уточнение, в учреждения какого уровня пойдёт работать человек. Плюс ещё два года – тогда он профи и готов работать в учреждении третьего уровня, это 90 с лишним перинатальных центров по стране. Для этого нужны, конечно, стандарты.

И что очень важно, Игорь Иванович? Вот вы абсолютно правильно сказали, и мы все согласны, что клинические рекомендации должны в конечном итоге правиться великими людьми. Вы к этой категории абсолютно подходите. Но клинические рекомендации – этот тот маршрут полёта со всеми коридорами высоты и разворотами, которые обязаны защищать врача.

И поэтому финальная часть должна правиться президентами профессиональных обществ и элитой профессиональных обществ.

Две фразы, и я закончу. Одна из них – нельзя оставить ситуацию такой, какой она существует сейчас. Мы говорим: зона профессионального и юридического риска – это неправильно, здесь не хватает ещё одного определения. Это зона государственного риска и крушения системы.

Вот здесь сидела молодёжь, она ушла. Для чего эти молодые люди здесь сидели? Я не понял. Может быть, это люди, которые потом учатся вот этим замечательным жёлтым или каким-то там оранжевым революциям? Кто их пригласил сюда, почему они ушли? Не знаю. Но собрать Болотную площадь, если будет рушиться медицина, хирургия, акушерство, в десятки раз легче, чем защищать какого-то одного или нескольких депутатов московской Думы.

Мы, если создадим эту защиту врачей и выполним лозунг «Руки прочь от хирургии и акушерства, кровавые руки прочь от медицины», то тогда мы сохраним государство. Если мы это не сделаем, будут страшные последствия.

Поэтому сегодня я хочу попросить Государственную Думу, блестящего состоявшегося и яркого детского хирурга, который сегодня выполняет другую функцию, мы просим вас: Дмитрий Анатольевич, доведите дело до конца, оно государственной важности. В зале огромное количество профессионалов в юридической области, есть полная основа для этого.

И мне хотелось, чтобы сейчас прозвучали аплодисменты по-настоящему великому человеку – Леониду Михайловичу. (*Аплодисменты.*) За что аплодисменты? Не только за его мудрость, за его траекторию жизни, а за великую смелость, с которой он всегда вступает в бой. Последний раз это была битва со Следственным комитетом.

Леонид Михайлович, спасибо вам за всё. Мы не рядом с вами, мы вместе с вами. Оставайтесь на посту, не вздумайте его покинуть или кому-то передать – в нынешний момент времени это невозможно. Аплодисменты – это благодарность вам и поддержка этого тезиса. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо большое, Геннадий Тихонович.

Вы очень смелый человек, выступать после Геннадия Тихоновича. Прошу вас.

**Редько К. Г.** У меня краткое предложение. Меня зовут Кирилл Редько, я медицинский юрист, до того, как получить медобразование, я 20 лет проработал в практическом здравоохранении, я даже соавтор учебника по травматологии, трёх изданий.

У меня конкретные юридические предложения. Мы всё-таки в Государственной Думе, и в Государственной Думе надо предлагать конкретные вещи.

Я абсолютно поддерживаю мысль Леонида Михайловича о том, что за всеми этими преследованиями врачей стоят большие деньги. 17 миллионный рубеж уже пройден в выплатах пациентам. А давайте обратим внимание законодателя на то, каким образом появляются эти многомиллионные риски.

Первое. У нас есть положение – закон о защите прав потребителей, который напрямую регулирует наши с вами отношения. Так вот, в соответствии с 13 и 28 статьями, в случае, если наша услуга признана некачественной, то мы должны выплатить сначала в два раза больше – неустойка по три процента в день, на 34-й она удваивает сумму иска, а потом ещё 50 процентов от этой удвоенной суммы мы должны выплатить, как штраф потребителю. Это недопустимо.

Откуда деньги у больницы, выплачивать эти многомиллионные иски? Где клиники будут их находить? Это нужно убрать из законодательства напрямую.

**Председательствующий.** Пожалуйста, предложение ваше, пожалуйста.

**Редько К. Г.** И предложение по поводу оценки качества. Мы не можем требовать от врача достижения результата. Мы можем требовать от врача только соблюдения порядков стандартов и клинических рекомендаций. Нужно убрать требование результата из определения качества.

Второй момент, по поводу экспертов. Эксперты, при всём моём уважении, призываются кем угодно и как угодно. Я абсолютно согласен с тем, что эксперты (должна быть записана процедура очень чёткая) должны привлекаться только независимые по согласованию с врачебными сообществами. В противном случае это не всегда специалисты в своей области (не буду детализировать), но все знают этот пример, когда врача пытаются засудить за то, что он вынул дренаж раньше времени, а при этом у нас нигде не расписано, когда его нужно вынимать.

И третье. Ввести понятие «грубая врачебная ошибка», а всё остальное декриминализовать.

Есть понятие определения «грубая врачебная ошибка» в германском законодательстве, в котором также есть специальные медицинские суды, так вот это понятие нужно очень чётко продумать и сформулировать всем медицинским сообществом с учётом международного опыта.

Благодарю за внимание. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо вам большое.

Прошу вас, третий микрофон.

**Агафонов Д. О.** Можно, да? Меня зовут Даниил Олегович Агафонов, я детский хирург из амбулаторного звена, и как и многие, работаю семь дней в неделю, десять минут на приём, но это ладно. Суть в другом. В том, что сейчас по большому счёту «вредности» в работе хирургов уменьшили, порезали, и отпуск стал 28 календарных дней за год. Мы говорим о профессиональном «выгорании», о профессиональных рисках, юридических рисках, с чём постоянно сталкивается детский хирург.

Я не соглашусь с заместителем министра в плане того, что хирургическую специальность, неважно, гинекология, детская хирургия, хирургия просто общая, можно сравнить с любой другой медицинской специальностью.

Хирургическая специальность всегда требует быстрого принятия решения, и она всегда связана с риском на срочность. Плюс мы постоянно находимся в операционных, мы дышим тем же газом, что и анестезиологи, ну ладно, суть в том, что...

**Председательствующий.** Будьте добры, ваши предложения.

**Агафонов Д. О.** Мои предложения – рассмотреть минимально возможный отпуск хирурга, установить эту планку, и при этом надо понимать, что потом, когда хирург выйдет, ему было на что жить, и какую зарплату он получит. Вот эти моменты продумать, чтобы врач-хирург мог нормально отдыхать.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Уважаемые коллеги! Да, пожалуйста...

**Чубарова А. И.** Я прошу прощения, я прошлый раз не представилась.

**Председательствующий.** Антонина Игоревна Чубарова, главный врач Филатовской больницы, профессор.

**Чубарова А. И.** Да, хочу ещё одну законодательную опцию всё-таки рассмотреть, мы этого не касались.

Действительно, главный врач отвечает, в частности, за оценку вредности и за многие процессы, и в том числе за реализацию технологий.

Какие инструменты у руководителя учреждения для реализации технологий?

Мы – государственные структуры в большинстве своём, здесь присутствуют руководители очень уважаемых федеральных учреждений, мы все работаем по закону № 44-ФЗ, и этот закон не является пациентоориентированным.

Мы, по сути, все поставлены в зависимость от того, интересно коммерческой структуре выйти на наши торги или неинтересно. Интересны им наши цены, которые мы поставили соответственно законодательству, или неинтересны. Если они им неинтересны, мы не купим то, что нам надо, или купим самое дешёвое, что практически всегда означает самое некачественное.

И если хирург работает с шовным материалом, который рвётся в руках, или стент застрекает в эндоскопе, это вина хирурга? Нет. Это вина главного врача? Нет, он действовал соответственно законодательству. И, наверное, для таких принципиальных вещей, которые влияют на здоровье нации, надо пересматривать законодательство и совершенствовать его, поскольку принцип «самое дешёвое и побольше» не позволяет совершенствовать медицинские технологии. Вот такое предложение.

Спасибо.

**Председательствующий.** Мы с вами согласны полностью, да. Мы с вами согласны, работаем. Спасибо.

Уважаемые коллеги, кто хочет ещё выступить или будем завершать?

**Габай П. Г.** Можно ещё выступить? Я хотела.

**Председательствующий.** 20 секунд, пожалуйста.

**Габай П. Г.** Да, 20 секунд, одна ремарка небольшая. Выступая сегодня, я действительно допустила одну ошибку. Я предлагала исключить торакальную хирургию и комбустиологию из сферы лицензирования медицинских услуг. Я действительно ошиблась, говоря об абдоминальной хирургии, не о торакальной, потому что у неё есть специализация. В итоговых выводах на слайдах была представлена верная информация, но на одном из слайдов была ошибка. Приношу свои извинения.

**Председательствующий.** Спасибо вам большое.

Я думаю, что это блестящая иллюстрация для каждого хирурга, как нужно уметь признавать свои ошибки.

Пожалуйста. Да, конечно. Будьте добры, к микрофону. Только, пожалуйста, коротко вопрос, коротко ответ.

**Фёдоров А. В.** Очень коротко.

Сложилась такая ситуация, что в правление общества поступает очень много обращений с мест о введении субординатуры по хирургии. Я никак это не комментирую, я говорю только о том, что у нас куча таких обращений. И какой будет комментарий?

**Семёнова Т. В.** В настоящий момент мы против. Шесть лет – нормативный срок обучения, это не позволяет специализировать на шестом курсе качественно.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Пожалуйста, прошу вас. Одна минута.

**Айдарова Л. А.** Уважаемые коллеги, благодарю за возможность высказаться. Я хотела бы ещё раз обратить ваше внимание на определение «медицинская услуга», которое порождает для нас массу проблем. Это и применение закона «О защите прав потребителей», и применение статьи 238 Уголовного кодекса Российской Федерации.

**Председательствующий.** Пожалуйста, ваши предложения, что нужно сделать? Вы же юрист.

**Айдарова Л. А.** Да. Я предлагаю исключить определение «медицинская услуга» из закона № 323-ФЗ, ввести определение «медицинская помощь», скорректировав его.

**Председательствующий.** Вы же знаете, что понятие «услуга» появилось для того, чтобы проводить финансирование. Как мы можем финансировать помощь?

**Айдарова Л. А.** Да. Но мы здесь должны понимать, что медицинская помощь – это социальное обязательство государства. И это гарантия, предусмотренная...

**Председательствующий.** Приглашаем вас в рабочую группу, подскажите нам, как поступить, хорошо?

**Петриков С. С.** В зале, я знаю, не только хирурги. Я вот, например, анестезиолог-реаниматолог, есть терапевты и врачи разных специальностей. Мне кажется, вот та дискуссия, которая сегодня была, она может родить предложения. Это, наверное, не последняя встреча в таком большом составе. И она прекрасна, потому что разные мнения были высказаны. Назвать зоной профессионального юридического риска не хирургию, а медицину в целом. И собраться гораздо большим количеством людей, потому что эта проблема волнует всех.

Мы совсем недавно всем составом института Склифосовского, огромным количеством руководителей, ходили поддерживать нашу коллегу-анестезиолога в районном суде, потому что против неё возбуждено уголовное дело. И мы не одиноки в этом. Практически каждая больница в такой ситуации сейчас живёт.

**Председательствующий.** Спасибо вам большое.

*(Аплодисменты.)*

Спасибо. Да, прошу вас.

**Сигуа Б. В.** Я представляю город трёх революций. Я бы хотел тоже зачитать свой доклад. Я очень коротко, не займу много времени.

**Председательствующий.** Если можно, может быть, вы просто скажете свои предложения?

**Сигуа Б. В.** Я прямо к заключению перейду.

**Председательствующий.** Да, пожалуйста. Мы же не можем отказать городу трёх революций. Мы вам благодарны за это. У нас, можно сказать, всё из-за этого и получилось.

**Сигуа Б. В.** Я бы хотел сказать следующее, что на самом деле в МКБ очень чётко сказано, что такое ятрогения, и там 72 рубрики.

А что касается нашего законодателя, то он нам говорит, что всё очень просто. Мы с вами вне зависимости от того, правильно поступили или нет, можем быть привлечены к уголовной ответственности. Огромное количество законодательных актов существует. Я бы хотел остановиться вот на чём. Сегодня огромное количество терминов появляется в юридической литературе: и ятрогения, и ятрогенные повреждения, и ятрогенные последствия, дефекты и даже преступления. Почему-то законодатель сделал нас очень глупым преступником. Хирург – это единственный преступник, который фиксирует свои преступления в историях болезни, он не отстреливается, он не укрывается, он ходит на допросы.

И получается, что мы с вами все очень уязвимы. Никто не учитывает, что медицина – очень сложная наука.

Перейду к заключению, как и обещал, не буду никого томить.

Могу сказать одно. Что в законодательстве не определены ни врачебная ошибка, ни ятрогения, ни дефект оказания медицинской помощи. При этом, если брать приказ № 323, то есть, например, такие нестыковки: непонятно, что такое «в соответствии», «на основании» или «с учётом».

А что касается стандартов, на которые ссылается сегодня юридическое сообщество... Именно юридическое сообщество прибегает к медико-экономическим стандартам. К каким клиническим стандартам прибегать в этой ситуации, непонятно. У нас не существует единого стандарта, их огромное количество. И ассоциаций много, и каждая ассоциация порождает свои стандарты, и это действительно так.

И последнее, что я хотел бы сказать. Буквально живой случай. Вызывают хирурга в Следственный комитет, его спрашивают: вы оперировали спаечную кишечную непроходимость? Да, оперировал. Повредили кишку? Вопрос на засыпку: эта операция и предполагает вскрытие просвета желудочно-кишечного тракта, то есть повреждение. Если ответить: нет, не предполагает вскрытие просвета желудочно-кишечного тракта – тогда здравствуй, статья 118. А если больной погиб, не дай бог, это статья 109 или 238. Как отвечать и как вести себя? Непонятно. При этом Следственный комитет опубликовал целую брошюру. Я думаю, что каждый из вас её видел – «Как допрашивать сотрудников медицинских учреждений». А брошюры о том, как отвечать на эти вопросы, не существует.

Что мы видим? Мы видим сегодня, что практические врачи начинают уклоняться от ведения тяжёлых пациентов, пациентам отказывают в операции отчаяния или в операции последнего шанса. Между тем растёт «пациентский экстремизм», потому что кто бы и что бы нам ни говорил, речь всегда идёт о деньгах, которые пытаются получить в судебном порядке. Это понятно.

И что делать? Тут всего несколько предложений. И один из принципиальных моментов: наверное, имеет смысл подумать, как вывести медицинскую деятельность из сферы регулирования законом о защите прав потребителей. А то, что нужно разбирать все медицинские ошибки в профессиональном сообществе, думаю, и так всем очевидно.

Благодарю. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, мы будем завершать.

Всё, что недоговорено, простите великодушно, но мы договорим с вами обязательно. И я попрошу Леонида Михайловича сказать два слова, пожалуйста.

**Рошаль Л. М.** Я не знаю, как у вас, а у меня вообще чувство удовлетворения есть, прежде всего потому, что мы поставили этот вопрос и дали возможность людям высказаться.

Просьба огромная. Будьте осторожны. Мы лицом к лицу видели этот оскал. Записи в историях болезни должны быть чёткие, грамотные, правильные, чтобы не было причин для возбуждения уголовных дел. Нам надо работать с коллективом. Надо не бежать, надо остановиться, поговорить, рассказать родственникам, что произошло и почему. Потому что много жалоб именно от них. Довольно простые вещи.

Нам надо будет подумать в отношении тех возможностей, которые мы даём юристам, чтобы они нас сажали в тюрьму. Критерии качества оказания помощи. Посмотрите, что мы сделали. Возьмите любую специальность, критерии качества содержат десять пунктов – посмотреть, анализ сделать и так далее.

Ну, во-первых, можно их выполнить, и больной помрёт, а можно не выполнить, и больной выздоровеет. Но это хорошая шпаргалка для недобросовестных юристов, и хорошая шпаргалка для следователей, и хорошая шпаргалка для специалистов Фонда обязательного страхования коммерческих структур, которые приходят к нам. Так что не зря здесь было сказано про осторожность с клиническими рекомендациями.

Единственное очень верное: мы должны все взяться за руки и, в компетенции это или не в компетенции такого собрания, вместе от хирургического сообщества написать письмо Президенту России, выплеснув туда всю боль, которая здесь прозвучала. Мы должны это сделать, и помогут в этом Национальная медицинская палата и Общероссийский народный фронт, потому что дальше так быть просто не может.

Мы открыты для всех, несмотря на то, что, к сожалению, до сих пор Ассоциация хирургов не является членом Национальной медицинской палаты. Мы защищаем хирургов, и многие хирурги являются членами Национальной медицинской палаты. Мы защищаем хирургов и работаем вместе. Так давайте мы будем привлекать и Ассоциацию. Это должны быть независимые эксперты, да. Ведь что мы сделали? Мы сделали обезличенность документов, которые к нам приходят, и их экстерриториальность. И руководит этой комиссией не доктор, дабы не говорили, что рука руку моет, а юрист или отставной судья. Мы обращаемся во все организации: дайте, пожалуйста, своих экспертов, мы должны работать вместе.

Спасибо большое. *(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо большое, Леонид Михайлович.

Игорь Иванович, пожалуйста.

**Затевахин И. И.** Дорогие коллеги!

Мы сидим четыре часа. Но много ли мы получили конкретики? Я лично – не очень. Мы говорили о чём угодно, поднимали злободневные вопросы – о конкурсах, как расходные материалы купить. Конечно, важно. Но мы сегодня собрались по одному вопросу – о юридической защите врачей. И поэтому я хочу просить вас на будущее, если мы соберёмся ещё раз по этому вопросу или по любому другому, чтобы конкретные были выступления с конкретными предложениями, чтобы потом Государственная Дума могла бы как-то сформулировать пожелания нашего сообщества.

Благодарю за внимание. *(Аплодисменты.)*

**Рошаль Л. М.** Я, пока он идёт, я хочу сказать, что мы поддерживаем предложение о создании такой структуры по защите при Государственной Думе. Будем работать.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, ещё раз хочу поклониться всем вам. Сегодняшний день, мне кажется, он в плюс.

Почему? У каждого дела есть своя методология. Методология принятия законодательных решений, законотворчества своим первым шагом предполагает подобные, казалось бы, лишённые конкретики обсуждения. Это заложено в методологию.

Я хочу сказать коротко по некоторым позициям. Первое. Я уже обозначил, это создание рабочей группы по правовой защите медицинских работников. Будет подготовлена резолюция по итогам. Мы выберем всю конкретику сегодняшнего дня, и она ляжет в основу резолюции, которую изначально вы подтвердите.

По законодательным изменениям я бы обозначил следующие позиции. Первое. Это укрепление полномочий некоммерческих организаций, профессиональных ассоциаций. Лев Михайлович действительно является локомотивом в этом отношении.

Согласитесь со мной, уважаемые коллеги, ведь всё, что касается так называемых «бумажек», мы всегда игнорировали, относились к этому несерьёзно, даже если это профстандарт. Вы же сами хорошо знаете, как выполняются бумажные задачи из Минздрава России они или откуда-то ещё. Этого больше допускать нельзя ни в коем случае. Каждое слово, каждый абзац, касающиеся стандартов, протоколов, клинических рекомендаций – это всё стало очень важно. Раньше было неважно, раньше можно было написать одно, а жить по уму, по разуму, по совести, по божьему промыслу. Сейчас нужно, чтобы соответствовало одно другому: разум бумаге и наоборот.

О чём я говорю? Мы с вами в прошлое десятилетие разделили специальность на несколько. Стоит вопрос: как готовить хирурга? Невозможно понять, как готовить моло-

дого хирурга, потому что по закону у нас есть определённое ограничение при освоении практики. Мы каждый декабрь отчитываемся новыми операциями, а если вы возьмёте статью по внедрению новых операций и клинических апробаций, то мы должны идти через юридический комитет и экспертный совет Минздрава России, не более и не менее. То есть мы во многих вещах просто сами себя загнали в угол.

Кстати, я здесь остановлюсь и скажу ещё одну фразу, которая, мне кажется, очень важна. Требования людей должны быть в приоритете, нравится нам это или не нравится. И мы должны выстраивать жизнь свою именно так, не забывая об этом. Даже если нам кажется, что пациенты не правы или агрессивны, но это наш общественный долг. И второе: нам нужно чётко всё регламентировать в соответствии с требованием времени, потому что мы живём в 2019 году, а в правовом поле, думаю, находимся где-то ещё в 1950-м, когда после войны только образовалась вся структура нашей помощи. Это, конечно, нужно исправить.

Теперь по следующим важным позициям. Досудебная независимая экспертиза. Я это себе вижу так, что мы должны обеспечить качественную досудебную независимую экспертизу нашими профессиональными ассоциациями. Это тоже потребует работы, и она будет бесплатной, однозначно. И, конечно же, экспертов, поддержку в этом и Владимира Михайловича, и многих других коллег, мы должны назначать решением президиума, если хотите, ассоциации. Надо сказать: вот вам пул экспертов, например, по детской хирургии, к примеру, которые будут участвовать в экспертизе. Она должна быть всегда коллегиальна.

Мы на сто процентов должны запустить все демократические механизмы – голосование большинством, бумаги, потому что если один кто-нибудь из нас что-нибудь скажет в Следственный комитет, это одно, а если это сказали коллегиально пять хирургов или десять, как в Камелоте, это уже не изменишь. И сегодняшнее даже законодательство, касающееся профессиональных НКО, позволяет нам влиять практически на всё. Но многие ли ассоциации занимались тарифной политикой на местах? Да никто. Просто руки не доходят. Мы ставим и некоторые другие вопросы, в том числе и по закупкам в соответствии с законом № 44-ФЗ, который, конечно же, стопроцентно надо менять в этом отношении. Мы этим занимаемся.

Поэтому мы видим это, и мы обсуждали это с Минздравом России. Профессиональные ассоциации, как нам кажется, мы должны объединить в одну большую, которая бы решала вопросы взаимодействия с государством и имела региональные отделения. Потому что в некоторых субъектах Федерации, скажем, в той же детской хирургии, мы не можем обеспечить представительство, там их всего-то четыре человека. Но они не смогут держать удар и взаимодействовать с властью.

Поэтому должно быть единое сообщество, которое представляет нас, и никто из нас не имеет права не быть членом такого сообщества, никто.

И когда мы говорим об административном наказании, первое, что должно быть – исключение из членства в ассоциации. Всё, на тебе крест поставлен, и не надо никого никуда сажать. Тебя твои профессиональные коллеги исключили из профессиональной ассоциации. Ну так делается во всём мире, что нам это придумывать.

Я помню доктора, которую за провинность перевели приказом главного врача на три месяца работать медсестрой, и больше она правонарушений, на моей памяти, не совершала. Это было позорище – хирурга перевести в медсестру, но очень эффективно, и главное, никто никого не посадил.

Подготовка клинических рекомендаций. Коллеги, ещё раз хочу подчеркнуть. Писать их, об этом говорил Геннадий Тихонович и другие уважаемые люди, мы должны для себя. Их задача – не объяснять, как лечить, а объяснить, что мы делаем. Поэтому писать их нужно не под какую-то школу, не под какие-то любимые операции, а так широко, чтобы все мы могли нормально оперировать и объяснять свои действия.

Те же самые критерии качества, конечно же, нужны, я согласен, но их надо тщательно прописать. Это требует труда, и не все хирурги хотят этим заниматься, мы должны это сделать.

Надо переговорить со страховыми компаниями, думаю, должна состояться отдельная конференция или можно посвятить этому отдельный день хирургического съезда.

Я уже говорил про это, потому что не раз обдумывал, поверьте мне, круглосуточно. Мы должны не противодействовать тем же правоохранительным органам, это неэффективно, и мы не сможем это сделать в исторической перспективе.

Я глубоко убеждён, что мы должны выстраивать свою систему, постоянно вести анализ, аудит, мониторинг. Я вижу себе это так. Случилось что-то, например, с детскими хирургами, ассоциация сразу же провела экспертизу и сделала её публичной.

Что мы можем сделать? Вот последний пункт, который, я думаю, нам нужно проработать. Предложить Следственному комитету и прокуратуре разработать методологию следственного процесса по медицинским делам с обязательным учётом независимой экспертизы профессиональных НКО.

Формируем рабочую группу. Всё, о чём вы, коллеги, говорили, объединяем, подключаем экспертов.

И в заключение я хотел бы сказать: Геннадий Тихонович говорил, что название лишено государственного риска, но я бы позволил себе с этим не согласиться. Над названием сегодняшнего «круглого стола» крупными буквами написано – Государственная Дума Российской Федерации. И то, что вопрос рассматривается на этой площадке, говорит о том, что государство в лице депутатов понимает, что это государственный риск, и понимает, что нам нужно двигаться в этом направлении.

Огромное вам спасибо.

*(Аплодисменты.)*

**СТЕНОГРАММА**  
**«круглого стола» Комитета Государственной Думы по охране здоровья**  
**на тему «Реализация национального проекта «Здравоохранение»**  
**в субъектах Арктической зоны Российской Федерации»**

*27 сентября 2019 года.*

**Председательствует председатель**  
**Государственного Собрания (Ил Тумэн) Республики Саха (Якутия)**  
**П. В. Гоголев**

**Председательствующий.** Добрый день, уважаемые участники «круглого стола». Добрый день, уважаемый Дмитрий Анатольевич. Мы приветствуем вас в стенах Государственного Собрания (Ил Тумэн) Республики Саха (Якутия).

Сегодня у нас проводится «круглый стол» по реализации национального проекта «Здравоохранение» в Арктической зоне Российской Федерации. Нам всем, якутянам, приятно, что Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации на примере Республики Саха (Якутия) может ставить вопросы о том, как должно быть организовано здравоохранение, как можно улучшить оказание медицинской помощи в Арктической зоне Российской Федерации, и обсуждение этой темы происходит у нас в Республике Саха (Якутия).

Особенно нам приятно сегодня работать в связи с тем, что у нас праздник – День государственности Республики Саха (Якутия). Позвольте от имени Государственного Собрания (Ил Тумэн) Республики Саха (Якутия), от себя лично поздравить всех депутатов Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации, члена Совета Федерации Федерального Собрания Анатолия Ивановича Широкова, своих коллег, народных депутатов, и всех участников «круглого стола» с праздником. *(Аплодисменты.)*

Я не буду долго говорить. Позвольте мне представить, кто будет участвовать в работе «круглого стола». Его будет вести председатель Комитета Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации Дмитрий Анатольевич Морозов. *(Аплодисменты.)*

Мы приветствуем первого заместителя председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья, нашего земляка, нашего депутата Федота Семёновича Тумусова *(Аплодисменты.)*, членов Комитета Государственной Думы по охране здоровья Николая Фёдоровича Герасименко, Юрия Викторовича Кобзева, Татьяну Васильевну Соломатину, нашего народного депутата, депутата Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации Галину Иннокентьевну Данчикову, члена Совета Федерации Федерального Собрания от Магаданской области Анатолия Ивановича Широкова. *(Аплодисменты.)*

Представив таким образом, позвольте мне передать бразды правления Дмитрию Анатольевичу. Пожалуйста, Дмитрий Анатольевич.

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

**Председательствующий.** Глубокоуважаемый Пётр Васильевич, глубокоуважаемые коллеги, для нас большая честь сегодня собраться всем вместе для того, чтобы обсудить актуальные проблемы в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» и, наверное, на сегодняшний день наиболее актуальной его части – реализации поручения Президента России по первичной медико-санитарной помощи в условиях арктических регионов. Хочу отметить, что для нас чрезвычайно важно и почетно вдвойне, что мы проводим это заседание в праздник, в День государственности Республики Саха (Якутия), с которым я, уважаемые коллеги, вас искренне поздравляю от лица всего нашего Комитета Государственной Думы Российской Федерации по охране здоровья. *(Аплодисменты.)* Будем следить за вашими успехами.

Сегодня, пользуясь врачебным языком, у нас была серьезнейшая премедикация. Мы посетили пять учреждений, познакомились с великолепными коллективами, посмотрели вот эти точки роста, продвижения всего здравоохранения республики. Я, как детский хирург, 30 лет занимающийся детской хирургией, человек практический, а сегодня имеющий хоть и маленький, но всё-таки опыт законотворческой деятельности, конечно, понимаю, и все мы хорошо понимаем: условия, в которых вам необходимо решать высокие задачи, достигать высоких целей, поставленных Президентом России, непростые. Я тоже не буду тратить много времени на вступление, перечисляя все эти задачи. Вы прекрасно в них, я уверен, ориентированы.

Федеральные проекты погружены в национальный проект «Здравоохранение», вы видите, что внимание Президента России и руководства страны к здравоохранению беспрецедентное. Поставлены задачи от демографии до оказания высокотехнологичной медицинской помощи через совершенствование первичной медико-санитарной помощи, развитие санитарной авиации, скорой помощи, лекарственного обеспечения, подготовки кадров, социального пакета врача и многого другого. Следуя известному римскому принципу «Всё или ничего», всё из перечисленного и даже не перечисленного имеет ключевое значение. Если не будет одного звена в цепи, вся цепь будет неэффективна. Поэтому мы с вами должны понимать эту историческую ответственность, и я уверен, что вы это прекрасно понимаете.

Хочу отметить, что в 2015 году уже был «круглый стол» Комитета Государственной Думы по охране здоровья в Якутии. После этого по решению «круглого стола» был создан Экспертный совет в Государственной Думе, который возглавила вице-спикер Государственной Думы. Мы в Комитете всегда внимательно относимся к проблемам Севера, и Федот Семёнович, даже если бы мы невнимательно относились, не позволил бы нам забыть об этом. Не всегда всё получается, какие-то законопроекты, которые были инициативные, не получили должного развития иногда просто по техническим причинам. Мне приятно отметить, что Ил Тумэн вместе с Николаем Фёдоровичем Герасименко был соавтором законопроекта о запрете реорганизации и ликвидации медицинской организации, единственной на селе, без учёта общественного мнения.

Мне очень приятно отметить активность регионального отделения подпроекта «Здоровое будущее» и в рамках школьной медицины («Медицина школьников», как мы сейчас договорились называть её), и в рамках горячей линии для онкологических пациентов.

Сегодня понятно, что есть ключевые проблемы: проблемы подготовки кадров и целевого обучения, закрепления кадров, развития первичной медико-санитарной помощи, когда стоимость фельдшерско-акушерских пунктов и мобильных комплек-

сов на Севере значительно выше, чем в других регионах, когда норматив финансовых затрат на лечение той же самой патологии здесь намного выше, чем в центре России, когда санитарная авиация здесь является просто образующим звеном всей существующей системы здравоохранения, а не просто каким-то добавлением к ней, и многое другое. Предлагаю вам, коллеги, обсудить это сегодня конструктивно, детально. У нас есть заявленные докладчики. После этого мы включим свободный микрофон, и любой желающий сможет задать вопросы, поучаствовать в дискуссии, потому что для нас, депутатов Государственной Думы, чрезвычайно важно именно искреннее, настоящее мнение с мест, которое не всегда можно получить. И понятно, что мы можем чего-то недопонимать, где-то не чувствовать остроту проблемы. Пожалуйста, подсказывайте нам, мы будем стараться работать над общими задачами.

Уважаемые коллеги, если не будет возражений, я, наверное, попрошу, Федот Семёнович, вас выступить, и потом мы приступим к докладам.

**Тумусов Ф. С.** Спасибо. Ытыктабыллаах мунньах кыттыбылаахтара! Уважаемые участники «круглого стола»! Прежде всего, с нашим праздником вас всех! Во-вторых, я хотел бы поблагодарить своих коллег за то, что они приняли наше приглашение. Сегодня проводится «круглый стол», который, я надеюсь, будет иметь большие последствия в решении наших проблем, проблем арктической медицины, северной медицины. Я третий срок работаю в Комитете Государственной Думы по охране здоровья и хочу сказать, что состав нашего комитета очень профессиональный, очень сильный. Достаточно сказать, что делегацию возглавляет Дмитрий Анатольевич, доктор медицинских наук, один из ведущих детских хирургов страны, возможно, даже мира. В составе нашей делегации академик Российской академии наук, очень опытные, крупные специалисты медицины, и это очень приятно, с одной стороны, с другой стороны, это очень ответственно.

Как отметил Дмитрий Анатольевич, мы на каждом заседании Комитета и на пленарных заседаниях постоянно ставим вопрос не только в целом здравоохранения, но и такие аспекты, как арктическая медицина, северная медицина. Буквально вчера мы заслушали вопрос об итогах исполнения бюджета за 2018 год, и Силуанову был задан вопрос относительно финансирования здравоохранения, относительно недостатков, которые были. Был также конкретный вопрос Наталье Николаевне Стадченко. Я её, во-первых, поблагодарил, так как благодаря совместной работе руководства республики и нашего комитета, вы знаете, в прошлом году Правительством Российской Федерации было принято решение об изменении коэффициентов, благодаря которому стабилизировалось финансирование фондами страхования.

Во-вторых, было высказано такое мнение, что на Восточном экономическом форуме руководство страны фактически поддержало предложение руководства нашей республики о переходе на сметное финансирование здравоохранения, учреждений здравоохранения в арктических и северных районах. Ну, на то был ответ, что это теоретически возможно, но предстоит большая работа по изменению, по дополнению законодательства и других нормативных правовых актов.

Таким образом, ведётся работа в стенах Государственной Думы, сегодня выездное заседание во главе с председателем Комитета Государственной Думы по охране здоровья, будем здесь эти вопросы обсуждать, и потом будут приняты рекомендации, которые будут направлены в Правительство Российской Федерации и по которым будем конкретно работать. Поэтому хочу пожелать всем удачной работы. Спасибо. *(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо большое, Федот Семёнович. Конечно, когда у региона такие депутаты, которые его представляют, это большое дело. Просто, когда вы сказали о мире, я сразу вспомнил известную рекламу: «Да что там в мире? В России!». *(Смеётся.)* Коллеги, это был юмор, конечно.

Я увидел, что с нами шесть районов на прямой связи. Уважаемые коллеги, вам тоже здравствуйте. Спасибо, что вы с нами. Надеюсь, что вы сможете тоже поучаствовать. У них есть возможность, да?

**Гоголев П. В.** Да, у них содоклады будут.

**Председательствующий.** Очень приятно. С вашего позволения, начинаем. Приступим к реализации повестки. Первый доклад «О вопросах финансирования медицинских организаций, располагающихся в Арктической зоне Российской Федерации». Докладчик Елена Афраимовна Борисова, министр здравоохранения Республики Саха (Якутия). Елена Афраимовна, вам сколько нужно времени?

**Борисова Е. А.** Я попросила бы внести небольшую корректировку. С этим докладом должна была выступить Ольга Валерьевна Балабкина, заместитель Председателя Правительства Республики Саха (Якутия), она не сможет подойти. Поэтому, с вашего разрешения, можно я сразу два доклада сделаю? И начну всё-таки с материально-технической базы.

**Председательствующий.** А доклад второй какой?

**Борисова Е. А.** О вопросах оказания первичной медико-санитарной помощи.

**Председательствующий.** Хорошо.

**Борисова Е. А.** Чтобы у нас была чёткая логика по продвижению, с вашего разрешения.

**Председательствующий.** Пожалуйста.

**Борисова Е. А.** Думаю, что в десять минут уложусь.

Всем известно, что у нас состоялось большое яркое событие. Очень долго мы добивались расширения Арктической зоны, и наконец-то восемь дополнительных арктических районов у нас включены в Арктическую сухопутную зону, что, конечно, радует население. Тем не менее сегодня остаётся очень актуальным большой вопрос: каким же образом сегодня организовывать медицинскую помощь в этой Арктической зоне? Есть всё-таки ключевые характеристики, на которые стоит обратить внимание. Мы понимаем, что это два процента всей территории Российской Федерации, это большие перепады температуры, которые достигают сорока градусов, освоено в целом менее одного процента территории, очень низкая плотность жителей. Нельзя не сказать и о северных болезнях, вопрос которых сегодня мы тоже поднимаем. К сожалению, сегодня нет определённых подходов для людей, которые проживают на этих территориях, потому что уровень суточных затрат человека выше на 20 процентов.

Я уже отмечала, что доступность медицинской помощи у нас связана с низкими температурами, то есть у нас погодные условия не всегда позволяют приезжать в данные районы, а также с плотностью населения и высокой стоимостью авиационных услуг. Девять месяцев – это у нас авиAPERелёты. Кроме того, хотелось бы сказать, что сегодня материально-техническая база у нас в Арктической зоне, в принципе, как и на всей территории республики, оставляет желать лучшего. Так, например, по нашим районам 38 процентов только фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий находятся в аварийном подтверждённом состоянии. Требуется строительство как минимум десяти центральных районных больниц, которые были построены в конце прошлого века в 60–70-х годах. Как и по всей стране, наверное, здесь мы не отличаемся, порядка 79 процентов – износ медицинского оборудования. И сегодня нет такого вида транспорта, как снегоходы, вездеходы либо какие-то морские катера. При этом сегодня у нас 67,6 тысячи человек, проживающих в тринадцати районах, обслуживают 288 врачей.

Если говорить сегодня об обеспеченности врачами населения этих тринадцати районов, обеспеченности койками на 10 тысяч населения, то она практически такая же, как на всей территории республики. Хотелось бы акцентировать, что 0,25 процента жителей получают именно стационарную медицинскую помощь, то есть практически каждый второй житель. При этом у нас сохраняется положительная динамика. То есть в Арктической

зоне, как бы удивительно это ни звучало, продолжительность жизни достаточно высока, отмечается повышенный рост рождаемости даже в сравнении со всей республикой. Конечно, у нас там растёт смертность, но тем не менее естественный прирост положительный.

Всё-таки этим людям каким-то образом надо оказывать медицинскую помощь. Мы понимаем, что сегодня нет возможности говорить о специализированной помощи. Да, первичное звено там имеется. Да, имеются терапевты участковые. Но в рамках сегодняшнего законодательства мы не можем привлечь туда специализированную, тем более узкоспециализированную медицинскую помощь.

Мы видим сегодня два варианта решения этой проблемы. Первое – это выезд на места. Второе – привлечение в города, в том числе федерального значения, медицинской помощи. Каким образом? Сегодня существует понятие «мобильные выездные бригады», но они не поддержаны финансовой трансформацией, поскольку, как мы уже обсуждали с вами ранее, у нас один выезд, один перелёт одной бригады примерно в 10 человек только до одного населённого пункта, не считая внутрирайонной перевозки, для диспансеризации населения обходится дорого – это порядка 720 тысяч рублей. То есть в 10 миллионов 300 тысяч обойдётся просто посещение тринадцати районов один раз в год. Ещё раз подчёркиваю, это без учёта внутрипоселковых переездов. Повторю, что всё-таки у нас там больше практикуются авиационные рейсы. Поэтому у нас есть такое предложение: может быть, сформировать какие-то лётные медотряды с экстренной медицинской помощью, с модульным оснащением. Предусмотреть лётные медотряды с оснащением, как передвижные модульные бригады, с диагностическим обследованием, чтобы можно было проводить диспансеризацию. Как я уже отмечала, выезд одного флюорографа в одну точку обходится медицинской организации до 120 тысяч рублей. Естественно, финансовые затраты, вы, Дмитрий Анатольевич, уже подчеркнули в своём предварительном выступлении, не покрывают этих расходов.

Второй путь – это всё-таки региональная стратегия развития санитарной авиации. Какая у нас сегодня проблема? Мы уже в этом году расширили количество точек, о чём мы говорили с вами в Республиканской больнице № 2. Сегодня не везде, не в каждом муниципальном образовании есть вертолётные площадки. Нигде законодательно не закреплено, к кому они должны относиться: к муниципальному образованию или это региональный статус? Либо они, как гаражи, например, должны относиться к медицинским организациям? Кто должен за них отвечать? Ежегодно у нас растёт количество санрейсов, мы в пилотном проекте с 2016 года, но, к сожалению, количество федеральных субвенций в этом году планируется уменьшить. Для нас, северных районов, Арктической зоны, это, конечно, катастрофа. Вы видите, большое количество вылетов у нас как раз-таки выполняется рейсами санитарного транспорта, но экстренная эвакуация – это одно. Другое дело – эвакуация плановая. Мы тоже говорим, что сегодня в законодательстве такого понятия не существует, хотя это как раз, наверное, метод спасения медицинских организаций по доставке, или эвакуации, пациентов, которые уже прибыли на специализированное лечение, обратно домой. Это вопрос очень важный, глобальный именно для нашей территории.

В качестве предложения по совершенствованию нормативных правовых актов предлагаем увеличить субсидии из федерального бюджета на оплату авиационных работ в целях оказания медпомощи и внести изменения в законодательство в части возможности использования санитарной авиации в плановом порядке. Акцентирую ещё раз внимание, что авиация – это не только привлечение бортов, это любые виды техники, которая может быть использована для доставки или эвакуации пациентов. Кроме того, мы должны думать о том, что плановая санитарная авиация – это в первую очередь исполнение того же национального проекта, предусматривающего, что мы должны увеличить показатель до 0,6 процента на профилактический медицинский осмотр нашего населения.

Второе, в рамках доступности, – это проект. Предлагаем себя как пилотную площадку по охвату информационно-коммуникационной телемедицинской сетью для оказания первичной медико-санитарной помощи. Сегодня вы видели в РБ № 2 телемедицинский центр. Мы стараемся внедрять такие пилотные проекты, как «Облачная поликлиника», когда консультации проводятся не только в экстренных случаях, но и осуществляются плановые телеконсультации. Есть сегодня уже связь «врач – врач», «врач – пациент». И для этого необходим сегодня, единственное, хороший, доступный, качественный интернет, причём за ту цену, которую медицинские организации сегодня могут себе позволить. Я уже приводила примеры, что, допустим, для Булунского района 2,5 миллиона платить за интернет при наличии ПФХД 208 миллионов – это большие деньги.

Обязательно нужна разработка на федеральном уровне порядка организации деятельности выездных медицинских бригад. Вы тоже в своём докладе сегодня отмечали, что обязательно для оказания медицинской помощи специалистами нужно заключать договоры либо непосредственно с медицинским работником, либо с медицинскими организациями. Если мы говорим о мобильной форме, когда у нас, возможно, будут довольно часто меняться врачи в этой выездной бригаде, то каждый раз оформлять такие трудовые отношения – это достаточно проблематично и сложно. На наш взгляд, необходимо разработать какой-то стандарт либо порядок в федеральном законодательстве, где будет разрешено оказывать медицинскую помощь непосредственно на местах. Причём это касается и профилактической помощи, и той же оперативной активности, когда хирурги могут выезжать и заниматься плановой хирургией на местах.

Включение в нацпроект онкологического диспансера, не могу про это не сказать. Сегодня мы с вами были на площадке. И, естественно, этот объект неукоснительно приводит к тому, что мы обязаны достичь тех показателей национального проекта, которые сегодня перед нами поставлены, они очень амбициозны. И если в этой части у нас как раз-таки смертность от онкологических заболеваний не столь высока, как в целом по России и Дальнему Востоку, то у нас здесь глобальная большая проблема – это выявление заболевания на ранних стадиях. И хорошую диагностическую базу, лечебный комплекс, конечно, сегодня в республике иметь просто необходимо.

Переходя ко второму блоку, хочется сказать: вы посмотрели, какая обширная сеть. Всего 79 объектов в 13 районах мы обслуживаем. Как же это финансируется? Вот посмотрите, в системе обязательного медицинского страхования на Арктику у нас уходит порядка трёх миллиардов рублей. Это на девять процентов всего населения республики, хотя, акцентирую, проживают у нас в этих тринадцати районах всего 67 тысяч жителей. Затраты колоссальные, при этом мы понимаем, что и они даже не покрывают тех расходов, которые сегодня несёт первичная сеть. Если рассматривать расходы, то есть очень чёткие различия.

Во-первых, у нас очень высокая оплата труда. В целом по республике 70 процентов занимает фонд оплаты труда от тарифа, в Арктической зоне это уже 73 процента, и 10 процентов занимают расходы на коммунальные услуги. Услуги связи – это 0,8 процента, по сравнению с 0,3, например, опять-таки в центральной части Якутии. Но самое страшное, на мой взгляд, что как раз-таки на медицинские статьи здесь меньше всего денег, то есть 6 процентов от всех видов тарифов. Как тогда можно говорить о каком-то качестве медицинской помощи, о повышении этого качества, когда сегодня именно на медицинские действия, манипуляции у нас меньше всего средств сегодня расходуется, несмотря на самый высокий тариф?

Какие сегодня ресурсы? К примеру, врачи. Положено по нормативу обеспеченность врачами всего 4,5 врача по основным специальностям, по узкоспециализированным – на все 13 районов. Ну, например, 3,6 офтальмолога опять-таки на 13 районов, 6 хирургов на 13 районов. Мы же по факту содержим более 20 хирургов, в каждом районе у нас по 1–2 узких специалиста, потому что если кто-то уйдёт в отпуск, обязательно должна

быть замена. Сегодня, естественно, сверхнормативное штатное расписание также ложится на плечи того же подушевого тарифа, не учитывая специфику Арктической зоны и труднодоступных населённых мест. Понимаем, что здесь дефицит кадров неминуем, потому что укомплектованность сегодня при тех мотивационных принципах всё равно низкая. Не зря Айсен Сергеевич на ВЭФе тоже поднимал вопрос по дифференцировке оплаты таких стимулирующих программ, как «Земский доктор» и «Земский фельдшер», потому что сегодня невозможно говорить об одинаковой мотивационной выплате, как в Рязанской области, допустим, в пригородах города Якутска, так и в Эвено-Бытантае, где платятся 1 миллион либо 500 тысяч рублей.

Следующее, о чём бы хотелось сказать. Сегодня, наверное, все территориальные фонды в наших девяти субъектах Федерации, которые имеют Арктическую зону, вынуждены в максимальном формате финансировать стационарную медицинскую помощь. Я уже ранее говорила, что 0,25 процента уходит именно на круглосуточную стационарную медицинскую помощь, а мы помним, что парадигма сегодняшнего здравоохранения – это дань профилактике, тем не менее, мы продолжаем занимать круглосуточно койки для того, чтобы было возможно каким-то образом финансировать и содержать эти объекты. Если посмотреть, при всём этом объёме медицинской помощи медицинские услуги более низкого качества составляют почти 22 процента, несмотря на те расходы, которые мы с вами сегодня несём.

Я просто для сведения покажу заработную плату врачей, медицинского персонала в целом по Арктической зоне. В целом по республике это 116 тысяч у врача, 60 тысяч у среднего и младшего персонала, здесь тоже вопрос дифференцировки. И конечно, когда сегодня мы решаем вопросы по заработной плате (мы, конечно, благодарны, что вышли майские указы), то видим перекося расходов в сторону фонда оплаты труда и с каждым годом уменьшение расходов на материально-техническую часть, то есть непосредственно на оказание медицинской помощи. Дальнейшее существование в таком формате нашей Арктической зоны не имеет права на жизнь. Всё-таки, если мы говорим о доступности и качестве медицинской помощи, в том числе для жителей Арктической зоны, мы должны понимать, что медицинское обслуживание – это часть социальной гарантии. Не зря Айсен Сергеевич поднял вопрос о сметном финансировании Арктической зоны с разделением, возможно, либо ОМСной части с бюджетной, возврате консолидированного бюджета, либо всё-таки об изменении методики субвенции, предоставляемой обязательным фондом медицинского страхования тем субъектам Российской Федерации, которые находятся в Арктике и районах Крайнего Севера.

Хотелось бы, чтобы нас включили в национальный проект «Здравоохранение» тоже как пилотную площадку. Возможно надсметное финансирование для того, чтобы мы могли сказать, что оказание медицинской услуги никоим образом не зависит от содержания текущего обеспечения деятельности медицинской организации. Либо предлагаем следующий вариант – софинансирование оплаты сверхнормативной численности медицинских работников в медицинских организациях Арктической зоны из средств нормированного страхового запаса федерального фонда. На наш взгляд, это наиболее простой способ, который влечёт только изменение приказа Минздрава России. У меня всё. Спасибо большое. Готова ответить на вопросы.

*(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо большое. Уважаемые коллеги, есть ли вопросы? У нас два доклада объединено, вы, наверное, тогда присаживайтесь. Если что, вы сможете с места включить микрофон, да? Мы хотели попросить выступить, я думаю, в пределах где-то пяти минут Николая Фёдоровича Герасименко и затем Юрия Викторовича Кобзева.

Пожалуйста, Николай Фёдорович Герасименко, член Комитета Государственной Думы по охране здоровья, академик Российской академии наук.

**Герасименко Н. Ф.** Спасибо. Чтобы понять, как надо финансировать арктический регион, надо сюда приехать. Просто Федот Семёнович у нас очень активный член Комитета, хотя он и не врач, но всё время очень активно поднимает эти вопросы. И как уже говорили, было выездное заседание Комитета Государственной Думы по охране здоровья в 2015 году, в 2016 году проводились парламентские слушания. Федот Семёнович вносил неоднократно законы, но они с трудом, так сказать, выслушивались и пока не нашли ещё своего решения опять же из-за непонимания арктической ситуации. Здесь затраты только на эвакуацию пациента, его доставку доходят до миллиона, колоссальные идут затраты. Эта разница несопоставима с тем же Алтайским краем, я не говорю уже про центральные регионы, где расстояния небольшие, области небольшие, и всё одинаково.

Сейчас, в принципе, уже принято решение об увеличении предельного значения индексов бюджетных расходов – раньше было до трёх, сейчас увеличено до четырёх с половиной. И отсюда уже на 2019, 2020, 2021 годы будут серьёзные прибавки – 8,1 миллиарда рублей в 2018 году, в 2020 – 8,7 миллиарда и в 2021 – 9,3 миллиарда только за счёт индексации.

Вопрос о бюджетном финансировании Федот Семёнович задавал Наталье Николаевне Стадченко в Государственной Думе, когда был отчёт Фонда обязательного медицинского страхования. Она ответила, что, в принципе, это возможно, но очень сложно, потому что у нас медицинское страхование платит за пролеченного больного. И это самая серьёзная проблема – каким образом сделать, чтобы не за пролеченного больного платить, а именно перевести это на бюджетное страхование. Надо собираться и серьёзно думать, и конечно, было бы хорошо сюда пригласить и Фонд медицинского страхования, и представителей Минздрава России, чтобы они посмотрели. Они мыслят категориями бумаг, полагая, что всё везде одинаково. А здесь совершенно другие расходы, совершенно другие расстояния, очень дорого стоит вообще обслуживание. Вот сейчас большая программа онкологии здесь очень серьёзно развивается. Только центр амбулаторной онкологии 18, это тоже значительные, серьёзные затраты.

И я думаю, что ваши предложения, которые вы нам подаёте в Комитет, мы будем с Дмитрием Анатольевичем рассматривать их в комитете с приглашением Министерства здравоохранения Российской Федерации, Фонда обязательного медицинского страхования. Это не простой вопрос. Если с индексацией бюджетных расходов проще – просто увеличили с 3 до 4,5, то финансирование провести не на оплату, а по бюджету – это довольно сложно. Так что это серьёзный вопрос. Мы будем его обсуждать и, наверное, будем какие-то решения принимать совместно с Минздравом России, с Фондом обязательного медицинского страхования.

**Председательствующий.** Спасибо большое. Пожалуйста, Юрий Викторович Кобзев, представляющий Таганрог, «скорпомощник», если позволите использовать такое слово. Пожалуйста.

**Кобзев Ю. В.** Уважаемые коллеги, я хотел бы сделать несколько ремарок, соглашаясь с актуализацией тех проблем, которые изложила Елена Афраимовна. Философия подхода наших органов государственной власти: скажите, все внутренние ресурсы использованы? Вот здесь и у меня возникает вопрос. Используются ли все ресурсы? Потому что, прослушав доклад, я могу сделать несколько комментариев. Вы, может быть, сразу прокомментируете их.

В рамках федеральной программы по санитарной авиации все финансовые средства направлены на медицинскую эвакуацию вертолётами со специальными медицинскими модулями. В этой программе и заложен тот самый пресловутый нормо-час. Это вертолёты Ансат, вертолёты Ми-8. В Ми-8 стоит медицинский модуль на четыре места. Когда мы говорим о плановой санитарной эвакуации, мы подразумеваем пустую машину с креслами, а там совершенно иная стоимость нормо-часа.

Первый вопрос, который вам задаст Правительство Российской Федерации: «Сделали ли вы расчёт для плановых медицинских перевозок?» Мы это называем «медицинская перевозка». И там не может быть такой стоимости, потому что в Российской Федерации простая стоимость нормо-часа практически в 2,5 раза ниже. Это к вопросу о просто плановой эвакуации пациентов.

Вопросы использования площадей – это история, которая называется «оказание первичной медико-санитарной помощи в круглосуточных стационарах». Я хотел бы, чтобы, возможно, мне возразили коллеги, потому что в своё время мы проходили суды, общались с разными правоохранительными органами, потому что везде у нас целевой принцип. Для каких целей созданы учреждения? Если в уставе учреждения у нас будет значиться, что в том числе оно может оказывать услуги по проживанию лиц на площади учреждения с вычленением этой части... Я говорю о философии Фонда ОМС, потому что они меня проверяли. Я сталкивался с похожей историей, когда работал главным врачом. Если в уставе учреждения написано, если принят местный республиканский закон, что у нас возможно финансирование для оказания услуг проживания жителям отдалённых районов при прохождении ими программ диспансеризации на базе учреждений, выделены эти площади, то какой нормативный правовой акт в рамках Гражданского кодекса Российской Федерации, в рамках федеральных законов № 323-ФЗ и 326-ФЗ запрещает это сделать, когда всё это прописано в уставе? Всё начинается с устава учреждения, а это всё в ваших руках, коллеги.

Что я ещё здесь для себя пометил? О площадях я сказал. Теперь самое основное. Было сказано, что колоссальный процент средств от общего финансового обеспечения медицинского учреждения идёт на зарплату, у нас мало остаётся на медицинские услуги. Мы сегодня побывали в пяти медицинских учреждениях, где я задавал вопрос:

- Скажите, пожалуйста, здесь есть лаборатория?
- Да, есть.
- Здесь есть тяжёлая техника?
- Да, есть.

Я уверен, в зале присутствуют главные врачи. Я прекрасно знаю сам, и вы знаете, что обслуживание тяжёлой техники составляет до 30 процентов бюджета учреждения. Есть такая книга, которая называется «Структура в кулаке». Если структуры нет, то в кулаке ничего не удержать, всё будет вытекать из того самого кулака.

И вторая, скажем так, мысль: когда у нас не хватает ресурса, мы тяжёлые ресурсы концентрируем в одних местах. Когда у нас в учреждении работает круглосуточная лаборатория, мы никогда не сможем платить нормально зарплату. Здесь вопрос идёт о централизации лабораторной службы, о централизации диагностической базы. Когда это будет сделано, тогда не будет нехватки денег. Вот к этому моменту федеральный фонд и Правительство Российской Федерации могут подключиться, а до этого мы будем получать всегда отрицательные отзывы и говорить, что необходимо решать вопросы внутри.

Давайте попробуем посмотреть на эту ситуацию с точки зрения использования тех ресурсов, которые есть, соглашаясь с необходимостью применения коэффициента той самой удалённой территории. Потому что я прекрасно знаю, что в ваших условиях подготовка вертолёта к вылету – это не 20 минут, как у нас пишут, а полтора часа с того момента, как начнёт прогреваться двигатель, потому что температурные перепады у вас очень сильные. А так, все предложения заслуживают глубокой проработки с обязательным приложением финансово-экономического обоснования, потому что без использования внутренних ресурсов, которые есть, дальше будет идти тяжело.

По санавиации готов подключаться и работать. Также подтверждаю, что в республиканской больнице № 2 необходимо строительство отделения Emergencу – экстренной медицинской помощи, и это реально изменит картину оказания и улучшит качественные показания экстренной медицинской помощи для населения Республики Саха

(Якутия). Здесь мы будем работать, это в рамках реализуемых проектов, но уже следующего бюджетного периода, потому что это стоит в повестке дня той самой профильной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации и Экспертно-консультативного совета при Комитете Государственной Думы по охране здоровья. Спасибо за внимание, готов ответить на ваши вопросы.

**Председательствующий.** Юрий Викторович, пожалуйста, мне бы хотелось, чтобы вы пояснили то, что говорили в отношении вертолётной площадки, с учётом того, что у нас идёт оплата именно часа полёта. Насколько я это себе представляю, всё, что касается авиатехники, обслуживания вертолётных площадок, относится не к Министерству здравоохранения Российской Федерации, не к нашему ведомству. Правильно это или нет?

**Кобзев Ю. В.** Вы правильно поднимаете тему. Мы строили вертолётные площадки на территории медицинских учреждений, а затем их начинали содержать сами учреждения. Рядом со мной сидит представитель Магаданской области, так вот там вертолётные площадки общего пользования вынесены на общедоступную территорию – находятся в больницах, куда можно подъехать на скорой помощи, и обслуживаются за счёт бюджета региона.

**Председательствующий.** Мне кажется, что здесь ещё более конкретно, вертолётная площадка – это авиация.

**Кобзев Ю. В.** Это авиация, это не медики, мы не можем.

**Председательствующий.** Мы платим за вертолётный час, за час эвакуации. Больше мы с ними и ни с чем остальным не сталкиваемся. И об этом Вероника Игоревна Скворцова говорила не раз, потому что вопросы по вертолётным площадкам ставят не первый раз, и во многих регионах я сталкивался с этим.

**Кобзев Ю. В.** Дмитрий Анатольевич, вы совершенно правы. У нас вертолётные площадки на территории медицинских учреждений, допустим, «Склифа» в Москве, также в Ростовской области, в Краснодарском крае, это территория больниц, но авиационную безопасность определяет служба авиационной безопасности. Я говорил только о самом содержании.

**Из зала.** Мы платим 350 тысяч за медицинский вертолёт.

**Председательствующий.** Это понятно. Мне кажется это очень разумным, действительно, плановая госпитализация – это не медицинский вертолёт, а обыкновенный, да? И ещё один уточняющий вопрос. Вы сказали, что у вас эта практика прописывания в уставе медицинского учреждения, по сути, гостиницы, была успешна?

**Кобзев Ю. В.** В уставе учреждения учредитель, а в данном случае это будет либо республика, либо муниципальный район, может прописать любые цели, но они не должны превышать какой-то процент от общей основной уставной цели. Здравоохранение – это 90 процентов, но если написано, что в пределах оставшихся десяти процентов от общего объёма финансирования они могут в том числе оказывать услуги по размещению людей, это можно делать. Никто не запрещал.

**Председательствующий.** Хорошо, коллеги, если не будет возражений, мы продолжим. А, вы хотели добавить? Пожалуйста.

**Борисова Е. А.** Был вопрос по плановому лёто-часу. Что на самом деле входит в этот час? Это содержание вертолёта, это обслуживание аэропортов, о котором мы каждый раз говорим, это зарплата экипажа, это бензин. При этом мы понимаем, что если будет плановая санитарная авиация, то расходы на самом деле будут те же самые. Здесь самая большая проблема – портовские сборы. Они очень высокие сегодня.

И возвращаясь к вертолётным площадкам. Почему мы такой вопрос задаём? Потому что они нигде не прописаны. Муниципальные образования на себя их брать не хотят. Мы вынуждены, как будто это нам нужно, их содержать, иногда даже возводить эти вертолётные площадки, и плюс устройство светосигнальных огней делается тоже за наш счёт, хотя это не медицинская деятельность. Но муниципальные образования,

пока не прописано, не занимаются ими. Очень редко глава муниципального образования этим занимается, чаще тот, у кого средств нет, говорит, что это не их полномочия. То есть хотелось бы, чтобы была какая-то чёткая формулировка.

**Председательствующий.** Просто мы знаем, что внутри одного вертолётного два или максимум четыре модульных места, а внутри другого вертолётного двадцать кресел. Правильно я понимаю?

**Голос Г. И. Данчиковой.** Давайте мы вертолётную площадку возьмём на себя. Проработаем, доложим. Хорошо?

**Герасименко Н. Ф.** Какова стоимость обслуживания вертолётной площадки? Я в своё время работал в санитарной авиации, мы создавали в Алтайском крае более 60 вертолётных площадок. Особо никто не заморачивался с их оплатой. Что входит в оплату вертолётных площадок?

**Данчикова Г. И.** Сейчас, знаете, регламент Росавиации очень сложный с точки зрения того, что нужно необходимое ограждение, нужно постоянное...

**Герасименко Н. Ф.** Зачем? *(Голоса в зале.)*

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, давайте придерживаться регламента, вы же Государственная Дума, вы же знаете: вопросы-ответы, потом выступления. Давайте мы сначала послушаем. Николай Фёдорович, давайте послушаем, тем более что у вас следующее выступление как раз через одного.

Следующий доклад, коллеги, «О законодательных аспектах организации здравоохранения арктических регионов Российской Федерации». Владимир Ильич Чичигинов, председатель постоянного комитета Государственного Собрания (Ил Тумэн) Республики Саха (Якутия) по здравоохранению, социальной защите, труду и занятости. Пожалуйста, Владимир Ильич.

**Чичигинов В. И.** Спасибо, Дмитрий Анатольевич. Уважаемые народные депутаты, уважаемые участники «круглого стола», я бы хотел от своего Комитета, от медицинской общественности выразить огромную благодарность Дмитрию Анатольевичу и депутатам Федоту Семёновичу, Николаю Фёдоровичу, Юрию Викторовичу, Татьяне Васильевне. Завтра прилетит Фарит Глюсович Ганиев. Сегодня присутствует Александр Юрьевич Разумовский, главный хирург города Москвы, также приехал из Архангельска, из северного медицинского университета Юрий Александрович Сумароков. Всех благодарю, что приехали поддержать нас, приняли наше приглашение. Мы очень долго предварительно отработывали рекомендации «круглого стола». Все вы понимаете, коллеги, каждый пункт рекомендаций тщательно прорабатывается в Государственной Думе, согласовывается с Министерством здравоохранения Российской Федерации. Поэтому я считаю, что основные вопросы, которые мы поднимаем, включены в эти рекомендации.

Перед этим мероприятием мы собрали информацию с арктических регионов, все они имеют характерные особенности, присущие нашей республике: низкая плотность населения, значительное количество малочисленных отдалённых пунктов, низкая транспортная доступность, значительная удалённость населённых пунктов от районных центров, суровые климатические условия. У нас в Якутии 83 процента территорий не имеют круглогодичного транспортного сообщения, из 637 населённых пунктов 50 относятся к категории малонаселённых, 44 процента – к категории труднодоступных. И все эти проблемы существуют и в регионах, субъектах Дальнего Востока и Крайнего Севера.

Медицинские организации вынуждены нести дополнительные расходы на своё содержание. Очень высоки расходы на коммунальные услуги, питание, медикаменты. В структуре расходов медорганизаций основной удельный вес занимают расходы на оплату труда, до 90 процентов и выше. В прошлом году у нас подняли заработную плату, очень отрадно это, мы давно этого ждали. Но сегодня многие проблемы возникли именно из-за того, что резко повысили заработную плату. Я об этом много своим

коллегам говорил. Сегодня надо те субвенции и нормативы, которые были, пересматривать. По финансированию наши коллеги из Государственного совета Республики Коми также вносят предложения.

Такие же проблемы существуют, как я сказал, и в нашей республике, и в соседних регионах в части изменений в сторону увеличения порядка определения коэффициента дифференциации при распределении субвенций из бюджета федерального фонда бюджетам территориального фонда. Тем более прирост объёма субвенций предусмотрен на увеличение заработной платы медицинских и иных категорий работников, но субвенция также учитывает включение в базовую программу новых видов высокотехнологической медицинской помощи, увеличение финансового обеспечения оказания медицинской помощи больным с онкологией, а методика, к сожалению, не учитывает реального роста уровня заработной платы. При расчёте коэффициента дифференциации не учитываются повышенные районные коэффициенты к заработной плате, установленные нормативными актами субъектов Российской Федерации, действующими в районах Крайнего Севера. При формировании доходной части бюджета фонда базой для начисления на выплаты по оплате труда являются суммы зарплаты работников организаций, включающие повышенные районные коэффициенты, а при распределении они не учитываются.

Также одной из существенных проблем, которых Елена Афраимовна коснулась, присущих северным территориям, является недостаточность нормативов, объёмов медпомощи, особенно в условиях стационара и скорой медпомощи. Норматив не предусматривает более высокой затратности оказания стационарной помощи на территориях с низкой плотностью населения, низким уровнем развития транспортных путей постоянного действия. В работе скорой помощи необходимы совсем другие нормативы.

На прошедшем 4 сентября заседании Госсовета по развитию Дальнего Востока глава нашей республики Айсен Николаев отметил, что для благополучия людей в каждом населённом пункте, в особенности в отдалённых труднодоступных местах, должна быть обеспечена качественная первичная медико-санитарная помощь. Для этого он предложил финансировать медицинские учреждения в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях Дальнего Востока не по нормативу, а по сметной стоимости их содержания. Его предложение по введению сметного финансирования поддержал министр Российской Федерации по развитию Дальнего Востока и Арктики Александр Александрович Козлов, предложив дополнить методику, закреплённую постановлением Правительства России № 462, в части предоставления субвенций по ОМС для медицинских организаций северных и удалённых территорий Дальнего Востока.

В рекомендации мы это включили – рассмотреть вопрос по дальнейшему совершенствованию методики распределения субвенций предоставления из бюджета федерального фонда бюджетам территориальных фондов для субъектов Федерации, я бы добавил, располагающихся в районах Крайнего Севера. Все эти проблемы конкретно касаются именно Крайнего Севера. Ну, больше касаются именно Крайнего Севера.

Мы предлагаем всё-таки, если это возможно (хотя это не попало в рекомендации, мы своё предложение вносили), дополнить статью 42 федерального закона об основах охраны здоровья. Эта статья об особенностях организации оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан. И добавить в эту статью «особенности организации оказания медицинской помощи, в том числе предоставления дополнительных видов и объёмов медицинской помощи, предусмотренных законодательством Российской Федерации гражданам, проживающим в Арктической зоне Российской Федерации», а также «особенности финансового обеспечения оказания медицинской помощи устанавливаются постановлением Правительства Российской Федерации». Постановлением Правительства Российской Федерации предлагаем утвердить переход медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, располагающихся на территории Арктической зоны Российской Федерации, на сметное финансирование

в рамках обязательного медицинского страхования. Использование, о чём докладывала Елена Афраимовна, санитарной авиационной службы в плановом порядке, оказание медицинской помощи выездными бригадами в рамках обязательного медицинского страхования (я видел это поручение по санавиации и по выездным бригадам) тоже в рекомендации включено: «Оказание медицинской помощи выездными бригадами в рамках обязательного медицинского страхования».

Охват информационно-коммуникационной телемедицинской сетью медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, располагающихся на территории Арктической зоны Российской Федерации. Это опять вопрос Министерству здравоохранения Российской Федерации – пилотный проект по охвату информационно-коммуникационной телемедицинской сетью организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Вот в таком виде в рекомендации оно включено.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо большое, Владимир Ильич. Я хочу сказать, что поскольку у нас серьёзное заседание, серьёзный документ, то мы должны взвесить все эти слова. И я бы предложил вам, коллеги, вам, Владимир Ильич, рассмотреть такую формулировку, поскольку не перечислять это, наверное, будет неправильно, но перечислить это надо в такой формулировке: «Поручить Комитету Государственной Думы по охране здоровья рассмотреть возможность внесения изменений в законодательство в части», далее двоеточие, и всё, о чём вы сказали. (*Голос в зале.*) А мы поработаем и отчитаемся.

**Чичигинаров В. И.** Дмитрий Анатольевич, правильно, спасибо за поправку. Мы так и включили, я просто не зачитал. В принципе, мы в рекомендации так и включили.

**Председательствующий.** Ну, в такой формулировке, я думаю, это будет... Да, Николай Фёдорович? У вас есть что-либо дополнить?

**Герасименко Н. Ф.** Смотрите, ни в Основах охраны здоровья, ни в законе об обязательном медицинском страховании абсолютно нет выделения арктических территорий. Считается, везде одинаково. И все реальные попытки оказания первичной медико-санитарной помощи в стационаре натываются на то, что это дорого, надо в амбулаториях, поликлиниках делать. А возможности такой особо нет, потому что ездить на лечение на территории Европы или ещё где-то легко, есть дневные стационары и всё остальное, а в условиях Якутии крайне сложно.

Что касается статьи 42: она касается только отдельной категории граждан (радиационные, химические и так далее предприятия). Здесь, наверное, нужно не в 42-ю статью делать поправку, а просто делать отдельную статью. Как её назвать, уже другое дело, например, об особенностях организации оказания медицинской помощи в районах Крайнего Севера. Просто. Потому что делать нужно отдельно, и сразу логически не укладывается, что сюда делать поправки. Поэтому, как Дмитрий Анатольевич сформулировал, вы нам даёте предложения, а мы будем думать: проще ли внести отдельную статью, вместе обсуждать будем. Вы сделаете основу, что туда включить, вы же лучше нас знаете, какие моменты включить. И вместе тогда будем работать.

**Председательствующий.** Спасибо. Николай Фёдорович, я хотел бы посоветоваться с вами. Если бы мы могли пойти по гипотетическому пути, сделать статью, которая бы утверждала существование особенностей, вернее, говорила о существовании особенностей, утверждённых постановлением Правительства России, то мы хотя бы заявили о том, что существуют особенности организации. А то никто просто не признаёт, что они есть.

**Герасименко Н. Ф.** Я так и думал, что надо сделать статью, просто как лозунг – особенности организации оказания медицинской помощи в районах Крайнего Севера, а особенности и порядок устанавливаются Правительством Российской Федерации.

**Председательствующий.** Я, например, так не слышал. И вам честно скажу, я не северный человек. И когда я слышал где-то об особенностях Севера, думал, ребята зани-

маются своим. Кто-то говорит об особенностях на юге, кто-то на севере. Сейчас я понял, что это не так. Первое, что нужно сказать другим людям: «Ребята, нам за каждым пациентом надо лететь. Понимаете вы это? Нам за каждым больным надо лететь. Разве это не особенность оказания помощи? И более того, мы с вами говорили о диспансеризации. А нам, северянам, нужно привезти на самолёте или отвезти туда на самолёте бригаду людей – хотите, взвесьте, что дешевле». Опять же когда говорят, допустим, Арктика, Арктическая зона, я сейчас не готов, естественно, искать формулировки. Но я себе просто, как человек, задаю вопрос: это холодно или это малая плотность населения? Это тяжело или дорого? То есть здесь людям нужно сразу пояснить.

Для вас это само собой разумеющееся, а мы, например, говорим, и Татьяна Васильевна отвечает, что и у них такая же проблема. Но это же не Арктика, а проблема та же. Значит, нам нужно сказать, что речь идёт об особенностях организации помощи в определённых районах Российской Федерации. Эту вещь тоже нужно нам понять, взвесить. Тогда мы выйдем на эту интересную модель: если государство признаёт особенности существования организации, оно должно их решить. Правда? Уважаемые коллеги, кто-то хочет выступить, дополнить что-то, добавить? А то вы заскучаете. Пожалуйста. Прошу вас.

**Широков А. И.** Уважаемые коллеги, я, что называется, сразу к тезису по поводу специфики северных районов. Безусловно, именно такой подход должен иметь место, надо указать, что должна быть специфика, безусловно, и отослать это на рассмотрение Правительства Российской Федерации. Быть может, мы тогда Правительство заставим изменить ситуацию, а ситуация такова. Последний нормативный акт, который перечислял северные территории и приравненные к ним местности, коллеги, датирован ноябрём 1967 года. И если говорить об арктической территории, то здесь хоть понятно, здесь есть указ Президента России, там всё перечислено, и мы уже можем на какую-то нормативную базу специфику эту нацеливать. Когда мы говорим о северных и приравненных территориях, уважаемые коллеги, в документе о них до сих пор существует Камчатская область и Чукотский национальный округ, хотя уже давно существует Камчатский край, который живёт со своим законодательством и так далее. В постановлении же до сих пор упоминаются эти два несуществующих субъекта. Поэтому я всецело поддерживаю, и наш профильный комитет, конечно, это поддержит. С этим надо наводить порядок. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое. Коллеги, есть ли желающие ещё выступить? Да, прошу вас, пожалуйста. У вас есть возможность к микрофону подойти? Пожалуйста.

**Корнилова Л. П.** Добрый день, уважаемые гости. Уважаемый Дмитрий Анатольевич, меня зовут Людмила Прокопьевна Корнилова. Я председатель Якутской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, член Генерального совета ФНПР.

Дмитрий Анатольевич, я обращаюсь к вам как к председателю профильного комитета Государственной Думы, как к врачу, в плане того, что в проекте рекомендаций сегодняшнего «круглого стола» с нашей профсоюзной точки зрения нет одной из самых главных составляющих – социального пакета. Если мы рассматриваем любой проект модернизации отрасли, если мы рассматриваем то или иное реформирование, мы не должны забывать именно о том, что мы называем определённым уровнем социальной защиты медицинских работников и качества их жизни. Поэтому разрешите, я очень-очень кратко. Мы свои предложения уже все передали. Пётр Васильевич, вам, наверное, передала их Ольга Николаевна? Мы отправляли по электронке. Мы отправляли в нашу Общественную приёмную, думаю, что в письменном виде вам всё передадут.

Ну а я коротко выступлю, потому что не могу промолчать, меня просили мои коллеги. Первое: по вопросу социальной гарантии для медицинских работников необходимо

всё-таки вернуться к рассмотрению возможности утверждения на федеральном уровне в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» статьи 72, о чём я говорила – о едином социальном пакете. Я думаю, Дмитрий Анатольевич, вы прекрасно знаете, о чём я говорю, наш центральный комитет неоднократно такие предложения представлял.

Далее, по вопросу оплаты труда. У нас действительно сама система оплаты труда, говоря молодёжным сленгом, очень трешовая. Она сложная, она очень непонятная, она непрозрачная, и самое главное, она в принципе не ориентирована на качество оказания медицинской помощи. Там очень много подводных течений, но наше предложение от профсоюза – это всё-таки... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Коснулись кнопочки.

**Корнилова Л. П.** ...работникам организации бюджетной сферы, должности которых не требуют профессионального образования, не ниже МРОТа на федеральном уровне. Вы, наверное, об этом также знаете, Михаил Михайлович Кузьменко, наверное, передавал. В структуре заработной платы основная часть – это 65 процентов, 70 – должна всё-таки быть представлена как гарантированная выплата, то есть гарантированная часть, об этом вы тоже прекрасно знаете. Ну, здесь я добавлю уже от нашего региона. Мы всё-таки просим со стороны федерального центра, со стороны Государственного Собрания, со стороны Министерства здравоохранения Российской Федерации осуществлять какие-то единообразные подходы, основу. Почему? Я была в прошлом году в Приморском крае, во Владивостоке, там в каждой отдельно взятой больнице существует своя система оплаты труда, но мы считаем, что дискриминации по территориальному признаку не должно быть. Медицинские работники должны получать за определённый объём работы одинаково, но с учётом своих каких-то республиканских и областных моментов.

По вопросу охраны труда. В методике проведения специальной оценки условий труда надо конкретизировать обязательность оценки воздействия биологического фактора. Далее, в методику проведения СОУТа внести изменения в части оценки напряжённости труда, вернув оценку влияния такого понятия, как «психоэмоциональное выгорание».

И последнее, это вчера мне передали врачи Национального центра медицины РБ № 1, вы сегодня там были, посмотрели, какие у нас прекрасные коллеги работают, наши ребята. Я думаю, если они выступают с таким предложением, в принципе, это оправдано. Я зачитаю их предложение, вы поймёте, о чём я говорю. Предлагается в рамках концепции развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации на период до 2021 года по предложениям врачей Республики Саха (Якутия) рассмотреть вопрос возможности в переходной период не придерживаться фиксированного обязательного набирания 50 баллов в год, предоставить врачам самим выбирать временной промежуток, например, в один год – 40 баллов, в другой – 70, и так в совокупности до 2021 года 250 баллов. Мне сказали это врачи, ещё раз подчёркиваю, РБ № 1 – Национального центра медицины, нашего флагмана медицины. Набрать 50 баллов в год – это достаточно сложно. Я даже не буду говорить насчёт арктических районов, потому что там балльная система, скажем так, само обучение очень сложное.

И последний вопрос у меня к вам, Дмитрий Анатольевич. Я думаю, что вы напрямую мне ответите. В прошлом году мы встречались с Вероникой Игоревной, и на мой вопрос, когда же всё-таки решится проблема нивелирования дифференциации уровня оплаты труда среднего и младшего персонала, она мне ответила, что до конца 2019 года этот вопрос будет решён. Но пока мы никаких телодвижений не видим. У нас на сегодняшний момент по всей России, это не в Якутии, эта дифференциация очень мизерная. Вы прекрасно понимаете, откуда ноги растут.

И кроме всего, одно предложение. Сейчас Елена Афраимовна говорила по поводу того, что у нас огромный объём средств на выплаты заработных плат и так далее. В средствах массовой информации мы читаем, что у нас достаточно высокий среднемесячный уровень оплаты труда. Мы также прекрасно знаем, откуда всё это берётся – в соответствии с методикой, которая утверждается постановлением Правительства Российской Федерации. Мы всё прекрасно понимаем. Все выплаты, которые положены человеку, – оттуда и рождается такая достаточно высокая заработная плата. У нас непрерывный режим рабочего времени, у нас ночные дежурства и большой уровень совместительства. Так вот, предложение от нашего российского профсоюза, что всё-таки в плане индикаторов и показателей «дорожной карты» брать ориентир на ставку, а не на физическое лицо. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Людмила Прокопьевна. Спасибо за вашу активность.

Я, когда буду подводить итог, остановлюсь, если позволите, на всех моментах, чтобы сейчас мы не тормозили, ведь у нас ещё есть докладчики. Сейчас скажу только, что было бы правильным нам идти в двух направлениях: чтобы нам не вы что-то поручали. Почему? А потому что мы с вами единомышленники, я со всем, что вы сказали, согласен. Давайте каждый на своём направлении добиваться успеха, мы тогда будем в два раза сильнее. А если я сейчас возьму ваши слова просто как поручение, мы будем биться только по одному нашему направлению. Потому что при всём моём уважении к профессиональным союзам нам бы хотелось, чтобы они были позубастее, чтобы они по-настоящему отстаивали права трудящихся, не только шахтёров или там кого-то, но и врачей.

Когда формировался статус врача как таковой, а его нет в законодательстве, надо было, чтобы сильный профсоюз тогда выступил и сказал: позвольте, а кто такой врач? Каков его статус вообще? Это что за зарплата мизерная у нашего врача, кого мы, независимые профсоюзы, представляем? У вас же мощная сила. Более того, вы часть всех профсоюзов, огромное движение.

Я полностью согласен с тем, что вы говорили. Мы по этим направлениям работаем, спасибо. Позвольте мне к следующему докладу перейти. «Развитие санитарной малой авиации», Любовь Леонидовна Явловская, заместитель председателя постоянного Комитета Государственного собрания (Ил Тумэн) Республики Саха (Якутия) по здравоохранению и социальной защите, пожалуйста.

**Явловская Л. Л.** Уважаемый президиум, уважаемые участники «круглого стола», уважаемые коллеги. Я доктор медицинских наук, практикующий врач, лазерный хирург-офтальмолог, представляю население Колымо-Индибирского округа. Это очень большая площадка электората северо-восточной части нашей республики. Я не хочу здесь повторять о том, какая наша республика большая, какая протяжённость, какая низкая плотность населения.

Хочу обратить ваше внимание на то, что у нас действительно очень большие расстояния, только самолётами можно долететь, как в той песне. Арктика – это страна озёр, это страна таких мощных рек, как Колыма, Индигирка. И мы видим, что в последние годы достаточно часто идёт затопление территорий. Поэтому помимо того, что наше население находится в отдалённых улусах, оно ещё находится в экстремальных районах, когда отсутствует возможность оказать не только экстренную медицинскую помощь, но и плановую. Потому что не всегда наши пациенты могут доехать до районного центра, не говоря уже о том, чтобы доехать до города Якутска. Потому что дороговизна авиaperевозок составляет в среднем 60 тысяч рублей туда и обратно. Тем более мы не можем здесь предложить нашему населению обслуживаться на платной основе.

Поэтому мы заинтересованы в том, чтобы все наши высококвалифицированные специалисты, для того чтобы не было социального разделения населения, могли оказывать доступную и качественную медицинскую помощь своевременно. Мы с вами, как

врачи, знаем, что основной критерий у нас в медицине – это время. Время оказания соответствующей помощи может снизить риск осложнений и летальные исходы. Более того, нам повезло, что Колыма, Индигирка и другие северные реки обеспечивают нам зимний ледостав, и в течение четырёх-пяти месяцев наши пациенты могут передвигаться самостоятельно на платном транспорте, может быть, на такси до районного центра для того, чтобы пройти медицинский осмотр.

Я уже не говорю о тех состояниях, когда, допустим, из районного центра Среднеколымска до Алеко-Кюеля, это 8 часов 30 минут езды, мы пациента на попутной машине с острым калькулезным холециститом привезли в районный центр. Вы представляете, что значит ехать по кочкам? Это могло закончиться перфорацией и последующими осложнениями. Слава богу, всего этого избежали.

В настоящее время экстренная консультативная медицинская помощь и медицинская эвакуация населения оказываются Центральной станцией санитарной авиации в городе Якутске. И вы видели, что в шести населённых пунктах помощь оказывается филиалами санитарной авиации из мест базирования воздушных судов. В основном обслуживают три авиакомпании. Большой объём работы выполняет акционерная авиакомпания «Полярные авиалинии», она имеет 31 воздушное судно, из них пять самолётов Л-410, 17 вертолётов Ми-8, девять вертолётов Ми-8 МТВ. Вторая компания – это ОАО «Дельта-К», содержит в своём парке шесть вертолётов Ми-8. И третья компания – это акционерная компания «АПРОСА» – 17 воздушных судов: три вертолёта Ми-8 МТВ-1, три вертолёта Ми-171 и девять вертолётов Ми-8Т. Как мы с вами видим, в принципе, для 34 районов на такой территории этих воздушных судов недостаточно.

Мы посчитали, что в среднем за 2015–2019 годы в год производилось более 1188 вылетов, и эвакуация больных составляла 2185 вылетов. Здесь я хотела бы отметить, что не всегда вылеты санитарной авиации бывают по экстренным показаниям. Поэтому мы могли бы, допустим, в северных улусах брать попутно тех пациентов, которые не могут приехать в районные центры, в город Якутск на плановую госпитализацию или плановый медицинский осмотр. К сожалению, есть определённые запреты, и мы не можем этих пациентов перевезти.

Мы проанализировали динамику нормативных правовых актов, есть предложение Законодательного Собрания Ямало-Ненецкого автономного округа рассмотреть возможность внесения изменений в Федеральный закон № 131-ФЗ в части наделения органов местного самоуправления полномочиями по строительству, содержанию и обслуживанию вертолётных площадок, в том числе для использования санитарной авиации. Мы и коллеги из Комитета Государственного собрания (Ил Тумэн) по здравоохранению предлагаем рассмотреть Комитету Государственной Думы по охране здоровья вопрос о внесении изменений в статью 35 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в части возможности использования санитарно-авиационной службы в плановом порядке. Мне бы хотелось сказать, что, в принципе, сейчас и Правительство Российской Федерации, Президент Владимир Владимирович Путин ратуют за то, что инновационные технологии должны внедряться, мы должны их апробировать. И мы предлагаем в качестве пилотного проекта создать в нашей северо-восточной Арктической зоне такую площадку по плановой санитарной авиации. Данная площадка могла бы служить для апробации новых диагностических, лечебных модулей, новых подходов и тактики ведения пациентов, нуждающихся в экстренной и плановой санитарной помощи. Также мы могли бы здесь апробировать программу «Арктический доктор», и это могло бы иметь значительный научный и практический эффект. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Любовь Леонидовна. (*Аплодисменты.*) Уважаемые коллеги, перед тем как попросить выступить Аллу Алексеевну Андreeву, главного врача Булунской ЦРБ, я хочу сказать, что у нас с вами осталось только

25 минут. Поэтому давайте в таком режиме: проблема – решение – проблема – видим решение. И после этого комментарии депутатов Государственной Думы, тоже коротко. Нет возражений? Просто у нас ещё есть регламент, встречи. Потому что тут мы себе не принадлежим, прошу прощения. Алла Алексеевна, пожалуйста. Какие проблемы, как вы думаете их решить, нам нужно.

**Андреева А. А.** Добрый день, уважаемые депутаты и уважаемые присутствующие на «круглом столе». Я хочу немножко вас познакомить с особенностями организации медицинской помощи в арктическом районе на примере государственного бюджетного учреждения Республики Саха (Якутия) «Булунская центральная районная больница».

Республика Саха (Якутия) является самым крупным объектом на территории России, и один из наиболее крупных районов в республике – это Булунский. Площадь равняется 235,1 тысячи квадратных метров. Расположен на севере Якутии, в низовьях рек Лена, Оленёк, Омолой и омывается водами Моря Лаптевых. Относится к арктической группе районов республики, в его состав в то же время входят Новосибирские острова. Общий радиус обслуживания Булунской ЦРБ – 800 километров. Самый ближайший населённый пункт у нас – село Быковский, 60 километров. Добраться наземным путём туда можно за два часа, а до села Усть-Оленёк, расположенного в 340 километрах от ЦРБ – за 26 часов при благоприятной погоде. Воздушный транспорт обслуживает по мере накопления пассажиров, и в среднем вылеты делаются один раз в полтора месяца.

Условия жизни в Арктике экстремальные для человека, особенно для приезжего. Полярный день с мая по август, полярная ночь с конца ноября до конца февраля оказывают неблагоприятное влияние на организм человека. Это полярная депрессия, зрительные нарушения и так далее. Таяние снега заканчивается в среднем в июне, лёд покидает бухту Тикси обычно во второй половине июля.

Общая численность населения Булунского района с 1 января 2019 года составляет 8339 человек, она увеличилась на 0,5 процента. Взрослое население – 72,7 процента, детей до 14 лет – 23 процента, подростков – 4,3 процента. Из них 4537 проживает в районном центре.

Рождаемость в районе стабильная, а в период с 2016 по 2018 год увеличилась на 2,5 процента. Смертность по сравнению с 2016 годом повысилась на 3,6 процента и составила 8,4 на 1000 населения. Естественный прирост в 2018 году составил 6,1 на 1000 населения.

Здравоохранение в районе представляет Центральная районная больница, располагается в посёлке Тикси, имеются четыре участковые больницы с коечным фондом 13 коек круглосуточного пребывания и 6 коек дневного пребывания, два фельдшерско-акушерских пункта и одна врачебная амбулатория. В целом по Булунскому району стационарная помощь обеспечивается 86 койками, из них 77 круглосуточные, 9 коек дневного пребывания.

По итогам анализа болезненности отмечается тенденция к снижению по сравнению с 2016 годом. Динамика первичной заболеваемости показывает небольшое увеличение в сравнении с 2016 годом и снижение в сравнении с 2015 годом. Снижение общей и первичной заболеваемости можно объяснить наибольшим охватом населения в отдалённых населённых пунктах выездными врачебными бригадами.

Выездная форма работы должна стать приоритетной в работе сельской медицины. Создание системы оказания медицинской помощи, предусматривающей развитие профилактического направления, является основной задачей здравоохранения в районе.

Важной задачей является диспансеризация детей и взрослых. Проблемой остаётся доступность диспансеризации в отдалённых населённых пунктах. Выезд врачебной бригады с оборудованием, например, с аппаратами для проведения ФЛГ, УЗИ и так далее, в отдалённые населённые пункты в среднем составляет 968 960 рублей.

Большую помощь при выездной работе могла бы оказать санитарная авиация, так что необходимы изменения в законодательные акты по функциям санитарной авиации. Также с учётом труднодоступности возможно было бы использовать вертолёты для попутной доставки в отдалённые населённые пункты медикаментов, вакцины, детского питания, медицинского оборудования и реэвакуации пациентов.

С 1 января 2019 года укомплектованность врачами составила 45,8 процента, что ниже среднереспубликанских показателей, укомплектованность средним медицинским персоналом – 56 процентов, что тоже меньше среднереспубликанских показателей.

**Председательствующий.** Извините, ради бога, но мы не сможем...

**Андреева А. А.** Хорошо. Я житель Арктики и могу вам сказать, что санавиация – это наше спасение. Из центра в Тикси борт летит пустой, и нам бы хотелось предложить, чтобы мы в Тикси из центра увозили бы медикаменты, вакцины и так далее и реэвакуировали людей из Центральной районной больницы.

Также очень остро стоит кадровый вопрос. Как только появился льготный проезд, программа «Земский доктор», поскольку это не рассчитывалось на Арктику, все наши кадры ринулись в южные районы.

И ещё самое главное – нам не только вертолёты нужны, но и вездеходы. У нас очень долго пурга длится, полярные ночи, поэтому иногда, когда санавиация не может совершать рейсы, мы ездим на вездеходах.

**Председательствующий.** Спасибо большое. (*Аплодисменты.*)

**Андреева А. А.** Ещё по финансированию. Подушевое финансирование показало себя неэффективно в условиях Арктики. Возникают большие кредиторские задолженности по всем статьям. Эффективней была бы, конечно, оплата на основе согласованных объектов сметы.

**Председательствующий.** Мы поняли, не повторяйте. Скажите, что вы согласны с министром.

**Еремеев А. И.** Дмитрий Анатольевич, одно предложение, я поправлю главного врача. Вы сами признались, что мало представляете Арктику. Я Алексей Ильич Еремеев, председатель Комитета Государственного собрания (Ил Тумэн) Республики Саха (Якутия) по законодательству. Главный врач сказала, что существует наземный путь в Булуномском улусе. Нет наземного пути.

**Андреева А. А.** Наземного нет.

**Еремеев А. И.** У них там зимой может проехать только снегоход «Буран», когда пурги нет. Нет направления даже, там только авиация работает.

**Председательствующий.** Мы поняли.

**Губарев В. Н.** Дмитрий Анатольевич, я про проблему хочу сказать.

**Председательствующий.** Одну минуту.

**Губарев В. Н.** Полминуты даже. Вы почерпнули для себя сведения об особенностях оказания медицинской помощи в районах Крайнего Севера. Хотелось бы, чтобы при утверждении целевых федеральных программ, например, «Сахарный диабет», это тоже учитывалось. Можно проанализировать потом, если будет время, и посмотреть. В районах Крайнего Севера, в Арктике практически нет возможности в полной мере использовать эту программу. Главный врач может привести массу примеров этого. Федеральные целевые программы должны учитывать особенности Крайнего Севера.

**Председательствующий.** Спасибо вам большое. Хотелось бы предоставить слово Дмитрию Дмитриевичу Третьякову, главному врачу Среднеколымской центральной районной больницы. Пожалуйста, Дмитрий Дмитриевич. Если можно, просто коротко скажите своё ощущение, какие проблемы мы забыли.

**Третьяков Д. Д.** У меня тема доклада по кадровому...

**Председательствующий.** Да, я понял.

**Третьяков Д. Д.** Я не буду рассказывать про свой район, он такой же, как и все арктические районы, ничем не отличается. Хочу рассказать немного о наших проблемах штатных. Например, у нас укомплектованность 57 процентов. Меня слышно?

**Председательствующий.** Да, мы вас внимательно слушаем.

**Третьяков Д. Д.** Из 27 наших врачей 10 человек пенсионного возраста, и в основном их возраст превышает 60 лет.

По среднему медицинскому персоналу укомплектованность – 81 процент, по младшему персоналу проблем нет. Из девяти сёл, которые у нас есть, только три населённых пункта укомплектованы врачами, это составляет 33,3 процента. В центре района 14 вакансий, в том числе таких необходимых специалистов, как врач-невролог, хирург, кардиолог, эндокринолог, нарколог, педиатр и так далее.

По среднему медицинскому персоналу – 10 вакансий открытых по району.

На наш взгляд, кроме сурового арктического климата, основными причинами этой проблемы остаются отсутствие ощутимой разницы в размере заработной платы врачей, которые работают в арктических районах и которые работают в центре республики или в центре России. Это при огромной разнице стоимости потребительской корзины. Отсутствие жилья на местах для вновь прибывших специалистов. Если оно даже и есть, то в основном оно не благоустроено и нуждается в достаточно серьёзном ремонте. Также имеет место недифференцированный подход, как уже Елена Афраимовна говорила, в программах «Земский доктор», «Земский фельдшер». Так, например, сумма выплаты по программе «Земский доктор» в пригородах города Якутска и у нас в районе одинаковая. Представляете, один миллион для доктора и полмиллиона для фельдшера.

Также причиной этой кадровой проблемы остаются особенности инфраструктуры арктических районов. Это, конечно же, сложная транспортная схема, дорогие авиабилеты, отсутствие приличного досуга, то есть нет кинотеатров, бассейнов, развлекательных центров и так далее, что не менее важно. И также отсутствие дешёвых безлимитных тарифов и крайне низкая скорость и нестабильность интернета.

Это я перечислил основные проблемы, по которым мы не можем укомплектоваться кадрами по нашему штатному расписанию.

В виде предложения я хочу озвучить несколько слов. Развлечения, конечно, мы живём... *(Неразборчиво.)* Нужно это будет решать как-то через муниципалитеты, может, какую-то программу можно будет разработать... *(Неразборчиво.)* ...в сторону увеличения заработной платы медиков, которые работают в Арктической зоне. Дифференцировать вопрос в программах «Земский доктор», «Земский фельдшер». Я твёрдо убеждён, что врач, работающий в Арктике, должен получать намного больше средств по этой программе, нежели врач, работающий, например, в Кангалассах или в Хатассах, пригородах города Якутска. Это может быть даже разработка какой-то программы по типу арктического вахтового врача, которая предусматривает вахтовый метод работы. Не секрет, что во время отпуска многие врачи хотят подработать, но выехать на Север считается у них не особо популярным делом.

Главное, пора предусмотреть вышеперечисленное и как-то помочь нам в воплощении намеченного, а также укрепить материально-техническую базу арктических больниц.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Дмитрий Дмитриевич. Позиция понятна, я думаю, что вы сами включитесь ...

**Третьяков Д. Д.** Коллеги из районных больниц хотят дополнить...

**Председательствующий.** Хорошо, Дмитрий Дмитриевич, мы учтём. Спасибо большое. Я бы хотел попросить Татьяну Васильевну сказать несколько слов. Татьяна Васильевна, только очень коротко, ладно? Татьяна Васильевна представляет Томск и отвечает у нас в Комитете за медицинское образование.

**Соломатина Т. В.** Дмитрий Анатольевич, Пётр Васильевич, я вам очень признательна за возможность обсудить данную тему. Я представляю Томскую область в Комитете

Государственной Думы по охране здоровья. И всё то, что вы сегодня здесь говорили, мне очень знакомо, очень близко, потому что по сути дела Томская область тоже занимает 360 квадратных километров с плотностью населения в тех районах, которые я представляю, 0,22–0,29 человека на квадратный километр.

К какому выводу я сегодня пришла по тем проблемам? Мы сегодня уже обсудили с коллегами, я поддерживаю Анатолия Ивановича, нам действительно нужно отдельной строкой в Правительстве Российской Федерации выделить северные территории и возвращать социальные пакеты, которые были всегда привлекательны для людей, живущих на этих территориях. Это определённый стаж работы, это определённый выход на пенсию, это обеспечение жильём при выезде из северных территорий. Это те преференции, которые привлекали людей на Север и в Арктику. Я думаю, без развития этих территорий развитие экономики нашей страны невозможно.

Теперь по поводу кадровой политики. Мы с вами сегодня говорим о нацпроектах, о программах государственных. Понятно, что решить без кадрового обеспечения их невозможно. Есть два пути решения этих проблем. Это увеличение количества обучающихся, сегодня не хватает 130 тысяч человек только со средним медицинским образованием, ещё недавно 25 тысяч врачей не хватало. Министерство здравоохранения Российской Федерации говорит, что 23,5 тысячи не хватает. Тем не менее, это проблемы, которые есть. Вот мой коллега Дмитрий Дмитриевич только что сказал, что у него там 57 процентов обеспеченности и 50 процентов врачей предпенсионного возраста. То есть нехватка достаточно большая. Как эту проблему можно решить?

Первое – это увеличение объёма приёма наших молодых людей для работы в медицине. Для этого нужно поднять престиж нашей профессии. И эти вопросы мы решаем нашим Комитетом, делаем определённые шаги, но этого мало, нам нужно на местах тоже заниматься повышением престижа нашей врачебной профессии.

Второе. Все регионы разные, у нас у каждого есть определённый опыт, как удерживать всё-таки специалистов на территории. Это программа строительства бюджетных домов, и её нужно сегодня уже выносить на федеральный уровень, потому что регионы не справляются с этим. Без обеспечения жильём, мой коллега сегодня это подтвердил, без того, чтобы это жильё по истечении трёх-пяти лет было передано молодому специалисту, который приедет на эту территорию, невозможно. Это заработная плата – то, о чём сегодня говорят профсоюзы, они этим сильно обеспокоены. Молодой специалист, приезжая в тот или иной регион на место работы, должен точно знать, что он получит такую-то сумму в обязательном порядке независимо от стажа работы, его квалификации и так далее. И к этой заработной плате должны быть и районные коэффициенты предусмотрены, и все доработки дополнительно.

О чём я ещё хочу сказать? О программах «Земский доктор», «Земский фельдшер». Прекрасно сработали программы в 2012 году, сегодня они не работают. Я только вот взяла данные с нашей территории: у нас 118 квот есть на «Земский доктор», а на «Земский фельдшер» – 18. Исполнено сегодня 25 процентов. Почему? Потому что все идут на территории, которые близко к областному центру, иногда в районный центр, иногда туда, где построено бюджетное жильё, я это вижу по тем районам, которые представляю, но не едут на северные территории, которые находятся за тысячу километров. Потому что, во-первых, там нет жилья, и даже администрация его не может оплатить, так как там нечего снимать, во-вторых, там действительно отсутствует транспортная составляющая. Поэтому наши предложения мы вчера отдали нашим комитетам, это предложение Министерству здравоохранения Российской Федерации о том, чтобы пересмотреть программы «Земский доктор» и «Земский фельдшер» на уровне того, чтобы регионы самостоятельно могли в рамках выделенных средств определить коэффициент оплаты выезда на северные удалённые территории, зависящие от плотности и удалённости данному человеку. Всем большое спасибо за неравнодушное отношение

к этой проблеме. Я думаю, Анатолий Иванович, нам вместе с вами нужно поднимать проблему выделения отдельной строкой Арктики и северных территорий. Томская область не относится к арктическим, но там есть такие же районы, как и у вас.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

**Председательствует председатель  
Государственного Собрания (Ил Тумэн) Республики Саха (Якутия)  
П. В. Гоголев**

**Председательствующий.** Уважаемые участники «круглого стола»! Мы на сегодня завершаем работу, у нас ещё завтра день работы. Тогда мы обсудим вопросы, которые не обсудили. Перед тем как дать слово Дмитрию Анатольевичу для завершения, буквально два момента. В апреле текущего года мы Советом законодателей встречались с Президентом Российской Федерации и подняли нашей комиссией по социальной политике вопрос сельских малокомплектных школ. Владимир Владимирович сразу поддержал нас и сказал, что если мы хотим, чтобы там жили люди, чтоб территории не опустели, мы должны платить. Политическая воля поддержки северных территорий есть. Вместе с федеральным парламентом парламенты субъектов Федерации должны найти и создать нормативную основу – это наша задача. Парламент республики готов внести предложения, о чём вы, Дмитрий Анатольевич и Николай Фёдорович, сказали.

В июне мы проводили выездное заседание Совета по Арктике и Антарктике, в рекомендации которого вошла защита детей Арктики. Там речь идёт о том, чтобы в государственную программу включить защиту детей Арктики. Я предлагаю в наших рекомендациях это тоже учесть, редакцию мы согласуем вместе с вами, но уверен, что по детям Арктики в наших рекомендациях обязательно должен быть пункт. Позвольте сейчас слово предоставить Дмитрию Анатольевичу Морозову, пожалуйста.

**Голомарева Е. Х.** Дайте, пожалуйста, 3–5 минут.

**Морозов Д. А.** Пётр Васильевич, это ваше право.

**Председательствующий.** Елена Христофоровна, мы действительно не успеем. Сейчас Дмитрий Анатольевич выскажется, потом у нас будет ещё время поговорить.

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

**Председательствующий.** Спасибо большое, уважаемый Пётр Васильевич, уважаемые коллеги. Семь коротких позиций, которые я предлагаю вам для выводов.

Итак, у нас два письма, которые мы передаём Министерству здравоохранения Российской Федерации. Письмо по онкологическому клиническому центру – мы договорённость имеем. И письмо по вертолётным площадкам.

Второе. Все новеллы, которые были обозначены, мы формулируем как «поручить комитету рассмотреть возможность, в том числе и плановую авиацию».

Третье. Мы берём на себя информационную повестку, и я думаю, что мы дадим большое интервью в «Парламентской газете», поскольку она распространяется по всей Российской Федерации. Наше сегодняшнее мероприятие осветим в большой, развёр-

нутой статье.

Следующее. По профсоюзам. Такие позиции, как статус врача, страхование, профессиональная ответственность, юридическая защита врачей, охрана труда – всё это мы разбирали в пятницу применительно к хирургии. Дальше движемся. Давайте согласовывать с профсоюзами, но я подчеркну, что нужно подумать.

Следующая позиция. Я уже обговариваю с Федотом Семёновичем и продумываю решение, если не будет возражений, создать в Комитете рабочую группу по организации медицинской помощи в Арктической зоне, в отдалённых и труднодоступных районах (так, может быть, шире сразу возьмём). Мы попросим Федота Семёновича возглавить эту группу, и сразу же ей поручить формирование и представление Комитету ежегодного доклада о заболеваемости, состоянии здоровья людей в Якутии и в тех районах, которые мы определим, чтобы мы ежегодно взяли на себя вопрос мониторинга.

И последнее. В весеннюю сессию давайте мы организуем «круглый стол» Государственной Думы по медицине Севера с участием всех субъектов, районов, которые мы обозначили. Может быть, по объёму задач мы даже выйдем на парламентские слушания. Либо «круглый стол», либо парламентские слушания, вполне возможно, даже парламентские слушания.

Эти задачи мы возьмём на себя на полугодие и по их результатам доложим. Есть хорошая такая философская фраза «Ничего не бывает рано, ничего не бывает поздно, всё вовремя». Наш сегодняшний «круглый стол», мне кажется, прошёл вовремя. Я соглашусь с Николаем Фёдоровичем, думаю, этой фразой можно закончить нашу сегодняшнюю встречу: «Понять это, не приехав сюда, нельзя». Спасибо. *(Аплодисменты.)*

**Гоголев П. В.** Коллеги, спасибо большое. У нас есть торжественная часть. Комитет Государственной Думы по охране здоровья прибыл к нам не просто работать, но и отметить наших коллег, врачей, которые самоотверженно работают, повышают качество здравоохранения и верны своей профессии.

**Морозов Д. А.** Уважаемые коллеги, позвольте объявить Благодарность Государственной Думы Комитета по охране здоровья председателю постоянного Комитета Государственного собрания (Ил Тумэн) Республики Саха (Якутия) по здравоохранению, социальной защите, труду и занятости Владимиру Ильичу Чичигинарову за значительный вклад в развитие системы охраны здоровья граждан Российской Федерации. *(Аплодисменты.)*

**Чичигинаров В. И.** Спасибо большое. Буду верен своей профессии.

**Диктор.** За значительный вклад в развитие системы охраны здоровья граждан Российской Федерации Благодарностью Комитета Государственной Думы по охране здоровья награждается Борисова Елена Афраимовна, министр здравоохранения Республики Саха (Якутия). *(Аплодисменты.)*

Награждается Афанасьева Лена Николаевна, главный врач Якутского республиканского онкологического диспансера. *(Аплодисменты.)*

Награждается Гоголев Николай Михайлович, директор медицинского института Северо-Восточного федерального университета имени Максима Кировича Аммосова. *(Аплодисменты.)*

**Морозов Д. А.** Спасибо большое, уважаемые коллеги! *(Аплодисменты.)*

**СТЕНОГРАММА**  
**«круглого стола» Комитета Государственной Думы по охране здоровья**  
**на тему «Совершенствование организации медицинской помощи лицам,**  
**страдающим сахарным диабетом»**

*Здание Государственной Думы. Малый зал.*  
*7 октября 2019 года. 14 часов.*

**Председательствует первый заместитель председателя**  
**Комитета Государственной Думы по охране здоровья**  
**Н. П. Санина**

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, я приношу извинения, что мы не начали ровно в 14 часов, ждали коллег из регионов и из наших ведущих институтов. Несмотря на то, что президиум неполный, я думаю, что необходимо начать.

Сегодняшнее наше мероприятие посвящено одной из наиважнейших проблем в Российской Федерации и вообще в мире в целом – сахарному диабету. С одной стороны, это действительно настораживающий тренд, на что влияет и наша жизнь, и экология, и в принципе то, как живут наши пациенты, а с другой стороны, очень чётко высвечивает все недостатки, которые существуют в здравоохранении в работе с этими пациентами.

Поэтому сегодня мы хотим призвать вас, прежде всего, рассмотреть проблему, которая связана с нашим регистром, созданным в 1996 году, и с тем, что сделано нашей Организацией Объединённых Наций, потому что это действительно очень важно – принятая резолюция, которая является резолюцией четвёртой. До этого были малярия, туберкулёз, ВИЧ-инфекции. И сегодня сахарный диабет. Это потому что сегодня мы имеем ситуацию, когда сахарный диабет резко возрастает в количественном отношении и, более того, в какой-то мере становится моложе, но при этом мы работаем и с осложнениями сахарного диабета. Правильно ли это всё происходит с работой регистра, правильно ли учитывают наши специалисты, которые работают с осложнениями – очень много законодательных вопросов, которые сегодня, искренне надеюсь, будут озвучены вами в ваших коротких выступлениях.

Единственное, что я хочу сказать, в списке выступающих – 22 докладчика. Мне бы хотелось, чтобы осталось время для прений и вопросов, и поэтому очень прошу, чтобы каждый докладчик понял: значимость его выступления в том, что он должен очень концентрированно сказать, что нужно сделать, чтобы у нас ситуация с сахарным диабетом не развивалась в худшую сторону.

Сейчас я хочу предоставить слово Татьяне Алексеевне Кусайко, члену Комитета Совета Федерации по социальной политике.

Пожалуйста, Татьяна Алексеевна.

**Кусайко Т. А.** Добрый день!

Уважаемая Наталья Петровна! Уважаемый президиум! Уважаемые коллеги!

В стране проводится большая работа по экспертной поддержке и развитию системы профкоммуникаций между федеральным центром и регионами, между специали-

стами региональных эндокринологических служб, развивается междисциплинарное взаимодействие с терапевтами, кардиологами, нефрологами, онкологами, внедряются возможности телемедицины.

Проблема сахарного диабета в России стоит чрезвычайно остро. За пять лет – с 2012 по 2017 год – рост заболеваемости составил 23 процента. Согласно принятой стратегии развития здравоохранения на период до 2025 года такой значительный рост является угрозой национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан. Данные, представленные субъектами Комитету Совета Федерации по социальной политике, подтверждают рост уровня заболеваемости. В частности, в Тамбовской области число больных выросло на 13,4 процента за последние три года, в Алтайском крае – на 39,5 за 10 лет, в Пензенской области – на 5 за один год, в Омской области – на 2 процента за один год, в Рязанской – на 100 процентов за 15 лет. В Якутии рост составил 23,5 процента за 10 лет.

В мае этого года Комитет Совета Федерации по социальной политике провёл «круглый стол» на тему «Совершенствование ранней диагностики лечения больных сахарным диабетом второго типа для достижения целей, предусмотренных национальными проектами». Речь шла, в частности, что это серьёзное эндокринное заболевание напрямую связано с высокими сердечно-сосудистыми рисками. Сердечно-сосудистые осложнения по-прежнему остаются ведущей причиной инвалидизации и смертности больных сахарным диабетом второго типа.

Это подтверждается и данными, представленными в Комитет субъектами Федерации. Например, в Алтайском крае в 56,5 процентах случаях, по сведениям, предоставленным правительством Ханты-Мансийского автономного округа, в структуре прироста смертности от болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ сахарный диабет составляет 97,6 процента, и в 86,6 процента случаев имеет ассоциацию с острыми и терминальными болезнями системы кровообращения.

Снижение смертности от болезней системы кровообращения, увеличение продолжительности жизни относятся к национальным приоритетам. Эти задачи поставлены в майском указе Президента России, и перед нами стоит задача – добиться снижения смертности трудоспособного населения от болезней сердечно-сосудистой системы до 405 случаев на 100 тысяч человек к 2024 году.

Снижение смертности от болезней системы кровообращения невозможно без снижения инвалидизации и смертности больных сахарным диабетом второго типа. Кардио-диабетология – это новая реальность.

Сегодня федеральный регистр больных сахарным диабетом насчитывает более 4,5 миллиона человек, 92 процента из которых больны сахарным диабетом второго типа. Реальное число больных сахарным диабетом второго типа может составлять около 9 миллионов.

При этом на основании данных регистра, более 1 миллиона человек, страдающих сахарным диабетом второго типа, уже имеют подтверждённый высокий риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний.

По итогам «круглого стола» в Совете Федерации мы получили около 40 откликов от регионов, экспертного сообщества, подтверждающих важность обозначенной проблемы.

Отмечу, что регионы сегодня развивают свои нормативно-правовые базы, регламентирующие организацию медицинской помощи и лекарственное обеспечение данной категории граждан, в частности, направленные на увеличение доступности использования современных методов диагностики и лечения сахарного диабета, повышения эффективности профилактических осмотров, профилактики сердечно-сосудистых осложнений среди больных сахарным диабетом.

Пять субъектов Федерации сообщили, что включили мероприятия по улучшению качества выявления лечения больных сахарным диабетом, в том числе направленные на снижение смертности больных сахарным диабетом второго типа от сердечно-сосудистых осложнений, среди них Республики Коми и Карелия, Вологодская, Курская, Омская области.

Тем не менее актуальной для большинства субъектов Федерации остаётся проблема низкой доступности инновационных методов терапии на уровне субъектов Федерации.

В целом лекарственное обеспечение больных сахарным диабетом второго типа является значительной нагрузкой на региональные бюджеты субъектов.

Приведу пример. В частности, в Тюменской области доля затрат на лекарственную терапию сахарного диабета всего или его осложнений составляет 37 процентов от общих затрат бюджета на льготную терапию федерального и областного уровня, в Пензенской – 30 процентов всего финансирования регионального льготного обеспечения.

Наряду с низкой доступностью инновационных лекарственных препаратов важной проблемой остаётся высокая загруженность эндокринологов. И это отмечают многие регионы.

Наиболее заметные успехи были достигнуты в период реализации подпрограммы «сахарный диабет» в рамках Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2012–2017 годы)».

В результате увеличилась средняя продолжительность жизни больных сахарным диабетом первого типа: на 3,8 лет – для мужчин и 4,1 года – для женщин.

В свою очередь для больных сахарным диабетом второго типа этот рост составил 3,2 и 2,9 лет для мужчин и женщин соответственно.

Учитывая позитивные результаты и наличие проблем, связанных с риском смертности у больных сахарным диабетом, существует объективная необходимость создания ведомственной целевой программы по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с сахарным диабетом второго типа.

Необходимость этого шага напрямую связана с достижением целей, поставленных нацпроектом.

В связи с этим, и позиция была поддержана участниками уже упомянутого «круглого стола», членами Комитета Совета Федерации по социальной политике, и поэтому наше предложение, вошедшее в число предложений, которые озвучили эксперты, это дополнить федеральный проект по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями целевыми показателями, учитывающими сахарный диабет как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений и предусмотреть подпрограмму по сахарному диабету, включающую реализацию комплекса мер по достижению целевых показателей по лечению сахарного диабета.

Для того чтобы не занимать внимание, я другие все предложения передам в президиум. Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Татьяна Алексеевна.

Это очень важно во взаимодействии Совета Федерации и непосредственно нашего Комитета именно по этому вопросу.

Важность этой ситуации продиктовала необходимость создания рабочей группы при Комитете Государственной Думы по охране здоровья по сахарному диабету. И, думаю, что мы содружественно можем что-то очень кардинально изменить.

Спасибо.

А сейчас я хочу предоставить слово представителю Министерства здравоохранения Российской Федерации, заместителю директора Департамента организации медицинской помощи Эльмире Камильевне Вергазовой.

Пожалуйста, Эльмира Камильевна.

**Вергазова Э. К.** Спасибо. Спасибо, Наталья Петровна.

Глубокоуважаемый президиум! Уважаемые коллеги!

Сегодня наш «круглый стол» проходит в прекрасный день – в первый понедельник октября. Первый понедельник октября во всём мире считается Международным днём врача. И здесь очень много наших коллег-врачей. И я от всей души хочу вас поздравить с профессиональным праздником и пожелать вам и вашим близким, конечно же, здоровья в первую очередь.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

И конечно же, я хочу передать приветственные слова и выразить уверенность в том, что заседание сегодняшнего «круглого стола» внесёт свой вклад в дальнейшее развитие медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом, и пожелать нам всем успехов в работе на сегодняшнем «круглом столе».

Уважаемые коллеги, сегодня в мире 9 процентов населения страдают сахарным диабетом, это каждый 11-й житель планеты. За последние 10 лет число пациентов, страдающих сахарным диабетом, увеличилось в два раза и составляет 425 миллионов человек, то есть 425 миллионов человек сегодня в мире имеют это заболевание. Почти 5 миллионов в 2018 году зарегистрировано в Российской Федерации. И нужно сказать, что это количество постоянно увеличивается. Так, в 2012 году количество пациентов составило 3,8 миллиона человек, а сегодня это уже 4,9 миллиона человек.

Сахарный диабет первого типа составляет в структуре больных сахарным диабетом 7 процентов, а 93 процента – это, конечно же, больные сахарным диабетом второго типа. Развитие сахарного диабета первого типа, как вы все знаете, отмечается в молодом возрасте. В отличие от этого сахарный диабет второго типа можно профилировать, можно выявлять на ранних стадиях, в стадии преддиабета. И факторы риска его развития нам хорошо известны: это малоподвижный образ жизни и неправильное питание. И, конечно же, отсюда важнейшая роль профилактической направленности системы здравоохранения Российской Федерации.

В части выявления больных сахарным диабетом. На сегодня выявлено детей до 18 лет 5440 (в 2018 году), взрослых – 362,9 тысячи пациентов. Это за год только выявлено. При этом исследование «Nation», которое наши коллеги из нашего Национального исследовательского центра эндокринологии провели в 2013–2015 годах, показывает, что эти цифры практически в два раза ниже реальных, реально существующих цифр. И конечно же, наша задача – выявлять сахарный диабет на ранних стадиях. В год от сахарного диабета второго типа умирает 80–90 тысяч человек, от первого типа – 3–4 тысячи человек. Таким образом, при общем приросте 380 человек, за исключением смертности, ежегодно у нас появляется новых пациентов около 250 тысяч с сахарным диабетом первого и второго типов.

Важнейшим в работе Министерства здравоохранения Российской Федерации является нормативное правовое регулирование. Федеральным законом № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» распределены полномочия. И, конечно же, организация медицинской помощи пациентам – первичной, скорой и специализированной, в том числе высокотехнологичной и паллиативной, относится к полномочиям субъектов Российской Федерации. Министерство здравоохранения Российской Федерации осуществляет нормативное правовое регулирование всех этих видов помощи.

Нельзя не отметить, что сегодня есть 37-я статья федерального закона № 323-ФЗ, в соответствии с которой есть необходимые условия, которые распространяются на деятельность всех медицинских организаций всех субъектов Российской Федерации. Они обязательные. Это положения об организации медицинской помощи: положение о специализированной медицинской помощи и положение о первичной медико-санитарной помощи детям и взрослым... Они обязательны теперь для исполнения на всей террито-

рии Российской Федерации. Кроме того, есть порядки оказания медицинской помощи детям и взрослым, это наши порядки больным эндокринологического профиля. И необходимо отметить, что уже в этих порядках предусмотрено оказание первичной медико-санитарной, скорой, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи этим пациентам на территории субъектов Российской Федерации. Она может оказываться в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях, и может оказываться в экстренной и плановой формах.

При этом нашими порядками, порядками для взрослых и для детей по профилю «эндокринология» уже предусмотрено наличие школ для больных сахарным диабетом, определена численность медицинских работников для каждого подразделения медицинской организации, оказывающей помощь по профилю «эндокринология». И во взрослом порядке, кроме того, есть ещё и кабинеты «диабетической стопы» и диабетической ретинопатии, то есть очень большое внимание уделяется сахарному диабету уже в Российской Федерации. Мы все понимаем, что это важнейшее заболевание, которое вносит свой серьёзный вклад в структуру смертности в Российской Федерации. И Татьяна Алексеевна уже нам об этом подробно рассказала.

Кроме того, принятый сегодня новый порядок о проведении профилактического медицинского осмотра № 124н огромное значение уделяет раннему выявлению сахарного диабета. Точнее сказать, профилактический медицинский осмотр теперь проводится ежегодно всем категориям населения, и обязательным исследованием в этом профилактическом медицинском осмотре является исследование глюкозы крови. И уже сейчас при наличии каких-то подозрений, если имеется отклонение в рамках первого этапа диспансеризации, мы переводим пациента на второй этап диспансеризации и соответственно исследуем гликированный гемоглобин и определяем необходимость его дальнейшего лечения у эндокринолога.

Кроме всего, профилактический медицинский осмотр является и обязательным компонентом приказа № 302, если вы помните, это о профилактическом осмотре работников вредных производств. У нас он сейчас находится на завершающей фазе согласований. В него также включено определение глюкозы крови, и при наличии отклонений также пациент будет обследоваться во всех положенных ему местах.

Важнейшим приказом, выпущенным сегодня Министерством здравоохранения Российской Федерации, является новый порядок диспансерного наблюдения – № 174н, этот порядок определяет периодичность наблюдения пациентов с преддиабетом и с сахарным диабетом.

Конечно, периодичность определяется клиническими рекомендациями, диспансерное наблюдение в этих ситуациях пожизненное. И, соответственно, все процедуры, которые должны быть, в клинических рекомендациях у нас прописаны.

Более того, на сегодняшний день приняты профессиональные стандарты врача эндокринологии, врача-эндокринолога, это приказ Минтруда России № 132н, и детского врача эндокринолога, приказ Минтруда России № 49н. Вот это последний приказ от 2019 года.

Необходимо отметить, что важнейшему для диспансеризации профилактическому медосмотру именно с этим наполнением, с акцентом на раннее выявление больных сахарным диабетом и факторов риска его развития, большое внимание уделяется в новой программе государственных гарантий, где чётко определены все параметры доступности бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации.

И напомню вам, что этот год и следующий год являются годами Всероссийской диспансеризации населения. Поэтому мы активно привлекаем к этому наших врачей и всех медицинских работников, и конечно же, большое внимание уделяется формированию здоровой среды среди населения в рамках этого вот мероприятия – Всероссийской диспансеризации.

На сегодняшний день также разработаны клинические рекомендации. Это клинические рекомендации по диагностике и лечению сахарного диабета первого типа у детей и подростков, по лечению сахарного диабета второго типа у детей и подростков, и диагностика, лечение и профилактика сахарного диабета второго типа. Все эти клинические рекомендации внесены в Министерство здравоохранения Российской Федерации для дальнейшего утверждения на экспертном совете.

Необходимо отметить, что благодаря такому развитию нормативно-правовой базы в Российской Федерации создана четырёхуровневая система развития эндокринологической помощи.

Это кабинеты в амбулаторно-поликлиническом звене, мы все знаем, они существуют в каждой поликлинике, в том числе есть мобильные формы работы в первичной медико-санитарной помощи – это диамобили, которые активно сейчас ездят по стране по малодоступным населённым пунктам, где малая численность населения.

Есть отделения эндокринологии в многопрофильных больницах, отделения в областных клинических больницах, это региональные эндокринологические центры, которые уже оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь.

И существует четвёртый уровень, это самый высокий уровень – наш Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии, представители которого сегодня находятся в этом зале. Здесь оказывается и высокотехнологичная медицинская помощь, и организационно-методическая поддержка, и ведутся научные разработки. Все необходимые методические пособия предоставляются в данном эндокринологическом центре – центре высоких медицинских технологий.

На сегодняшний день обеспеченность эндокринологическими койками в Российской Федерации составляет по 2018 году почти 11 тысяч коек, точнее, 10 822 койки. Занятость койки – 323 дня в году. Средний койко-день 11 часов. Оборот койки 29,3. То есть количество коек, видимо, у нас всё-таки находится в оптимальном соотношении с количеством пациентов, и это хорошо работает, без простоев и с хорошим средним койко-днём.

Также развивается сеть врачей-эндокринологов. На сегодняшний день работают 7148 эндокринологов, и коэффициент обеспеченности их на 10 тысяч населения составляет 0,49, практически самый высокий за последние годы.

Необходимо отметить, что важную роль в развитии эндокринологии играет, конечно же, высокотехнологичная медицинская помощь. И сегодня многие медицинские организации оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь нашим пациентам, в том числе и с сахарным диабетом.

Так, например, в базовой программе обязательного медицинского страхования – терапевтическое лечение сахарного диабета и его сосудистых осложнений, включая заместительную терапию системами постоянной подкожной инфузии, это инсулиновые помпы. Стоимость данного метода составляет более 182 тысяч рублей, и она находится в базовой программе обязательного медицинского страхования, наши пациенты это получают бесплатно.

Не включены в базовую программу ОМС несколько видов лечения. Это хирургическое лечение реваскуляризация магистральных артерий при синдроме диабетической стопы – 338 тысяч стоит данный метод в системе высокотехнологичной медицинской помощи. Комплексное лечение, включающее имплантацию средств мониторинга гликемии с компьютерным анализом вариабельности тестосуточной гликемии, – 91,8 тысячи рублей стоит данный метод лечения. Хирургическое лечение диабетической стопы, включая пластическую хирургию, диабетическая ретинопатия – всё это включается в высокотехнологичные виды лечения, и сегодня наши пациенты получают это либо за счёт средств обязательного медицинского страхования, либо за счёт средств федерального бюджета, погруженного в систему ОМС.

С 2019 года у нас новый метод высокотехнологичной помощи – это гастроинтестинальные комбинированные рестриктивно-шунтирующие операции при сахарном диабете второго типа. 238 тысяч стоит данный метод лечения, и пациенты начали получать такое лечение в этом году.

Надо сказать, что высокотехнологичная медицинская помощь больным сахарным диабетом активно развивается на протяжении последних лет, и количество пациентов, получивших её, уже сегодня составляет более 10 тысяч пациентов.

Так, в региональных медицинских организациях пролечено в 2019 году более 3450 пациентов за счёт средств бюджета. Эти пациенты также лечатся и в федеральных медицинских организациях.

Сегодня мы развиваем также и новые методы лечения, например, клиническую апробацию. В рамках изучения сахарного диабета есть ряд методов клинической апробации. Два протокола по клинической апробации внедряются с 2017 года. Один из них разработал наш Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии.

Второй протокол разработал Первый Московский государственный медицинский университет, Национальный медицинский университет имени Сеченова.

60 пациентов пролечено в 2017 году. 75 пациентов пролечено в 2018 году. И 298 пациентов с новыми методами лечения, в том числе новым кубинским препаратом «Эбер-прот-П», пролечено уже в 2019 году. Такие вот интересные клинические исследования сейчас проходят в рамках клинической апробации.

Необходимо отметить, что создание трёхуровневой системы здравоохранения эндокринологического профиля и обеспечение качества медицинской помощи за счёт создания порядков и клинических рекомендаций отразилось и на демографических показателях в Российской Федерации, касающихся пациентов, страдающих сахарным диабетом. Средняя продолжительность жизни больных сахарным диабетом составила 76 лет для женщин и 72 года для мужчин. Средняя продолжительность жизни пациентов с сахарным диабетом первого типа увеличилась с 30 лет в 1987 году до 60 лет сегодня.

Диализный период жизни больных с поражением почек при сахарном диабете увеличился сегодня с 2–5 лет до 25 лет. Внедрение современных технологий в офтальмологии позволило на 95 процентов сохранить зрение у больных диабетом.

За последние пять лет развитие инфаркта миокарда снизилось на 7,5 процента при сахарном диабете первого типа и на 12 процентов при сахарном диабете второго типа. Частота развития инсульта снизилась на 8,3 при сахарном диабете первого типа и на 9,1 процента при сахарном диабете второго типа. На сегодня практически искоренена смертность от диабетических кетоацидотических ком. Их частота составляет 0,3 на 10 тысяч пациентов в год.

Среди причин смерти ведущими являются, как уже было сказано, сердечно-сосудистые заболевания. И, конечно же, причиной смерти 50,7 процента с сахарным диабетом стали острые осложнения, также как внезапная сердечно-сосудистая смерть, нарушение ритма, тромбоэмболия лёгочной артерии, и такие осложнения имели место и у 38,8 процента пациентов сахарным диабетом первого типа.

Сегодня было уже сказано, мы реализуем задачи, поставленные майским указом Президента России Владимира Владимировича Путина. И конечно, в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение», национального проекта «Демография» огромное внимание уделяется раннему выявлению заболеваний, в том числе сахарного диабета, как я уже говорила.

У нас есть целевые индикаторы, которые отслеживаются, это охват граждан профилактическими осмотрами и охват граждан диспансерным наблюдением. И, конечно же, среди пациентов есть люди, которые страдают сахарным диабетом, они учитываются

как в рамках нацпроекта «Здравоохранение», так и в рамках федерального проекта «Старшее поколение» национального проекта «Демография».

Вот такие сегодня у нас с вами достижения, неплохие на сегодняшний день. Конечно же, нам ещё есть над чем работать. Надо выявлять пациентов в значительно больших количественных случаях. Я думаю, что диспансеризация свою роль сыграет. Формирование здорового образа жизни в рамках национального проекта «Демография» тоже окажет своё влияние.

Сегодня мы создаём единый цифровой контур, это ещё один федеральный проект национального проекта «Здравоохранение», где важнейшая роль уделяется созданию электронной медицинской карты, где мы сможем чётко учитывать каждого нашего пациента, его обеспеченность любыми необходимыми лекарственными препаратами и медицинскими изделиями.

И я думаю, что вместе с вами мы эти задачи все решим. Спасибо. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Эльмира Камильевна, мне приятно, что вы отметили, что, несмотря на то, что многое сделано, ещё многое нужно сделать. Это нозология, по которой практически очень много наших регионов отозвалось.

Я хочу вам представить Вадима Александровича Егорова. Это человек из аппарата Комитета, который контактировал со всеми регионами Российской Федерации. И все регионы откликнулись, есть огромное количество предложений, которые мы обязательно передадим в Минздрав России, предварительно их обработав, поскольку они перекликаются. В принципе, это очень толковые предложения, которые должны быть услышаны в Министерстве здравоохранения Российской Федерации. И вот это взаимодействие Совета Федерации, нашего Комитета и Государственной Думы, Министерства здравоохранения Российской Федерации должно быть очень тесным. И чёткость того, что мы должны законодательно сделать, однозначно должна быть.

**Вергазова Э. К.** Спасибо, Наталья Петровна.

**Председательствующий.** А сейчас я хочу предложить всё-таки выйти на трибуну представителю Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии Наталье Георгиевне Мокрышевой. Пожалуйста.

**Мокрышева Н. Г.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Я от всей души благодарю вас, Наталья Петровна, за предоставленную нам возможность коллегиально обсудить все проблемы. Конечно, всё мы не охватим, но хотя бы самые основные проблемы пациентов с сахарным диабетом. И я считаю, что крайне важно и крайне актуально, что именно в этот день мы собрались здесь для того, чтобы разобрать уже имеющиеся достижения и наметить план действий в решении этих проблем, которые остались.

Я, конечно, поддерживаю уважаемую Эльмиру Камильевну в том, что очень многое сделано. Потому что работа с пациентами и с этой патологией ведётся очень давно. Но, к сожалению, я вынуждена в своём докладе осветить те моменты, которые нас огорчили в рамках нашей работы, которая была более структурированно начата с регионами в последнее время.

По данным Всемирной организации здравоохранения, заболеваемость сахарным диабетом сегодня – 422 миллиона пациентов. И об этом уже говорила Эльмира Камильевна, я не буду останавливаться на эпидемиологических данных.

Основная масса пациентов – конечно, сахарный диабет второго типа. Но мы должны всегда помнить, что среди четырёх основных нозологий, которые были названы Всемирной организацией здравоохранения значимо влияющими на качество и продолжительность жизни, инвалидизацию пациентов, конечно, сахарный диабет – один из основных пунктов. И сахарный диабет вносит свою лепту и в формирование болезней, характеризующихся повышением кровяного давления, и различных других микро- и макрососудистых осложнений. И в связи с этим сахарный диабет должен быть

прицельно контролируем в стране, поскольку он является поставщиком массы осложнений.

По данным Федерального регистра больных сахарным диабетом, на январь 2019 года в России зарегистрировано 4,5 миллиона больных сахарным диабетом. На данный момент это уже 4 миллиона 600 тысяч больных сахарным диабетом, что составляет три процента от населения. Всего сахарный диабет первого типа есть у 256 тысяч пациентов, из них: дети – 26 тысяч, подростки – почти 10 тысяч и взрослые – 219 тысяч пациентов. Сахарный диабет второго типа – это огромное количество пациентов, которое также включает и детей, и подростков, и взрослых.

Национальный центр эндокринологии занимался этой проблемой, как я уже сказала, многие-многие годы. И на данный момент мы знаем, что диабетологическая служба в стране очень серьёзно развита. Достаточно посмотреть на те средства, которые, по данным IDF, затрачиваются в год на пациентов с сахарным диабетом. Конечно, это в разы меньше, чем в других странах. Но если мы берём пространство бывших союзных республик, то российские показатели значительно превышают все показатели затрат на пациентов с сахарным диабетом.

Теперь о динамике и в продолжение того, что сказала Эльмира Камильевна: если мы в 1988 году ещё только начинали знакомиться со шприц-ручками, были первые глюкометры, в 2003 году глюкометры были уже у всех, появились первые помпы, уже первые десять детей были ими оснащены. На данный момент, в 2019 году, аналоги инсулинов получают практически 100 процентов детей, помпы почти у девяти с половиной тысяч детей. К сожалению, не так радужно обстоит ситуация с взрослым населением, страдающим сахарным диабетом, но положительная динамика налицо и продолжительность жизни, конечно, приближается уже к продолжительности жизни среднестатистического россиянина.

Динамика микро- и макрососудистых осложнений, это известные графики. Конечно, динамика также показательна, но сейчас в рамках старта национального проекта «Здравоохранение», когда в рамках развития сети национальных исследовательских центров, курирующих каждый свою вертикаль, в рамках национального центра эндокринологии были предоставлены функции координации эндокринологической помощи в России. Сейчас в связи с приказом Минздрава России от 13 марта 2013 года об утверждении положения «О формировании сети национальных центров» у нас практически стартовала система аудитов в регионы. И уже сотрудники национального центра эндокринологии посетили 33 региона, ставя перед собой и аналитические, и организационно-методические задачи. Конечно, в рамках вот этих посещений регионов выявляется большое количество нюансов оказания помощи пациентам сахарным диабетом. Мы оцениваем и состояние информационных систем, о которых мы много говорим в последнее время, и уровень образованности кадров, которые оказывают эндокринологическую медицинскую помощь на местах, и анализируем состояние лабораторного блока и так далее.

И основные оценки у нас сфокусированы на качестве оказания медицинской помощи по профилю «эндокринология», лекарственном обеспечении, контроле эффективности безопасности и качества фармакотерапии, на ведении регистров, внедрении школ, внедрении кабинетов «диабетической стопы». Мы анализируем всю нормативную базу, которая есть в регионах, и для того, чтобы по итогам мониторинга и анализа с региональными представителями власти всё это обсуждать, проводим большие серьёзные мероприятия. Вот перечень регионов, которые уже посетили представители национального центра... *(Микрофон отключён.)*

Основными проблемами, на наш взгляд, являются прежде всего проблемы лекарственного обеспечения, когда действительно срываются торги в результате изменения в текущем году порядка определения на МЦК. Негибкая система закупок, заявки

на устаревшие препараты, к сожалению, также присутствуют в регионах. И высокий процент отказа федеральных льготников от социального пакета приводит к тому, что на региональный бюджет возлагается нагрузка на лекарственное обеспечение пациентов.

Если мы говорим об инсулинотерапии, то, конечно, сейчас мы должны рассматривать импортозамещение. Но существует стереотип о недостаточном качестве отечественных инсулинов, это тоже требует анализа и сбора побочных явлений. По совершенствованию мы также рекомендуем расширить лимит финансирования лекарственного обеспечения, создание стандартов на основании последних клинических рекомендаций, повышение образования врачей-эндокринологов. Потому что кадровый дефицит крайне серьёзно сказывается на качестве оказания медицинской помощи.

И я не буду останавливаться на ситуации с детской диабетологией, об этом расскажет Валентина Александровна Петеркова, но хочу сказать о том, что кадровый дефицит крайне высок. На данный момент 45 процентов регионов не имеют эндокринолога. В основном идёт централизация и урбанизация штата эндокринологов и высокий процент совместительства. Во многих местах эти функции возложены на терапевтическое звено. У нас есть свои предложения, вплоть до внедрения региональных референс-центров, которые могут быть моделью по аналогии с Национальным центром эндокринологии, где совмещены все компетенции, необходимые для курации пациента с сахарным диабетом, чтобы там присутствовал и центр диабетической ретинопатии и диабетической стопы, и сосудистый центр, и школы, которые будут учить вести беременность у женщин с сахарным диабетом или с гестационным диабетом, школы пациентов, введение регистров, телемедицина и так далее. И мы считаем, что вот эта возможность позволит в ряде регионов улучшить качество оказания медицинской помощи пациентам с эндокринопатией.

**Председательствующий.** Спасибо, Наталья Георгиевна.

Перед тем как предоставить слово Юлии Вячеславовне Мирошниковой, заместителю руководителя Федерального медико-биологического агентства, я хочу, чтобы вы меня услышали. У нас 22 выступающих. Мне хочется быть справедливой к каждому. Поэтому на электронном табло есть время, которое регламентировано по докладу. Пожалуйста, давайте дадим друг другу возможность выступить.

Спасибо.

**Мирошникова Ю. В.** Спасибо большое.

Хорошее выступление Натальи Георгиевны. Я очень коротко скажу, что наше агентство обеспечивает порядка 110 миллионов жителей России медицинской помощью и 93 медицинских организации осуществляют это на местах, 82 учреждения оказывают это в первичном звене. Больных сахарным диабетом у нас порядка 110 тысяч, и из них 10 процентов болеют диабетом первого типа и 90 процентов – диабетом второго типа. Мы тут ничем не отличаемся от структуры заболеваемости по стране. Осложнения сахарным диабетом выглядят следующим образом: 9 процентов – это ретинопатия, 10 процентов – это диабетическая нефропатия, нейропатия – 18 процентов и «диабетическая стопа» – 1 процент. У нас порядка 38 медицинских организаций на территории своих учреждений ведут школу сахарного диабета, но я так понимаю, что наша задача в основном заключается в том, чтобы мы оказывали комплексную помощь больным сахарным диабетом, которые на территории каждого учреждения были все представлены. Оказание высокоспециализированной помощи – это ретинопатия и «диабетическая стопа», и ведение беременности и нейропатии, и нефропатии.

Вот это наша основная на сегодняшний день цель – чтобы больной сахарным диабетом жил так же качественно, как обычный гражданин Российской Федерации, и по продолжительности жизни ничем не отличался от здорового человека. Вот это наша основная установка, мы её реализуем вместе с Министерством здравоохранения

Российской Федерации и с привлечением всех институтов, в том числе передовых институтов и лидеров, потому что мы это совместно реализуем.

Спасибо большое. Агентство готово в этом отношении предоставить всё, что нужно.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Я хочу предоставить слово директору Института диабета Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии Марине Владимировне Шестаковой. (*Аплодисменты.*) Пожалуйста, вам слово.

**Шестакова М. В.** Спасибо.

Уважаемый президиум! Уважаемые коллеги! Я постараюсь быть очень краткой, лаконично рассказать об успехах нашей службы. Благодаря такому мощному толчку, как федеральная целевая программа «Сахарный диабет», позже преобразованная в программу «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями», и всему, что в этой связи было сделано с 1996 по 2012 год, мы сейчас пожинаем плоды работы. Была создана служба, кабинеты, диамобиль стал колесить по всей стране, и был, конечно же, создан регистр, который сейчас ведёт в нашей стране учёт всех и каждого пациента, страдающего сахарным диабетом. Но с регистром есть проблемы. Он позволяет узнать не только общее количество пациентов, но и причины смертности наших больных. А в структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний 70 процентов – это больные диабетом. То есть мы можем внести свой вклад в снижение сердечно-сосудистой смертности, решить задачи, которые поставлены перед нами Президентом России, потому что на 70 процентов диабет – это та самая смертность. Мы знаем из нашего регистра перспективу, мы знаем по каждому отдельному взятому региону, что происходит. Мы знаем, у кого какие проблемы, у кого одно осложнение и почему, у кого другое. Мы едем, проверяем, всё это делает регистр, то есть позволяет вести динамический мониторинг всей службы. Но в чём проблема? До сих пор не актуализирована на государственном уровне, на законодательном уровне правовая основа ведения регистра больных сахарным диабетом.

Да, есть законы, согласно которым мы работаем, но всё же не хватает ещё одного, самого главного, – внесения поправки в Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», чтобы было прописано ведение в том числе регистра столь социально значимого заболевания, как сахарный диабет. Там есть туберкулёз, там есть ВИЧ, СПИД, там есть орфанные заболевания, но нет позиции об этой неинфекционной эпидемии, а это очень бы облегчило задачу лечения сахарного диабета.

Далее. Лекарственное обеспечение больных сахарным диабетом. Всё, что есть в мире для лечения больных сахарным диабетом, есть и в нашей стране. Спасибо Минздраву России. Не просто есть в нашей стране, всё внесено в ЖНВЛП. И большинство средств внесено в НЛС, то есть льготные категории пациентов имеют право бесплатно получать самый лучший инсулин, самые лучшие сахароснижающие препараты, всё есть, нет ничего такого, что было бы в мире и не было бы у нас.

Но и тут есть маленькая загвоздка. Дело в следующем. То, что внесено в НЛС, имеют право бесплатно получать федеральные льготники, инвалиды, иными словами. И вот посмотрите, сколько у нас детей-инвалидов, практически все имеют инвалидность детства – 98 процентов. Это почти полный охват детей до 18 лет. Валентина Александровна скажет, что с ними происходит после 18 лет – все их льготы заканчиваются. Это взрослые – 73 процента с диабетом первого типа и 34 процента больных с диабетом второго типа.

Они имеют право на полное бесплатное лекарственное обеспечение из федерального бюджета. Но 50–80 процентов федеральных льготников отказываются от своей льготы в пользу монетизации, получают деньги и дальше вступает в силу постановление № 890, которое перекладывает финансовое бремя на регионы. Люди, которые

получили деньги, отказавшись от федеральной льготы, всё равно бесплатно получают все положенные им лекарства, потому что они становятся, согласно постановлению, региональными льготниками.

Но вот эта нагрузка чрезмерно обременяет регионы, регионы не справляются с ней, и нарушается солидарный принцип обеспечения лекарственными препаратами других пациентов.

Ещё одна сложность в лекарственном обеспечении – несостоявшиеся аукционы. Об этом уже было сказано. Да, Наталья Георгиевна, вы об этом упомянули, изменение порядка определения начальной максимальной цены контракта, которая изначально заявляется... Она хоть и максимальная заявляется, но она крайне низкая, то есть не интересует она компании-поставщики препаратов. А аукцион не может проводиться каждый день, значит, проходит время до следующего аукциона. И можно поднять цену на 10 процентов, если этого опять мало, через месяц ещё на 10 процентов. И вот так в 2019 году наши пациенты (не только наши, я думаю и в других направлениях) полгода оставались без лекарств. А что такое остаться без инсулина? Катастрофа. Кто мог – пошёл покупать, кто не мог – брал приступом аптеки или своих эндокринологов, или свои минздравы в регионах, и так далее. Разные истории, вы все читали в «Московском комсомольце» недавнюю статью, да? Как брали приступом с автоматами.

Далее. Проблема закупок по МНН. Да, это проблема серьёзная для нас. Был очень хороший для нас благоприятный период, когда постановлением ФАС было сделано исключение, что инсулины и иммуносупрессивные препараты могут продаваться по торговым наименованиям. Это регулировало ситуацию в стране. Почему нас это волнует? Одиннадцать фирм-производителей инсулинов, и все они разные, и качество у них абсолютно разное.

Да, сейчас ситуация изменилась, и слава богу, принят опять же Минздравом России определённый порядок подтверждения биосимилярности инсулинов. И из одиннадцати компаний свою эффективность подтвердили импортные компании, а из отечественных, в общем-то, только «Герофарм» полностью прошёл все циклы подтверждения биосимилярности, подтвердил, что мы можем доверять этому инсулину.

Но компаний, вы видите, у нас одиннадцать. И, соответственно, согласно аукционам по МНН может выйти любой препарат. И человек получает в результате не то, что он должен получать, что ему врач прописал и что ему подобрали сложным путём, а тот препарат, что выигрывает на аукционе. Аукцион проводится два-три раза в год, значит, этот больной два-три раза в год будет менять свою терапию, опять же смена инсулина будет не по показаниям, а именно по вот этим самым МНН. И выписка рецепта на один месяц очень препятствует получению лекарства, опять же создаёт в поликлиниках безумные очереди.

Поэтому требуется отрегулировать на законодательном уровне возможность отказа от федеральных льгот, обеспечить или допустить закупку инсулинов по торговым наименованиям или обеспечить софинансирование со стороны граждан. В Кировской области, например, пилотный проект предусматривает софинансирование или лекарственные возмещения, или сооплату, как угодно можно это назвать. Это помогает человеку, которому положено по МНН получить определённый препарат, получить именно его. Но если он хочет препарат с другим торговым наименованием, он просто доплачивает разницу в цене. Так принято во всём мире, почему бы у нас это не ввести и закрепить.

Необходимо также закрепить законодательно выписку рецепта на три месяца, снять бремя с поликлинического звена, которое почему-то каждый месяц должно 4,5 миллиона больных обслуживать и выписывать им рецепты. Это нереально. Ликвидировать неравенство между федеральными и региональными льготниками, изменить подходы к определению начальной и максимальной цены контракта, осуществлять закупку в соответствии с регистром, который есть, и менять инсулины и другую терапию только в связи с медицинскими показаниями, а не с экономической ситуацией в стране.

И нужно внести изменения в законодательство Российской Федерации о необходимости вести регистр больных сахарным диабетом, это федеральный закон № 323-ФЗ. Спасибо. *(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо большое. Марина Владимировна, вы даже не представляете, как вы созвучны с регионами Российской Федерации в ваших предложениях. Спасибо огромное.

Сейчас хочу предоставить слово главному внештатному детскому специалисту – эндокринологу Минздрава России, научному руководителю НИИ детской эндокринологии Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии Валентине Александровне Петраковой. Пожалуйста.

**Петракова В. А.** Добрый день, коллеги. *(Аплодисменты.)*

Здесь столько знакомых лиц. Только с Александром Сергеевичем мы, наверное, работаем больше 50 лет в области сахарного диабета. И могу вам сказать, что первые 20 лет мы работали в Советском Союзе.

Многое изменилось? Да, безусловно. И если говорить о детях, то, действительно, и Министерство здравоохранения Российской Федерации, и всё сообщество медицинское, безусловно, к детям относится лучше. И поэтому у нас положение, с одной стороны, лучше, и с другой – проблем больше.

Когда я начинала работать (50 лет назад), средняя продолжительность жизни заболевшего ребёнка была 18 лет. Сейчас она составляет в среднем 54 года, то есть увеличилась на 30 лет, но оставляет желать большего.

И если мы позиционируем, что больной с первым типом диабета может прожить полноценную жизнь, то на сегодняшний день в среднем он её не проживает, то есть он живёт на 20 лет меньше, чем популяция может жить.

Много сделано? Да, безусловно. При детском диабете сейчас до 18 лет практически нет тех тяжёлых осложнений, которых раньше было много. Я низко кланяюсь Татьяне Алексеевне Голиковой, потому что после «круглого стола», проведённого в Сочи, действительно были приняты радикальные меры. У детей инвалидность теперь, как в Советском Союзе, оформляется до 18 лет только потому, что он ребёнок с диабетом. И второе: бесплатно включены расходники для помповой терапии.

Буквально несколько лет назад помповая терапия была вообще нереальна для нас, настолько она дорогая. Но вот сегодня поставлена задача – 50 процентов детей перевести уже через два года на помповую терапию, 4,5 миллиарда выделено на это.

Но не успели прийти помпы, как у нас появился более нужный инструмент – это либра. Сейчас в некоторых регионах до 60 процентов детей на либре, но это всё родители оплачивают сами.

Чтобы бесплатно перевести всех детей России на либру, а это нужно каждому больному диабетом ребёнку, ещё 4,5 миллиарда. Сейчас мы бесплатно обеспечиваем только детей из детских домов и многодетных семей, и то только за счёт спонсорства Внешторгбанка. Так вот, нужно.

Я предлагаю Государственной Думе принять решение о том, что если есть профицит бюджета в стране, то какую-то сумму отдавать на детскую гематологию. А может быть, принять специальную программу «Детский диабет».

Лекарства для лечения диабета, уже говорили об этом. Из дальней деревни нужно приехать раз в один – три месяца в город для того, чтобы выписать рецепт. Но это же абсолютно не дело. Мы живём в другом веке – телемедицина, телеконсультирование. Не оплачивается ОМС? Надо сделать, чтобы оплачивалось. Надо перенять зарубежный опыт. Не ведут там врачи сахарный диабет ни детский, ни взрослый, ведут менее оплачиваемые, но весьма квалифицированные медицинские сёстры.

Необходимо развитие этого института медицинских сестёр, которых у нас значительно меньше, чем мы нуждаемся в них. Тогда в фельдшерско-акушерских пунктах

в сёлах будут квалифицированные фельдшеры и квалифицированные медсёстры, которые могут грамотно вести диабет и консультироваться с помощью телемедицины с врачом-эндокринологом, который сидит в районном центре. Это нужно сделать обязательно, надо перестроиться, не надо каждый месяц к врачу ходить больному диабетом, как сегодня, чтобы выписать рецепт на инсулин. Нужно изменить эту систему. Понимаете?

Второй вопрос, который волнует. Я завалена письмами: в регионах закупают препараты, которые не проходили клиническую апробацию у детей. Но по нашим законам это возможно – если у него биодоступность такая же, как и биоэквивалентность, то написать в инструкции, что он применяется и в детском возрасте.

Поэтому я прошу Государственную Думу пересмотреть какие-то поправки к закону, прописать в них, что такие препараты должны обязательно проходить клинические исследования и назначаться детям только после того, как несколько лет они хорошо себя зарекомендовали во взрослой клинической практике.

Я думаю, это вопросы, которые нужно решить неотложно. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Огромное вам спасибо, Валентина Александровна.

То, чем вы занимаетесь, очень важно, – дети. Поэтому все ваши предложения очень внимательно выслушаны.

А теперь я хочу предоставить слово представителю Института высшего и дополнительного профессионального образования Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии Екатерине Александровне Пигаровой.

**Пигарова Е. А.** Спасибо. У меня очень короткое сообщение.

Хотелось бы сказать по дефициту, по официальной статистике, что на конец 2018 года дефицит врачей по специальности «эндокринология» и «детская эндокринология» очень существенный. И мы проанализировали тот дефицит, который есть в регионах.

(*Демонстрируется слайд.*)

Если по эндокринологии – это вот первый цветной столбец, здесь представлены все регионы. И мы видим всё-таки зелёный и жёлтый цвета, а красного и розового, что определяет средний и тяжёлый дефицит кадров, его достаточно мало.

Во втором столбце, который отражает детских эндокринологов, мы видим преимущественно красные, преимущественно розовые цвета, и только в некоторых случаях в поле зрения – зелёный и жёлтый. Это говорит о том, что дефицит кадров в детском звене эндокринологов очень большой.

В ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» в рамках аудита регионов, о чём уже сегодня говорила Наталья Георгиевна, было оценено кадровое положение в 33 регионах. И дополнительно к количественному дефициту можно добавить высокий процент совместительства – наличие «многофункциональных гениев», как мы их назвали, способных работать по нескольким специальностям. Это урбанизация специалистов, оголённость некоторых районов без компенсаторной маршрутизации пациентов.

Итак, предлагаемые пути решения кадрового вопроса в области эндокринологии и детской эндокринологии. Это создание, созидание кадров и их закрепление в тех местах, где они нужнее всего. Мы очень рады ужесточению правил целевого обучения. «НМИЦ эндокринологии», как ведущий центр, подготовил много врачей по целевым направлениям от регионов, но многие из них по различным личным причинам туда не вернулись. И теперь это станет практически невозможно. Но хочу обратить ваше внимание на то, что необходимо расширить на 2020 год количество субъектов Российской Федерации, на территории которых может быть трудоустроен гражданин и, соответственно, которые могут подать заявку на обучение необходимого им специалиста по целевому направлению в рамках контрольных цифр.

Но при таком высоком дефиците кадров в детской эндокринологии только 18 регионов могут обучить для себя специалистов по детской эндокринологии.

Вопросы закрепления специалистов на местах напрямую зависят и от современного оснащения его рабочего места, решения его жилищных проблем и других мер поддержки, для чего, несомненно, важна законодательная инициатива.

Конечно, не в каждом регионе есть возможность подготовки нужных специалистов. Поэтому необходимо выделение курирующих вузов по специальностям и увеличение в них бюджетных мест в ординатуре, а также планирование маршрутизации подготовки врачей нужных специальностей.

Для этого, мы считаем, нужно создать дополнительные кафедры и курсы по эндокринологии и детской эндокринологии. И на слайде представлены предложения по тем вузам, на базе которых необходимо будет обговорить создание кафедр.

Очень важно для профориентации начать знакомство с основами эндокринологии ещё в вузе. К сожалению, во многих вузах такое знакомство ограничено или десятью лекциями, или двумя неделями работы в отделении, что, конечно же, недостаточно даже для участкового врача, какими выходят выпускники вузов. Ведь даже в первый день работы этот врач может с очень большой вероятностью столкнуться с пациентом с сахарным диабетом.

Для получения лучших результатов по лечению сахарного диабета крайне необходимо также обучение специалистов и других специальностей, о чём сегодня также говорилось.

На постоянной основе встречаются с пациентами с диабетом специалисты более чем 15 специальностей. Отсутствие специализированных знаний о диабете у этих специалистов может приводить к снижению эффективности профилактики и лечения осложнений как диабета, так и заболеваний, которые характерны для их специальностей, а также к нежелательным последствиям для здоровья пациентов.

Важно также повышение квалификации специалистов со средним медицинским образованием. Ведь некоторые функции, о чём как раз говорила Валентина Александровна, функции по обучению, профилактике осложнений могут быть переданы как раз подготовленным фельдшерам и медсёстрам.

И таким образом кадровое обеспечение эндокринологической службы может быть охарактеризовано в эндокринологии как дефицит кадров, в детской эндокринологии как кадровый голод. Для совершенствования эндокринологической службы необходима подготовка новых специалистов, повышение квалификации, непрерывное совершенствование знаний и умений у имеющихся специалистов, обучение среднего медицинского персонала и смежных специалистов и закрепление специалистов на местах.

Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое. Кадровое обеспечение имеет огромное значение. Поэтому второй доклад тоже будет посвящён этой проблеме. Я хочу предоставить слово ректору Северо-Осетинской государственной медицинской академии Олегу Валерьевичу Ремизову. Пожалуйста.

**Ремизов О. В.** Глубокоуважаемые коллеги, президиум! Большое спасибо за то, что организовали вот такое мероприятие.

В регионах в настоящее время действительно имеется некоторый кадровый дефицит в области эндокринологии. При том, что большое внимание уделяется национальным центрам эндокринологии, обучению специалистов, повышению квалификации также Российской медицинской академией последиplomного образования и Центром профилактической медицины.

Подготовка в ординатуре по эндокринологии достаточно сложна. И может быть, не стоит расширять её во всех регионах, вводить именно ординатуру по эндокринологии детской или по эндокринологии. Всё-таки по диабетологии возможно обучить специалиста, а вот обучение эндокринологии всё-таки должно оставаться за крупными центрами, такими как Национальный центр эндокринологии, или за определёнными вузами в Санкт-Петербурге и в Сибири.

Отдельно стоит вопрос непрерывного образования. Тут имеется проблема со средствами, которые выделяются на это. Их, наверное, нужно всё-таки направлять в центральные города, и нужно как-то обязать ФОМС контролировать деньги, которые заложены в ФОМСе на образование, сейчас этого нет. Если запросить региональные ФОМСы, то выяснится, что они не просто мизер, вообще не выделяют в некоторых регионах эти средства на то, чтобы повысить квалификацию тех или иных специалистов и врачей, притом на долговременной такой основе.

В целом в регионах (действительно в подтверждение того, что Марина Владимировна говорила) имеются все средства во всём ассортименте, также в аптечной сети есть самые современные препараты, и в этом плане вообще нет никаких проблем.

Хотелось бы также обязательно, чтобы в нацпроекты включался диабет, потому что без диабета меняется клиническая картина и всех сердечно-сосудистых заболеваний, прогноз их меняется. Сейчас наш вуз совместно с Федеративной Республикой Германией приступил к внедрению совершенно новой, основанной на искусственном интеллекте оценке коронарных сосудов. Если ангиография – это стопроцентная специфичность и стопроцентная чувствительность, именно это – не инвазивный метод оценки коронарных артерий, а стоимость её всего 50 долларов, притом что коронарография до 8,5 тысяч долларов доходит в европейских странах, но когда мы имеем дело с больными сахарным диабетом, то здесь, конечно же, именно эта методика страдает. И так, по всей видимости, везде. Поэтому обязательно диабет и эти показатели должны входить в нацпроекты. Это, конечно, нужно отслеживать, и тогда будет большой эффект.

Большое вам спасибо за внимание. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Большое спасибо.

Конечно, отдельно «круглый стол» проведём по кадровым вопросам. Хочу спросить: 18 центров подготовки ординаторов – это много или мало для России? Может быть, и мало, а может быть, и достаточно. Другой вопрос, что если вся подготовка этих кадров будет сосредоточена только в центральных институтах, то получается, что наш ординатор будет вести одного-двух больных. Это не та подготовка, которая позволит квалифицированно подходить к тому, что должен уметь у нас ординатор. Поэтому надо думать и, конечно, ещё раз собираться по этому вопросу. Спасибо.

Сейчас я хочу предоставить слово Александру Сергеевичу Аметову, заведующему кафедрой эндокринологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования.

Александр Сергеевич, спасибо большое, что вы приняли участие в нашем первом «круглом столе».

(*Аплодисменты.*)

**Аметов А. С.** Спасибо.

**Председательствующий.** И думаю, что наше сотрудничество продолжится очень тесно.

**Аметов А. С.** Глубокоуважаемый президиум! Глубокоуважаемые коллеги! Дамы, господа!

На мой взгляд, «круглый стол» – это не только рассказ о каких-то наших успехах, а, наверное, про то, что ещё надо было сделать. Поэтому хотел обратить ваше внимание: ежегодно в мире погибает пять миллионов человек, и мы не являемся исключением из этого, пять миллионов человек по причинам, так или иначе ассоциированным с диабетом. Тогда почему, рассказывая какие-то истории про наши глобальные успехи, мы проигрываем войну против сахарного диабета? Да только потому, что, рассказывая про диспансеризацию, мы не отдаём себе отчёт, что заболевание стартует в утробе матери вне зависимости от избытка или дефицита внутриутробного питания. Поэтому планировать нужно эти программы на этапе планирования семьи. Это уже доказано. Потому

что именно тогда происходит нарушение метаболического программирования, которое к возрасту 50–60 лет обязательно будет реализовано.

Дальше. Какие предложения? Прежде всего, подготовить проект указа Президента России. Когда-то в 1996 году я готовил такой проект, позже подписанный президентом Ельциным, потому что это работает.

Далее. Гарантированно обеспечить реализацию конституционных прав граждан, болеющих сахарным диабетом, за счёт средств федерального территориального бюджета. Разработать и внедрить (у нас этой программы нет) комплексную национальную программу «Сахарный диабет».

Смотрите дальше. Как противостоять невидимой болезни? Когда она стартовала? Мы абсолютно упускаем этот момент.

Поэтому следующее. Разработать и внедрить комплексную национальную программу «Преддиабет». Отдельная самостоятельная программа с участием эндокринологов, терапевтов, диабетологов, семейных врачей, кардиологов. Такие программы, официально принятые как государственные, есть во многих странах. Как пример, могу назвать такую страну, как Казахстан.

Дальше. Эпидемиологическое исследование. Нам нужно полноценное эпидемиологическое исследование, которое позволит нам получить реальные цифры. Мы слышали несколько докладов, везде разные цифры на этот счёт. Реальное количество больных, реальное количество пациентов, цифры должны работать. За цифрами должен стоять реальный бюджет, а это не просто цифры. Потому что каждый пациент, где бы он ни проживал на территории нашей страны, он нуждается в этой гарантированной помощи. Поэтому назрела эта необходимость.

Мне очень понравился доклад, который представила Наталья Георгиевна. Получается, что почти 50 процентов больных диабетом не получают лечение из-за того, что мы устанавливаем диагноз с опозданием на 10–15 лет, и в момент установления диагноза 40–50 процентов уже имеют поздние осложнения. И это существенным образом увеличивает стоимость наших усилий.

Дальше. Я был первым главным диабетологом, поэтому, конечно, моя мечта – вернуть специальность «диабетология», разработать должностные функциональные обязанности, предусмотрев изменение временных нормативов на приём пациентов, и, очевидно, пересмотр нормативов оплаты труда. Нужно также полностью пересмотреть статус регистра. Регистр для меня – это динамически функционирующая система управления процессами, на основании которой мы можем говорить о гарантированном обеспечении, обоснованно прописать в государственном бюджете отдельной строкой наши расходы. Это принципиально важно. Это позволит нам кардинально изменить принципы закупок. Сейчас Марина Владимировна привела убедительные цифры, они на самом деле катастрофические. Изменить принципы закупок лекарственных препаратов, проводить их не на основе тендеров, а на основании данных регистра. Потому что это полностью позволит исключить чехарду с постоянной заменой препаратов.

Имея регистр, мы можем формировать государственный заказ. Почему-то мы не произносим эти слова – формировать государственный заказ на отечественное производство, представляя объёмы, сроки, цены, закупки по импорту, систему управления. Государственный регистр также должен иметь такую функцию, как оценка эффективности. Нам нужна реальная оценка эффективности каждого врача на месте.

Дальше. Не оценивая эффективность, вы можете узнать по данным регистра, в каком проценте случаев четыре раза в год изучается уровень гликированного гемоглобина. В четырёх процентах. Вот официальная оценка эффективности нашей работы... А у нас все документы, алгоритмы основаны на гликированном гемоглобине. Тогда в чём здесь дело?

Дальше. Единая государственная система в сфере здравоохранения – это тоже могло бы быть вариантом вот этой истории, продолжением данных регистра.

И, конечно, на мой взгляд, чрезвычайно важен национальный паспорт здоровья, электронный паспорт здоровья пациента с сахарным диабетом. Электронный паспорт здоровья, который в динамике позволит нам в любой точке, куда бы ни попал больной диабетом, понять, какие препараты он получает, какие осложнения и всё остальное.

Такие программы реализованы в других странах, и они абсолютно чётко работают. Регистр врачей. Мы говорили про нехватку кадров. Да, у нас есть регистр врачей. Тогда давайте посмотрим планирование, подготовку.

И следующий пункт принципиально важный – по поводу кафедр, которые занимаются подготовкой эндокринологов. У нас 96 кафедр, профессионально существующих многие и многие годы, должны быть чётко загружены. И нужна система, на самом деле, не только подготовки, но и тестового контроля. Как пример, 4,5 тысячи тестов – аттестация московского врача. И дальше считаю принципиально важно – почему из контекста вытаскиваем только эту часть? А где додипломная подготовка, где континуум, образовательный континуум до- и последипломной подготовки врачей-эндокринологов, диабетологов? Это принципиально важно, это единая система подготовки кадров.

В настоящее время есть две стороны, но не одной медали. Терапевтическое обучение полностью отсутствует. Отдельные школы существуют, да, это здорово. А это принцип, который включён Всемирной организацией здравоохранения как ведущий, который должен везде присутствовать.

Обучение пациентов. Его проводится недопустимо мало. И я считаю, что на это важно обратить внимание.

Закупки препаратов. Марина Владимировна тоже об этом говорила. Обратите внимание – сейчас есть препараты, которые не просто сахар снижают, уменьшают смертность, уменьшают госпитализацию от сердечной недостаточности. Сегодня здесь также говорили о едином источнике финансирования, единых программах поддержки инвалидов на федеральном и региональном уровнях.

Неотложная диабетология, неотложная эндокринология. Наша кафедра по заказу Департамента здравоохранения города Москвы проводит занятия для врачей скорой помощи. Фантастическая необходимость, врачи вообще об этом ничего не знают.

Помповая терапия. Нам нужны постоянные центры на уровне поликлиники по поддержке обучения пациентов пользованию помпой, потому что у них много вопросов. Если мы правда хотим, чтобы помпы работали, надо это делать.

Конечно, если говорим про преддиабет, должна быть государственная программа по борьбе с ожирением, и это принципиально важно. И я считаю, вообще было бы здорово когда-нибудь услышать про национальную научную программу по сахарному диабету. И она с учётом сегодняшнего количества больных диабетом должна иметь ранг национального проекта. Да, мы можем играть в эту классную игру в гранты, но есть абсолютно чёткий государственный заказ, есть потребность в усилении нашей активности в этом направлении.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Хочу предоставить слово директору Института экономики здравоохранения Высшей школы экономики Ларисе Дмитриевне Попович.

Лариса Дмитриевна, я думаю, что экономические выгоды лечения любого заболевания существуют, но для диабета должны быть особые.

**Попович Л. Д.** Я очень признательна за то, что до меня были доклады, в которых говорили о деньгах и о важности, в том числе лечения диабета. Мне кажется, что недооценка проблемы диабета во многом связана с тем, что формально доля смертей от диабета, в общем, не так велика – чуть больше трёх процентов. Да, и в России проблема

диабета, если посмотреть на долю смертей, которая непосредственно обусловлена этим заболеванием, это единицы процентов. И в сравнении с другими в России всё выглядит не так уж и плохо. Во многом это заблуждение потому, что распространённость диабета к 2040 году возрастёт существенно, и прогнозируемые 12 с половиной миллионов больных диабетом – это, может быть, даже не полный объём проблемы, которая будет стоять перед Россией.

Умные американцы, которые считают все свои деньги, посчитали, что неправильное ведение диабета приводит к потере 22 миллиардов долларов. Всего лишь неправильное ведение диабета, сбои в той хорошо отлаженной системе, в том числе дистанционного наблюдения, которое у них есть.

Что с Российской Федерацией? В Российской Федерации, к сожалению, и Nation это показал, уровень достижения тех целевых показателей алгоритмов, которые разработаны замечательным нашим профильным учреждением, достигаются в некоторых случаях практически меньше трети.

Мы решили посчитать на тех международных математических моделях, которые широко применяются сейчас в мире: а что стоит России вот это недоведение диабета, неправильное ведение, и какие потери можно было бы предотвратить, если бы мы создали нормальную систему, если можно было бы найти источники для мониторинга, для правильного лечения, для правильного курирования наших больных?

Мы учли возраст, пол, уровень гликированного гемоглобина, липидоуровни, давление, статус курения, массу тела и так далее 4608 типов групп пациентов. И для каждого из них просчитали вероятность развития обострений и осложнений от недостижения необходимого уровня показателей, от недостижения алгоритма ведения. Составили два сценария – что было бы, если бы они достигли необходимого уровня показателей, в сравнении с тем, что есть сейчас. Вот вам результаты: количество осложнений, которые возможно было бы предотвратить в самых разных ипостасях, если бы мы правильно вели диабет. Более двухсот миллиардов потерь в ближайшие годы, которые будут раскладываться вот таким вот образом, в основном эти потери будут касаться экономики, то, чего не видит здравоохранение. Потому что в здравоохранении идут расходы, а выгоды идут в общую экономику, в макроэкономику. И в основном выигрывает макроэкономика. Мы экономим деньги на здравоохранении, теряем на макроэкономике.

Но самое удивительное, мы посчитали, что можно было предотвратить, если бы уровень гликированного гемоглобина, который, к сожалению, в регистре действительно представлен не полностью, был снижен только на один процентный пункт по разным группам больных. Тогда в целом суммарно можно было бы избежать огромного количества осложнений, тем самым мы бы сэкономили как минимум 6–7 миллиардов рублей. При этом мы говорим о 4 миллиардах, которые не можем найти на детей.

Проблема нашего отношения к здравоохранению, безусловно, в непонимании экономической ценности вложений. Да, в национальном проекте «Здравоохранение» нет целевой подпрограммы «Диабет», и это большое упущение. Мы прекрасно понимаем, что базовым фактором, влияющим на снижение смертности, которые стоят целевыми значениями в федеральном проекте, всё-таки является диабет. Это серьёзнейшая проблема, недооценка которой, к сожалению, ведёт не только к экономическим, не только к социальным потерям, но также и к имиджевым потерям страны, потому что мы на самом деле выглядим на фоне других стран значительно хуже. Поэтому, безусловно, необходимо включать целевую программу работы, управления диабетом в федеральную программу, в федеральные программы национального проекта «Здравоохранение».

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Лариса Дмитриевна, оценивая экономические выгоды правильного лечения, мы как-то переходим к тому, чтобы действительно качественно это делать. Я думаю, что абсолютно точно подумаем над этим. Правда, коллеги?

А сейчас я хочу перейти к другому разделу (мы закончили организационные проблемы), к наиболее важному. Наиболее важной задачей для больных сахарным диабетом является профилактика. И вот здесь, Оксана Михайловна, я хочу предоставить слово вам, как директору Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России, главному внештатному специалисту-терапевту, который очень хорошо чувствует проблемы и диабетологии, и эндокринологии в целом.

**Драпкина О. М.** Спасибо. Большое спасибо, Наталья Петровна.

Глубокоуважаемый президиум! Глубокоуважаемые коллеги!

Да, действительно, очень важна профилактика в плане того, чтобы предотвратить рост диабета, соответственно, ожирения. Наверное, её значение очень трудно переоценить. И я очень коротко постараюсь сказать, что сделано, к чему мы стремимся. И я думаю, что эту проблему мы в любом случае решить сможем только сообща.

Уже говорили о том, что зарегистрировано 4,5 миллиона случаев сахарного диабета. Ужас в том, что каждый второй об этом не знает. Умножаем 4,5 на 2, получается 9 миллионов. Вот, собственно говоря, то количество пациентов, которые потенциально имеют возможность умереть от осложнений сахарного диабета.

Что можно сказать о том, какова траектория жизни больного сахарным диабетом? Три – пять лет должно пройти до того, как этот пациент окажется под таким чутким диспансерным наблюдением эндокринолога. А до этого где этот пациент находится? Вообще-то, он чаще всего приходит к терапевту, к врачу общей практики, в кабинет или отделение медицинской профилактики. Так должно быть. Но на самом деле бывает далеко не всегда. И вот здесь как раз тот пробел и, с другой стороны, та благодатная почва, где мы можем ожидать быстрых побед.

Поэтому, уважаемые коллеги, позвольте поделиться теми предложениями, которые я обязательно оставляю, Наталья Петровна. Они у меня сформулированы всего в трёх пунктах. Итак, врач-терапевт, врач общей практики. А до этого ещё практически четыре тысячи кабинетов и отделений медицинской профилактики центров здоровья, которые функционируют. Другое дело, что мы сейчас очень серьёзно работаем именно над качеством диспансеризации и профилактического осмотра.

Что знает врач-терапевт о диабете? Для ответа на этот вопрос эксперты Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины в 11 регионах провели опросник – до нашего обучающего цикла и после обучающего цикла. Вот эти вот цифры – это до обучающего цикла. Опрос был очный. Вы видите, что это достаточно репрезентативная выборка наших коллег, 11 городов Российской Федерации. Критерии преддиабета – с ними знакомы 29 процентов врачей. Рекомендации по лечению – достаточно правильные ответы дали 30 процентов, 1/3. И, наконец, аспекты диспансерного наблюдения знакомы 42 процентам врачей-терапевтов и врачей общей практики. Это, конечно, недостаточно.

Если говорить о новой нормативной базе... Сегодня Эльмира Камильевна об этом достаточно подробно рассказала, я лишь скажу, что наш настольный правовой документ – это порядок № 124, впервые в этом году мы соединили профилактический осмотр и диспансеризацию. И действительно, диспансеризация ежегодна с 40 лет, профилактический осмотр ежегоден с 18 лет, и надо сказать, что профилактический осмотр – это сердцевина первого этапа диспансеризации. Так вот в этой сердцевине красным выделено то, что касается темы нашей сегодняшней встречи, а это именно уровень глюкозы в крови экспресс-методом. До этого, до 2019 года, например, в 2017 году в порядке на втором этапе диспансеризации был включён уровень гликированного гемоглобина. И посмотрите, как этим пользовались врачи-терапевты, врачи отделения медицинской профилактики.

Вот тогда, когда можно было и нужно было всех направлять, и, в общем-то, было доступно сделать этот гликированный гемоглобин по некоторым регионам России,

только в половине случаев была реализована эта возможность. Сейчас идёт большая дискуссия по поводу того, нужно ли нам снова включить гликированный гемоглобин во второй этап диспансеризации. Пока считается, что этого делать не нужно, хотя я, как врач и как терапевт, наверное, сейчас уже за то, чтобы включать.

Вот вы с удивлением на меня смотрите, потому что в принципе по всем порядкам возможность бесплатно посмотреть уровень гликированного гемоглобина сохраняется, это, в общем-то, никто не отменял. Но, наверное, действительно надо решить этот вопрос и подумать именно в плане профосмотра и диспансеризации. Но и профосмотр и диспансеризация бесполезны без диспансерного наблюдения. Это так называемый профилактический континуум. Я не говорю сейчас о самом первом шаге этого профилактического континуума. Им предусматривается индивидуальная профилактика или медицинская профилактика, которая представлена диспансеризациями и профосмотром, пожизненное диспансерное наблюдение. Собственно говоря, круг замыкается.

Что нового? Порядок по диспансерному наблюдению в этом году впервые вводит понятие преддиабета для врача-терапевта, для врача общей практики, где чётко показано, каков визит или состав визита этого пациента с преддиабетом. И, в общем-то, нам кажется, что это тоже достаточно большая наша победа – выявление преддиабета и уже сахарного диабета второго типа.

Таким образом, можно заключить, что в профилактическом континууме можно выделить три основных уровня. Первый – это уровень государства, эта та реклама, которую мы видим, это та газировка или подслащённые напитки, которые доступны детям. Я не буду продолжать, вы поняли, о чём я говорю. Это общество, собственно говоря, те коммуникационные компании, те усилия медицинской общественности, в частности, нашего центра эндокринологии, который проводит очень много школ и, наконец, индивид.

Таким образом, три основных заключительных предложения. Первое – повысить уровень терапевтов в плане подготовленности к постановке преддиабета и диабета, второе – рассмотреть способы внедрения анкетирования пациентов в поликлинике по опроснику, и, собственно говоря, та самая общественная работа, про которую я только что сказала. Спасибо!

**Председательствующий.** Спасибо большое, Оксана Михайловна.

Я думаю, что мы всё-таки найдём какие-то экономические рычаги для того, чтобы преддиабет как-то контролировать. Потому что количество сахара в наших пищевых продуктах, даже количество сахара в нашей зубной пасте, которую используют дети и взрослые, всё равно не соответствует европейским стандартам, и это неправильно.

Я хочу пригласить к нашему микрофону начальника кафедры военно-полевой терапии Военно-медицинской академии Министерства обороны Российской Федерации, главного эндокринолога Министерства обороны Российской Федерации Юрия Шавкатовича Халимова.

**Халимов Ю. Ш.** Глубокоуважаемый президиум! Глубокоуважаемые коллеги!

Я сегодня выступаю даже не столько как руководитель ведущей терапевтической клиники Военно-медицинской академии, которая ежедневно лечит не только сахарный диабет, но и самые различные терапевтические, прежде всего сердечно-сосудистые, заболевания.

Хотел бы обозначить свои позиции в отношении вот того разговора, который мы сегодня ведём. Действительно, согласно мнению геронтологов, у нас есть несколько путей, как увеличить продолжительность жизни человека. Чем мы занимаемся сегодня? Увеличиваем так называемый морбидный период за счёт снижения частоты и тяжести течения основного заболевания, снижения риска осложнений. И таким образом уменьшаем период недожития. Конечно, очевидное достижение на этом поприще – пациенты

действительно живут дольше. Но всё-таки период недожития остаётся, популяционные исследования – их не обмануть. Шесть лет не доживает пациент с сахарным диабетом без сердечно-сосудистой патологии. Если он переносит инфаркт миокарда, он не доживает 12 лет. И, к сожалению, эта разница между пациентами с диабетом и без него сохраняется и поныне. Второе направление – это увеличить продолжительность периода здоровой жизни. Безусловно, за этим подходом будущее. И, наконец, самый прогрессивный подход – сочетание этих двух подходов.

При этом надо отметить, что эффективность подходов к сохранению здоровья человека очень различна, как и, собственно говоря, затраты. Наименьшая эффективность при использовании вторичной профилактики – она составляет всего 10–20 процентов. А затраты? Затраты 80 процентов.

Если мы говорим о первичной профилактике, то здесь значительно выше эффективность – уже 40 процентов при значительно меньших затратах. Поэтому, конечно, это самый эффективный и доступный способ, и Оксана Михайловна коснулась его, в частности, говоря, про газировку и так далее. Укрепление здоровья с помощью поддержания здорового образа жизни – это самый недорогой, но вместе с тем наиболее эффективный способ предупреждения основных заболеваний цивилизации.

Сегодня хорошо известно, что избыток и дисфункция жировой ткани (на этом я хотел бы сделать акцент) является ключевым, назовём его главным, драйвером метаболического нездоровья. С этой точки зрения проблемы вполне очевидны. Первое – ожирение не воспринимается большинством врачей и пациентов как заболевание, и об этом говорят крупные масштабные исследования. Медицинскую помощь по поводу ожирения получает в мире всего лишь один процент населения, я имею в виду сейчас специализированную помощь для пациентов с ожирением, остальные её не получают.

Снижение массы тела не определяется как ключевое направление лечения метаболических заболеваний, к которым, помимо диабета второго типа, относятся гипертоническая болезнь, дислипидемический статус, подагра и некоторые другие формы патологий. А известно, что снижение массы тела (сегодня это подтверждают абсолютно доказательные результаты) на 10 процентов вызывает длительную ремиссию. То есть, говоря простым языком, выздоровление от сахарного диабета. Когда я бываю в регионах и говорю об этом врачам, многие не представляют, что от диабета второго типа можно выздороветь. Похудей на 10 процентов – и каждый второй пациент, длительность диабета которого не превышает шести лет, входит в длительную многолетнюю ремиссию. При этом у него снижаются показатели давления, липидов и так далее.

И хотелось бы, чтобы в национальных клинических рекомендациях, в том числе в новом проекте, это было прописано отдельной строкой. Вспомним алгоритмы лечения ожирения, которые рекомендуются нашими руководящими структурами в области эндокринологии и алгоритмы, а ныне клинические рекомендации специализированной помощи больных сахарным диабетом. Неодинаковый подход, есть определённые противоречия. Мне кажется, мы обязаны прописать в качестве целевых показателей качественного лечения диабета, снизилась или нет масса тела. Пять процентов снижения нужно указывать обязательно, как гликированный гемоглобин, как показатель липидов, как показатель артериального давления.

Пациенты не обеспечиваются научно обоснованными рекомендациями по изменению образа жизни. Извините меня, 15 минут – это продолжительность осмотра больного врачом-эндокринологом. Но за 15 минут, кроме слов «меньше ешь и больше двигайся», как правило, у эндокринолога не получается ничего другого сказать. Не используются доступные, более информативные методы диагностики избытка жировой ткани. В частности, вот такой простой, в общем-то, метод композитной оценки состава тела человека. А ведь известно, что увеличение всего лишь на пять процентов не индекса массы тела, а процента задержания жира в организме человека – это увеличение метаболического не-

здоровья в четыре раза, сахарного диабета на 40 процентов, артериальной гипертензии, дислипидемии на 70–80 процентов, а сердечно-сосудистых заболеваний – на 70 процентов. Я ничего не придумал, это всё есть в современных публикациях.

Конечно, мы говорим о том, что есть проблемы со школами диабета, но у нас вообще нет так называемых школ борьбы с ожирением или практически их нет, а если они есть где-то в единичных лечебных учреждениях, то исключительно на энтузиазме держатся. А их необходимо обязательно создавать. Хотя вторичная профилактика менее эффективна, чем первичная, мы не используем, к сожалению, новых открывшихся возможностей применения современных не только безопасных, но и снижающих смертность препаратов. Об этом говорил в своём докладе Александр Сергеевич. Я просто хотел бы ещё раз акцентировать внимание на чём? В Российской Федерации, как и во многих других странах, к большому сожалению, 60–70 процентов больных получают препараты сульфонилмочевины и препараты инсулина, которые, мы это хорошо знаем, не только усугубляют влияние некоторых факторов сердечно-сосудистого риска, в частности, увеличивают объём и дисфункцию жировой ткани, но и вызывают серьёзные негативные последствия в виде гипогликемии.

Но самое главное, эти препараты никак не влияют на прогноз состояния здоровья наших пациентов, к большому сожалению. Да, они снижают риски микроангиопатии, но не продлевают жизнь нашим больным.

В Российской Федерации препаратов, доказанно продлевающих жизнь больных диабетом, один процент.

Я заканчиваю своё выступление. Я хотел бы дополнить те призывы и те предложения, которые уже прозвучали. Очень хорошо иметь клинические рекомендации по лечению диабета второго типа, и мы ожидаем, что они будут неким юридическим моментом, который позволяет нам заказывать те препараты, которые прописаны в этих клинических рекомендациях.

Но, конечно, ожирение... (*Микрофон отключён.*) Время моё вышло. Очень важна разработка федеральной программы, которая будет не просто преддиабету посвящена, а посвящена метаболическому здоровью населения Российской Федерации.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Мы сейчас от небольшого, но наиболее важного блока по профилактике перейдём к тем технологиям, которые способны управлять сахарным диабетом.

Я хочу предоставить слово главному внештатному специалисту, эндокринологу Московской области, руководителю отделения терапевтической эндокринологии Московского областного научно-исследовательского клинического института.

Александр Васильевич Древаль, пожалуйста, вам слово.

**Древаль А. В.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Я хотел бы увидеть первый свой слайд. Дело в том, что, в общем-то, на первом слайде я написал, что кроме того, что я – главный эндокринолог, ещё и профессиональный математик.

Это связано с тем, что проблемой «цифровая диабетология» я интересуюсь не как любитель, а как профессионал. И поэтому мне чрезвычайно интересно это новое направление, которое у нас быстро развивается. Я думаю, что мы должны уделить ему особое внимание.

Почему цифровые технологии и сахарный диабет? Диабет является уникальным для реализации цифровых медицинских технологий заболеванием как с точки зрения распространённости, так и потребности в постоянном профессиональном консультировании.

Больной, оставаясь один на один со своим заболеванием, не чувствует себя безопасно, ему постоянно нужны рекомендации врача в режиме реального времени. У вра-

ча недостаточно времени на приёме и у него должны быть инструменты наблюдения за больным диабетом вне поликлиники. Нужно развивать коммуникацию врача с больным и упростить документацию.

Руководителям здравоохранения цифровые технологии могут помочь одновременно снизить затраты на лечение и улучшить удовлетворённость больных медицинской помощью.

От чего зависит внедрение «цифровой диабетологии»: на предыдущем заседании Государственной Думы как раз обращалось внимание на то, что, как и предполагали разработчики цифровых технологий, будут проблемы с врачами. Нет, с врачами проблем нет. Проблема в участии больных в реализации этих программ. И, в общем-то, есть уже разработки, они показывают, как должны быть сделаны цифровые технологии для того, чтобы больные активно участвовали в их внедрении. Должны быть осведомлённость и владение навыками компьютерных технологий, когнитивно-поведенческая активность, мотивирующая больного на использование цифровых технологий, с помощью которых можно контролировать параметры здоровья или управлять ими. В общем-то, эти технологии должны быть удобны для использования, и это очевидное преимущество.

Есть разные направления. На последнем конгрессе по европейской диабетологии работала специальная секция по цифровым приложениям, и сейчас мы видим, как можно внедрять эти технологии и какие здесь существуют проблемы. Была обнародована статистика, и вы видите, что в европейских странах 60 процентов из опрошенных больных сахарным диабетом используют цифровые технологии.

Что предложено для больных сахарным диабетом? Это база данных по питанию, по содержанию продуктов и так далее. Цифровые технологии позволяют пользователям отслеживать свою физическую активность, считать калории, усваивать, устанавливать цели для упражнений при контроле веса. При помощи цифровых технологий можно вести мониторинг гликемии, строить графики, в том числе непрерывного мониторинга. Сегодня шла речь о флеш-мониторинге, это тоже приложения. Калькулятор дозы инсулина, который для помп используется, регулирование подачи инсулина помпой...

Конечно, это приложение, и им надо уметь пользоваться. Там пять страниц текста, и каждая страница достаточно сложная. Надо понимать, как этим пользоваться. На текущий момент нет обучения по флеш-мониторингу: как пользоваться приложениями, как с ними работать. Это очень непростая задача, причём она касается не только России. Это мировая практика, потому что на сегодня флеш-мониторинг используется просто как заменитель глюкометра.

И в чём проблемы с цифровыми технологиями? Доказательная эффективность. Мы вроде восхищаемся этими технологиями и говорим: замечательно всё сделано. А кто доказал, что они эффективны?

Чтобы обеспечить надёжность и клиническую значимость тех приложений, которые мы внедряем, необходимы дополнительные ресурсы.

Следующее. Доступность различных устройств и стандартов. То есть ты должен и на компьютере, и на своём iPad, и на своём телефоне этим пользоваться. Учёт популяционных различий. Больных сахарным диабетом, которые моложе 20 лет, в 60 раз меньше, чем тех, которые старше 60 лет. То есть мы должны ориентироваться на молодёжь, которая и владеет этими технологиями. А что делать с остальными?

Дальше, роль профессиональных медицинских работников. Должна быть система их обучения. Предлагается также, чтобы эти приложения проходили такую же регистрацию, такие же исследования, какие проходят лекарственные препараты. Всё это очень интересная большая задача, которую нам предстоит решить. Но, конечно, с моей точки зрения, реализация цифрового подхода должна быть системной.

**Председательствующий.** Александр Васильевич, спасибо большое за интересный доклад.

Сейчас я хочу предоставить слово Илье Николаевичу Дьякову, заведующему лабораторией Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток». Я так думаю, это тоже относится к блоку фундаментальных исследований, науки. Просим вас к микрофону.

**Дьяков И. Н.** Коллеги, добрый день!

Спасибо за возможность представить вам свои представления о существующих проблемах. Наверное, это уже будет взгляд не столько врача, сколько исследователя.

Какие ключевые вопросы мы можем рассмотреть с точки зрения участия науки в решении проблемы сахарного диабета? Это вопросы, которые направлены на перспективное решение проблемы, и вопросы, которые будет необходимо учитывать при текущей практике, которую мы применяем.

Ну, соответственно, ключевая проблема, то есть перспектива решения проблемы сахарного диабета, – это доступность лекарственных препаратов. Хотелось обратить внимание на то, что очень мало препаратов производства России, отечественных препаратов. То есть нам принципиальна интенсификация исследований для разработки новых препаратов, отечественных препаратов, для создания биосимиляров.

Здесь говорили о том, что качество отечественных препаратов оставляет желать лучшего. Естественно, она будет оставлять желать лучшего, если препарат всего один. Ну, ладно, два. У нас есть два отечественных инсулина, которые входят в перечень ЖНВЛП. Если же мы посмотрим на другие пероральные сахароснижающие препараты, то среди них отечественных препаратов вообще нет. Хотя мы видим, что их целых три класса, этих препаратов. И здесь огромное поле для работы научно-исследовательских институтов.

Проблема действительно серьёзная, и она требует комплексного решения. В первую очередь, необходима интенсификация фундаментальных исследований в области сахарного диабета. И эффективным способом, одним из эффективных способов, видимо, будет организация отдельных специализированных конкурсов по проблеме сахарного диабета в рамках РФ и программы РФФИ. Это что касается фундаментальных исследований либо научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ. И здесь могут подключиться программы Роспотребнадзора или Минздрава России по разработке конкретных препаратов.

Решить проблему сахарного диабета только силами эндокринологов, к сожалению, не получится. Это комплексное заболевание, в котором огромную составляющую играет иммунологическая часть. Поэтому необходимо при разработке новых препаратов создавать консорциумы. Нужно централизованно создавать консорциумы, по сути, научно-исследовательских организаций совершенно различной направленности – эндокринологической, иммунологической направленности. Обязательно должны в этих консорциумах участвовать химические институты, потому что необходимо синтезировать новые вещества и оценивать уже их эффективность. Без этого, к сожалению, добиться каких-то результатов у нас совершенно не получится.

Что касается повышения качества оказания текущей помощи. Параллельно с институтской деятельностью приходилось заниматься исследованиями, фармаэкономическими расчётами, при этом мы сталкивались с колоссальной проблемой недостатка статистических данных в России. То есть это действительно огромная проблема. И если мы пытаемся оценить бремя заболевания и влияние на бюджет, нам приходится экстраполировать данные зарубежных исследований, которые проводятся в основном на американской или европейской популяции. У нас очень многонациональная страна, в которой совершенно разный ответ может быть у различных народов, народностей, национальностей на применение различных препаратов. Частота встречаемости этих

заболеваний тоже различается. Поэтому необходимо создание именно открытой базы данных, в которой соответственно будут подробно описаны все эпидемиологические составляющие сахарного диабета.

Также мы столкнулись с такой проблемой, что не смогли найти опубликованных отечественных данных (ну, по большому счёту даже и зарубежных данных опубликованных толком нет) по прогрессии инсулинорезистентности. То есть фактически нам никто не смог ответить, через какое в среднем время пациент с самых простейших препаратов переходит на применение инсулина, через какое время ему требуется интенсификация инсулиновой терапии, повышение дозы инсулина. Это всё необходимо, для того чтобы грамотно принимать взвешенные решения по выбору лекарственной терапии и опять же по организации закупок лекарственных средств.

Вот здесь говорили о существующих проблемах в сфере закупок лекарственных средств. Понятное дело, сейчас они осуществляются, основываясь на потребностях. То есть мы знаем, какое количество наших пациентов надо обеспечить препаратами. Мы их стараемся в таком количестве и закупать.

На самом деле, если бы была возможность прогнозирования потребности в препаратах с течением времени, на год, на два, на три, на пять, на десять, мы могли бы действительно понимать, сколько препаратов нам надо.

И очень правильно здесь вопрос поднимался о создании государственных программ по обеспечению этими лекарственными препаратами.

Вот эти очень важные моменты, на которые хотелось бы обратить внимание и ещё раз вернуться к тому, что очень нужна исследователям открытая база статистических данных, по сахарному диабету, в частности, и, соответственно, по всем остальным заболеваниям.

Спасибо за внимание. *(Аплодисменты.)*

**Шестакова М. В.** Уважаемый Илья Николаевич, можно я просто отвечу вам, что вся эта база данных существует с 1996 года и каждый год регулярно публикуется по годам. Это и есть регистр сахарного диабета: сколько больных сейчас, сколько в перспективе будет, какая лекарственная структура, что они получают, сколько инсулина получали раньше, сколько они стали получать, сколько лекарств лимитировано, сколько будут получать, сколько прибавляется каждый год пациентов. Всё это и есть регистр сахарного диабета.

А открытым он не может быть, просто публикуются срезы из него. Это же закон об охране персональных данных. Как это он будет открытый?

**Дьяков И. Н.** Нет, нет, имеется в виду не конкретно с фамилиями пациентов, имеется в виду статистика.

**Шестакова М. В.** А статистика публикуется каждый год.

**Дьяков И. Н.** Вот недавно мы столкнулись с тем, что нам не смогли специалисты сказать, через какое время нам придётся поднять базу, уровень инсулина у пациентов там со 100 единиц до 150 единиц, до 200 единиц.

**Шестакова М. В.** Приходите к нам в центр.

**Председательствующий.** Марина Владимировна, мы с Ильёй Николаевичем в рабочем порядке, я думаю, встретимся и порешаем эти вопросы...

**Шестакова М. В.** Конечно, приходите к нам.

**Председательствующий.** А сейчас я хочу перейти к другому блоку вопросов – к ранней диагностике сахарного диабета. И предоставить слово Ирине Юрьевне Демидовой, заведующей кафедрой эндокринологии и диабетологии факультета усовершенствования врачей Российского национального исследовательского медицинского университета имени Пирогова. Спасибо. *(Аплодисменты.)*

**Демидова И. Ю.** Глубокоуважаемый сопредседатели и председатель! Уважаемые коллеги!

Ну вот я послушала, о чём сегодня говорят. И я, знаете, об очень приземлённом сейчас скажу, но с этим надо что-то делать, принимать какие-то меры. И это, безусловно, даст однозначный такой, знаете, в обозримом будущем результат. Поговорим о мероприятиях по ранней диагностике.

Сегодня не было практически ни одного выступления, в котором бы не затрагивалась эта тема. Я скажу о ней самое главное – о том, что абсолютно не делается, чем пренебрегают и из-за чего мы теряем огромное количество недиагностированных пациентов.

Для диагностики диабета требуется обязательно скрининг. А дальше, в зависимости от результата скрининга, принимается решение – или это будет повторное исследование глюкозно-венозной плазмы в том случае, если у человек диабетические сахара, или это будет тест толерантности к глюкозе с 75 граммами глюкозы, если у человека сахара не нормальные, но не достигшие уровня сахарного диабета. После этого ставится диагноз. И этому надо обязательно обучать терапевтов, почему? Потому что после этого начинаются какие-то ещё дополнительные размышления, после чего диагнозы сахарного диабета почему-то начинают сниматься.

Значит, диабет – лечение, преддиабет – тоже лечение и так далее. Либо изменение образа жизни, потому что есть факторы риска и ретесты. Даже Марина Владимировна об этом уже давно говорит. Это, в общем, та же тенденция, что и во всём мире.

В нашей стране приблизительно 30 миллионов людей с преддиабетом, это люди, которые в скором времени перейдут в состояние сахарного диабета со всеми вытекающими последствиями.

И вот оказалось, что самая главная причина низкого выявления вот этих ранних нарушений углеводного обмена на ранних стадиях диабета – это нарушение правил при аналитической подготовке образца крови. Об этом совершенно не говорится. Глюкоза, исследованная из необработанного образца, вследствие гликолиза (форменных элементов) ежечасно теряет по 5–7 позиций, на 5–7 процентов она падает, находясь в пробирке. И таким образом мы получаем совершенно искажённый результат.

Вот посмотрите, очень хороший наглядный пример. Вот здесь взяли и проанализировали, что происходит в первую минуту, в течение 60 минут, 120, 180. Посмотрите, какое идёт падение: в первый час – на 8 процентов, затем на 14, на 20 – в течение ближайших 3 часов.

Особенно опасной ситуация оказалась для людей с гипергликемией. Уже через 1 час у них падение происходит на 21 процент, а через 3 – на 33.

И вот теперь вы прекрасно понимаете, кого мы выявляем. Я не очень люблю все эти образы в своих лекциях, но тут с удовольствием воспользовалась. Вот мы выявляем случайно тех, у которых уже такая гликемия, которую невозможно не заметить, а остальное у нас остаётся невыявленным.

Почему? Требуется немедленное центрифугирование взятой крови с последующим немедленным отделением плазмы. И этот момент абсолютно не выполняется лицами, которые производят забор крови. Нет претензий к лаборатории, в лаборатории делаются абсолютно правильные анализы, они нам дают то, что видят, какой результат получили, но потеря сахара происходит на долабораторном этапе. То есть медсестра, взяв кровь, должна её немедленно поставить в центрифугу и отделить плазму, после чего она может уже храниться долгие-долгие часы, по крайней мере, за 72 часа произойдёт падение всего на 8 процентов. В противном случае падение на 8 процентов идёт за час.

Дальше. Значит, у нас довольно случайно заболевание выявляется. Почему? Неадекватный скрининг, нарушение при аналитической подготовке образца крови.

И вот то, о чём говорила Оксана Михайловна в своём докладе. Мы очень давно занимаемся обучением терапевтов, но в силу недостаточных знаний происходит абсолютное игнорирование наличия у пациентов преддиабета.

Последствия позднего выявления заболевания – наличие осложнений, их быстрое прогрессирование, высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний, ранняя инвалидизация, снижение качества жизни, преждевременная смерть. Очень важный момент – низкая эффективность пероральных сахароснижающих препаратов и ранняя необходимость назначения инсулинотерапии, то есть повышение прямых медицинских затрат на лечение.

К вопросу о диспансеризации. Мы провели в одном регионе исследование, повторно обследовали 1136 человек, которые прошли диспансеризацию, и у них считался идеальный углеводный обмен. У 22,4 процента из них при правильном заборе крови был выявлен сахарный диабет и преддиабет.

Я предлагаю подготовить информационное письмо в региональные минздравы о правилах при аналитической подготовке образцов крови для исследований и поручить региональным министрам здравоохранения провести анализ при аналитической подготовке образцов крови в местных ЛПУ и подготовить предложения по организации процесса, обеспечивающего соблюдение прописанных правил исследований и контроля за их соблюдением. И, может быть, продумать вариант о том, чтобы... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** 30 секунд. Включите, пожалуйста, микрофон.

**Демидова И. Ю.** ...день какой-то отдельный выделить в ЛПУ или просто сделать отдельный кабинет скрининга, куда люди приходили бы только сдавать правильно кровь на исследование гликемии. Благодарю вас за внимание!

**Председательствующий.** Спасибо, Татьяна Юрьевна.

А сейчас я хочу предоставить слово члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Александру Петровичу Петрову. Пожалуйста. Две минуты.

**Петров А. П.** Уважаемые коллеги, я бы хотел, прежде всего, сказать спасибо огромное, что сегодня мы обсуждаем проблему диабета, потому что надо понимать, что на законодательном уровне мы можем сделать. Третий час я здесь работаю, я должен буду голосовать за изменение в законодательстве, и я понял несколько моментов, которые учту в своей работе. Но всё ли можно учесть? Мы с вами собрались в стенах Государственной Думы, безусловно, мы можем дать рекомендации Министерству здравоохранения Российской Федерации.

Мне бы хотелось, чтобы каждый выступающий потом ещё раз подумал, какие изменения в законодательстве можно сделать? Потому что, например, мы в Государственной Думе специально приняли закон о клинических рекомендациях, и у меня вопрос к Минздраву России: почему не исполнен закон, когда доктора говорят, что это нужно сделать? Или доктора неправы, или Минздрав неправ. Мне бы это хотелось понять, как депутату. И я хочу направить запрос по итогам сегодняшнего выступления этого доктора: что происходит с клиническими рекомендациями?

Дальше. Мы долго спорим – плохое лекарство, хорошее лекарство. Завтра в Государственной Думе будет второе чтение законопроекта о взаимозаменяемости лекарственных препаратов. Я вот завтра буду докладывать, но я хочу сказать, что это медицинский закон, он очень специфичный.

Можете ли вы после этого обсуждать свой закон, который принесли доктора? И там будет прописано, что взаимозаменяемое, что невзаимозаменяемое, как государственные конкурсы вести. Сейчас, пока закона нет, можно долго обсуждать: что плохое, что хорошее. Хотя клинические исследования идут строго по одному стандартному образцу. И чтобы говорить, что что-то недоисследовано, надо взять на себя большую ответственность. Если недоисследовано, то почему Минздрав России не приостановит регистрационные удостоверения на этот лекарственный препарат или медицинское изделие? Это хороший вопрос?

Мои дорогие, каждое слово здесь очень дорого стоит. Причём дорого во всех смыслах. Дорого в смысле ответственности за жизни людей, и это главное. Потому что если

ситуация с этими пациентами останется точно такой же, мы с вами не правы, значит, мы ничего для них не сделали, поэтому надо ставить вопрос о нашем соответствии.

Нам не хватает клинических рекомендаций? Нам не хватает правил проведения надлежащей производственной практики? Где эти изменения? Чего не хватает? Мы работаем по GMP-стандарту, приезжаем в ВОЗ, и нам говорят – у вас самая крутая GMP-инспекция, у вас мощный инспекторат. Нам говорят: спасибо. И вдруг мы слышим – плохо. Тогда давайте обсуждать конкретно: где плохо, с кем плохо, и кто именно виноват.

Потому что общие разговоры о том, что импортные препараты хорошие, а российские плохие – они идут из медицинской среды, прежде всего. Они идут от психосоматики пациентов. Так давайте решать это. Мы не хотим импортозамещения? Хорошо, 1200 рублей упаковка инсулина стоила в трёх уважаемых компаниях, это было 40 долларов. Сейчас сколько упаковка инсулина та же самая стоит? 12 долларов. Что такая разница была – знаете? Те же компании продают лекарства по 12 долларов, в той же стране.

Вы говорите, не надо регулировать цены? Мы будем регулировать цены. Мы будем отвечать за то, чтобы препараты были самыми доступными. У нас действительно плохой инструмент, у нас каждый третий конкурс не состоялся. У нас несовершенная система государственных закупок. Вот о чём надо нам говорить. Депутаты, меняйте условия конкурсов, чтобы не было такого – нет инсулина у пациентов. В Курганской области нет инсулина – взрыв социальный. Любая мелочь сейчас на людей действует. И мы с вами за это ответственны. Сегодня взрывы по любому поводу, социальные протесты. И мы виноваты в этом, прежде всего.

Заканчивая выступление, ещё хочу сказать вот о чём. Безусловно, сегодня отказ от монетизации льгот очень важен. Но попробуйте объяснить это бабушке, которая 10 лет бесплатно лекарства получала. Поэтому у нас один с вами выход – лекарственное страхование, переход на компенсацию. И мы первый шаг сделали. Вы посмотрите, что мы приняли. 13 процентов со 120 тысяч каждый работающий сможет вернуть. Почитайте это решение, 15 600 каждый работающий может себе вернуть. Это хороший первый шаг в лекарственном страховании. Отладим эту систему и перейдём на полное лекарственное возмещение. Спасибо за внимание. *(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо, Александр Петрович.

Я хочу передать слово члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья, который до работы в парламенте был министром Алтайского края, министром здравоохранения. Валерий Анатольевич, Елыкомов человек, который остался в профессии, который, приезжая в любой регион, читает лекции на очень высоком уровне, и который бесконечно уважаем у нас в Комитете. Спасибо.

**Елыкомов В. А.** Спасибо, Наталья Петровна.

Я буду сегодня говорить о трёх вещах. Во-первых, о статистике, которая мне кажется важной.

В течение двух лет в Алтайском крае обследовано 20 тысяч 12-летних ребятишек. Каждый пятый имеет повышенный индекс массы тела, имеет повышенный холестерин, а каждый седьмой при исследовании крови натощак имеет повышенный сахар. 7 процентов ребятишек имеют кардиологические нарушения в виде различных проявлений нарушения ритма, некоторых из них прооперировали в федеральных центрах.

Мы обследуем ребятишек, когда они поступают в школу, мы их обследуем тогда, когда они идут на приписное освидетельствование. Всё, в середине у нас исследования нет. Дальше. Регистр хронической ишемической болезни сердца – 18 600 человек. Из них 24 процента имеют сахарный диабет второго типа.

Зачем я всё это говорю? Хочется напомнить всем, что, по большому счёту, эндокринологи были во главе этого поезда, который называется «формирование регистров». И на сегодняшний день, скажем так, то, что прозвучало в отношении отдельных про-

грамм, всё правильно, я вас понимаю, у вас общая задача. Но я могу сказать другое, например, канцер-регистра с гораздо большим числом в Российской Федерации просто нет. В этом зале мы вели парламентские слушания и, к сожалению, пришли к этому же.

Дальше. В национальной онкологической программе «Онкогематология» 30 тысяч нововыявленных больных, лечение для них в Российской Федерации по национальной онкологической программе не предусмотрено. И после этого мне хотелось бы сказать: вы знаете, на самом деле Александр Петрович прав, в Государственную Думу нужно приходиться с совершенно конкретными предложениями. Вот я коснусь той первой части, о которой я говорил.

По-хорошему, нужен закон о создании регистров. Что к этому у нас есть? «У нас есть закон о телемедицине, как мы его называем, хотя это фактически закон о больших базах медицинских данных, которые защищены. У нас уже прошли первые слушания, где шла речь о защите информационных данных по каждому жителю Российской Федерации.

У нас есть клинрекомендации, а после этого мы говорим, что от количества больных нужно перейти к деньгам. Да как мы к ним перейдём, когда мы не можем регистры наложить друг на друга?

А теперь сочетание. Онкологический больной, которому нужно проводить предлечение, проводится оно чаще всего кортикостероидами. Правильно? Правильно. На кортикостероидах что будет? Скачок. Это учитывается онкологами? Нет. Это я вам ответственно говорю. Нет, не учитывается. Вот дали лекарство – и до свидания. Пошёл человек, а дальше, кто его наблюдает? Участковый терапевт, что ли, на фоне химиотерапии? Нет.

Дальше. Регистр хронической ишемической болезни сердца содержит 24 процента больных сахарным диабетом второго типа. А их кто наблюдает? Вот регистры сахарного диабета в каждом регионе есть. Честь вам и хвала. А у кого есть наложение регистра сахарного диабета на регистр хронической ишемии? Нет. А хроническая сосудистая недостаточность есть? Нет. А как же мы лечим-то? И получается, что врач должен быть гениальным и всё знать. А вообще-то есть закон о защите прав пациентов. Мы не имеем право в чужую информацию влезать. Вот об этом речь и идёт. Тогда давайте рассмотрим вопрос о создании регистра, который бы пронизывал все заболевания, под который выделены были бы люди, которые вели бы всю эту статистику, и она напрямую была бы связана с бюджетом. Вот тогда мы поняли бы, о чём речь идёт.

Это первый вопрос. Второй вопрос о гематологии, то, что мне близко. По большому счёту макро- и микроангиопатия, конечно, увязаны с гемостазом. Причём, совершенно вас не обижая, могу чётко сказать, что это и по своему краю знаю, начини сейчас разговаривать с любым из эндокринологов и говорить ему про систему плазменного гемостаза, коагуляционного, тромбоцитарного, про антикоагулянтное звено, фибринолитическое, он меня не поймёт. А ведь речь фактически идёт о лечении осложнений, которые с этим связаны. Но это ж так.

Дальше. Метформин. Любимый препарат, про который мы сегодня неоднократно слышали. Его действие на систему гемостаза – он усиливает фибринолиз, так и должно быть. У вас где-то это прописано? Слава богу, если это есть. Ингибитор активатора плазминогена тканевого типа, всё прекрасно.

Дальше. По современным препаратам, которые пришли. Современные препараты, названия которых заканчиваются на «мап»..., да, то есть антитела, мы их применяем на сегодняшний день в лечении ретинопатии. Это серьёзный вопрос, когда мы применяем препараты, которые относятся к передовой науке и высокотехнологичной помощи.

Дальше. По конкретной ситуации, связанной с рядом новых препаратов, которые сегодня появились. Ну, да, если это гемостаз, значит, это прямые-непрямые антикоагулянты. Но больным длительно колоть их не будут, значит, надо также переводить

их на новые препараты, как мы больных кардиологических перевели на дебитатраны, на ривироксабаны, то, что применяется при лечении аритмии. Но это нормально, нормально, это должно проходить не на консультациях кардиологов, это должно быть записано в регистре. (*Микрофон отключён.*)

**Председательствующий.** Спасибо, Валерий Анатольевич. Я искренне надеюсь, что мы никого не обидели, но я думаю, что эндокринологи гемостаз всё-таки знают.

Потому что те осложнения, которые есть при сахарном диабете, они это обязательно предполагают, те новые препараты, которые сегодня входят не только в терапию, но их просто обязаны знать, а значит, и знать гемостаз.

Следующий выступающий – Ирина Владимировна Гурьева, профессор кафедры эндокринологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования. Пожалуйста.

**Гурьева И. В.** Уважаемые коллеги, у меня пять минут, я почти завершаю «круглый стол». Диабетическая стопа, она всегда завершающая. Сегодня особенно почётно выступать в столь значимой аудитории. И хочу сказать, что я представляю по стечению обстоятельств два министерства: я представитель кафедры эндокринологии, заведует которой Александр Сергеевич Аметов... И я представляю Федеральный центр медико-социальной экспертизы, федеральное бюро, мы сейчас работаем в новом учреждении, которое называется Федеральный научно-методический центр реабилитации, и мой руководитель тоже здесь – Михаил Анатольевич Дымочка. Поэтому то, что я сегодня скажу, будет очень важным, мне кажется, для межведомственного подхода.

Да, мир изменился, я с большим удовольствием слушала всех выступающих. И, конечно, абсолютно правомерно, что мы говорим об эпидемии преддиабета, я абсолютно согласна, что мы должны говорить о новых национальных федеральных рекомендациях по преддиабету. Но подумайте, когда начинается диабетическая стопа, если это, мы считали всегда и считаем, что это одно из наиболее калечащих и серьёзных осложнений диабета.

По мировой статистике, каждые 20 секунд в мире происходит ампутация. 20 секунд! Я только успею постучать костяшками своих пальцев по столу за это время. И для предупреждения этого мы должны уходить в детство, и мы должны уходить в преддиабет, и мы должны уходить в ожирение, именно тогда начинается диабетическая нейропатия. И сейчас обсуждается вопрос, с чего начинается ожирение. Может быть, оно начинается с автономной невропатии, с патологии тонких нервных волокон, с инсулинорезистентности мозга, именно тогда может происходить запуск старта преддиабетической стопы. Если мы сейчас уже чётко вводим в международные стандартные подходы понятие «преддиабетическая нейропатия», почему нам не начать говорить о преддиабетической стопе с момента инсулинорезистентности и ожирения? То есть профилактика, профилактика и профилактика. Мы должны начинать очень рано, мы должны профилактировать те подлежащие осложнения, которые приводят впоследствии к этому инвалидизирующему осложнению.

Могу сказать, что я не понаслышке знаю эту проблему, уже почти около 30 лет непосредственно сама занимаюсь, так сказать, ручным вмешательством на стопе. Некоторые подологи говорят «шкурим пятки», и я уверяю вас, это не менее почётно, чем разбираться в гормоно-рецепторном взаимодействии и проводить очень серьёзные научные исследования, о чём я в жизни так мечтала, но жизнь меня привела к диабетической стопе. И я считаю, что это определённая миссия, и мы, эндокринологи, благодаря нашим инициативам, в частности, нашим федеральным программам, действительно работаем в этом направлении.

И прежде всего мы должны этой проблемой начинать заниматься рано и внедрять не только профилактические, но и цифровые технологии мониторинга. Сегодня подаётся сколковский проект по мониторингу температуры на двух стопах для проведения

ранней диагностики выявления инфекций, мы с нашим учреждением принимаем в нём участие. Это очень важно для той сложной категории пациентов, группы очень высокого риска, которые с трудом могут заметить тот язвенный дефект, приводящий к таким серьёзным последствиям.

Это серьёзная проблема профилактики, но важнейшая проблема, которая не решена в нашей стране, – это необходимость разработки стандарта врача-подиатра и подиатрической или подологической медицинской сестры. Могу сказать, что в нашем существующем приказе № 899 от 2012 года Минздрава России о порядке организации эндокринологической помощи есть раздел по организации кабинета диабетической стопы. Но он, конечно, не соответствует уже современным критериям и, без сомнения, должен быть пересмотрен.

Потому что, прежде всего, эндокринологи выполняют именно эту «ручную обработку» стопы. С одной стороны, мы должны быть и хирургами, мы должны проводить лечение этих мелких повреждений, с другой стороны, мы даже накладываем мобилизующие повязки, то есть мы вошли в область ортопедии. И если не мы, так кто?

Поэтому, я считаю, что этот закон должен быть пересмотрен в части и должностных обязанностей, и обучения, и стандартизации подходов. И наша экспертная рабочая группа уже разработала такой проект организации этого кабинета, он подан в эндокринологический научный центр на рассмотрение. Я думаю, что мы вместе выйдем с этой инициативой в ближайшее время.

Огромная проблема существует сейчас в хирургических стационарах, в связи с тем, что врачи-хирурги, это гнойные хирурги и сосудистые хирурги, особенно гнойные хирурги, работают в условиях крайне сокращённого койко-дня. Это 6–8 койко-дней в среднем, когда они обязаны обеспечить такую сложную и комплексную помощь нашим пациентам.

И кроме всего прочего, в течение трёх дней они ещё должны заполнить документы на медико-социальную экспертизу при наличии первичной ампутации.

Могу сказать, что врачи-хирурги сегодня уже превращаются в писателей. Хирургия утратила тот ореол романтики, который мы все представляли, выходя из наших медицинских учреждений, и перешла в серию такого, вы знаете, тяжёлого, изнурительного труда в условиях сокращённого койко-дня. И поэтому, без сомнения, именно огромная нагрузка на хирургов привела к тому, что в Москве, например, увеличилось (послушайте внимательно) количество гильотинных ампутаций. Я уже второй раз это говорю. Это отмечают наши протезисты, наши руководители протезных учреждений. К нам, во-первых, поздно направляют на протезирование, через шесть месяцев, через год после контрактур, а теперь направлять стали и пациентов с гильотинными ампутациями.

Без сомнения, вопрос требует очень серьёзной проработки. И сейчас уже в нашем Минтруда России рассматривается закон о, может быть, некотором удлинении вот этого койко-дня, то есть не в течение трёх дней, а, может быть, чуть дольше будет проводиться направление на медико-социальную экспертизу на протезирование. Но это очень важный вопрос, и он, конечно, требует внимания и пересмотра нормативов и, может быть, порядка направления пациентов на ортопедическое обеспечение.

Без сомнения, сложным и очень важным вопросом, который мы решаем с нашим министерством, является вопрос обувного обеспечения.

Конечно, без сомнения, в центральных городах... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** 30 секунд. Включите.

**Гурьева И. В.** И в заключение хочу сказать, что армия подологов – это педикюристы, к которым наши пациенты либо идут, либо боятся и вообще не идут. Это не медицинская профессия. Но без сомнения, это огромная армия наших помощников, которая могла бы оказать нам помощь, и они идут к нам, они стараются помочь нашим... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Спасибо, Ирина Владимировна. (*Аплодисменты.*)

Следующее слово я хочу предоставить заместителю директора по научной работе Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт медицины труда имени академика Измерова» Людмиле Павловне Кузьминой.

**Кузьмина Л. П.** Глубокоуважаемый президиум, глубокоуважаемые коллеги, мы все устали, я постараюсь быть очень краткой. Очень много уже докладов сегодня прозвучало (поставьте, пожалуйста, Кузьмина), которые касались профилактики. Я представляю Институт медицины труда, то есть мы занимаемся здоровьем работающего населения. И мы занимаемся не только профессиональными заболеваниями, но также производственно-обусловленными и общими заболеваниями. Потому что производственные факторы являются триггерами в развитии не только профессиональной патологии, но и общесоматической патологии. Они утяжеляют состояние и способствуют развитию патологий.

Количество работающих у нас в стране – 72 миллиона, из них, обратите внимание, практически 40 процентов имеют работу, связанную с вредными и опасными условиями труда, чаще всего подвергаются сочетанному и комбинированному воздействию – это химические факторы, физические. И самое главное, очень много профессий, представители которых подвергаются на рабочем месте психоэмоциональному стрессу. Это и сменный режим труда, это работа в ночные смены.

У нас есть такой замечательный приказ, утверждённый тогда ещё Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в 2011 году, сегодня представители Минздрава России его уже упоминали, приказ № 302Н. Все работающие, деятельность которых связана с вредными и опасными условиями труда, обязаны проходить периодические медицинские осмотры. Если человек устраивается на работу, то он тоже проходит первичный предварительный медицинский осмотр. И мы считаем достижением профпатологов и специалистов по медицине труда, что в приказе № 302 мы ввели обязательное определение глюкозы и холестерина, до этого был приказ № 90, там это отсутствовало.

*(Демонстрируется слайд.)*

Вот здесь, обратите внимание, четвёртый пункт – это медицинские противопоказания к допуску. Среди самых различных противопоказаний, здесь вы видите, мы выделили болезни эндокринной системы прогрессирующего течения, то есть с тяжёлыми формами сахарного диабета человек не может работать во вредных и опасных условиях труда.

Медицинские противопоказания – это приказ № 796. Это касается водителей. У водителей тоже есть противопоказания, имеющий их водитель не может идти на работу с вредными условиями труда.

И как сегодня говорили, произошла гармонизация диспансеризации, медицинских осмотров и периодических медицинских осмотров. То есть базовые показатели остались практически одинаковыми. Конечно, это является положительным моментом, так как практически каждый год люди, работающие во вредных и опасных условиях труда, проходят периодический медицинский осмотр, и можно отслеживать уровень глюкозы. Если у этого работника уровень глюкозы повышенный, то мы его направляем к эндокринологу на дообследование, и важно вовремя обнаружить заболевание. Если ситуация заходит уже далеко, человек становится профнепригодным, и это для него тоже, в общем-то, трагедия, потому что он теряет свою работу.

Мы тоже свои предложения и рекомендации для резолюции «круглого стола» подали, но дело в том, что некоторые лечебно-профилактические учреждения, которые имеют аккредитацию на проведение медицинских осмотров, не всегда выполняют регламент и иногда закрывают глаза на работников с тяжёлыми формами сахарного диа-

бета и дают им профпригодность, что является недопустимым, особенно если человек работает в таких отраслях, как транспортная. Потому что это может привести к катастрофическим последствиям.

Спасибо за внимание. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо большое, Людмила Павловна, и за соблюдение регламента в том числе.

А сейчас я хочу предоставить слово Татьяне Юрьевне Демидовой, заведующей кафедрой эндокринологии лечебного факультета Российского национально-исследовательского медицинского университета имени Пирогова.

Пожалуйста, Татьяна Юрьевна.

**Демидова Т. Ю.** Уважаемая Наталья Петровна, спасибо большое.

Уважаемые коллеги, я понимаю, что мы уже много трудимся, многое прозвучало. Чрезвычайно важные моменты каждый хочет, как говорится, выделить и подчеркнуть, и обратить внимание на то, что ему кажется крайне необходимым исправить или развить.

Поэтому позвольте мне тоже обратить ваше внимание на те самые основные вещи, которые, на мой взгляд, являются чрезвычайно актуальными. С них, наверное, следует начинать и по мере исправления ситуации двигаться вперёд.

Действительно, очень многое сделано. Сегодня говорилось абсолютно корректно об огромных достижениях в области диабетологии, но заболеваемость по-прежнему остаётся чрезвычайно высокой. На сегодняшний день все международные организации разделяют эти два понятия: распространённость и заболеваемость.

Мы понимаем, что здесь не всё так плохо, хотя заболеваемость, конечно, нарастает и, по сути дела, приближается к показателю, когда каждый десятый человек будет страдать от диабета в ближайшее время или уже страдает.

При этом один из двух не имеет диагноза, сегодня многие обращали внимание на то, что это катастрофическая проблема, потому что при этом теряются возможности профилактики как первичной, так и вторичной. И во многом мы действительно терпим большие экономические потери за счёт выбора преферентной лекарственной терапии. Ну, и конечно, смертность, которая, по-видимому, действительно стоит на повестке дня. Наверное, это требует скорейшего решения.

Конечно, я понимаю, что за этим стоят серьёзные экономические вопросы и, говоря о своих конкретных предложениях, хотела бы отметить, что горячо поддерживаю прозвучавший сегодня призыв вернуть для нас специальность «диабетология». И горячо согласна с Александром Сергеевичем Аметовым, что сегодня вряд ли при таком объёме информации, таком колоссальном прорыве во всех направлениях технологий, медикаментозной интервенции и так далее, и так далее, можно представить, чтобы кто-то кроме диабетолога, специализирующегося в этой области, мог бы с этим справиться.

Я абсолютно уверена в том, что это могло бы помочь реализовать грамотный, комплексный, современный подход с учётом всех требований, которые, как мы видим, только нарастают, нарастают и нарастают.

Сегодня, как никогда, актуален этот вопрос, потому что мы уже слышали про кардиодиабетологию, завтра будет нефродиабетология, онкодиабетология и так далее, и так далее. И кто-то всё-таки должен в своих руках сосредоточить и, по крайней мере, вести это направление.

Далее, считаю, что, конечно, программы скрининга необходимо не только абсолютно правильно спланировать, расписать, создать на эту тему рекомендательные, законодательные акты, но и очень важно их внедрять. Эта проблема, как сегодня уже многократно говорилось, на самом деле междисциплинарна. Она заявлена кардиологами, сегодня мы понимаем, что всё, что касается раннего скрининга диабета, – это во многом профилактика не только отдалённых осложнений, но и всех сердечно-сосудистых

заболеваний, хронической болезни почек, неалкогольной, жировой болезни печени и многого другого.

Вот здесь хочу обратить ваше внимание на то, что каждый второй человек с невыявленным заболеванием на самом деле довольно часто имеет процент гликированного гемоглобина девять, а за этим, абсолютно всем нам давно известно, стоит чрезвычайно высокая летальность. Ну, и конечно, стремительное развитие сосудистых нейропатических осложнений.

Точно так же считаю, что эти рекомендации должны включать в себя все отмеченные сегодня направления. В первую очередь это, конечно, закрепление популяризации здорового образа жизни во всех стандартах, в многогранном, как говорится, исполнении. И это не только алиментарные факторы. Это, конечно, отказ от курения, регулярные физические нагрузки и многое другое, что сегодня уже несёт в себе абсолютно научное, практически понятное и доказанное звучание, что уже проверено во многих странах. И это уже показало свои результаты.

Но не менее актуально, что мы сегодня вместе с медикаментозными имеем чрезвычайно действенные немедикаментозные возможности для лечения ожирения, избыточной массы тела. Глубоко уверены, что бариатрическая хирургия важное, но неверное, непререферентное направление. Тем более что сегодня мы имеем и в перспективе ожидаем ещё более эффективные медикаментозные возможности для лечения этого состояния.

Естественно, сегодня у нас уже есть понимание, что даёт симптоматическую пользу в отношении ведения впервые выявленных пациентов и на стадии преддиабета, и на стадии диабета, что даёт достоверную ремиссию. И на сегодняшний день мы уже можем квалифицированно разделить эти походы.

Также считаю, что как бы мы ни старались перераспределить полномочия образовательного блока без создания вот такого поэтапного образовательного континуума, который будет включать в себя этапы высшего и последипломного образования и интегрировать непрерывные технологии медицинского образования, мы будем только усугублять проблемы, которые так хотим решить.

Заболевание сахарным диабетом является хроническим, оно неизлечимо на сегодняшний день, но поддаётся контролю, поддаётся управлению, и мы умеем этим управлять.

Другое дело, что объём информации столь велик, что каждый раз начинать с нуля и перечислять то терапевта, то ВОПа, то ещё кого-то в этой области почти не представляется возможным без потери качества. Конечно, мы можем и будем это делать, если это нам придётся, но качество, однозначно, будет страдать.

Уверена, что мы можем обеспечить на самом деле качественный и быстрый приток и в первичное звено, и, думаю, было бы целесообразно, как сегодня говорила Оксана Михайловна, интегрировать, особенно на начальном этапе, и ВОПов, и терапевтов. Но дальнейшее ведение пациентов, конечно, тоже имеет очень серьёзное значение.

Кроме того, хотелось бы, чтобы и программа терапевтических направлений всех ординатур, которых сегодня огромное количество, интегрировала программы по практической диабетологии, это во многом помогло бы повысить качество оказания помощи. В отношении нашей... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** 30 секунд. Пожалуйста.

**Демидова Т. Ю.** Сегодня Юрий Шавкатович об этом говорил, есть инновационные препараты, снижающие летальность, снижающие осложнения, обладающие органопротективными свойствами. И, наверное, есть возможность посмотреть, как можно увеличить использование этих препаратов в нашей практической работе. Назрел и вопрос в отношении комбинированных противодиабетических препаратов, фиксированных, которые характеризуются абсолютно другими фармакодинамическими свойствами... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Спасибо, Татьяна Юрьевна.

*(Аплодисменты.)*

А сейчас к микрофону я хочу пригласить Александра Юрьевича Майорова, заведующего отделом прогнозирования и инноваций диабета Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии.

Пожалуйста, Александр Юрьевич.

**Майоров А. Ю.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Я постараюсь быть очень кратким. Сегодня я выступаю не столько от имени заведующего отделом Национального центра эндокринологии, сколько от имени общественной организации пациентов с диабетом – Российской диабетической ассоциации.

И я готов присоединиться абсолютно ко всем выступавшим до меня по всем вопросам – обучения, лекарственного обеспечения, федерального регистра и так далее. Но на нескольких моментах я остановлюсь.

Ровно тридцать лет в этом году исполнилось обучению людей с диабетом, в Советском Союзе ещё это началось, и мы даже получили в этом году врачебную премию «Призвание» за создание нового направления в медицине – обучение больных диабетом.

Но, к сожалению, те самые школы диабета, которые были созданы, 30 лет назад началось, так до сих пор и не финансируются, за исключением, может быть, каких-то регионов конкретных, где удалось добиться консенсуса с Фондом обязательного медицинского страхования, разработать тарифы и начать финансирование. В основном же школа диабета держится на энтузиазме. И я могу сказать, как профессионал: какие бы мы дорогие препараты ни купили, какие бы мы флэш-мониторинги ни купили – если не будет обучения, ничего не будет. Весь мир понял это давно, и везде идёт как бы возмещение расходов на обучение в том или ином виде, без этого невозможно современное лечение диабета.

Поэтому, несмотря на то, что в порядке оказания помощи вроде бы есть законодательная основа, в каждом эндокринологическом отделении предусмотрена школа диабета и ставка медсестры, и ставка врача, две ставки даже. В детских отделениях, наверное, ситуация несколько лучше, во взрослых отделениях чаще всего эти ставки просто разделяют между врачами.

Поэтому надо каким-то образом решить вопрос с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, чтобы были разработаны нормальные тарифы на обучение пациентов с диабетом, это не так сложно сделать.

Несколько раз уже говорили о лекарственном обеспечении, о законе. Я если не каждый день, то каждую неделю обязательно получаю жалобы от пациентов, причём, как правило, они идут не мне напрямую, как председателю Ассоциации, они идут в Генеральную прокуратуру, они идут в Администрацию Президента Российской Федерации, они идут в Минздрав России, а дальше по нисходящей они возвращаются ко мне с припиской: ответьте вашим пациентам, почему им не дали такой-то и такой-то препарат. И вот это неравенство федеральных и региональных льготников. Оно, конечно, совершенно недопустимо, когда я за рубежом об этом рассказываю, меня спрашивают: как так может быть, люди живут на одной улице, но обеспечиваются совершенно по-разному? Так что этот вопрос должен быть обязательно решён.

Если говорить только о лекарствах, то, наверное, мы можем гордиться (Марина Владимировна показала), что у нас действительно есть все препараты, которые в мире зарегистрированы, мало кто из стран СНГ может этим гордиться. А вот со средствами самоконтроля у нас не очень хорошая ситуация.

Когда-то мы вводили в старые стандарты определённое количество тест-полосок, но последние стандарты 2014 года отменили средства медицинского назначения, в федеральном законе № 323-ФЗ остались только медицинские изделия, имплантируемые

в организм, а дешёвые не имплантируемые как бы вне закона оказались. Вот такая ошибка произошла.

Когда принимались последние стандарты, то медицинских изделий как таковых уже в стандартах не было. Они там были опосредованно, потому что мы схитрили и написали не про тест-полоски, а про определение глюкозы. И в некоторых регионах решили – пускай больные четыре раза в день приходят в поликлинику и там им определяют сахар в крови, ведь про тест-полоски в стандартах нет ни слова. Диабет наконец-то оказался в приоритете, поэтому я надеюсь, что когда клинические рекомендации будут приняты, на их основании уже действительно будут сделаны стандарты, в которых будет нормальным человеческим языком чёрным по белому написано, что пациент должен получать столько тест-полосок и так далее. И если в результате получится непрерывное мониторирование, это было бы совсем здорово. Мы какие-то категории пациентов, прежде всего, детей, на первом этапе могли бы тоже внедрить.

И вот как раз я привёл пример нашего федерального закона, как выглядел пункт 2 статьи 80 «О медицинских изделиях» и как он мог бы выглядеть, чтобы было написано – не «имплантируемые», а «в том числе имплантируемые». Все медицинские изделия, в том числе имплантируемые в организм, как наиболее дорогие. А получилось, что дорогие остались, а дешёвых-то как раз там нет.

Ну и уже несколько раз звучал этот вопрос о закупках по МНН или по торговому наименованию. Мы не против никаких инсулинов. Вот депутат уважаемый говорил, что это психосоматика, она идёт из медицинского сообщества, но в медицинское сообщество она идёт от больных, из средств массовой информации. Представьте себе человека, который с детства болеет диабетом, ему прожить с ним предстоит 80 лет. (Слава богу, мы начали получать международные медали Джослина за 50 мужественных лет с диабетом.) Человек должен быть до конца уверен, что то, чем он лечится всю жизнь, абсолютно качественно.

Поэтому мы не против никаких инсулинов – отечественных, китайских, индийских, но есть правильные процедуры их регистрации. Потому что они должны соответствовать всем требованиям, мы это записали и в клинических рекомендациях. И хотелось бы, чтобы это всё показывалось и демонстрировалось, прежде всего, медицинскому сообществу. Я не видел ни на одном нашем конгрессе, чтобы показывали некоторые из боисимиларов инсулина, которые зарегистрированы.

Ну и вот такой юридический аспект последний. К сожалению, в прошлом году произошла такая ситуация, что некоторые медицинские организации вообще и в области диабета, в частности, были признаны иностранными агентами. Но фактически мы можем сказать – за то, что критиковали органы здравоохранения, а при этом они получали гранты от иностранных компаний...

**Председательствующий.** Спасибо, Александр Юрьевич, большое.

*(Аплодисменты.)*

И сейчас я хочу перейти к нескольким коротким докладам, но они касаются лекарственного обеспечения. Поэтому они настолько важны, что хотелось бы внимания вашего.

Хочу предоставить слово главному эндокринологу Ставропольского края, главному врачу Ставропольского краевого эндокринологического диспансера Елене Семёновне Славицкой. Пожалуйста.

**Славицкая Е. С.** Уважаемая Наталья Петровна! Уважаемые присутствующие!

Огромная честь выступать после своих учителей и вообще озвучить те проблемы, которые связанные с лекарственным обеспечением в регионах.

*(Демонстрируется слайд.)*

Ставропольский край – благополучный регион с точки зрения организации помощи больным сахарным диабетом. У нас реализуются множественные и региональные,

и федеральные программы лекарственного обеспечения, и проекты по раннему выявлению заболевания. У нас уже четыре года дети и подростки обеспечиваются расходными материалами к инсулиновой помпе совершенно бесплатно, делается масса других вещей. Конечно, мы достигли определённых результатов. Продолжительность жизни пациентов с сахарным диабетом у нас сопоставима со средней по региону. Тем не менее обращений в вышестоящие различные инстанции не становится меньше. Мы понимаем, что это законное требование наших пациентов, их знание законов, и их растущие потребности в части исполнения и стандартов лечения, и тех законодательных, нормативных актов, которые есть у нас в стране.

*(Демонстрируется слайд.)*

Поэтому я бы хотела суммировать те проблемы, которые есть в регионах. И я думаю, что присутствующие в зале главные специалисты из ряда территорий, наверное, меня поддержат.

Ну, во-первых, это колоссальный рост больных сахарным диабетом. Надо признать, что больных не станет меньше, их станет только больше, а значит, и экономическое бремя на лекарственное обеспечение за счёт государственных программ будет только расти. При этом у нас явно недостаточное финансирование и прежде всего дополнительного лекарственного обеспечения федеральных льготников, поэтому... Вот как у нас в крае? Тридцать процентов бюджета края у нас уходит на залатывание дыр, связанных с недостаточным финансированием и с очень низким подушевым нормативом.

И также в этой же связи (это всё в одной связке) необоснованное дублирование оснований и источников лекарственного обеспечения федеральных льготников. Наши пациенты имеют право обеспечиваться за счёт нескольких нормативных актов, это позволяет им отказываться от набора социальных услуг в пользу денежной выплаты. При этом они претендуют на обеспечение из другого бюджета – регионального, и при этом они его истощают. И, в общем-то, как говорила Марина Владимировна, нарушается вот этот сам страховой принцип государственного финансирования. То есть мы на самом деле нарушаем законы, когда обеспечиваем федеральных льготников из региональных бюджетов, и тем самым мы на самом деле ухудшаем их положение.

Изменение структуры лечения в пользу инновационных препаратов. Мы будем прямо говорить, ну, действительно, это очень здорово, что у нас есть такие препараты, с помощью которых мы можем, в общем-то, выполнять указы Президента России в части увеличения продолжительности жизни. Но давайте прямо говорить, у нас нет финансовой возможности обеспечивать их этими препаратами. Да, препараты есть, они зарегистрированы, но обеспечить ими бесплатно всех нуждающихся пациентов мы на самом деле не можем.

Точно такая же на сегодняшний день ситуация с обеспечением медицинскими изделиями: у нас всё время увеличивается число людей – и детей, и подростков, и взрослых пациентов – на помповой инсулинотерапии. Но это опять-таки ложится бременем на наши бюджеты – и федеральный, и региональные. И, конечно же, это законные требования наших пациентов, которые хотят обеспечения своих гарантированных, в общем-то, прав.

Негибкая система государственных закупок, требующая значительного времени на проведение аукционных процедур. Но здесь я могу сказать, как человек, который занимается, в общем-то, такими закупками, что в этом году многое сделано в этом направлении. И вот эта, в общем-то, тяжёлая ноша, она частично была снята.

Предложения, которые бы я хотела очень быстро озвучить, они уже здесь звучали у очень многих докладчиков. Во-первых, это принятие каких-то дополнительных мер по увеличению норматива бюджетного финансирования дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан, как вариант, исключение возможности монетизации набора социальных услуг. Сложная проблема, это понятно. Но что-то

надо делать, потому что иначе мы просто всех нуждающихся за счёт государственных денег не обеспечим.

Это установление норматива, какого-то отдельного норматива обеспечения медицинскими изделиями детей и взрослых, страдающих инсулинозависимым сахарным диабетом. Речь идёт и о средствах самоконтроля самых простых, о которых говорил Александр Юрьевич. Точно так же, как и о расходных материалах к инсулиновой помпе. Да, это дорого. Это должен быть какой-то отдельный норматив, нам так видится. Конечно же, возможности должны быть за счёт расширения финансового обеспечения инновационными препаратами, которые на сегодняшний день, будем прямо говорить, недоступны широкому кругу пациентов, нуждающихся в этом лечении.

Также считаем необходимым включение во всеобщую диспансеризацию взрослого населения групп риска по диабету второго типа для исследования гемоглобина. И предусмотреть оплату врачей по ведению федерального регистра больных сахарным диабетом, предусмотрев дополнительные штаты для докторов, которые ведут школы диабета. Хотя опять-таки в нашем регионе эта проблема с Фондом ОМС решена, и школа диабета у нас проводится в системе обязательного медицинского страхования. Но вот знаете, у эндокринолога всё-таки женское лицо. Даже в этом зале это видно, потому что мужчин очень мало. Вот, честно говоря, мне врач-эндокринолог женщина напоминает Пашу Ангелину. Если кто помнит, это женщина первых пятилеток. Посадили на трактор, и мы поехали.

**Председательствующий.** Елена Семёновна, регламент.

**Славицкая Е. С.** Спасибо.

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, наберитесь терпения. У нас у всех завершающий доклад будет очень короткий – по две минуты. Но сейчас я хочу предоставить слово начальнику Управления по организации работы фармацевтических учреждений и предприятий Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга Людмиле Сергеевне Сычевской.

**Сычевская Л. С.** Уважаемая Наталья Петровна! Уважаемые коллеги!

Я представляю орган исполнительной власти, который занимается именно лекарственным обеспечением льготных категорий граждан, и у меня абсолютно прикладные вопросы.

Я поддерживаю предыдущего коллегу с точки зрения того, что у нас происходит в обеспечении федеральных льготников. Тот подушевой норматив на одного льготника, который сегодня существует, это 860 рублей 60 копеек в месяц и где-то 12 тысяч в год. Он совершенно не соотносится с тем, как мы сейчас лечим диабет.

Правильно сказала Марина Владимировна. Меньше семи тысяч рублей в месяц лечение не стоит и стоять не может. Вот у нас немного больше – девять тысяч рублей. То есть можно констатировать тот факт, что обеспечение льготных категорий граждан лекарственными препаратами – это всецело заслуга регионов. Насколько регион в состоянии позволить себе обеспечивать льготными лекарствами, настолько он и обеспечивает.

И вопрос не только в том, насколько по-разному обеспечиваются федеральные, и региональные льготники. Я вот этого даже представить себе не могу, потому что у нас в регионе это выровнено. То есть мы софинансируем региональных льготников до определённого уровня лекарственного обеспечения, каким обеспечиваются все больные сахарным диабетом в городе. Но нельзя не сказать о том, что сейчас регион от региона отличается в плане лекарственного обеспечения региональных льготников, это действительно так. То есть пациенты федеральные и региональные обеспечиваются разными инсулинами и разными сахароснижающими препаратами.

Но главное здесь ещё вот в чём: мы столкнулись с тем, что региональные нормативы существуют в каждом субъекте Российской Федерации по обеспечению, естествен-

но, региональных льготников. В разрезе постановления № 890 каждый регион делает какой-то свой нормативный акт, и за региональные деньги обеспечиваются жители данного региона. Ровно то же самое делали и мы. В нашем социальном кодексе есть отсылка к тому, что мы обеспечиваем за счёт регионального бюджета жителей Санкт-Петербурга.

Но вы понимаете, в сегодняшней нашей действительности, при том положении вещей, что люди живут там, где работают, там, где они могут получить образование, огромное количество иногородних больных сахарным диабетом, не являющихся инвалидами, посещают Санкт-Петербург, живут в Санкт-Петербурге достаточно длительный период времени. И вот одна из них, жительница Белгорода, опротестовала эту норму нашего закона, дошла до Верховного суда.

И я могу всех поздравить с тем, что наш Верховный суд считает, и, наверное, это правильно, что, в общем-то: «Анализ приведённых (я просто процитирую) правовых норм в их всесистемном единстве свидетельствует о том, что право граждан Российской Федерации, зарегистрированных в установленном порядке на территории Российской Федерации, на бесплатное обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями при амбулаторном лечении диабета является государственной гарантией, обеспечиваемой за счёт бюджетов субъектов Российской Федерации».

При этом по смыслу вышеназванных нормативно-правовых актов реализация данного права осуществляется на всей территории Российской Федерации и не может быть поставлена в зависимость от регистрации по месту жительства или по месту пребывания лица, страдающего диабетом, в том числе в ином субъекте Российской Федерации».

Я вас могу с этим поздравить. Любой человек, пребывающий на территории вашего субъекта Федерации, вне зависимости от того, является ли он жителем вашего региона или нет, обязан обеспечиваться лекарственными препаратами за счёт регионального бюджета.

Мы это уже начали делать. Конечно, мы подали кассационную жалобу. Но я честно могу сказать, мы мало надеемся на какое-то решение в этом отношении.

Что здесь нужно сделать? Конечно, никакие региональные бюджеты, ни бюджет Санкт-Петербурга, ни Москвы, не выдержит такого количества приезжающих, тем более что их невозможно посчитать. А мы всё-таки с вами имеем дело с бюджетами, и для этого нам нужен регистр больных, а мы его на этих приезжающих даже не имеем.

Поэтому здесь можно только одно сделать, то, о чём сказал Александр Петрович: как можно скорее ввести лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении в ОМС, и с этим тогда будут разбираться страховые компании. То есть здесь возможно возмещение одним бюджетом другому бюджету этих средств. Или действительно сделать какой-то механизм перераспределения между бюджетами и возмещения одним бюджетом другому бюджету той суммы, которая была затрачена на их льготников. Просто иное будет действительно неподъёмно для региональных бюджетов.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Вы поставили вопросы очень остро. Я поздравляю представителей Московской области, семь с половиной миллионов жителей которой становятся 11,5 миллионами в период от апреля до октября. Среди них достаточно большое количество больных сахарным диабетом.

В зале присутствует Инна Александровна Вейцман? Я хочу предоставить вам слово. У вас две минуты. Доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии Алтайского государственного медицинского университета. Пожалуйста.

**Вейцман И. А.** Спасибо большое.

Уважаемые коллеги! Сегодня моё небольшое сообщение будет об оптимизации инсулинотерапии у пациентов с сахарным диабетом второго типа.

Конечно, мы с вами сегодня говорим много о препаратах, о новых препаратах. Но если мы обратимся к регистру, то, собственно говоря, доля пациентов на инсулинотерапии при втором типе остаётся прежняя, около 18 процентов.

Далее, если мы с вами посмотрим в отношении назначения терапии, естественно, есть объективные данные, есть субъективные данные, и есть такое понятие, как оптимизация, о чём, собственно, с вами мы сегодня и собрались поговорить.

Итак, если мы с вами откроем клинические рекомендации, действительно, в них очень многое инсулинов. И при втором типе мы вольны их выбирать.

И здесь я сделаю акцент на двухфазных инсулинах, генно-инженерных. Конечно, это уже не первая и не вторая линия терапии, но, однако же, они имеют право на жизнь. И если мы прочитаем, есть определённая когорта пациентов, которым как раз эти инсулины назначаются.

У нас есть уральский кластер, завод «Медсинтез», который вырабатывает отечественные инсулины. И сибирский регион имеет опыт применения этих инсулинов.

Так вот, были проведены различного рода исследования в клинической практике, в том числе новосибирцы в прошлом году опубликовали данные об инициации как раз драг-наивных, инсулин-наивных пациентов на втором типе сахарного диабета. Они сделали выводы, что удобно стартовать для пациентов и данный препарат эффективный.

Безусловно, есть назначение к двухфазным инсулинам, мы это пропустим. Но ещё очень важный вопрос о фармакоэкономике. Мы с вами находимся в ситуации, когда у нас растёт количество пациентов с сахарным диабетом, но, к сожалению, бюджет остаётся прежним. Поэтому, безусловно, когда назначаем инсулин пациентам, мы должны с вами думать, в том числе... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Спасибо.

Инна Александровна, я думаю, что основная мысль ваша в том, что неплохие наши российские препараты. И, конечно, искренне надеюсь, что они имеют вот такую доказательную базу. Но это факт. Это не просто стремление заместить зарубежные препараты российскими, но и получать от российской фармацевтической промышленности достойное качество этих препаратов.

Спасибо большое. *(Аплодисменты.)*

Сейчас я хотела бы Алису Витальевну Витебскую пригласить, заведующую детским эндокринологическим отделением университетской детской клинической больницы Сеченского университета.

**Витебская А. В.** Уважаемые коллеги, у нас сегодня очень много говорилось о кадровом дефиците, кадровом голоде, в том числе нехватке детских эндокринологов. Но нам необходимо понимать, что, в общем-то, пациент с сахарным диабетом впервые в жизни выявляется отнюдь не эндокринологом, а педиатром либо терапевтом.

И основные наши предложения касаются обучения педиатров, обучения терапевтов вопросам эндокринологии. В частности, мы впервые, начиная с прошлого года, начали вносить подобные вопросы в тестовые задания и в вопросы аккредитации педиатров. В частности, из детской эндокринологии выбрана именно тема диагностики сахарного диабета, потому что именно эти специалисты первыми обязаны заподозрить это заболевание.

И готова в прошлом году задание по вопросам аккредитации, мы столкнулись с такой проблемой. Да, у нас существуют очень хорошие клинические рекомендации, эти рекомендации написаны нами для нас, эндокринологами для эндокринологов. Однако мы все с вами понимаем, что в районных больницах подобных пациентов выявляют, а после этого им, в частности, проводят инфузионную терапию отнюдь не эндокринологи, а дежурные терапевты, дежурные педиатры. И на наш взгляд, необходимо создание клинических рекомендаций, в том числе ориентированных на этих специалистов. Клинические рекомендации по ведению, подчёркиваю, ургентных состояний с чётким и довольно ясным алгоритмом действий.

И второй вопрос, который хотелось бы также поднять. У нас существуют очень хорошие федеральные клинические рекомендации по эпидемиологической безопасности пациентов с сахарным диабетом, но они в настоящий момент не регулируют обращение индивидуальных глюкометров, в условиях стационара мы все их с вами продолжаем использовать. И рекомендации не регламентируют никоим образом утилизацию медицинских отходов, используемых в бытовых условиях.

Поэтому вот эти документы также требуют доработки.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Ну и в заключение попросила слово Марина Григорьевна Шипулина, Российская диабетическая ассоциация.

Пожалуйста, Марина Григорьевна, у вас две минуты.

**Шипулина М. Г.** Депутаты Валерий Анатольевич и Александр Петрович говорили о том, почему вопрос обсуждается именно в стенах парламента и нужно ли голосовать. Это обычный вопрос, когда такая медико-социальная проблема приходит с тем, чтобы менять сложившиеся устои.

Но ответ на этот вопрос прост, потому что диабет является моделью среди заболеваний, где вот такие решения принимаются и имеют хороший результат. Потому что, прежде всего, есть программа межгосударственная в Межпарламентской ассамблее, которая работает уже с 2016 года. И вот в этой межгосударственной программе обозначены практически все мероприятия, о которых сегодня говорили применительно к России.

Статус этой программы достаточно высокий – её подписали главы правительств Белоруссии, Киргизии, Молдавии, Таджикистана, Узбекистана и, что самое главное, Российской Федерации.

А вот если мы сейчас возьмём и проанализируем практические итоги этой программы, то увидим следующее. В Белоруссии нет закона, но есть подпрограмма большой программы «Неинфекционные заболевания». В Киргизии есть закон «О диабете» и есть национальная программа. В Молдавии есть закон и программа. В Таджикистане есть и закон, и программа. В Узбекистане есть программа, принята только что, обеспечена бюджетом очень хорошо. А вот в России нет ни национального закона, ни национальной программы.

*(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Спасибо большое.

*(Аплодисменты.)*

Я хочу завершить наш «круглый стол» и хочу сказать вам всем большое, большое спасибо. Потому что эндокринологи – это очень обстоятельные люди, это сложная специальность, но всё-таки ваше присутствие здесь, позиция, когда вы высказали свои предложения и отметили недочёты, которые есть у нас в организации помощи больным сахарным диабетом.

Я хочу сказать спасибо за принципиальность, не за приглашенные и причёсанные доклады, а за принципиальную позицию, когда действительно нам что-то пора менять, когда действительно нам что-то нужно реально сделать.

Все участники «круглого стола» будут обязательно оповещаться о проведении заседаний наших рабочих групп. Работа каждой такой группы по согласованию с Вадимом Александровичем Егоровым, который будет серьёзно помогать нам коммуницировать, я думаю, будет посвящена какой-то одной проблеме, но эта проблема должна быть рассмотрена очень всерьёз, потому что профилактика, обеспечение лекарственными препаратами, диабетология и работа по снижению веса – это важно. По образовательному процессу для эндокринологов – и эндокринологов-педиатров, и взрослых эндокринологов – должна быть такая серьёзная, хорошая позиция, наверное, в рамках решения нескольких министерств.

Я хочу пожелать вам удачи в решении проблем диабетологии. Поблагодарить вас за терпение, потому что «круглый стол» шёл не один час. Я хочу поблагодарить от вашего имени членов президиума, которые высказали свою тоже очень принципиальную позицию в рамках решения проблемы сахарного диабета. Спасибо.

До встречи! *(Аплодисменты.)*

Я думаю и надеюсь, что это будет.

*(Аплодисменты.)*

**СТЕНОГРАММА**  
**парламентских слушаний Комитета Государственной Думы**  
**по охране здоровья на тему «О внедрении федеральной**  
**государственной информационной системы мониторинга движения**  
**лекарственных препаратов для медицинского применения»**

*Здание Государственной Думы. Малый зал.*  
*15 октября 2019 года. 9 часов 30 минут.*

**Председательствует первый заместитель руководителя**  
**фракции «ЕДИНАЯ РОССИЯ», руководитель межфракционной рабочей группы**  
**по совершенствованию законодательства в сфере лекарственного**  
**обеспечения граждан и обращения лекарственных средств**  
**А. К. Исаев**

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, уважаемые приглашённые. Сегодня мы проводим парламентские слушания о внедрении федеральной государственной информационной системы мониторинга движения лекарственных препаратов для медицинского применения, или, как в народе говорят, о маркировке лекарств. Тема крайне важная, она вызвала, как мы видим, большой интерес. Для участия в парламентских слушаниях зарегистрировалось 280 человек. Некоторые бойцы ещё подходят. Но тем не менее мы должны уже начинать.

Представлено у нас сегодня более 60 регионов России. Слушания мы проводим по инициативе Комитета Государственной Думы по охране здоровья и межфракционной рабочей группы по совершенствованию законодательства в сфере лекарственного обеспечения.

Ещё раз подчеркну, тема имеет огромное социальное значение. Сам закон об обязательной маркировке лекарственных средств был принят нами в конце 2017 года, за него проголосовали все фракции Государственной Думы, голосование было практически единогласным. Поскольку мы глубоко убеждены, что маркировка лекарственных препаратов крайне необходима, она решает сразу много важнейших проблем, которые существуют в нашей стране. Она решает проблему контрафакта (подделок), а мы понимаем, что такое, когда человек вместо нормальных лекарств получает подделки, иногда это может стоить человеку жизни. Она решает проблему мошенничества в сфере лекарственного обеспечения за счёт средств бюджета, проблему так называемого вторичного появления лекарств на рынке.

Поэтому в данном случае подход Государственной Думы неизменен, мы в этом вопросе солидарны с нашими коллегами из исполнительной власти: маркировка, безусловно, должна быть осуществлена. Но любая сложная социальная реформа сложна, и бывают ситуации, когда её исполнение может подорвать смысл того, что заложено в эту реформу. Государственная Дума, Правительство Российской Федерации прошли через опыт федерального закона № 122-ФЗ по монетизации льгот и, конечно, меньше всего нам хотелось бы на этой чувствительной и важной для общества теме повторить подобного рода опыт.

Мы считаем, что столь сложная работа, как маркировка лекарственных препаратов, должна быть, безусловно, серьёзно подготовлена. С 1 февраля 2017 года ведётся эксперимент, в нём участвуют десятки предприятий. Накануне наших парламентских слушаний группа депутатов Государственной Думы, сотрудников Аппарата Государственной Думы, экспертов проехала по всей цепочке, мы посетили предприятия, мы посетили дистрибьютера, мы посетили больницу, аптеки.

Хочу сказать, что посещали мы в первую очередь те организации, которые уже участвуют в эксперименте, и они высказались однозначно за то, чтобы маркировка с 1 января 2020 года была. Тем не менее у них есть вопросы и проблемы, которые нуждаются в решении.

Одновременно с этим мы видим, что целый ряд организаций, участвующих в фармацевтическом рынке, обращаются к нам с просьбой либо перенести сроки начала маркирования лекарств, либо срочно принять ряд важных решений, которые скорректируют общую принятую на сегодняшний день линию. Сегодня мы, коллеги, услышим все мнения, мы дадим возможность высказаться всем.

Вам роздан проект рекомендаций наших парламентских слушаний. Хочу обратить внимание на то, что это только проект. Мы не предвараем того обсуждения, которое состоится здесь. После того, как мы открыто обсудим все проблемы, нашей задачей будет найти решения, которые позволят избежать сложности, которые позволят спокойно и безболезненно войти в процесс маркировки, защитят интересы наших граждан, защитят интересы государства и отечественных товаропроизводителей.

Темы, которые я просил бы поднять в своих выступлениях, в первую очередь, непосредственного исполнителя, оператора и представителя органа государственной власти, ответственных за начало процесса маркировки, следующие. Во-первых, готовность всех сегментов рынка и уверенность в том, что 1 января 2020 года у нас не произойдут сбои даже на уровне аптек. Во-вторых, это тема, которая широко обсуждается в обществе, – цена на препараты.

Когда мы побывали на одном из предприятий (чтобы меня не заподозрили в рекламе, не буду называть его название, это предприятие, которое всё-таки выпускает сложные, дорогостоящие препараты), то мы увидели, что при скорости линии 25,5 метра в минуту, притом, что они работают над маркировкой с начала 2017 года, у них три процента брака. Дешёвые препараты идут с гораздо большей скоростью. Упаковка там хуже. Можно предположить, что процент брака там будет существенно выше. Это может отразиться на цене лекарств. Для дешёвых лекарств это важное изменение цены.

Нам сказали, что изменение цены, которое происходит на данные препараты, будет в районе двух рублей. Конечно, для дорогостоящего препарата два рубля – это несущественно, но для дешёвых препаратов это может быть и не два рубля, а больше, насколько мы понимаем. Это может быть достаточно существенным. И люди оценят не то, что они начали получать более качественные лекарства, а то, что они начали получать лекарства существенно более дорогие.

На этот вопрос мы и должны сегодня ответить.

Нам говорят о том, что большинством (до 90 процентов) лекарственных препаратов вполне могут обеспечить рынок те предприятия, которые готовы к маркировке. Но нас волнует и судьба предприятий, которые к маркировке не готовы. Они что, останутся и прекратят существование? Это люди, это трудовые коллективы, в первую очередь, работающие у нас. Нас, как депутатов Государственной Думы, данная тема не может не заботить.

Я получил обращение от малых предприятий. У них свои проблемы. Мы не сумели посетить их накануне слушаний, но на этом тема не закрывается, мы обязательно встретимся с представителями малых предприятий и обсудим их проблемы отдельно.

Ещё одна тема, которая выявилась в ходе нашего посещения, нашего обсуждения.

Изначально, принимая закон, мы договаривались о том, что информация будет открытой и полной у производителей. Сейчас мы знаем, что производители получают информацию до первого плеча, до дистрибьютера. Что дальше происходит с их лекарствами, они не знают. Почему? Что это за коммерческая тайна? Ведь если производитель будет знать о том, где конкретно находятся и используются его лекарства, то он деньги, потраченные на маркировку, сможет сэкономить на маркетинговых исследованиях, он будет знать ситуацию на рынке, и это тоже один из возможных положительных эффектов маркировки. С чем связана эта секретность? На это хотелось бы сегодня получить соответствующие ответы.

Одним словом, коллеги, мы не предваряем наше с вами обсуждение, не предваряем выводы. У нас времени на работу до 11.50. Записалось огромное количество выступающих. Всем хочется дать слово.

Первым я, безусловно, дам слово председателю профильного комитета Дмитрию Анатольевичу Морозову.

Но, Дмитрий Анатольевич, хотел бы перед этим оговорить регламент.

Давайте договоримся, что выступающим оператору и представителям органов исполнительной власти мы дадим до семи минут, всем остальным выступающим – до пяти минут. Для того чтобы мы могли обсудить максимально возможное количество проблем, просьба не повторяться, не говорить о том, что уже сказано, идти дальше и говорить о тех вопросах, которые нужно решить и которые ещё не прозвучали.

Коллеги, начинаем работу. Я передаю слово Дмитрию Анатольевичу Морозову.

**Морозов Д. А.** Глубокоуважаемый Андрей Константинович, глубокоуважаемые коллеги!

Я буду краток, поскольку суть сегодняшней встречи и сегодняшнего разговора – в ваших выступлениях, в том, что скажете вы. И я попросил бы всех быть (присоединяюсь к словам Андрея Константиновича) максимально конструктивными, поскольку мы занимаемся этим не первый день, не первый месяц и, получается, не первый год. И, к сожалению, вопросы, которые вызывают напряжение в обществе, сохраняются, и их нужно снять.

Я бы хотел подчеркнуть, мне кажется, очень важную мысль: сегодня красной нитью через работу нашего «круглого стола» проходит понятие парламентского контроля, того огромного процесса, который в идеале должен сопровождать законопроект как норму жизни, начиная от идеи и концепта и заканчивая анализом правоприменительной практики.

И сегодняшний «круглый стол», по сути парламентские слушания, они уникальны в своём роде, они не до первого чтения, ни между первым и вторым чтением, они предваряют вступление закона в силу. Это ещё раз показывает и, на мой взгляд, свидетельствует, как должны вместе работать законодательная и исполнительная власть, и это очень важно.

Действительно, Государственная Дума положила в основу сегодняшнего разговора очень серьёзный путь и серьёзную работу.

В 2017 году мы утвердили концепцию Совета Европы по противодействию фальсифицированным медицинским изделиям и медицинским препаратам. В 2018 году вышел закон о маркировке, и был принят закон о механизме ввода лекарственных препаратов в гражданский оборот. С 2019 года мы поддержали Росздравнадзор в отношении контрольной закупки.

То есть шаг за шагом, шаг за шагом мы шли к реализации вот этой концепции самого главного – обеспечения качественного, доброкачественного материала, лекарственных средств любых – для госпитального этапа, для амбулаторного этапа, для наших льготников, для списка жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее – ЖНВЛП) и многого, многого другого. И вот в декабре 2017 года был при-

нят закон, о котором сегодня идёт речь, мы проводим его обсуждение. И прошедший «круглый стол» Комитета Государственной Думы по охране здоровья между первым и вторым чтением, и проведённые следом парламентские слушания свидетельствовали о существовании разных точек зрения, причём зачастую полярных.

Я хочу поблагодарить в первую очередь подкомитет и экспертный совет, который возглавляет Александр Петрович Петров, который работал над этим не покладая рук, соединяя разные интеллектуальные, информационные, экспертные пласты для того, чтобы выйти на решение проблемы.

Действительно, вопросы и проблемы пока сохраняются. Нам никуда от них не спрятаться, не скрыться. Мы должны с открытым забралом, поскольку все вы, я неоднократно уже подчёркивал, эксперты высочайшего уровня, найти решение для того, чтобы мы выполнили главную государственную задачу и при этом смогли сохранить все наши силы и все наши активы. И я хочу поблагодарить и Минпромторг России, и Росздравнадзор, и Министерство здравоохранения Российской Федерации, конечно же, которые всегда работали единой командой, поддерживая друг друга и слыша друг друга. Мне кажется это принципиально важным.

И в заключение мне хотелось бы сказать, что действительно такие парламентские слушания перед вступлением закона в силу, по крайней мере, у нас в комитете, проводятся впервые, и я желаю всем успешной работы и призываю к конструктивизму и честности в отстаивании своих позиций.

Благодарю вас.

**Председательствующий.** Спасибо, Дмитрий Анатольевич.

Коллеги, Александр Петрович у нас выступит ближе к концу, он действительно наиболее погружённый в эту проблему человек, депутат, который просто с этим жил последние два года, и мы будем просить его подвести некий итог нашего обсуждения. А мы перейдём к тому, что дадим слово нашим коллегам из исполнительной власти.

Хотелось бы дать слово Елене Львовне Бойко, заместителю министра здравоохранения Российской Федерации.

Подготовиться Сергею Анатольевичу Цыбу.

Елена Львовна, вынужден напомнить регламент – 7 минут.

**Бойко Е. Л.** Уважаемые коллеги! Уважаемые участники парламентских слушаний!

Во-первых, сегодня уже говорилось про то, что закон об обязательной маркировке вступил в действие в конце 2018 года, но фактически маркировка у нас началась уже достаточно давно. Мы вместе с вами, с большинством фармпроизводителей создавали концепцию ещё в 2015 и в 2016 году, и тогда уже была признана важность и необходимость системы маркировки для обеспечения качественных лекарственных препаратов на нашем рынке.

И в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации в 2017 году начался эксперимент. В этом эксперименте участвуют около 500 производителей, фармпроизводителей. И фактически первый препарат у нас был промаркирован 18 августа 2017 года, когда мы с вами смогли отследить его от производства в Индии до отпуска данного препарата в московской аптеке.

Таким образом, на сегодняшний день у нас уже участников того самого эксперимента, который, по сути, уже не является экспериментом, уже является проектом по маркировке, зарегистрировано более 29 тысяч. Это и, как я уже говорила, фармпроизводители, и оптовые организации, и аптечные сети, и медицинские организации. Промаркировано на сегодняшний день более 41 миллиона пачек лекарственных препаратов, упаковок. Таким образом, мы считаем, что сегодня большинство как производителей, так и сетей уже готовы.

Вместе с тем лекарственные препараты – это не единственный атрибут системы маркировки. Как вы знаете, Правительство Российской Федерации в 2018 году при-

няло концепцию и модель функционирования маркировки всех товаров. В этой связи в ходе реализации эксперимента мы, безусловно, несколько скорректировали основные направления нашего эксперимента.

После вступления в силу закона № 425-ФЗ Правительство Российской Федерации выпустило соответствующие подзаконные акты. Это положение «О системе маркировки», это постановление «Об утверждении порядка очередности маркировки», в связи с которым мы запустили с 1 октября обязательную маркировку препаратов семи высокотратных нозологий. Также вышло постановление «Об общедоступной информации и размещении этой информации в сети Интернет».

Безусловно, мы в ходе реализации эксперимента корректируем данные постановления. Так как у нас для более качественной маркировки было выпущено обязательное условие о криптозащите, в ходе эксперимента, когда большинство фармпроизводителей обратилось с необходимостью корректировки длины криптокода, в августе было выпущено изменение в положение «О системе маркировки», где длина входа была скорректирована.

Чтобы не говорить только о позитивном, я хотела бы отметить, что любой проект, любое действие связано с необходимостью управления изменениями. Управление изменениями помогает исправлять возникающие ошибки и улучшать процесс.

В этой связи в процесс эксперимента зарегистрировалось большинство фармпроизводителей, но сейчас, поскольку нас действительно уже абсолютно поджимают сроки и закон об обязательной маркировке вступает в действие с 1 января, мы прилагаем максимальные усилия для того, чтобы все фармпроизводители зарегистрировали свои лекарственные препараты в системе маркировки. Это касается тех, кто по каким-то причинам в ходе двухлетнего эксперимента этого ещё не сделал.

Мы автоматизировали этот процесс с помощью существующего в настоящее время единого структурированного каталога лекарственных препаратов. Ранее, как подсистема нашей единой государственной системы в сфере здравоохранения, он был выпущен для другого процесса, для процесса расчёта средневзвешенных и референтных цен. Государственные заказчики у нас его приобретают для обеспечения льготных категорий граждан, для работы медицинских организаций.

Так вот, мы использовали этот инструмент и опять же пришли к выводу о том, что некоторые фармпроизводители не могут зарегистрировать с помощью этого инструмента препараты, потому что информация в нём структурирована и нормализована в отличие от государственного реестра лекарственных препаратов. Так вот, чтобы максимально устранить эту проблему, мы за последние два месяца сделали обновлённую версию справочника.

И, коллеги, я могу сегодня с ответственностью сказать, что по большинству фармпроизводителей проблемы, которые наблюдались два месяца назад, сейчас устранены.

Более того, мы понимаем, что в любом случае есть исключение из правил. И с фармпроизводителями, у которых сегодня вдруг будут наблюдаться какие-то проблемы, наши коллеги из службы единого оператора, Росздравнадзора, соответственно, Минздрава России отработывают данные кейсы в ручном режиме.

Поэтому мы призываем вас быть максимально лояльными к проекту. И чтобы те сотрудники, которые производят эту регистрацию, не пеняли на системы, которые используются для этого процесса, а решали проблемы.

В заключение я бы хотела сказать, что система маркировки – это, безусловно, очень важный проект, но мы его рассматриваем в комплексе, как составляющую единого цифрового контура. Единый цифровой контур – это не некое абстрактное понятие, а это, собственно, цифровой контур, но по процессам. В лекарственных препаратах кроме маркировки мы также параллельно внедряем и систему закупок лекарств, и системы...  
*(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Пожалуйста, добавьте минуту.

**Бойко Е. Л.** ...в медицинских организациях, с помощью которых врачи выписывают нужные рецепты, и системы льготного лекарственного обеспечения внутри регионального здравоохранения субъектов Федерации. И сейчас готовим законопроект о создании льготного лекарственного обеспечения, предполагающего создание федерального регистра, который сопрягается с региональными регистрами.

Таким образом, маркировка является частью цифрового контура лекарственного обеспечения. Если мы будем нарушать сроки по этому проекту, то, соответственно, у нас сдвинется всё остальное, а это для нас неприемлемо.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Елена Львовна.

Пожалуйста, слово предоставляется Сергею Анатольевичу Цыбу, первому заместителю министра промышленности торговли Российской Федерации. Подготовиться Михаилу Альбертовичу Мурашко.

**Цыб С. А.** Уважаемый Андрей Константинович, уважаемые коллеги, доброе утро всем! Обсуждаем один из важнейших, наверное, сегодня вопросов – введение обязательной маркировки лекарственных препаратов средствами идентификации.

Конечно же, введение обязательной маркировки – это в том числе и мера, направленная на выявление фальсифицированных контрафактных лекарственных препаратов для медицинского применения, которые сегодня могут находиться в гражданском обороте.

Елена Львовна, в принципе, очень много сказала о нормативной базе, я не буду повторяться, вы все, как участники рынка, знаете о том, какую масштабную работу провели федеральные органы исполнительной власти. Большое спасибо Государственной Думе за принятие законодательства в сфере обращения лекарственных препаратов, которое касается системы маркировки.

Я могу сказать о том, что у нас распоряжением Правительства Российской Федерации в 2018 году определены базовые принципы функционирования единой системы маркировки товаров, где одним из основных требований является генерация кода маркировки с использованием российских криптографических технологий, а также централизованное формирование кода маркировки оператором системы маркировки и единократное взимание платы за единицу кода маркировки при его генерации.

Здесь стоит отметить, что размер платы за оказание услуг по предоставлению кода маркировки, который установлен сегодня Правительством Российской Федерации, составляет 50 копеек за один код маркировки, плата за предоставление кодов маркировки для лекарственных препаратов, включённых в ЖНВЛП, с ценой ниже 20 рублей сегодня не взимается.

И здесь важно отметить, что сегодня установленный в настоящее время размер платы за предоставление кода маркировки и льготы по безвозмездному предоставлению кодов маркировки для лекарственных препаратов, входящих в перечень ЖНВЛП с ценой ниже 20 рублей, являются основой расчётов финансовой модели проекта маркировки и учтены в существенных условиях соглашения о государственно-частном партнёрстве, которое утверждено тоже распоряжением Правительства Российской Федерации – это нужно учитывать. Соглашение было заключено 7 июня 2019 года.

И у нас сегодня публичным партнёром от лица Российской Федерации выступает Министерство промышленности и торговли Российской Федерации, а частным партнёром – единый оператор, который тоже утверждён распоряжением Правительства Российской Федерации – это Центр развития перспективных технологий, оператор ЦРПТ.

Хотелось бы ещё сказать о том, что принято постановление Правительства Российской Федерации, которое сегодня определяет и порядок нанесения средств унификации, и порядок создания, развития и эксплуатации, порядок внесения информации

о лекарственных препаратах в систему мониторинга, а также устанавливает особенности внедрения системы мониторинга.

В целях проверки возможности промышленного оборудования по обеспечению, нанесению средств идентификации сегодня оператор ЦРПТ совместно с производителями лекарственных средств как в России, так и за рубежом, и производителями данного оборудования провели тестирование печати средств идентификации процесса агрегирования, включая и средства идентификации кода проверки и электронной подписи, разное количество символов.

И вот как Елена Львовна сказала, мы здесь постоянно ведём диалог с участниками рынка, и на основании положительных результатов тестирования Правительством Российской Федерации было принято решение о сокращении кода до 44 символов.

В части оснащения субъектов обращения лекарственных средств специализированным оборудованием в соответствии с положением о системе мониторинга движения лекарственных препаратов (далее – система МДЛП) оператор системы мониторинга сегодня осуществляет на безвозмездной основе оснащение производителей лекарственных средств регистраторами эмиссии субъектов обращения лекарственных средств, аптек и медицинских учреждений устройствами регистрации выбытия.

В целях реализации указанного положения Министерством промышленности и торговли сегодня утверждены соответствующие приказы – это и приказ об утверждении типовой формы договора по предоставлению регистратора выбытия лекарственных препаратов субъектам обращения лекарственных средств на безвозмездной основе.

И приказ об утверждении типовой формы договора по предоставлению устройства регистрации эмиссии субъектам обращения лекарственных средств путём предоставления удалённого доступа к нему на безвозмездной основе.

И приказ об утверждении типовой формы договора по предоставлению устройства регистрации эмиссии субъектам обращения лекарственных средств на безвозмездной основе.

Кроме того, в целях внедрения системы мониторинга сегодня Министерство промышленности и торговли Российской Федерации ведёт постоянную плановую работу с производителями лекарственных препаратов для медицинского применения. Мы осуществляем постоянное информирование всех производителей. Проинформированы все главы субъектов Российской Федерации с приведением перечня лицензиатов, которые находятся на территории Российской Федерации. Производителям как отечественным, так и зарубежным, их представительствам и ассоциациям направлены копии всех постановлений Правительства Российской Федерации, в том числе переведённые на английский язык.

И также Министерством промышленности и торговли Российской Федерации совместно с коллегами из Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения проведены три масштабных отраслевых совещания со всеми отечественными производителями лекарственных препаратов, а также ряд совещаний с производителями различных групп лекарственных препаратов, в том числе с производителями лекарственных препаратов нижнего ценового сегмента, включённых в перечень ЖНВЛП.

С целью выработки подходов к маркировке лекарственных препаратов на базе Росздравнадзора создана рабочая группа. Я думаю, что Михаил Альбертович об этом сегодня более подробно скажет. В рабочей группе принимают участие все федеральные органы исполнительной власти, заинтересованный оператор – ЦРПТ, ну и, конечно же, представители бизнес-сообщества.

На заседании рабочей группы 2 октября были утверждены на основании проведённых обсуждений по результатам тестирования и нанесения средств идентификации и бизнес-процессов рекомендации для участников рынка по маркировке средств иден-

тификации и мониторингу за оборотом отдельных видов лекарственных препаратов для медицинского применения, которые включают правила кодирования, структуру кода, способ формирования, форматы, требования к системе мониторинга, требования к оборудованию, используемому для нанесения и считывания кодов, порядок передачи обмена информации, порядок мониторинга и оценки результатов эксперимента.

Важно отметить, что сегодня оператор проводит (Михаил Андреевич об этом подробно расскажет) работу в части создания программного обеспечения с производителями оборудования, регулярно проводит тестирование интеграционных решений с производителями лекарственных средств, а также осуществляет информационные рассылки в адрес производителей лекарственных средств обо всех доступных обновлениях, и оказывает, соответственно, максимальную помощь в их интеграции.

В целях содействия внедрению сегодня ФГИС МДЛП отечественных производителей лекарственных средств Минпромторгом России создан механизм поддержки на основе предоставления Фондом развития промышленности займов под 1 процент годовых сроком до двух лет от 5 до 50 миллионов рублей на проект. И отдельно принято решение для производителей лекарственных препаратов группы ЖНВЛП, для которых сумма запрошенного займа превышает 20 процентов среднегодовой выручки от реализации лекарственных препаратов за последние три года, сроком до пяти лет. И в данном случае я думаю, что это большое подспорье тем...

*(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Добавьте минуту, пожалуйста.

**Цыб С. А.** ...организациям, которые, соответственно, сегодня выпускают препараты нижнего ценового сегмента и входят в том числе в различные ассоциации.

И здесь надо обратить внимание на то, что на 14 октября 2019 года в Фонде развития промышленности находятся в работе 98 проектов на сумму почти три миллиарда рублей. Профинансировано уже 40 процентов на 1,5 миллиарда рублей. Одобрено ещё 10 проектов на 212 миллионов. И в работе ещё 8 проектов почти на 200 миллионов рублей. То есть компании активно пользуются этим инструментом для приобретения оборудования.

С использованием средств криптографической защиты информации разработана регистрация выбытия, ограничивающая возможность оборотов фальсифицированных лекарственных препаратов (об этом подробно скажет Михаил Андреевич Дубин в своём выступлении).

Оператор оснастил сегодня российских производителей лекарственных препаратов программы «Семь высокозатратных нозологий» (далее также – программа «Семь нозологий») регистраторами эмиссии, а регистраторами выбытия оснащены сегодня места отпуска лекарственных препаратов...

*(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Ещё минуту добавьте, пожалуйста.

Сергей Анатольевич, завершайте.

**Цыб С. А.** Спасибо большое.

Участниками оборота сегодня совместно с оператором – Минпромторгом России, Росздравнадзором и Минздравом России проведены мероприятия, по итогам которых модернизированы производственные линии, оказано содействие в доработке программного обеспечения интеграторов, внесены изменения в нормативные документы, исходя из полученных результатов эксперимента, производителями лекарственных средств сегодня успешно выпущены в том числе и промышленные партии лекарственных препаратов.

Начата маркировка средств криптографической защиты программы «Семь нозологий», вы знаете, с 1 октября выпускаются промышленные партии, и система, соответственно, готова сегодня с точки зрения реализации именно тех решений, которые

приняты были Правительством Российской Федерации в своё время по особенностям внедрения в отношении программы «Семь нозологий».

И в заключение хотел бы поблагодарить от имени министерства всех участников рынка, производителей за ту активность, которую сегодня производители демонстрируют с точки зрения внедрения системы маркировки. Я думаю, что сегодня очень... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Спасибо, Сергей Анатольевич.

Слово предоставляется Михаилу Альбертовичу Мурашко, руководителю Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.

Подготовиться Михаилу Андреевичу Дубину.

**Мурашко М. А.** Доброе утро, уважаемые коллеги!

Впервые в жизни, появляясь на свет, мы сталкиваемся не с пищей, а с медицинскими изделиями или лекарственным препаратом. В родильном доме скрепка, зажим, антисептик, прививки и так далее – это то, что впервые получаем мы, приходя в эту жизнь. Лекарственные препараты для нас являются жизненно важными.

Что сегодня происходит? Через две недели будет ровно четыре года, как впервые мы начали говорить о маркировке. Это произошло на «ФармМедОбращении» в Измайлово – конференции, проводимой Росздравнадзором.

Я очень признателен Государственной Думе, которая за последние пять лет кардинально поменяла законодательство по обращению лекарственных препаратов. В качестве примера мы можем привести, что результатом внедрения стало снижение практически в 2,5 раза недоброкачественных препаратов на рынке, что составляет сегодня примерно 0,3 процента серий. Это кардинальный результат внедрения системы.

Что принципиально важно? Сегодня рабочая группа на протяжении последних лет отработала весь, полный пакет документов. Это высокоинтеллектуальная группа с привлечением дистрибьюторов, медицинских организаций, производителей, органов исполнительной власти, которая разработала каждый бизнес-процесс для каждого этапа. Причём Андрей Константинович со своими коллегами убедился, насколько логично и мудро построена система. Она позволяет учитывать плюрализм мнений. Даже проверка внезапная, контрольная закупка Андреем Константиновичем, проводимая в пятницу, визит внезапный в аптеку подтвердил, что каждая аптечная организация знает и готовится непосредственно к системе маркировки.

Что же сегодня произошло? Уважаемые коллеги, в первую очередь сегодня сформирован полный пакет документов. Меня немножко удивляет, что каждый читает законодательство по-своему. В законе написано, что по партиям, по сериям производитель вправе получать информацию из системы. Партия – это даже две упаковки. Почему трактуется по-другому, я не понимаю. Это было заложено в теле закона.

Следующий момент. Сегодня мы создали в каждом субъекте Федерации центр компетенций, в каждом. Мы провели девять общероссийских видеоселекторных совещаний. Мы провели в течение двух дней с видеотрансляцией, с очным участием 17 сентября конференцию... не конференцию, а совещание, в котором очно приняли участие более 2,5 тысячи человек, и все субъекты Российской Федерации участвовали онлайн. Сегодня в здравоохранении нет людей, отвечающих за организацию процесса и фармацевтической сети и не знающих о системе маркировки.

За последние пять лет количество фармацевтических организаций увеличилось в 1,5 раза. Никаких барьеров по развитию данного направления нет. Количество медорганизаций увеличилось более чем на 30 процентов. Нет никаких барьеров для развития.

Сегодня, что принципиально важно, произведена приёмка системы 30 сентября на площадке Минпромторга России, и межведомственная комиссия подписала эти документы. С 1 октября для программы «Семь нозологий» система заработала: все аптеч-

ные организации в сети, производители выпустили промаркированные партии. Система стартовала в рабочем контуре.

Что принципиально важно ещё? Сегодня производителями докладываются и показываются принципы маркировки, не только основанные на печати на линии, но в том числе печать на упаковке при производстве самой упаковки, что значительно удешевляет процесс и фактически не увеличивает стоимость расходов на внедрение маркировки, и это было показано как отечественными, так и зарубежными производителями.

Сегодня спекуляция темой значимо увеличивает процесс, всё зависит от интеллектуального подхода. Наши коллеги из других стран обычно внедряли систему маркировки за полтора года. Скорость цифровых трансформаций – это даже не вопрос безопасности и не выведение недоброкачественных или фальсифицированных лекарств, это вопрос в том числе прослеживания, насколько сегодня вся сеть обеспечена лекарственным препаратом, логистическая цепочка до последнего потребления.

Мы сегодня создали систему, позволяющую знать, сколько наименований вводится в лекарственный оборот, а сколько же потребляется. Я сегодня могу с точностью до упаковки сказать, сколько ввезено в Российскую Федерацию, но сколько какая медицинская организация или аптечная организация получила препаратов, пока сказать не могу, а это плохо, для производства необходимо знать всё. Для управления, для безопасности пациентов это важная информация.

Чем дальше мы отсрочим внедрение маркировки, тем позднее мы получим эту информацию, и те информационные системы, которые мы создали сегодня совместно с Минздравом России, с Минпромторгом России, с Казначейством и так далее, они сегодня должны слиться в экосистему лекарственного обеспечения. И эта экосистема не сможет работать без шин и маркировки.

Что ещё принципиально важно? Наряду с защитой цепи поставок мы должны научиться управлять товарными запасами и прогнозировать потребление. Расширение списка употребления лекарственных препаратов для лечения онкологических заболеваний привело к тому, что практически по 80 процентам онкологических заболеваний из списка 107, по ним по всем увеличению объёма поставок произошло практически в два раза.

Мы должны чётко прогнозировать, в противном случае государственная система будет сбоить.

Завершая своё выступление, я хотел ещё раз поблагодарить всех участников сети, системы, рабочую группу, которая высокоэффективно отработала, и, безусловно, Государственную Думу. У меня нет желания, поверьте, коллеги, срывать сроки, но мы должны понимать: любая отсрочка влияет на качество лечения и безопасность лечения каждого из нас. Поэтому взвешенные решения должны быть чёткими, продление невозможно. Можно решить вопрос, обсуждать какую-то этапность, но это в любом случае. Если обычно государство внедряет маркировку за полтора года, неужели такая страна, как наша, не способна это сделать за этот период, который нам был отведён?

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Михаил Альбертович. Хочу вас поблагодарить, вы, во-первых, полностью уложились, во-вторых, ответили на ряд вопросов. Хочу призвать нас всех так же жёстко придерживаться регламента.

Слово предоставляется Михаилу Андреевичу Дубину, председателю центрального совета директоров «Центр развития перспективных технологий».

Подготовиться Юрию Тихоновичу Калинину.

**Дубин М. А.** Доброе утро, уважаемый Андрей Константинович! Дамы и господа!

Хочу рассказать о нашем взгляде на внедрение маркировки в лекарственных препаратах. Оператор ЦРПТ впервые в России заключил федеральное соглашение по закону

о государственно-частном партнёрстве, который существует достаточно давно, за это большое спасибо, в том числе, Государственной Думе. На сегодняшний день у нас система введена в эксплуатацию, соответственно, единая национальная система маркировки товаров, в ней уже функционирует определённое количество товарных групп, в том числе табак, обувь, выпускаются миллиарды кодов.

Система имеет статус ГИС, то есть государственной информационной системы, всё, что касается данных в системе, несмотря на то, что оператор частный, они принадлежат государству и, собственно, защищены согласно всем стандартам. В соответствии с текущей нормативкой речь идёт о том, что в ГЧП у нас более 10 товарных групп, и, безусловно, лекарственные препараты для нас важнейшие.

Напомню, что система прослеживания изначально создавалась в лекарствах в Федеральной налоговой службе (ФНС), и в ноябре 2018 года решением Правительства Российской Федерации мы были назначены ответственной организацией за эксплуатацию и дальнейшее развитие системы. С тех пор всё развитие системы осуществляется без участия средств государственного бюджета, финансируется за счёт частного партнёра, и даже в соглашении ГЧП, в отличие от абсолютного большинства аналогичных концессий, отсутствуют какие бы то ни было государственные гарантии, включая любые рыночные риски. То есть финансируется за счёт частного партнёра.

В 2018 и 2019 годах были приняты все документы по маркировке лекарств, и мы наряду со всей индустрией функционируем исключительно в рамках этих принятых решений.

Это касается как функциональности процессов и правил игры маркировки, так и решений по этапности, например, которые в рамках федерального закона были делегированы Правительством Российской Федерации относительно программы «Семь нозологий». Было выпущено постановление № 1557 летом этого года, с 1 июля до 1 октября продолжался этап внедрения нозологий, и на сегодня обязательная маркировка уже работает. На мой взгляд, такой вот этап, когда есть определённое окно времени, и показывает свою эффективность, то есть сначала система открывается для регистрации, после этого участники регистрируются, размещают заявки, оснащаются оборудованием, имеют время на необходимое тестирование.

Говоря о нормативно-правовых актах, важно отметить постоянную работу над оптимизацией отдельных положений с учётом практического опыта работы над проектом со стороны регуляторов и индустрии. Ключевой пример: безусловно, это сокращение в 2019 году криптокода с 88 до 44 символов, об этом уже коллеги сказали, наверное, повторяться не буду, лишь скажу, что мы благодарны Правительству Российской Федерации, что в итоге удалось получить все необходимые согласования, и документ этот вышел.

Со своей стороны уверены, что подобное решение полностью снимает вопрос о нанесении кода, печати кода, о допустимом проценте брака. Наряду с этим был принят ещё целый ряд важных документов, в том числе текущая редакция постановления № 62 о «пилоте» признала регистрационные данные, вводимые в систему участниками «пилота», значимыми и после перевода информационной системы в обязательный режим. То есть информация, которая попадает сегодня, которую можно внести уже сейчас, она потом никуда не денется, она будет иметь юридическую значимость. И я со своей стороны призываю всех, кто ещё не зарегистрировался, не ввёл лекарственные препараты или не успел сделать ещё какие-то вещи, регистрируйтесь, тестируйтесь, это, собственно всё как раз в интересах скорейшей реализации.

Относительно функционального развития системы. Как я уже упоминал, в ноябре прошлого года нам от ФНС была передана эстафета по эксплуатации и дальнейшему развитию системы, и с тех пор система довольно сильно уже преобразилась. Не могу не упомянуть ключевую роль Росздравнадзора, на площадке которого функциониру-

ет рабочая группа под личным кураторством Михаила Альбертовича Мурашко. Это именно та площадка, на которой отрасль в организованном режиме формирует для нас, как для оператора, задачи на доработку. Таких доработок достаточно много, в интересах времени не буду их перечислять.

Хочу только сказать, что у нас появилось мобильное приложение, оно доступно как для лекарственных средств, так и для других товарных групп, в любых соответствующих магазинах его можно скачать и установить, и эволюция системы, безусловно, будет продолжаться. Из того, чего не было ещё до ноября прошлого года, это техподдержка. У нас создана и функционирует техническая поддержка 24 часа в сутки, семь дней в неделю, собственно, отвечает на любые вопросы.

Как я уже сказал, программа «Семь нозологий» запущена. Работают, выпускаются промышленные партии и проведено сквозное тестирование всех процессов – от производства до ввода в оборот. И в том числе протестированы и кассовые чеки выбытия, которые упоминались, и устройства, которые мы поставляем в рамках соглашения ГЧП, так называемые регистраторы выбытия, они защищают от повторного ввода в медицинских учреждениях. Мы по соглашению обязаны поставить их во все медицинские организации, коих в стране свыше 250 тысяч. Это то, чем мы активно занимаемся, и я уверен, что будем успевать.

Помимо работы над собственно информационной системой мы внутри оператора целенаправленно формировали экспертизу по технологиям нанесения кода и экспертизу по доработке информационных систем, в том числе крупнейших мировых производителей, которые в основном используются на фармпредприятиях. И мы находимся в постоянном контакте с инженерным составом производителей, за что коллегам большое спасибо. Наша текущая оценка, если говорить по обеспеченности оборудованием российской фармы, это примерно 60–65 процентов МНН. Ещё примерно 20 процентов будут оснащены до конца текущего квартала, то есть до конца этого года, и примерно 20 процентов потребуют экстраусилий, направленных на заказ, доставку, монтаж и внедрение оборудования.

К этой категории, хочу отметить, относятся те производители, которые не то чтобы поздно, а вот реально позднее, чем можно, приступили к оснащению. Очевидно, коллеги находятся в определённом цейтноте, но мы уверены в том, что задача эта реализуема.

Можно минуту ещё добавить?

**Председательствующий.** Добавьте минуту, пожалуйста.

**Дубин М. А.** Соответственно, там, где производитель проявляет желание привлечь наших инженеров, мы с удовольствием и безвозмездно активно участвуем и по мере сил такие процессы ускоряем.

О фактическом состоянии дел в «Инофарме», я думаю, коллеги расскажут, поделятся своим взглядом на ситуацию.

Сложно точно сказать о процентах, однако мы понимаем уровень готовности основных поставщиков базовых, то есть мы работаем с такими компаниями, как «SUP», «Транслинк» и «Антарес» – это интеграторы, которые, собственно, внедряют уже ключевые технологии. Мы оцениваем это крайне высоко.

В завершение я хочу сказать, что система маркировки готова, де-юре и де-факто находится в промышленном режиме, сквозное тестирование проведено и, собственно, мы со своей стороны продолжаем активную работу над внедрением в намеченные сроки.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, на этом доклады завершены. Давайте поблагодарим докладчиков, они были лаконичны, оставили полтора часа времени нам на то, чтобы мы услышали представителей отраслей и общества и были очень содержательны.

Переходим к выступлениям. Слово предоставляется Юрию Тихоновичу Калинину, президенту Союза ассоциаций предприятий фармацевтической и медицинской промышленности. Подготовиться Лилии Викторовне Титовой.

Пожалуйста, пять минут.

**Калинин Ю. Т.** Спасибо.

Уважаемые коллеги, во-первых, я тоже хочу начать со слов благодарности всем тем, кто помогал нам в организации работы по подготовке маркировки лекарственных средств, рабочая группа, которую возглавляли руководители Росздравнадзора, Минпромторга России, всегда откликалась на наши вопросы.

Но в то же время мы изложили Государственной Думе для обсуждения свои предложения по результатам работы всего актива фармацевтической промышленности, всех ассоциаций, Комиссии по индустрии здоровья Российского союза промышленников и предпринимателей, Комиссии по фармацевтической медицинской промышленности РСПП и Комитета по предпринимательству, здравоохранению, медицинской промышленности Торгово-промышленной палаты.

Все наши предложения учтены в рекомендациях, и на этом я бы мог остановиться. Но вот после выступления Михаила Альбертовича я не мог не сказать в защиту промышленности несколько слов.

Во-первых, то, что сделан большой объём работы – это однозначно, и то, что у нас ещё очень много проблем – также никто не отрицает, в наших предложениях и рекомендациях это уже учтено.

Здесь говорили, что тот, кто сегодня уже готов по программе «Семь нозологий», может справиться с остальными задачами. Не справится – это 100 процентов.

Когда мы начинали эту работу, перед нами была поставлена задача, чтобы мы, во-первых, не снизили производство и чтобы не было сильного повышения цен. Оказалось, мы были брошены в омут, потому что всего масштаба возникших из-за этого проблем мы даже не представляли.

По мере поступления вот эти проблемы быстро решались, но сейчас у нас есть примерно 40 процентов предприятий, которые либо только что получили оборудование, либо заканчивают его настройку, сертификацию. И выявляются те же проблемы, которые были по программе «Семь нозологий», то есть это брак, выше 30 процентов.

Есть предприятия, где вовремя и ЦРПТ, и Росздравнадзор могут появиться, и есть предприятия отдалённые, которые сами занимаются решением этих задач, им требуется соответствующее внимание и помощь.

Нельзя сравнивать предприятия, которые выпускают препараты для программы «Семь нозологий», цена на упаковку которых составляет до нескольких тысяч, и те предприятия, которые выпускают препараты стоимостью от 10–20 рублей до 300 рублей. У таких предприятий больше двадцати линий производства. И при 1 миллиарде 800 миллионах рублей общего дохода нужно выделить 500 миллионов, почти половину этого дохода, на закупку оборудования.

Я считаю, что мы всё-таки на первом этапе справились. Когда было заседание нашей комиссии в Торгово-промышленной палате, цель поставили такую: принять дополнительные меры к тому, чтобы те предприятия, которые сейчас должны завершить работу по подготовке маркировки лекарственных средств, получили помощь.

На этом заканчиваю. И ещё раз хочу сказать, что наши предложения учтены, мы поддерживаем рекомендации, которые отражены нашим сегодняшним мероприятием.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Юрий Тихонович.

Слово предоставляется Лилии Викторовне Титовой, исполнительному директору Союза профессиональных фармацевтических организаций.

Подготовиться Ольге Сергеевне Пентеговой.

**Титова Л. В.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Во-первых, что хотелось бы сказать, что, конечно, работа была проделана просто колоссальная за это время. И, наверное, она была именно потому успешной, что здесь и ФОИВ, и бизнес были в одном едином порыве, всем хотелось проект действительно сделать хорошо.

А теперь хочу вернуться к тому, что сказал Андрей Константинович в начале про риски. Риски есть, и риски есть огромные, те, которые проявятся с 1 января, а они проявятся однозначно.

Первое. Регуляторная база до сих пор не стабильна, и до сих пор выходят всё новые методические указания, до сих пор меняются формы отчётов.

С одной стороны, это вроде бы нормально, так как идёт усовершенствование процесса.

С другой стороны, что это значит для производителя? Значит, он должен опять либо дозакупать оборудование, либо модернизировать, либо с айтишниками делать программу.

Когда одновременно все производители обращаются в одни и те же компании, которых не так много, то возникает очередь. Уже сейчас члены нашей ассоциации говорят, что по этому процессу их поставили в длинную очередь на первый квартал 2020 года или на второй квартал 2020 года, и никакие деньги не помогут эту очередь сократить, потому что физические возможности контрагентов ограничены.

Второе. Справочник ЕСКЛП. Поднимали много раз по нему вопрос. Я знаю, что Минздрав России не очень любит эту тему. Тем не менее, я позитивно воспринимаю то, что сегодня сказала Елена Львовна, что всё вроде бы хорошо. Со своей стороны, мы тоже берём обязательство, что в течение недели-двух ещё раз опросим членов нашей Ассоциации и посмотрим, какова ситуация с их позиции, обязательно напишем и в Минздрав России, и в Государственную Думу.

Третий момент – это вот по поводу информации из системы маркировки.

У нас есть такая подгруппа № 13, которая работает на площадке Росздравнадзора, целью её как раз и было формирование того пула данных, который хотели бы производители и дистрибьютеры иметь.

Но мы поняли, что про дистрибьютеров, в общем, уже разговор не идёт, поэтому решили всё-таки сосредоточиться на производителях.

Подходы здесь существуют разные. Как говорят некоторые, производителям нужна информация, чтобы улучшить свою деятельность, не тратиться на маркетинговые исследования. В этом есть, конечно, такая небольшая хитрость, но основное, конечно, не в этом. Основное в том, что интересы производителя – знать точно остатки в сети, знать, как планировать производство.

И вот пример из текущей жизни, который не связан с маркировкой, это пресловутый «Преднизолон», которым сейчас занимаются два министерства – это Министерство здравоохранения Российской Федерации и Министерство промышленности и торговли Российской Федерации. Если бы действительно производитель имел возможность получать данные, то сегодня бы люди не сидели и в ручном режиме не считали, в какой аптеке страны сколько «Преднизолона», сколько его поставить, когда придёт грузовик и прочее.

Поэтому мы признательны, если действительно работа будет доведена до конца, мы верим в это и надеемся, что изменения в законодательство будут внесены. И, с нашей точки зрения, что если дать подобные полномочия Минздраву России, то этот процесс вполне можно преодолеть в течение 2020 года.

И теперь самое главное.

Самое главное – это тестирование. Сегодня много рассказывали про тестирование. Да, тестирование есть. Но в нашем понятии тестирование шло в ручном режиме.

То есть взяли хороших производителей-передовиков, прекрасных дистрибьютеров, сегодня мы их всех видели на экране, это члены нашего СПФО, зашли в аптеку Москвы, зарегистрировали 10, 20 тысяч препаратов. Это не тестирование. Это, знаете, такой вот ручной режим.

Тестирование – это когда все регионы Российской Федерации могут сказать: мы все зарегистрировали и условно мы проверили 10 процентов аптек, 10 процентов ЛПУ, находящихся как в городах-миллионниках, так и в районных центрах, так и в сельских аптеках – вот тогда это тестирование. Такого тестирования нет.

Поэтому что, мы предполагаем, будет с 1 января 2020 года? Пойдут препараты, и начнутся определённые сбои. Задавали вопросы: что делать в том случае, если аптекарь пациенту не может отпустить препарат-первостольник из-за того, что у него не считывается код? Возвращайте препарат производителю. Что значит «возвращайте»? Человек пришёл в аптеку, он пришёл за лекарством, ему нужно лекарство сегодня. А где ему взять вторую упаковку? К примеру, на полке лежит такой же препарат того же производителя из той же партии, но код не считывается. Что нужно делать? Пациент должен идти в другую аптеку? Хорошо, если это Москва, он пойдёт в другую, а если он находится в сельской местности, куда он пойдёт? Получится ситуация, что полки ломаются от товара, но товар отпустить нельзя, люди начнут выходить на улицы с протестами. Мы, конечно, не верим, что они выйдут на улицы, но всё-таки возможна социальная напряжённость, велика её вероятность.

Поэтому каково наше предложение? Предложение такое: да, маркировка стартует, никуда не денешься, 1 января 2020 года, но 2020 год должен быть годом поэтапного перехода. Имеется в виду, что надо заранее, за 2,5 месяца решить, какие будут этапы, чтобы если обнаружится всё-таки какой-то немаркированный товар, который по каким-то техническим причинам ещё не готов к 2020 году, дать ему какой-то период, ну, например, первый квартал, на переход.

**Председательствующий.** Добавьте минуту, пожалуйста.

**Титова Л. В.** Допустим, если не считывается упаковка в аптеке, то придумать алгоритм, что с этим делать, как на это реагировать хотя бы в первый год, чтобы не получилось так, что товар в аптеках есть, а люди уходят ни с чем.

Поэтому вот мы почитали подготовленное решение, рекомендации по итогам парламентских слушаний, и предлагаем в первую очередь конкретизировать тот пункт, в котором говорится про поэтапность. И я присоединяюсь к Юрию Тихоновичу, который сказал, что нужно это сделать поэтапно для «Семи нозологий», нужно делать для всех, только правильно расписать этапы. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Лилия Викторовна. Вот видите, вас многие поддерживают. Я призываю, выступая, давать конкретные предложения в наши рекомендации, это для нас очень важно.

Слово предоставляется Ольге Сергеевне Пентеговой, заместителю генерального директора Ассоциации российских фармацевтических производителей.

Подготовиться Григорию Васильевичу Левицкому.

**Пентегова О. С.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Благодарю за предоставленную возможность высказать позицию от имени Ассоциации российских фармпроизводителей.

В ходе подготовки к данному мероприятию мы обсуждали с компаниями их готовность приступить к маркировке с 1 января 2020 года, и следует отметить, что, да, среди производителей наблюдается высокая степень готовности. Несомненно, есть компании, которые подтверждают свою стопроцентную готовность, но есть ряд компаний, которые вынуждены в силу ряда обстоятельств и вынужденных внешних факторов ещё дорабатывать свои процессы. Поэтому мы считаем, что могут возникнуть некоторые риски с лекарственным обеспечением.

Также у нас есть вопросы именно к работоспособности информационной системы. Уже коллеги отмечали, насколько она готова будет выдержать ту боевую нагрузку, когда весь объём лекарственных препаратов, все участники товаропроводящей цепи войдут в эту систему, и мы должны будем бесперебойно взаимодействовать в одном цифровом пространстве. И что мы видим? Конечно, мы видим риски и сбои с лекарственным обеспечением, что не хотелось бы ни в коем случае допустить, и все мы на это обращаем внимание.

Что бы мы хотели предложить и что мы видим выходом из сложившейся ситуации? Предусмотреть своего рода переходный период запуска обязательной маркировки, позволить тем производителям, которые сейчас на 100 процентов уже готовы, запустить, так сказать, опытно-промышленное тестирование информационной системы, чтобы в течение следующего года уже отладить все внутренние взаимодействия всех участников товаропроводящей цепи и уже в конце следующего года получить боевую, работоспособную информационную систему и войти в 2021 году в обязательную маркировку всем рынком.

Также, если это предложение будет поддержано, хотелось бы предложить на 2020 год, когда будет идти тестирование информационной системы, освободить производителей от оплаты криптокодов, чтобы с них не взималась эта плата, чтобы коды предоставлялись на этот период ещё бесплатно.

Также в целом хотелось обратить внимание на установленную форму оплаты криптокодов, которые сейчас регламентированы нормативными документами. Что я имею в виду? Что та форма, которая сейчас предусмотрена в виде предоплаты или авансирования, по нашему мнению, не совсем справедлива, и было бы правильно предусмотреть постоплату, то есть не в момент, как сейчас установлено, на входе препарата в систему, а уже на выходе, то есть когда препарат уже будет выводиться из системы. Мы считали бы это правильным и целесообразным.

В целом, безусловно, мы поддерживаем запуск проекта, но считаем, что необходимо это сделать поэтапно с учётом тестирования информационной системы, чтобы снять все риски с лекарственным обеспечением.

Благодарю за внимание. *(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо большое. Спасибо за лаконизм и конкретные предложения.

Слово предоставляется Григорию Васильевичу Левицкому, председателю Совета директоров «Марбиофарм», подготовиться Владимиру Георгиевичу Шипкову.

**Левицкий Г. В.** Уважаемые коллеги, надо сказать, что федеральный закон № 425-ФЗ за прошедшее после его принятия время достаточно сильно «оброс» совершенно другими правилами, установленными подзаконными нормативными актами. Появилось понятие «криптохвост», которому до сих пор никто не дал объяснение, для чего оно нужно и в чём его смысл.

Установлена плата за «криптохвост». Появилось понятие «регистратор выбытия эмиссии», что позволяет работать в системе офлайн, хотя говорили, что должно быть всё онлайн, изменились вообще алгоритмы всех действий участников. Таким образом, можно сказать, что закон № 425-ФЗ был изменён по своей сути и эти новеллы создали существенные трудности для всех участников обращения лекарственных препаратов.

В то время, когда принимался закон № 425-ФЗ, ведь говорили – давайте не будем торопиться со сроками, чтобы отечественная промышленность подготовила своё оборудование, которое, как нам гарантировали, должно было быть на 30–40 процентов дешевле, и обещали, что это всё будет обеспечено. Но посмотрите, сейчас, наверное, мы фактически проинвестировали западную промышленность, создав хороший конъюнктурный рынок для западных производителей как технологического оборудования, так и программного обеспечения.

На сегодняшний день 20, 30, 40 тысяч зарегистрировано. Давайте же посмотрим, что на слайде Росздравнадзора написано: 360 тысяч участников должно быть. 360 тысяч! Этого сейчас даже теоретически невозможно добиться. Зачем же себя тешить ложным убеждением, что мы готовы? Ничего мы не готовы.

Да, как производители, мы готовы. Мы залезли в кредиты, набрали этого оборудования и покупаем ещё дополнительно, потому что выявляется его нехватка, потому что наше производство делает по пять миллионов упаковок в месяц. Это не программа «Семь нозологий», где выпуск препаратов сотни, может быть, максимум тысячи упаковок.

Но сейчас мы напрягаемся, чтобы не получилось то, о чём сейчас говорили выступающие, что система не будет готова включить в свою орбиту 360 тысяч участников. Правильно, это не IT-проект, это проект здравоохранения. ЦРПТ, безусловно, технари, они смотрят на это в большей степени через техническую призму, но завтра те «страшилки», о которых предупреждают, вполне могут стать реальностью. Поэтому мы хотим предложить следующее. Да, безусловно, надо переносить сроки, но это не значит, что мы уходим от ответственности, мы как раз проявляем ответственность, мы не должны рисковать всей системой здравоохранения в целом.

Люди говорят: давайте 2020 год сделаем переходным. Не хватит его, 2020 года. Это только говорят, что в других странах полтора года делается. Система гораздо дольше налаживается, пятилетиями мучаются и всё равно абсолютно стопроцентного успеха не достигают.

Ну вот, смотрите, нормативная база. Да, созданы методические указания, безусловно, работали люди, много интеллекта приложили и так далее, но методические указания были 2017 года, а потом появились и в 2018 году. Сейчас опять появляются методические указания, и они не подписаны никем – рабочая группа рекомендует. Как к ним относиться? Это нормативные документы или рекомендательные? И это всё переделка алгоритмов.

У нас говорили сегодня, что подписаны законы о передаче договоров на выделение регистраторов эмиссий, но они вступают в силу только с сегодняшнего числа, с 15 октября, эти приказы. Вот то, что мы сейчас сделали, и общественность, и ФОИВы, и промышленность, и вся интеллектуальная элита, это надо было делать года два-три назад. А сейчас мы должны всё-таки признать, что система не готова.

Более того, говоря о готовности системы, надо сказать о том, что административная ответственность, которая предусмотрена, её тоже нужно переносить, потому что мы не можем уже с 2020 года штрафовать тех, кто ещё и технологически, и даже методологически не готов.

Поэтому предложение: всё-таки отодвинуть сроки. Распоряжение об административной ответственности, соответственно, тоже надо отменять, вернее, переносить.

И ещё одна рекомендация к Министерству промышленности и торговли Российской Федерации. Фонд развития промышленности предусмотрел возможность получать на 5 лет кредиты (займы), но эти займы превышают 20 процентов от среднегодовой выручки. То есть получается, если у предприятия 250 миллионов годовой выручки, этого очень мало. Это значит, что такое предприятие очень мелкое.

Мы вот залезли в кредиты, а ведь ещё, как говорится, нет никакой серьёзной отдачи, окупаемости, о которой говорили маркетинговые какие-то исследования, это просто затраты в песок. *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Спасибо большое.

*(Аплодисменты.)*

Слово предоставляется Владимиру Григорьевичу Шипкову, исполнительному директору Ассоциации международных фармацевтических производителей.

Подготовиться Дмитрию Алексеевичу Чагину.

**Шипков В. Г.** Доброе утро, уважаемые коллеги!

Только что мы выслушали доклады представителей федеральных органов исполнительной власти о проделанной работе, и хочу заметить, что никто из них не говорил об обеспечении физической и ассортиментной доступности лекарственных препаратов. Это значит, что ни Минздрав России, ни Минпромторг России, ни Росздравнадзор, ни ЦРПТ эту ответственность не несут. Производители, как социально ответственная часть рынка, безусловно, эту ответственность готовы на себя взять, но, видимо, депутатам Государственной Думы, которые остаются крайними в этой ситуации, придётся брать на себя эту ответственность за обеспечение доступности, поскольку ситуация с доступностью препаратов нарастает с каждым днём, и не случайно Президент России практически в еженедельном режиме лично занимается этим вопросом.

Представители федеральных органов исполнительной власти агитировали нас за необходимость внедрения маркировки. Никто это не ставит под сомнение. Давайте сделаем маркировку эффективной, удобной и полезной. И мы все очень много для этого делаем.

Но вот мы провели исследование, посвящённое готовности фармы к введению маркировки, и я готов поделиться с вами первыми предварительными результатами.

Результаты не стопроцентные по всем предприятиям, но весьма репрезентативные, охватывают свыше 85 процентов производственных линий, а это, замечу, 1139 производственных линий. Не 15, не 16 и не 126, а 1139 производственных линий.

Так вот, я ответственно заявляю, что среди наших производителей готовность с 1 января следующего года печатать 44 знака оценивается на уровне 30 процентов. 30 процентов, не более. И это в условиях, когда мы, наверное, имеем возможность говорить о весьма продвинутой инновационной фарме, имеющей информационные, финансовые возможности несколько иные, чем российские малые предприятия.

Что мы видим дальше? Это готовность с точки зрения производителя наносить эти знаки.

Кстати, вопрос: почему 44? Было 88 знаков. И вдруг 44. Андрей Петрович хотел проводить целые исследования, где выяснилось бы оптимальное количество знаков для криптокода.

Мы проводили в рамках рабочей группы Росздравнадзора тестирование всех предприятий и подали соответствующие оцифрованные результаты в Росздравнадзор, Минпромторг России, Минздрав России, ЦРПТ, но никакого ответа не получили по существу, даже формальной беседы по этому поводу не было, вместо этого получили эту цифру – 44. В результате, ещё раз говорю, мы по состоянию на сегодняшний день готовы на 30 процентов пока.

Теперь дальше.

Как готова система производителя взаимодействовать с информационными ресурсами МДЛП? Примерно так же оценивается и такая готовность – 30 процентов. Это притом, что компании на 65 процентов предпочитают прямую печать на линии, и многие, естественно, подстраховываясь, используют другие возможности, как, например, печатание кода на упаковке в режиме офлайн или использование различных наклеек. А 15 процентов наших компаний находятся ещё в процессе разработки решений и не определились, по какому пути идти. И тем не менее они дополнительные меры и ресурсы направляют на то, чтобы обеспечить ассортиментную и физическую доступность препаратов, которые зарегистрированы на территории Российской Федерации, прежде всего за счёт создания гарантированных запасов. А это, между прочим, тоже недешёвое удовольствие. И, как образно говорит один из участников этих слушаний, создать гарантированные стоки – это равноценно строительству завода.

**Председательствующий.** Добавьте минуту, пожалуйста.

**Шипков В. Г.** Так вот, компании создают стоки, 15 процентов готовы создать стоки на 30 процентов, для того чтобы гарантировать свои дефицитные возможности по взаимодействию системы, 55 процентов готовы создать запасы до 6 месяцев. И только одна компания – одна – уверена в своей системе и не создаёт стоки.

Теперь, может быть, самое главное. Мы задали вопрос компаниям: а предвидится ли дефектура? Так вот, я ответственно заявляю от имени 65 компаний, что они не могут гарантировать отсутствия дефектуры. И, видимо, дефектура будет системной, если не принять конкретные меры.

**Председательствующий.** Добавьте минуту. Завершайте, пожалуйста.

**Шипков В. Г.** И дефектура будет по многим десяткам, если не сотням товарных позиций. Поэтому предложение: надо запускать маркировку безусловно, отработать все процессы на программе «Семь нозологий» и по мере готовности производителей и всех других участников системы по результатам тестирования присоединяться и вводить в полном объёме маркировку для всех лекарственных препаратов не ранее октября 2020 года.

Благодарю. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо, Владимир Григорьевич.

Слово предоставляется Дмитрию Алексеевичу Чагину, председателю правления Ассоциации фармацевтических производителей Евразийского экономического союза. Подготовиться Надежде Константиновне Дараган.

**Чагин Д. А.** Добрый день, уважаемые парламентарии. Добрый день, современники.

Замечательно, что мы обсуждаем уже далеко не первый раз этот вопрос столь высоким ареопагом. Очень рассчитываю, что это будут не просто парламентские слушания, а это будут парламентские выводы и парламентские решения. Пожалуй, это самое важное.

Михаил Альбертович начал с таких вот виртуальных восприятий. Мы все хотим иметь здорового, весёлого, радостного ребёнка, который после утробы матери, конечно, встретится с медицинским различным оборудованием. Но просто мы не можем родить здорового и счастливого гражданина не через девять, а через три месяца, вопрос только в этом. (*Аплодисменты.*)

По поводу полугодового ввода подобных систем за рубежом. Мы тоже не хотим вставать на условия Буркина-Фасо, Замбии, Намибии, куда лекарственные препараты ввозятся. Мы посмотрели практику, которая есть в Европейском союзе, – это постепенное введение, принятие различных методических рекомендаций, закреплённых на уровне правительства.

Сегодня все выступающие говорили о том, что сейчас всё идёт в ручном режиме. И даже сегодня, 15-го числа, идёт очередная корректировка ИТ-системы, решается, что необходимо внести туда. Вопрос в том, что, к сожалению, это нарушило все существующие правила с точки зрения выполнения законодательных, закреплённых актов, с точки зрения ответственности государства и конкретного заказчика, чтобы нам потом не докупать оборудование, не перестраивать что-то, не переналаживать. А для этого, конечно, мы должны иметь окончательный вариант и комплект документов.

Самое обидное в том, что мы десятилетиями выстраивали отношения с нашими профильными министерствами. И с Минпромом России, и с Минздравом России, и с ФАС России, и с Федеральной таможенной службой. Это был сложный рукотворный период. И вот в тот момент, когда мы вроде бы всё сделали, возникла ситуация, которая нас сталкивает лбами и заставляет разрушить эти отношения.

Сейчас мы пытаемся перестроить это всё. Мы помогаем, работаем. Замечаний нет ни к Минпрому России, ни к Минздраву России, потому что это серьёзный процесс.

Но вопрос заключается в том, что сегодня я представляю Ассоциацию Евразийского экономического союза. Когда на уровне Президента России, законодателей Государ-

ственной Думы говорят, насколько важно единое пространство, регистрация, обращение, соблюдение единых правил, единое понимание процесса. Но в рамках интеграции в Евразийский экономический союз нет решения по маркировке лекарственных препаратов. То есть мы выступаем индивидуально. Ведь, конечно, мы сами производители, мы ратовали за то, что должна быть маркировка, когда мы видели свой товар, проданный на федеральных торгах, потом в региональных закупках где-то в других частях России. Мы сами создали привлекательную с точки зрения бизнеса систему, вот теперь мы хотим её нормально отработать. Но здесь вопрос в том, что Евразийский союз и Евразийская комиссия сегодня никакого заключения не дали, резолюция по поводу крипты в странах Евразийского союза отложена до 2021 года.

Мы не говорим, что надо что-то откладывать, но вот сегодня все выступающие сказали: нужен хотя бы год работы в режиме пилотного проекта или хотя бы год вот этой применительной практики, потому что для производителей уже предусмотрены административные штрафы за нарушения. Между тем производители всё сделали: и в кредиты влезли, и оборудование купили, и внедряют его, но нет единой до конца отработанной системы взаимодействия с контрагентами, с медицинскими лечебными учреждениями, с аптеками. И правильно сказано, что когда это Москва, когда это Санкт-Петербург, какие-то значимые регионы – это одно, а как будет маркировка работать в глубинке – непонятно.

Конечно, у нас сегодня есть письма и обращения на уровне и Министерства здравоохранения Российской Федерации о несоответствии целого ряда вопросов, которые сегодня находятся в едином справочнике-каталоге. Вот только за октябрь по поводу программы «Двенадцать высокотратных нозологий». На одном из заводов, который поставляет для этой программы 14 препаратов из 15, пока не удалось привести в надлежащее соответствие с планируемым цены, дозировки, нет адреса производителя.

Мы же обращались в Минздрав России, где успокоили: да не бойтесь вы, вообще сегодня у России три союзника – армия, флот и фармпромышленность. Мы ведь сами знаем, что нужно сделать, реально знаем. Так дайте вы нам возможность войти в систему, не переключайте вы это на ЦРПТ. Наши компании обращаются: мы понимаем, что неправильная дозировка, неправильная номенклатура, есть целый ряд замечаний. Но дайте нам доступ к системе, мы сами всё исправим, вы это утвердите... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Добавьте минуту завершить.

**Чагин Д. А.** По целому ряду компаний есть даже старые наименования ещё пятилетней давности в этом справочнике. Мы никого не критикуем, но это сложная большая работа, которую мы хотим как можно быстрее сделать.

И второй вопрос. У нас нет сегодня ответственного за маркировку. Почему у нас реорганизацию полиции проводит полиция? Почему мы возложили маркировку на ЦРПТ? У нас есть прекрасный Институт лекарственных средств и надлежащих практик. Почему на уровне конкретного института мы не можем дать заключение о соответствии компаний, технических линий компаний тому, что маркировка выполнена? *(Аплодисменты.)* Ведь поймите, сегодня заключение о выполнении предприятиями маркировки, собственно говоря, даёт ЦРПТ, даёт заключение о том, сделано это или не сделано. Но разве заинтересованная сторона может сказать: нет, это не сделано? Почему мы не можем возложить ответственность сегодня на структуру, которой мы доверяем, тем более у них есть... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Завершайте. Минута.

**Чагин Д. А.** Завершающая минута.

И что я хочу? Чтобы в договоре, который будет подписан, была обозначена ответственность оператора. Сейчас она недостаточная. Обязательства оператора по страхованию своей ответственности перед участником и третьими лицами на согласованную

сумму, факт предоставления документов, подтверждающих заключение такого договора страхования и уплаты страховой премии, и ответственность оператора по возмещению не только размера реального ущерба, но и упущенной выгоды, убытков производителя по вине оператора.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо.

Слово представляется Надежде Константиновне Дараган, председателю Координационного совета Национальной ассоциации производителей фармацевтической продукции и медицинских изделий.

Подготовиться Сергею Анатольевичу Бойцову.

**Дараган Н. К.** Уважаемые депутаты Государственной Думы! Уважаемые коллеги! Позвольте вас поблагодарить за возможность выступить и ознакомить вас с позицией членов Национальной ассоциации производителей фармацевтической продукции и медицинских изделий «АПФ». Мы действительно национальная ассоциация, я всегда это подчёркиваю, в нашем составе только российские предприятия, отечественные.

В состав нашей Ассоциации входят 30 российских предприятий, из которых 29 – производители лекарственных препаратов. Среди них имеются крупные, а также средние и малые. И хочу отметить, что более половины из них производят продукцию, включённую в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, причём у некоторых предприятий номенклатура такой продукции составляет до 98 процентов. И ещё один аспект: эта продукция входит в нижний сегмент, то есть стоимость препаратов до 50, до 100 рублей.

Ну, здесь уже много говорилось о том, что должно быть поэтапное внедрение отдельных видов лекарственных препаратов, и хотела бы отметить такой момент, что в ЕЭС решение о маркировке было принято ещё в 2009 году, причём перечень препаратов, которые будут маркироваться, был определён сразу. В него были включены все рецептурные препараты и некоторые безрецептурные препараты, которые очень часто подделывали. А вступила в действие маркировка только с 9 февраля 2019 года, то есть у предприятий была возможность за столь долгий срок подготовиться.

Но у нас кто-то решил, что лучше всё и сразу. С самого начала проведения эксперимента члены нашей Ассоциации поддержали введение маркировки лекарственных препаратов и начали активно заказывать необходимое оборудование. Однако спустя полтора года после начала эксперимента, когда многие предприятия закупили оборудование, программное обеспечение, изменились правила и дополнительно ввели криптографическое кодирование. Крупнейшие производители оборудования оказались не готовы к такому ходу событий и дорабатывали аппаратную часть и программное обеспечение во время проведения пусконаладочных работ, причём за все доработки поставщик требовал оплаты, естественно.

В настоящее время по причине больших финансовых затрат на закупку нового оборудования и программного обеспечения, затрат на обучение персонала и других затрат, связанных с процессом маркировки лекарственных препаратов, производители снимают с производства многие низкомаржинальные лекарственные препараты, в том числе и входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также детские лекарственные формы, которых в стране выпускается не так много. Стоимость лекарства – один из самых значимых факторов при выборе препарата пациентом.

Покупательная способность населения в России продолжает снижаться, пациенты стали экономить даже на лекарствах. Недавний опрос населения показал, что для 45 процентов респондентов ключевую роль при выборе лекарства играет цена препарата. В настоящее время продукция малых предприятий составляет примерно 400 миллионов упаковок, то есть это почти 11 процентов от общего объёма выпускаемых в стране

лекарственных препаратов, причём эта продукция очень востребована малоимущими слоями населения и первичным звеном здравоохранения. Более половины антибиотиков и инфузионных растворов входит в состав нижнего ценового сегмента – до 50 рублей. Препараты этого уровня необходимы в основном для обеспечения стационаров.

Ввиду экономической нецелесообразности уже сегодня снижен выпуск антибиотиков цефотаксима, цефазолина, ампициллина и растворов натрия хлорида, глюкозы, раствора Рингера и других. А выпуск некоторых препаратов, таких как канамицин, бензилпенициллин, полностью прекращён. Наша ассоциация проанализировала состояние внедрения маркировки на предприятиях. По нашим сведениям, к 1 января 2020 года оснащены и подготовлены к маркировке не более 60 процентов всех линий, и то при положительных результатах тестирования.

Некоторые предприятия, особенно небольшие предприятия, имеющие дженериковые портфели, низкую маржинальность, до сих пор не оснащены необходимым для маркировки оборудованием и 1 января 2020 года не будут готовы к маркировке. Так, например, известное предприятие «Микроген», которое выпускает...

**Председательствующий.** Добавьте минуту. Завершайте, Надежда Константиновна.

**Дараган Н. К.** ...ряд вакцин, входящих в календарь прививок, закупило оборудование для своих производственных линий, но поставка его будет произведена только в ноябре.

И хотела бы отметить ещё такой момент. 50 копеек, которые установлены для дешёвого сегмента, просто неподъёмны. Если среднее предприятие выпускает около 40 миллионов упаковок, то есть они должны будут заплатить примерно 20 миллионов рублей. Это снижается налогооблагаемой базой, между прочим.

И я хотела бы ещё высказать наши конкретные предложения с учётом ситуации. Ну здесь много говорилось... Кстати, вчера мы получили сведения, что единый справочник-каталог не готов в той степени, о которой говорила заместитель министра. До сих пор там всё равно имеется много ошибок. Значит, мы предлагаем, учитывая, что согласно постановлению Правительства Российской Федерации № 62... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Ещё минуту. Завершайте, Надежда Константиновна.

**Дараган Н. К.** Я предложения уже зачитываю.

Значит, учитывая, что эксперимент касается маркировки контрольными знаками мониторинга за оборотом отдельных видов лекарственных препаратов для медицинского применения, а также тот факт, что официальное подведение итогов эксперимента запланировано на февраль 2020 года, и полноценное тестирование всей системы мониторинга движения лекарственных препаратов не проводилось, мы предлагаем ввести систему маркировки лекарственных препаратов в промышленную эксплуатацию с 1 января 2022 года. К предприятиям, которые ещё отрабатывают процесс маркировки и не внедрили его в полном объёме для лекарственных препаратов программы «Семь нозологий», орфанных препаратов, не применять меры наказания до 1 июля. Для мотивации предприятий, которые подготовились к маркировке, ввести стимулирующие мероприятия, например, ввести преференции... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Надежда Константиновна, ваши предложения вы можете нам передать. Я, кстати, хочу сказать, коллеги, я призываю всех укладываться в отведённое время. Потому что мы в 11.50 в любом случае должны закончить. Те, кто не успеет выступить, пусть сдадут нам тексты своих выступлений. Сдавайте предложения, мы всё это будем учитывать при доработке рекомендаций парламентских слушаний.

Слово предоставляется Сергею Анатольевичу Бойцову, генеральному директору Национального медицинского исследовательского центра кардиологии Министерства здравоохранения Российской Федерации. Подготовиться Юрию Фёдоровичу Литвищенко.

**Бойцов С. А.** Глубокоуважаемые члены президиума! Глубокоуважаемые коллеги!

Чазовский кардиоцентр – структура весьма уникальная, потому что в ней есть и клиника, и производство. Причём производство всех видов, собственно говоря, современных препаратов, включая генно-инженерную продукцию, есть и генерики. И у нас уже накоплен определённый опыт, которым мы сейчас хотели как раз поделиться.

В части, касающейся в первую очередь производства, была проведена достаточно серьёзная подготовка. И началась работа в системе «Маркировка» с 2017 года. Мы прошли все этапы маркировки лекарственных препаратов, рассмотрели пять производителей оборудования, протестировали три линии оборудования, два типа нанесения маркировки и агрегаций. Ну и сейчас, в общем, до сих пор ещё занимаемся обучением персонала опытно-промышленной эксплуатации.

Какие сложности в части, касающейся маркировки на производстве? Это отсутствие на данный момент зафиксированной нормативной базы по всей процедуре маркировки. Об этом уже говорили. Кроме того, есть сложности с единым справочником-каталогом лекарственных препаратов. Сложности в части, касающейся ввода препаратов, и весьма частый отказ во включении препарата в систему.

Программное обеспечение всё-таки надо пока признать сырым. Имеется в виду программное обеспечение непосредственно для маркировки. И есть частые конфликты системы маркировки при межведомственном взаимодействии.

Теперь то, что касается нашего опыта в части клиники. Мы только сейчас начинаем, буквально вот сегодня, работать реально в этом процессе. Закупка лекарственных препаратов и выдача лекарственных препаратов по традиционной схеме имеет три основных звена – поставщик, аптечный склад клиники и клинические отделения. Сейчас количество звеньев увеличивается. И это ещё не все представленные в процессе. Появляется звено системы маркировки, появляется аптечный склад временного хранения. И дальше здесь ещё появится звено маркировки. Закупка и хранение лекарственных препаратов, поставка по товарно-транспортной накладной, проверка документов, целостности товара – всё как обычно.

И далее получение документов на лекарственные препараты из информационной системы. Если есть документы на лекарственные препараты в системе маркировки – всё хорошо, процесс идёт дальше, нет документов на лекарственные препараты в системе маркировки – мы должны просканировать все препараты вручную, мы должны сохранить информацию о накладной лекарственных препаратов в учётной системе и разместить препараты на складе временного хранения.

Далее. Регистрация накладной в системе маркировки. И далее от одного до пяти дней ожидание подтверждения об отгрузке препаратов из системы. Сразу скажу, что это серьёзная проблема – до пяти дней. Если всё хорошо, подтверждение получено – идёт отгрузка препаратов на аптечный склад учреждения и раскладка для хранения по фармгруппам и так далее, нет подтверждения – решаем вопрос о возврате поставщикам препарата.

Непосредственная фаза выдачи лекарственных препаратов. Как сейчас всё это происходит? Вот появляется ещё раз это звено системы маркировки, аптека получает требования на лекарственный препарат из отделения – это как обычно. Сканируются коды с каждой упаковки для сохранения в медицинской системе. Далее происходит передача в системе маркировки документов, а именно – требования отделения о выдаче лекарственных средств в отделение для вывода из обращения. Далее идёт передача в систему маркировки с помощью регистратора выбытия кодов с упаковки лекарственных средств и подтверждение системой маркировки информации о выбытии лекарственных препаратов. И вот дальше только происходит выдача препаратов в отделение.

Какие сложности вот этой новой системы в части, касающейся клиники? Это необходимость в организации склада для временного хранения лекарственных препаратов.

Не могу сказать, что это очень серьёзная проблема, но есть медицинские организации, где наверняка будут сложности. К этому надо уже сейчас готовиться.

Срок ожидания подтверждения об отгрузке от одного до пяти дней – вот это очень серьёзно, это может задержать выдачу жизненно необходимых и важных лекарственных препаратов пациенту, особенно в реанимации.

В случае отзыва из обращения препаратов и отбраковки партии препараты, уже выданные из системы маркировки, продолжают находиться в отделениях при отсутствии на то, в общем-то, регламентирующих документов.

И учреждения ограничены наличием только одного регистратора – выбытия препарата, что уменьшает возможность аналитической обработки движения лекарственных препаратов до каждого конкретного пациента.

Ну и мы подали заявку на... *(Микрофон отключён.)*

**Председательствующий.** Добавьте минуту, пожалуйста.

**Бойцов С. А.** Подали заявку на получение регистратора ещё 17 сентября, но вот пока мы регистратор не получили.

Резюме. Конечно, система нужна, она очень хорошо нам поможет. Можем ли мы реально 1-го числа войти в этот процесс? Мы сейчас ситуацию рассматриваем в первую очередь изнутри клиники. Да, можем, но начинать нужно было, конечно, ещё вчера, а сейчас – немедленно. Надо серьёзно готовиться, у нас очень много медицинских организаций, тысячи. И все они должны пройти вот эти этапы.

Благодарю.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Сергей Анатольевич.

Слово предоставляется Юрию Фёдоровичу Литвищенко, председателю комитета Ассоциации европейского бизнеса по фармацевтике и здравоохранению.

Подготовиться Вадиму Васильевичу Кукава.

Нет Юрия Фёдоровича Литвищенко?

Тогда Вадим Васильевич без подготовки.

Вадим Васильевич у нас исполнительный директор Ассоциации фармацевтических компаний «Фармацевтические инновации» («Инфарма»). Пожалуйста.

**Кукава В. В.** Да, спасибо большое, уважаемые коллеги!

Уже несколько представителей как российских, так и зарубежных производителей выступили, поэтому, наверное, мне можно уже просто обобщить сказанное, тем более без подготовки.

Ещё раз: никто не ставит под сомнение, что маркировка нужна. Её внедрение началось четыре года назад, Елена Львовна правильно об этом сказала. Но почему-то никто чётко не говорит, по крайней мере, со стороны федеральных органов исполнительной власти, что спустя два года после начала эксперимента были введены, по сути, новые требования, новые правила, которые в корне поменяли прежние требования для всех участников данного процесса.

Поменялись в корне наладка процессов, стоимость оборудования, отложенное, соответственно, увеличение стоимости лекарств и так далее. Давайте ещё раз отметим: нельзя говорить о том, что процесс тестирования этого пилотного проекта длится три или четыре года, по факту он длится всего полтора года вот в этом новом своём качестве. Это первый момент.

Второй момент. Я представляю крупнейшую международную инновационную компанию. То есть, если брать всю зарубежную фарму, то я представляю те компании, которые производят самые дорогие препараты. Это очень, мягко выражаясь, небедные компании.

Готовность компаний. Ну вот тут прозвучало: 30 процентов для всей зарубежной фармы, 60 процентов для российской. А что подразумевать под готовностью? Вопрос: что такое готовность?

Мы не проводили официального исследования, я просто говорил в режиме простого диалога с директорами многих наших компаний, они все утверждали, что готовности, по сути, у нас даже нет. А ведь мы, по сути, являемся вершиной вот этого айсберга, с точки зрения и тех ресурсов, которые у нас есть, и других параметров. Даже мы, по сути, не готовы.

Да, какие-то компании решают это за счёт стоков. Разве это готовность? Это не готовность системы – это некое компромиссное временное решение. Его хватит на сколько-то и то не по всем позициям, потому что есть компании нишевые, которые производят суперинновационные препараты, у них может быть, там, три – четыре так называемых SKU, и они могут это сделать. Есть компании, у которых 50 SKU или 50 фабрик по всему миру, естественно, невозможно везде установить это оборудование, установить криптокодирование и так далее.

Поэтому решается за счёт стоков, которых хватит на какое-то очень непродолжительное время, но что будет потом?

Мы – вершина айсберга. Если идти к следующим звеньям цепочки, а именно аптечным сетям, вот сегодня, по-моему, на эту тему ещё никто не выступал, к ЛПУ, то там ситуация, как мне кажется, просто катастрофическая.

Вот мы не так давно, буквально три недели назад, проводили «круглый стол» в «Комсомольской правде», и там были представители аптечных сетей, и представители ЛПУ, и пациентские организации. И как там звучало – это просто непонятно, как система начнёт работать, если...? Мы же не можем говорить, что система заработает с 1 января, если налицо только готовность отдельных элементов, а подразумевается, что система должна заработать вся и сразу. Но она ведь не готова! Дмитрий Анатольевич сказал в самом начале: давайте будем честными.

Вот есть ли в зале человек, который честно скажет, что система, как предполагается по всем документам, может заработать с 1 января 2020 года? Ну нет таких, она не заработает: отдельные элементы находятся на разной степени готовности, какие-то чуть-чуть больше готовы, чем другие. Даже если говорить про нас, про инновационных производителей: система не готова.

Поэтому, конечно же, мы поддержим предложения о том, что сроки надо сдвигать.

Опять, если быть честными, если работать нормально, систематично, как любой проектный менеджмент, то может быть, даже сейчас сроки финальные не устанавливать, а просто смотреть, как это будет развиваться, и постепенно двигаться к какому-то финалу, когда все элементы системы скажут: да, мы готовы.

Тогда уже запускать эту систему без финального срока, потому что иначе это не работает, и будет тот самый коллапс, о котором все достаточно открыто сейчас начинают говорить. Осталось до Нового года всего два с половиной месяца.

Понятно, мы – представители индустрии и так далее, у нас много проблем индустриальных, и мне кажется, иногда мы забываем, для кого мы работаем, в конечном итоге.

А конечный у нас этап – это пациент, который либо получает лекарства, либо не получает лекарства. Вот что у нас будет с 1 января 2020 года, именно с точки зрения нашего пациента? Вот Юрий Александрович, я надеюсь, об этом скажет. Он уже столкнулся с тем, к чему привело внедрение маркировки.

Спасибо большое.

**Председательствующий.** Спасибо. Ну что же, давайте дадим слово Юрию Александровичу Жилёву. Действительно, всё, что мы обсуждаем – это вопрос, который касается прежде всего пациентов – это для них всё должно делаться.

Прошу прощения, одну секунду, Юрий Александрович – сопредседатель Всероссийского союза пациентов.

Подготовиться Виктору Николаевичу Горбунову.

**Жилёв Ю. А.** Спасибо огромное за приглашение к участию в данных парламентских слушаниях.

Тезисно, первое. Всероссийский союз пациентов изначально поддерживал идею введения маркировки лекарственных препаратов, и тратить время на рассказ о тех премуществвах, которые мы ожидаем от внедрения этой системы, я не буду, с вашего позволения.

Второй момент, на котором я хочу сделать акцент. Я в некотором ужасе, потому что я вижу совершенно противоположные позиции и настроения представителей федеральной власти и производителей.

У нас с вами перекося некий, потому что доминируют доклады производителей, хотя система многозвенная, и мы должны говорить в том числе об аптеках. Ещё нет ни одного доклада по аптекам.

И был один доклад, я благодарю, по стационарам и ЛПУ.

Вы понимаете, в чём дело: кто-то должен взять на себя социальную, я не побоюсь слова, политическую ответственность за те результаты, которые все увидят 1 января. Нас не устроит футбол в виде виноватых главных врачей больниц или конкретных производителей. Люди могут остаться без лекарств. Мы ведь с вами обсуждаем не шубы, мы обсуждаем не водку, мы обсуждаем лекарства. И никто не будет слушать благие намерения, о которых мы говорим, ради чего затевалась эта система. Никого это не будет волновать. Потому что человек пришёл в аптеку и он не получил лекарство, жизненно важное лекарство.

В этой связи конкретное предложение. Первое. Мне кажется, сегодняшнее заседание показало, что отсутствует системный анализ ситуации, картинка – сколько предприятий готовы, сколько не готовы, в течение какого срока удастся завершить работу, какие реальные барьеры. Вот это мы не услышали. Поэтому, поддерживая проект рекомендаций, хочу сказать, что особое внимание должно быть уделено анализу и мониторингу ситуации. Первое.

Второе. Безусловно, нужна государственная поддержка. Государство вводит эту систему. Вы простите, государство определённым образом навязывает эту систему фармпроизводителям, аптечным сетям, лечебным учреждениям. Соответственно, государство должно озаботиться мерами поддержки по реализации этой системы. И, конечно же, вы понимаете, это же не Олимпийские игры, когда мы должны достичь какого-то результата к какому-то сроку, я думаю, что нам нужно понимать все социальные риски, которые несёт данный проект. Соответственно, должно быть более мягкое вхождение в эту систему. Я сейчас не говорю ни о каких сроках внедрения, я не собираюсь обсуждать вопрос маркировки, введение препарата и так далее, технические моменты. Но, безусловно, механизм должен быть мягок, поэтапен для того, чтобы ни один пациент ни в аптеке, ни в больнице не остался без лекарств.

И теперь немножко практики. Для этого мы находимся в этом зале. Я пациент программы «Семь нозологий». Я думал, что столкнулся с проблемой, связанной с маркировкой, потому что, как ни странно, сотрудник аптеки сослался на маркировку, при этом выяснилось потом, что препарат ещё не маркирован, но уже ссылаются на маркировку. Висит объявление о нехватке трёх фармацевтов. Чтобы просто понимали, я в этот день получал 90 упаковок лекарства из аптеки, сейчас мне их выдают блоками. Понятно, это занимает пару минут буквально. Что будет, когда каждую упаковку будет кто-то при таком дефиците кадров проверять на штрих-коды и так далее? Это детали? Да. Но мы даже не догадываемся, сколько таких деталей будет при реализации системы.

Поэтому, коллеги, первое, дай бог, чтобы мы не столкнулись с тем, о чём мы сейчас говорим. Очень высоки риски, что мы столкнёмся с этими проблемами. И мы об этом писали в Правительство Российской Федерации, хотели знать, кто возьмёт на себя политическую и административную ответственность за те последствия, которые могут

настать. Потому что ситуация с «Преднизолоном» нам покажется просто цветочками по сравнению с тем, что может произойти. Мы это не имеем права с вами допустить. Как Союз пациентов, мы готовы максимально содействовать всем в достижении консенсуса и продвижении системы маркировки.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Слово предоставляется Виктору Николаевичу Горбунову, заместителю генерального директора по информационным технологиям ЗАО ЦВ «Протек».

Подготовиться Марии Витальевне Литвиновой.

**Горбунов В. Н.** Добрый день, уважаемые коллеги. У меня будет краткий доклад. Большое спасибо за предоставленную возможность сегодня выступить перед вами. Наша компания находится в проекте с самого старта эксперимента. Вот я один слайд подготовил, это достаточно упрощённая схема взаимодействия между системой ЦРПТ, поставщиком, аптекой, дистрибьютером. То есть мы видим, какая большая зависимость возникает от системы, которая в полном объёме в настоящий момент тестирование не прошла.

Да, функциональная система работает. То есть я подтверждаю, что система сообщений между нашей компанией и системой ФГИС МДЛП полностью работает, находится в промышленной эксплуатации. Но объёмы операций, которые в настоящий момент мы выполняем с маркируемым товаром, – это просто мизер, скажем так. За весь период эксперимента у нас было порядка 200 поставок. Мы осуществили, наверное, порядка сотни отгрузок в аптеки, это десяток наименований маркированных препаратов.

А в связи с внедрением «криптохвоста» у нас был достаточно длительный период перерыва поставок, когда производители не знали, что им производить. И в настоящий момент у нас на складе две маркированные позиции. То есть реально тестирование в боевых условиях система не проходила. Это первый сложный момент. И как она себя поведёт при увеличении нагрузки, о чём уже сегодня говорили, тоже непонятно.

Все отмечали сложность проекта. Да, проект сложный, даже для высокотехнологичных компаний, к которым относятся в том числе дистрибьютеры, проект сложный. То есть мы два года занимались проектированием разработки модуля взаимодействия. В настоящий момент мы этот модуль взаимодействия разработали, и он функционирует.

Те компании, которые зависят от поставщиков софта, попали в определённую западню. То есть, решения нет, когда будет сделано, непонятно, и как в этих условиях переходить в промышленную эксплуатацию, тоже непонятно.

Такие проекты не могут быть без потерь, главное – правильно управлять рисками. Но когда мы слышим, что мы не готовы, это тоже не подход к решению вопроса – так мы будем только постоянно переносить сроки. Мы с вами живём в эпоху цифровой трансформации, в итоге все должны будем перейти на цифру. То есть маркировка – это элемент экосистемы, о которой мы с вами говорили.

Интересный пример хотел привести сегодня. У нас 95 процентов коммерческих аптек в настоящий момент работают с нами в электронном документообороте, бюджетных организаций – ноль процентов. То есть у нас все бюджетные организации не участвуют в электронном документообороте, который очень сильно упрощает взаимодействие. Я предлагаю этот вопрос также рассмотреть в качестве предложения, потому что нам необходимо при внедрении маркировки переходить полностью всей отраслью на электронный документооборот.

Второй вопрос, который беспокоит и нас, как дистрибьютеров, и наших клиентов, – аптечные организации. В настоящий момент у нас примерно 40 процентов грузополучателей зарегистрировано в системе, это только зарегистрировано, а сколько из них автоматизировано и готово передавать сообщения о маркировке, на самом деле никто не знает.

Мы в настоящий момент только пытаемся опросить аптеки, и уже получая первые анкеты, понимаем, что аптеки находятся на совершенно разном уровне понимания проблемы. Диапазон от «да, мы уже готовы, мы всё сделали» до «извините, а что такое маркировка?». Есть ещё такие.

То есть объективной информации о готовности аптек к работе с 1 января нет. Но в то же время мы должны понимать, что есть компании, которые два года готовились и были ответственными при подготовке к маркировке. Тогда зачем для них сроки переносить?

Моё предложение: с 1 января всё-таки осуществлять переход на промышленную эксплуатацию. Есть компании, есть как производители, так и дистрибьютеры и аптеки, которые хорошо подготовились к введению маркировки. Почему им мы должны запрещать переход? То есть это, по сути, будет переходный транзитный период. Его срок я оцениваю, по своему опыту, от 9–12 месяцев, то есть до 1 января 2021 года.

До 1 января 2021 года не применять административную ответственность и позволить аптекам нормально настроить свои процессы. Я уже представляю, какой у нас будет поток обращений наших клиентов с 1 января: «Сделайте мне, помогите мне, у меня то не работает, это не работает...».

**Председательствующий.** Минуту добавьте, пожалуйста. Завершайте. Ладно?

**Горбунов В. Н.** Да, я завершаю.

Будет вал обращений. К этому валу также должен быть готов оператор при настройке системы, к этому валу готовимся мы. То есть переход нужно начинать с 1 января, но, возможно, есть какой-то вариант добровольного перехода подготовившихся компаний. Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо, Виктор Николаевич.

Коллеги, слово предоставляется исполнительному директору Ассоциации аптечных учреждений «СоюзФарма» Марине Витальевне Литвиновой.

**Литвинова М. В.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Благодарю всех предыдущих докладчиков, которые коснулись нас, аптек, как элемента отпуска лекарственных средств.

Наверное, соглашусь абсолютно со всеми, просто немного добавлю о том, что сегодня происходит. У нас сегодня есть аптеки, которые попали под перелицензирование в связи с неправильно указанными адресами в ФИАС, об этом мы постоянно говорим. Вот и последний запрос, который мы отправляли – опять что-то не так с обновлением этой системы.

Да, работает очень много так называемых рабочих групп, информации достаточно. Готовность, наверное, не больше 12 процентов, и то это не полный цикл внедрения, это только те, кто приобрёл оборудование и сейчас занимается своими программами автоматизации. Это, как правило, крупные игроки, аптечные сети.

Я представляю интересы малого и среднего предпринимательства. На сегодняшний день это порядка 35 процентов участников рынка. И мы столкнулись с колоссальным количеством проблем – это всё, что связано с дополнительными затратами на внедрение маркировки, это и наше программное обеспечение, и оснащение компьютерами, и техникой, и тому подобным. Мы пережили, наверное, достаточно благополучно внедрение цифровых касс. У нас уже есть опыт, как это всё делать. Будем продолжать.

По поводу переноса сроков. Наверное, это вообще неправильно – что-либо переносить. Да, давайте начнём. Да, давайте поймём этапность. Да, давайте будем работать все вместе.

Но так сложилось, что аптеки всегда на передовой, лицом к лицу с пациентом. И эта информация, которая будет адресована населению, за неё тоже нужно быть очень ответственным.

Конечно, прекрасно разрабатывать новые технологичные продукты для телефонов, маркирован товар или не маркирован, но есть информация. Мы отлично все с вами

понимаем (и докладчики подчёркивали это), что мы маркировку в аптеках можем увидеть вообще в июне, потому что создаются стойки для препаратов. И нужно очень ответственно работать всем нам с информацией для населения, для наших пациентов, чтобы не возник тот социальный негатив, который нам вообще не нужен.

Есть у нас ещё такие зоны, как показал опыт внедрения цифровых касс, где нет сети Интернет, так вот исторически, наверное, сложилось. Это тоже нужно предусмотреть.

В связи с обязательным введением маркировки на лекарственные средства надо предусмотреть, что в 2021 году одновременно произойдёт и внедрение маркировки, и изменение системы налогового учёта, для нас это очень сложно. Мы по этому поводу писали письма, к сожалению, наше мнение не было учтено.

Поэтому у нас есть предложение – в связи с отменой ЕНВД разработать для внедрения налоговых режимов тоже льготные переходные периоды и повысить действующий порог применения, например, в УСН со 150 миллионов рублей до 300 миллионов рублей с сохранением действующих налоговых ставок, и средний лимит численности поднять со 100 до 150 человек. Хотелось, чтобы это произошло с нами в 2020 году.

Вот отмена ЕНВД и маркировка одновременно – для нас это некий технологичный процесс. Мы должны перестроить свои системы учёта полностью, приняв верное решение, какой налоговый режим мы выбираем и как это отразится на нашей деятельности.

Вот у нас на сегодняшний день аптеки, представляющие малый бизнес, самостоятельно ведут учёт. А в связи с предстоящими изменениями – нужно будет нанимать бухгалтера и всё тому подобное, нести дополнительные расходы.

И ещё хотелось бы внести предложение рассмотреть возможность налогового вычета на затраты и на маркировку для аптечных организаций, по аналогии с внедрением цифровых касс.

Спасибо большое.

Минуту мне добавлять не нужно.

**Председательствующий.** Спасибо большое, что уложились.

Давайте дадим ещё слово представителю аптек Виктории Пресняковой, исполнительному директору Ассоциации независимых аптек. Также большая просьба уложиться в отведённое время, мы будем потихонечку идти к завершению.

**Преснякова В. В.** Спасибо большое за предоставленное слово.

Добрый день, уважаемые коллеги. Я не буду повторяться, Мария Витальевна сказала достаточно о малом бизнесе. Но поскольку я всё-таки представляю тоже малый бизнес, скажу, что внедрение маркировки очень беспокоит все регионы, особенно дальние регионы. Дальний Восток каждый день звонит. У нас есть регионы, в которых 75 процентов одиночных аптек, не входящих ни в какие сети. Есть аптеки, которые находятся в зоне без интернета, с ограниченным интернетом. Эти аптеки ситуация уходит на грань закрытия до нового года.

Мы провели опрос аптек в Дальневосточном округе и в Центральном округе. По опросу, даже средние такие сети в Центральном регионе предполагают сокращение своих аптечных точек на 20–30 процентов. В связи с переходом на другую систему налогообложения у них вообще в аптеках, ну, такой небольшой коллапс: 31 декабря они ещё будут находиться на ЕНВД, а 1 января они должны быть в другой системе налогообложения. В новогоднюю ночь никто не будет перепрошивать кассы, а если они начнут это делать заранее, то мы, о чём говорил представитель пациентской общественности, просто сами ограничим лекарственное обеспечение в регионах. Понимаете, что это означает?

Что мы предлагаем? Поэтапное введение маркировки. Мы работаем над маркировкой в рабочих группах уже очень давно, но есть аптеки... Буквально неделю назад мне звонят и спрашивают: а какой документ является подтверждением того, что маркировка будет обязательной? Это при том, что мы такую широкую информацию даём. Апте-

ки не могут быть готовы по нескольким причинам. Они не могут прописать своё ПО, потому что ещё ведётся разработка бизнес-процессов, ещё процедуры не прописаны, мы постоянно меняем. Они не могут оттестировать препарат, и хотя наши дистрибьютеры говорят, что они готовы и у них есть маркированный товар, аптеки в течение уже четырёх недель не могут получить эту коробку маркированного товара, чтобы воочию увидеть, как это будет.

И, конечно, очень большая просьба – оставить единый налог до конца переходного периода, если такой период будет принят. Потому что сейчас аптеки находятся в достаточно сложной ситуации.

Как же это повлияет на цену лекарства? Наши аптечные учреждения говорят, что все эти процессы могут привести к подорожанию лекарственных препаратов до 20 процентов, а это очень большая цифра. Но мы готовимся, мы готовы и дальше работать, готовы работать и с ЦРПТ, и с Росздравнадзором. Маркировка нужна, но просьба нас услышать.

Спасибо большое.

**Председательствующий.** Вам спасибо большое. *(Аплодисменты.)*

Я хотел бы предоставить слово члену нашей рабочей группы, первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по информационной политике Сергею Михайловичу Боярскому.

**Боярский С. М.** Уважаемый Андрей Константинович, очень много прозвучало сегодня от производителей и вообще из отрасли информации о проблемах, мы о них уже слышали. Были мы и на передовых производствах, которые уже почти готовы, скажем так, к переходу на маркировку. Но вот в выступлениях о тех или иных проблемах чувствуется некое внутреннее противодействие регуляторов и отрасли. Мне кажется, что это в корне неверно.

Давайте поймём одну простую вещь. Вот у нас есть потребитель, который придёт 1 января. Вот мы тут слышали оптимистические прогнозы и пессимистические. Я координирую сторонников «ЕДИНОЙ РОССИИ», у нас разветвлённая сеть во всех 85 регионах, по поручению руководства мы начали мониторинг того, как аптеки на местах – на селе, в маленьком городе, в крупном городе – готовы к маркировке. В Москве готовы, в Петербурге тоже.

Но вот я вам скажу – а мы от Калининграда до Камчатки уже ведём этот мониторинг, – что в Калининграде вообще не знают о том, что предстоит. Может быть, нам так повезло, мы же, конечно, не Росздравнадзор, но не знают. На Дальнем Востоке ситуация разная, нигде практически нет оборудования, его ждут в ноябре. Персонал аптек, как правило, не в курсе, в курсе только заведующие.

Очень нужно вводить маркировку, она будет полезна производителям, она будет полезна контролёрам. Но закон этот мы, в конечном счёте, подготовили для людей, мы не можем допустить сбоя ни на секунду, мы не можем допустить роста цен, роста социальной напряжённости, спекуляций политических, которые обязательно начнутся. Вот тут был вопрос: а кто возьмёт на себя ответственность?

Люди назначат ответственными Государственную Думу и депутатский корпус, и именно поэтому мы на нашей площадке проводим эти парламентские слушания, чтобы убедиться в полной готовности. Не в 100-процентной, а в 400-процентной готовности отрасли в её взаимодействии с регуляторами, для того чтобы этот переход прошёл незаметно для потребителя рядового, и основные цели, которые закладывались в законопроект, были выполнены.

Поэтому я считаю, что предложения о поэтапном вводе – это предложения здравые, которые можно и нужно поддерживать. Единственное, я бы, наверное, от себя добавил, что вот предложение «бессрочно отсрочить», конечно же, невыполнимо. Мы должны ставить реперные точки, потому что иначе будет несправедливо по отношению к тем,

кто потратил деньги, кто готовился и кто уже в целом готов к переходу. Но нам нужно, чтобы работала вся система.

Мы этот мониторинг продолжим, и я его предоставляю во фракцию, для того чтобы мы принимали соответствующие решения на основании нашей социологии – внутренней, партийной. Но абсолютно поддерживаю тезисы предыдущих выступающих, что нам нужна объективная картина мониторинга, на которую мы можем опираться.

Спасибо. *(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Спасибо, Сергей Михайлович.

Уважаемые коллеги, мы послушали руководителей и представителей федеральных органов исполнительной власти, операторов, послушали производителей, ассоциации, аптеки, пациентов, представителей медицинских организаций. Понятно, что дискуссию мы не заканчиваем, а это только такой важный для нас этап. Мы договаривались с вами о том, что Александр Петрович Петров резюмирует то, что мы сегодня здесь в зале услышали. Семь минут.

**Петров А. П.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Спасибо за терпение. Я сегодня вижу, что практически никто не уходит. Видимо, эта тема волнует уже настолько, что готовы работать столько, сколько нужно. Прежде всего, я хочу сказать, что обеспечение лекарственными препаратами – это главная цель государственной системы лекарственной безопасности. Она одна-единственная. И мы не должны об этом забывать.

Какой бы закон, блоки законов мы ни принимали, а их много сейчас принимается, вы заметили, да, они взаимосвязаны, и обсуждать, наверное, скоро надо будет не один закон, а блоки законов. И они, как правило, вместе работают. Потому что каждый закон по отдельности вроде неплох, но как только мы начинаем его правоприменительную практику, мы получаем кучу сбоев по ряду причин. Поэтому вопрос маркировки не самый праздный. Маркировка сегодня – это то, что нужно нашему государству. Но какая маркировка, надо посмотреть. Какая маркировка в Евросоюзе, на что мы ссылаемся? Она другая. Мы – первое государство на планете, кто ввёл «криптохвост» в маркировку. Это факт.

Какой «криптохвост» нам нужен? Я уверен, что этого ответа не знает никто, кроме тех, кто придумал «криптохвост»... *(Аплодисменты.)*

Потому что версий столь много, что всей правды никто не знает. Почему «криптохвост» на шубу за миллион рублей стоит тоже 50 копеек, знает кто-то ответ? А это же финмодель, как меня уверяют, на лекарствах. Так давайте финмодель внесём, это же государственная система маркировки.

Посмотрите соглашение по ГЧП. Может быть, где-то надо дать льготу, лекарствам, например, до 100 рублей. А за «криптохвост» на шубу, может, ввести плату два рубля или пять. И ничего, никто там не треснет. Это абсолютно точно. *(Аплодисменты.)*

Если мы говорим о сравнении, то я не понимаю, почему упаковка сигарет за 80 рублей, которые вредят здоровью, имеет 4 криптознака, а лекарства 44. Мы должны вернуться к этому вопросу, как депутаты Государственной Думы, имеющие доступ к секретной информации, и разобраться с этим. *(Аплодисменты.)*

Потому что производители утверждают, что 22 – это уже нормально, не превышают количества брака. Генеральные директора крупнейших зарубежных фармкомпаний, которые встречались со мной на питерском форуме, говорили все – сделайте нам 22. Мы не понимаем, зачем, но дайте 22.

Вы слышите, в ЦРПТ? Ещё раз вернитесь к финмодели. Мы и вправду дешёвые лекарства вымоем с рынка при такой системе, при расчёте 20 рублей. Мы их вымоем по факту. Ну что тут непонятного. Давайте посчитаем другую финмодель. Хотите, мы поможем. Мы же не против, но нас туда никто не приглашает. Финмодель – это же бизнес. И я понимаю ЦРПТ, для них это бизнес. Но мы хотим спросить с частной ком-

пани, хотим страховать их риски на государственном уровне. А, не дай бог, у одного акционера жена подаст на развод? Это же бизнес.

Нет, вы шутите, а я не шучу. Это на самом деле бизнес-риски, это другая сфера. Может быть, государству надо 51 процент акций выкупить у ЦРПТ? И тогда разговора в соцсетях не будет. Мы почему не слышим людей в соцсетях? Ведь стыдно с ними встречаться. О чём говорят люди, когда мы с ними встречаемся? Сегодня скандалы по лекарствам постоянные, по любому поводу. Это встречается чаще, чем кошечки в соцсетях. Ведь люди говорят: мы пойдём подавать в суд на вас. Они говорят: власть за всё ответственна. Государственная Дума, правительство – все ответственные. Они даже председателя поселкового совета будут считать ответственным за всё происходящее в стране. И они правильно так думают. Мы их сами к этому приучили.

Ещё раз: лекарственное обеспечение каждого гражданина – это самое главное. Нам всем надо менять подход. И мне тоже. Потому что это мы приняли закон в условиях непрекращающегося эксперимента. Эксперимент 31 декабря закончим, к 1 февраля получим результаты. «ЕДИНАЯ РОССИЯ» считает это риском. В условиях эксперимента принят закон, впервые. Но мы несём за это ответственность, как депутаты.

Поэтому, я считаю, «ЕДИНАЯ РОССИЯ» должна запросить результаты эксперимента. И мы должны на съезде «ЕДИНОЙ РОССИИ» 22–23 ноября посмотреть это всё. Мы должны получить статистическую информацию от ФОИВов по поводу внедрения маркировки: сколько предприятий готово, какая степень готовности, что не готово? Мы должны получить информацию об этом вплоть до последней аптеки. А, не дай бог, прибор выбытия в отдалённой аптеке сломается. Кто-то знает ответ, что будет? Мы остановим снабжение лекарствами целого посёлка. Мы не имеем морального права допустить такой риск.

Поэтому вопрос «Что мы делаем?» я считаю рисками. Это экспериментальные данные. И не дай бог, будут новые методические рекомендации. Я считаю, что за каждой методической рекомендацией следуют сотни миллионов убытков рублей фармпроизводителей. Кто-то за это должен ответить потом. Я считаю, что мы должны гармонизировать и получить ответ по ЕАЭС, по экономическому пространству. Мы же договорились, что мы вместе работаем, и тут же делаем по-своему. Мы должны получить от них ответ, сделать запросы. Мы должны получить результаты по программе «Семь нозологий», узнать в первом приближении, что получилось, что не получилось. Это надо сделать до 1 декабря.

И ещё. Не откладывая, я уверен, что мы должны внести поправки в закон: не отменять маркировку с 1 января, а дать полномочия Правительству Российской Федерации по возможности вариативности, по группам препаратов вплоть до конкретного производителя.

То есть мы должны посмотреть, что мы поэтапно можем сделать, дать Правительству Российской Федерации возможность ввести этапность, потому что они гибче, чем мы.

И ещё. Я считаю, что нам в Государственной Думе теперь придётся ежедневно отслеживать ситуацию, создать оперативный штаб, объединить его с рабочей группой федеральных органов исполнительной власти и работать при непрерывном мониторинге.

Поэтому обращение у меня ещё и к СМИ: пожалуйста, не нагревайте ситуацию.

У нас ситуация всё лучше и лучше с лекарствами – это факт. Я могу цифрами подтвердить каждую позицию по лекарствам. Да, у нас бывают срывы, но такой хорошей ситуации с наличием лекарств на складах у нас никогда не было. У нас есть другие проблемы: организационно-логистические, несостоявшиеся конкурсы, – но лекарства-то есть уже. Давайте мы будем дальше двигаться и всё-таки хоть чуть-чуть любить свою Родину.

Спасибо. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо, Александр Петрович.

Уважаемые коллеги, состоялся сложный, но достаточно откровенный и, я считаю, очень важный разговор, может быть, его стоило провести раньше, но тем не менее он действительно состоялся.

Надо двигаться дальше. Во-первых, мы договариваемся с вами, у нас есть и наш Комитет, и подкомитет, который возглавляет Александр Петрович, и наша рабочая группа. За оставшееся до 1 января время мы действительно будем работать в ежедневном режиме. Я думаю, что мы ещё съездим на целый ряд предприятий, организаций и встретимся с различными участниками рынка, постараемся максимально взять под контроль и урегулировать ситуацию.

Сейчас как первый шаг. Коллеги, вы все получили проект рекомендаций парламентских слушаний, выступавшие говорили, что взять его за основу можно. Вы с этим согласны? Никто не возражает? Тогда давайте примем следующее решение, если вы не возражаете, – мы принимаем этот проект за основу.

Те коллеги, которые, к сожалению, не успели выступить, а у нас выступило около 30 человек сегодня, могут сдать нам письменные предложения в Комитет Государственной Думы по охране здоровья, в аппарат Комитета до конца этой недели, до пятницы мы принимаем все предложения, связанные с рекомендациями парламентских слушаний. Мы их обсудим предварительно, руководство Комитета и рабочая группа, и на следующей неделе официально утвердим рекомендации парламентских слушаний.

Договариваемся таким образом действовать? Договариваемся.

Всем большое спасибо. Хороший был разговор. Продолжаем работать.

Спасибо.

**СТЕНОГРАММА**  
**«круглого стола» Комитета Государственной Думы по охране здоровья**  
**на тему «Психическое здоровье детей. Проблемы и пути решения»**

*Здание Государственной Думы. Зал 830.*  
*9 декабря 2019 года. 14 часов.*

**Председательствует заместитель председателя**  
**Комитета Государственной Думы по охране здоровья**  
**Н. В. Говорин**

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, друзья, разрешите начать работу нашего «круглого стола».

Сегодня мы обсуждаем очень важную проблему, проблему непростую, и я хотел бы для открытия нашего «круглого стола» предоставить слово председателю нашего Комитета Государственной Думы по охране здоровья, профессору, доктору медицинских наук Дмитрию Анатольевичу Морозову.

**Морозов Д. А.** Уважаемый Николай Васильевич, уважаемые коллеги, для меня большая честь сегодня приветствовать вас.

Я сразу извинюсь, скажу, что после этих слов я вынужден буду уйти, потому что у меня график немного другой.

Моя задача сегодня и проста, и сложна одновременно, потому что отдаю себе полный отчёт в том, что сегодня здесь собрались эксперты высочайшего уровня, я имею в виду коллег психиатров и психологов, но думаю, вы согласитесь со мной, а я сам детский хирург, что и у меня есть тоже свои персональные интересы и персональное видение.

Вот вроде бы профессиональное сообщество, оно понимает, о чём говорит, понимает методологию, понимает цели, задачи, объясняет это социуму, но методологии принятия решений не всегда нас устраивают.

И, может быть, забегаю вперёд, скажу, что, на мой взгляд, и я в этом глубоко убеждён, Государственная Дума и является той площадкой, где все профессионалы должны быть услышаны.

Поэтому для меня кажется чрезвычайно важным и ответственным сегодняшний момент.

О чём мы сегодня говорим? Это очень тонкая материя, она не всегда понятна, её нужно обязательно объяснять. Объяснить это невозможно за одну там телепередачу или за какой-то цикл, или даже за полгода, за год, мы должны объяснять это ежедневно, постоянно формируя некое информационное поле, чтобы люди и социум поддерживали всю эту идеологию.

Ведь на самом деле речь идёт об очень широком спектре, не суть там психиатрии или даже психологии, начиная с формирования психического здоровья. Начиная даже с того, что мы понимаем под здоровьем: это состояние физического, психического, нравственного благополучия – здоровье души человека, определяющее в последующем всю его жизнь, все его поступки. И это очень важно.

Конечно, мы понимаем, что формирование психического здоровья – это задача семьи и общества, и семьи в первую очередь.

Совсем недавно прошёл конгресс пациентов, третьего дня. Всероссийская конференция, посвящённая качеству в медицине, и я уже там обращал внимание коллег, что на самом деле лечение человека, и ребёнка в первую очередь, живущего в любви или в нелюбви, – это две совершенно разные позиции.

Мы хорошо знаем, что очень часто в практике доктора, в практике каждого из нас встречается так называемая психосоматика, маски так называемых соматических страданий.

И хорошо знаем, что когда на приём приходит человек с тем или иным страданием, ты смотришь на его семью и понимаешь, что внутри у них нет вот этого добра. Когда видишь, что ребёнок даже в кабинете врача получает подзатыльник и его ругают за какие-нибудь испачканные штанишки, то понимаешь, что нет таблеток или нет движения скальпеля, которые помогут ему. Здесь речь идёт о гораздо более широких понятиях.

Развитие ребёнка в школе – этим мы третий год уже занимаемся вплотную, так называемой школьной медициной, медициной в школе, медициной в образовательных организациях. Не это ли одна из первостепенных задач школьного медика – сохранение и грамотная диагностика психического здоровья и состояния нервной системы, психологии тех малышей, которые растут у них на глазах? Это чрезвычайно важно.

Очень важен уровень агрессии вообще в социуме, который мы наблюдаем. И здесь бы я сказал о нашей ответственности.

По моему глубокому убеждению, мы, как взрослые люди, серьёзно недорабатываем в отношении сохранения психического здоровья детей. Не все из нас уделяют этому большое внимание.

Возвращаясь к нравственности: что мы видим на телеканалах или в фильмах? Ну сколько можно уже про это говорить? Ведь про агрессию на экране говорят десятилетиями профессионалы, общественные организации, общественники, все. Все говорят. Всем вроде всё понятно. А вопрос не решается.

Посмотрите, как изменились даже те же самые детские и подростковые драки, насколько они ужесточились. Мы тоже дрались в своё время. Но если ты упал, драка останавливалась. Если, не дай бог, пошла кровь, драка останавливалась моментально. Сейчас, к сожалению, это будет означать только её развитие. И это потом переходит в подростковый возраст, это усугубляется психоактивными веществами различными, которые у нас, к сожалению, несмотря на все наши препоны, теми или иными методами распространяются в обществе. В общем, огромный круг проблем, и я сегодня пожелал бы вам удачи и конструктивизма в его обсуждении. Николай Васильевич, Борис Давыдович, коллеги, представители нашей профессиональной семьи, пожалуйста, сформулируйте чёткие рекомендации.

Я думаю, Николай Васильевич, что нужно будет попросить фракцию дать вам как минимум 10 минут на политической пятиминутке, чтобы обратить внимание всей Государственной Думы, всего общества на такой огромный важнейший вопрос, как сохранение психического здоровья детей.

Коллеги, с глубоким уважением. Спасибо вам большое!

**Председательствующий.** Спасибо, Дмитрий Анатольевич, спасибо большое.

Хочу отметить сразу, коллеги, что у нас не научная конференция, а «круглый стол», и очень важно проблемы, которые мы будем рассматривать, рассматривать через призму нормативного регулирования, правового регулирования – что нам нужно изменить на федеральном уровне сегодня, какие постановления Правительства России нужны, может быть, приказы отраслевых министерств.

Сегодня здесь на самом деле собрались лучшие эксперты страны, и у нас есть реальная возможность вместе попытаться и изменить ситуацию в лучшую сторону и сделать нашу работу, конечно, лучше.

Какими будут наши дети, внуки, таким и будет будущее страны. В обстоятельствах неблагоприятной демографической ситуации и снижения численности детско-подросткового населения, к сожалению, отмечается отчётливый прирост общей заболеваемости по психическим расстройствам, особенно у подростков. За 18 лет этот показатель увеличился практически на 32 процента. За этот же период по непсихотическим расстройствам он вырос по существу почти на 60 процентов.

Кроме того, сохраняется устойчивая тенденция роста различия в уровнях заболеваемости между детьми и подростками, что свидетельствует, с одной стороны, о снижении и недостаточной эффективности выявления психических расстройств у детей и в то же время, видимо, о недостаточной эффективности реабилитационных мероприятий. Об этом же убедительно свидетельствует скачок роста инвалидности, особенно среди подростков. И это, конечно, очень тревожные тенденции.

Коллеги, я хотел бы обозначить несколько наиболее важных, на мой взгляд, направлений, которые нам следует сегодня обсудить.

В сфере охраны психического здоровья детского населения специалистам явно не хватает в настоящее время конструктивного межведомственного взаимодействия и, соответственно, правового регулирования этого взаимодействия, причём не только с позиции компетенции по диагностике, по оценке состояния психического нездоровья, но и существенных различий в подготовке кадров. Дефицит детских психиатров в стране вынуждает проблемами психического здоровья детей заниматься взрослых психиатров, даже неврологов, психологов и, конечно, педиатров.

Насколько профессионально сегодня готовы эти кадры решать сложные вопросы детской психиатрии, насколько они замотивированы этим заниматься? Большой вопрос, как гармонизировать эту работу, службу в рамках единых подходов к ранней диагностике и эффективному сопровождению детей с нервно-психическими расстройствами.

Коллеги, сегодня ситуация складывается так, что подавляющая часть пограничных нервно-психических невыраженных расстройств, особенно в сельских территориях, выявляется только с началом школьного обучения. И в то же время именно эти расстройства лежат в основе школьной дезадаптации.

При этом наряду с традиционными факторами появляются и новые. Это реабилитация детей с экстремально низкой массой тела, это ЭКО-дети, о которых в эпидемиологическом смысле мы сегодня знаем слишком мало.

Особое место в проблемах психического здоровья детей в настоящее время занимают, как сказал Дмитрий Анатольевич, поведенческие расстройства и обусловленные этим различные типы рискованного поведения, потребление психоактивных веществ, наркотиков, алкоголя, промискуитет, зависимость от азартных игр, интернета.

В обстоятельствах кризиса института семьи, когда более 60 процентов браков распадается, заметно снижается роль семейного воспитания. Когда в психологически благополучной семье у ребёнка формируется базис правильных ценностных ориентаций, понимание добра и зла, то и риски саморазрушающего аддиктивного поведения, появление аддикции, конечно, сводятся к минимуму.

Большая для нас, конечно, тема – это социально неблагополучные семьи, где наряду с бедностью, пьянством дети подвергаются жестокому обращению и насилию. А семья не становится источником радости и психологического благополучия для ребёнка. В таких обстоятельствах говорить о полноценном психическом развитии просто не приходится.

Ярким примером этому являются так называемые социальные сироты, сироты при живых родителях, до 80 процентов которых, по данным практических эпидемиологических исследований, имеют психические расстройства, а проблемы с их социализацией являются чрезвычайно серьёзными для общества. И этих детей в стране немало. Более

того, даже передача их в приёмные семьи далеко не всегда их делает психически полноценными и благополучными.

В целом реалии таковы, что, с одной стороны, снизилась эффективность воспитательной роли семьи, с другой – появился интернет, социальные сети, которые поглощают наших детей и нередко практически отчуждают детей от родителей, навязывая им новые ценности и опасные интересы, в том числе культ насилия, наживы, гедонистического поведения, и даже откровенно понуждая к суициду.

Проблема детских и подростковых самоубийств остаётся на протяжении последних двух десятилетий острой проблемой для нашей страны, и для её решения необходимы, конечно, комплексные меры, не только направленные на устранение всех причинных негативных факторов, способствующих провоцированию аутоагрессивного поведения, но и повышающие у детей стрессоустойчивость и духовно-психологическую защищённость.

В Государственной Думе за последние два года были приняты два закона по защите от информации, побуждающей к суициду и опасному для жизни поведению. Именно в этой сфере, коллеги, в сфере информационной безопасности нам необходимо продолжать основательно работать.

К сожалению, современная школа и образовательная среда для ребёнка пока не являются местом психологической безопасности школьного социума, причём не только с позиций межличностного взаимодействия обучающихся, но и личностно-доверительных отношений как в системе «ученик – ученик», так и «учителя – родители». Слишком уж долго и настойчиво перекраивали школу, давая установки реализовывать в школах только образовательные услуги, а воспитанием якобы должны заниматься родители. При этом был нанесён ущерб и авторитету самой главной профессии в стране – профессии учителя.

Кроме того, игнорирование психогигиенических норм и хронические психофизиологические перегрузки школьников, эмоциональный стресс также ведут к школьной дезадаптации, особенно у детей со скрытой церебрально-органической недостаточностью. А таких детей ни много ни мало – практически до 30 процентов среди школьников младших классов.

К сожалению, реалии таковы, что к концу обучения уже в начальной школе значительно увеличивается число детей с ассоциированными со стрессом соматоформными расстройствами, поведенческими нарушениями.

Именно здоровьесберегающий аспект воспитания подрастающего поколения в школьный период является важнейшим фактором психического здоровья детей, и от его успешной реализации, в том числе возвращения полноценной школьной медицины, зависит очень многое.

Вызывают серьёзную обеспокоенность и участвовавшие в образовательных организациях случаи агрессивных действий – насилия, жестокости как по отношению к сверстникам, так и к педагогам. Резонансные тяжкие преступления, нередко с большим числом пострадавших, – свидетельство того, что перед обществом стоят новые очень опасные вызовы, которым мы должны не просто противостоять, но делать всё возможное, чтобы этого не допускать. При этом только усилением охранных мероприятий в образовательных организациях эту проблему, конечно, не решить.

Чтобы не было плесени, надо бороться с сыростью. И специалистам в сфере охраны психического здоровья детей есть над чем работать.

В целом, в психическом здоровье детей и подростков отмечается ряд негативных тенденций, и нам важно это обсудить сегодня и внести конкретные предложения, с которыми в последующем мы будем работать с позиции уже правового регулирования.

Уважаемые коллеги, я убедительно прошу вас в своих выступлениях быть максимально конкретными, предметными, и конечно, ждём конкретных ваших предложений, для того чтобы мы могли работать дальше.

И я очень прошу соблюдать регламент. У нас два выступления по 10 минут и все остальные выступления до семи минут. Заявилось 28 желающих выступить. Это все авторитетные профессиональные эксперты, и нам важно выслушать мнение каждого.

Разрешите мне предоставить слово Анне Юрьевне Кузнецовой, Уполномоченной при Президенте Российской Федерации по правам ребёнка.

**Кузнецова А. Ю.** Спасибо, уважаемый Николай Васильевич.

Уважаемые коллеги, мы здесь по двум причинам.

Во-первых, потому что я с очень большим уважением отношусь к позиции экспертного сообщества, и его порой очень не хватает, когда мы говорим о принятии тех или иных мер, законодательное ли это поле или это комплекс действий, комплекс мероприятий. Это может быть и «дорожная карта», а также иные документы.

Я, конечно, с глубоким уважением отношусь к Николаю Васильевичу, и мне бы хотелось, не повторяясь с ним в тех очень больших, обширных темах, о которых он сказал, сконцентрироваться на вопросах, которые сегодня адресуются экспертному психиатрическому сообществу от нас, анализирующих обращения граждан, работающих с общественными организациями, которые занимаются этими вопросами, и непосредственно с детскими учреждениями.

Очень важно, чтобы одна рука знала, что делает вторая.

Когда мы принимаем «дорожные карты» и комплекс мер, всегда очень важно учитывать позицию в том числе экспертного сообщества. Когда мы начали говорить о проблемах детских суицидов, первая тема, которая всплыла, это вина социальных сетей. Были разработаны и впоследствии приняты законопроекты.

Мы связались с Институтом психиатрии, мы поговорили с ними о необходимости проведения новых исследований. Так вот, исследования были проведены. Ничего нового они нам не открыли. Причины суицидов всё те же, что были много лет назад.

Конечно, мы понимаем, что есть ресурсы для их решения, но если экспертное сообщество не будет напоминать и расставлять акценты для этих решений, мы можем бить из пушки по воробьям до бесконечности.

Конечно, вопросы, которые мы адресуем сегодня такой широкой аудитории, касаются того контента, который в целом окружает наших детей, а также на что он влияет, как формируется детская психика под его влиянием. Я считаю важным сегодня проведение исследований влияния средств массовой информации, современного контента, его содержания на психику ребёнка. Важно знать, какие качества личности формируются под его влиянием.

Конечно, как мама и как человек, который непосредственно каждый день имеет дело с детьми и с соблюдением прав детей с особенностями развития, я не могу не сказать про детские дома-интернаты. Коллеги, это, конечно, беда. Это детский ад, который мы сейчас, в XXI веке, наблюдаем в детских домах-интернатах. Сейчас предложения по их реформированию уже поддержаны Президентом России, и мы Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации разрабатываем специальные планы действий по преобразованию и реформированию детских домов-интернатов, которые будут приняты в каждом регионе России. Мы не нашли психиатров в детдомах, даже там, где находятся дети без матерей, без отцов, не имея никого, кто бы заступился за них. Не только психиатрия, но и вся медицина ушла после того, как эти учреждения были переданы социальной защите.

Конечно, мы не можем сейчас говорить о полноценной защите прав ребёнка в этих учреждениях, когда там нет даже стоматолога. Мы понимаем, есть некоторые причины того, почему там нет психиатров – соответствующий порядок не позволяет коллегам-психиатрам работать там в полной мере, так как эти учреждения не являются медицинскими. Нам нужно дорабатывать нормативную базу в этой части, чтобы они были обеспечены психиатрами, чтобы там эти специалисты работали.

Если говорить в широком смысле слова, то сегодня у нас почти 900 тысяч несовершеннолетних имеют психические расстройства. И ежегодно в России впервые диагностируются психические расстройства у 20 тысяч детей возраста 15–17 лет, а диагноз умственной отсталости диагностируется у порядка 3,5 тысяч подростков в возрасте 15 и 17 лет.

Эти цифры я привожу лишь к тому, что очень важна своевременная диагностика. А в тех законодательных, скажем, нормативных документах, которые сегодня регулируют психиатрическую деятельность, к сожалению, упускается очень важный момент, который в детской ситуации играет принципиально важную роль – это профилактика.

Николай Васильевич, если после широкой дискуссии с коллегами будет возможность внесения изменений в федеральный закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании, где дети приравнены ко взрослым недееспособным лицам, конечно, очень важно учесть способность детской психики к профилактике, к её превентивным воздействиям.

Отдельно хочу отметить тему наркозависимости. Неоднократно к нам приходили специалисты, которые работают с детской наркоманией и с детскими зависимостями. Ежегодно на учёте у специалистов состоят десятки тысяч детей в возрасте от нуля до 17 лет в связи с психическими поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. Конечно, мы понимаем широкий спектр решений, не так давно мы обсуждали так называемые жевательные никотиносодержащие субстанции.

Мы понимаем, что пока мы обсуждаем эти препараты, уже где-то в подполье делаются новые, и перед нами встаёт вопрос: а почему всё-таки дети выбирают такой способ проведения досуга? Почему они не выбрали спорт, книгу, творчество, что-то ещё?

Конечно, превентивные воздействия важны. И сегодня, к сожалению, у нас нет учреждений, которые диагностируют детскую наркоманию, вернее, лечат детскую наркоманию. Она появляется у нас позже, когда уже возникают серьёзные формы зависимости, тяжёлые наркотики и так далее.

Неоднократно руководители подобных направлений работы приходили к нам с просьбой, чтобы мы всё-таки эту зону постарались отрегулировать, чтобы можно было как можно раньше оказывать помощь несовершеннолетним, у которых возникла такая зависимость. И здесь, конечно, нужно работать совместно со всеми органами системы профилактики. Я не могу не поддержать Николая Васильевича в вопросах межведомственного взаимодействия. Возможно, необходимы новые регламенты по взаимодействию, например, в работе с детьми, которые состоят в суицидальных группах, в социальных сетях суицидального содержания, в группах в социальных сетях, где распространяются наркотические средства.

Если сейчас будет принято решение о мгновенной блокировке подобного рода групп, куда денутся входившие в них дети, где они окажутся, кто будет с ними работать? Они спокойно перейдут в другую группу, где будут другого или такого же рода зависимости.

В решении этой проблемы одна только система образования, или только система здравоохранения, только система социальной защиты беспомощны. Межведомственное взаимодействие необходимо.

И со своей стороны, Николай Васильевич, я хочу поблагодарить всех, кто работает с нами, мы обращаемся всегда к экспертному сообществу, институт уполномоченных по правам ребёнка открыт тем экспертным заключениям, которые сегодня есть у экспертного психиатрического сообщества. Конечно, мы с горечью констатируем, что у нас в стране практически нет суицидологов. Те единицы, которых насчитали наши коллеги-уполномоченные, конечно, не спасут ситуацию. Несмотря на то, что мы говорим о снижении за последние годы числа суицидов более чем на 50 процентов, последние три года у нас стагнация, нет положительной динамики.

Поэтому сейчас в наших силах взять на свои плечи ответственность за то, какими будут следующие цифры, когда мы станем подводить итоги 2020 года, 2021 года и так далее.

Нужна работа на опережение, нужно совершенствование документов для того, чтобы психиатрическая помощь была доступной. Безусловно, важно и открытие факультетов, чтобы вернуть специальность «детская психиатрия». Сегодня она у нас в составе взрослой даёт единый диплом, но, конечно, очень важно, чтобы вернулась прекрасная практика, которая была раньше, когда специфика детской психиатрии преподавалась нашим будущим специалистам. Это важно. У нас 30 миллионов несовершеннолетних граждан. Вы нужны нам, уважаемые коллеги, мы открыты вашим экспертным заключениям, огромное спасибо за вашу работу. Надеюсь, что вы будете услышаны, и предложения станут реальными действиями. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Анна Юрьевна.

Я думаю, что мы будем взаимодействовать с вами и обсуждать важные документы, которые мы будем готовить в стенах Государственной Думы.

Коллеги, разрешите мне предоставить слово главному внештатному детскому психиатру, профессору Евгению Вадимовичу Макушкину.

Пожалуйста.

**Макушкин Е. В.** Если можно, презентацию, будьте добры.

Спасибо профильному комитету, спасибо Николаю Васильевичу, Анне Юрьевне, которая недавно посетила нашу конференцию по детской психиатрии. Нашему центру, который сейчас является национальным, уже скоро 99 лет, но чтобы Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по правам ребёнка принял участие в заседаниях и дискуссиях психиатров – это впервые. Такого у нас не было.

Коллеги, разрешите, я дополню те цифры, которые представил Николай Васильевич и называла Анна Юрьевна. Чего же ждёт детская психиатрия? Детская психиатрия, конечно, ждёт серьёзных реформ. И мы это заложили в решении нашей конференции. Мы это направили в Министерство здравоохранения Российской Федерации. И я думаю, что в конце мы об этом скажем и на площадке Государственной Думы. Всех вас хочется поблагодарить за активное участие в вопросах охраны психического здоровья детей.

Когда был подписан Президентом Российской Федерации указ об объявлении Десятилетия детства, то всё профессиональное сообщество ждало: что же произойдёт, что же будет? Теперь мы видим, что поскольку Десятилетие детства идёт, то все ведущие политики и первые лица страны занимаются этими проблемами достаточно серьёзно, и мы рассчитываем на хорошие результаты. Мы ждём решения важных вопросов, создания, может быть, новых направлений, институтов, разработки экономической составляющей.

Наряду с этим Президентом России был подписан указ о национальных целях и стратегиях развития Российской Федерации до 2024 года. Для Министерства здравоохранения Российской Федерации и профильных институтов мы сразу же можем выделить ключевые направления демографии и здравоохранения. Детские специалисты прекрасно понимают, что многие вопросы, которыми мы занимаемся, коррелируют с государственными задачами, демографией и здравоохранением.

Министерство здравоохранения Российской Федерации по поручению Правительства России создало топовую двадцатку национальных центров, которые сейчас работают с регионами, в том числе посредством развития телемедицинских технологий, в том числе включая внедрение инновационных технологий, обеспечение медицинских организаций здравоохранения квалифицированными кадрами, внедрение клинических рекомендаций. Это то, чем мы сейчас все занимаемся – обновляем стандарты помощи в детском возрасте, в том числе занимаемся реализацией психолого-психиатрической

помощи и скрининговых программ. Скрининговые программы адресованы самым маленьким детям для того, чтобы определять нарушения развития на ранних этапах.

Показатель общей заболеваемости детей и подростков на 100 тысяч соответствующего населения выше среднего по стране – обобщённый показатель. При этом показатель заболеваемости подростков выше среднего в 1,8 раза. В целом показатель заболеваемости детей снизился на 16 процентов, а показатель заболеваемости у подростков сохраняет тенденцию к увеличению на 3–4 процента.

Динамика за последние 10 лет – сохраняется выявляемость заболеваемости у подростков. Возможно, так и должно быть. Но с другой стороны, выявляемость и тенденция при диспозиции к нарушениям теперь должна быть выявлена и в раннем возрасте, соответственно, и детские показатели могут быть изменены. А почему идёт тенденция увеличения показателей подросткового возраста? Потому что к нам приводят подростков с нарушениями развития, к нам приводят подростков с пограничными расстройствами, которые не были выявлены в детском возрасте. И все мы понимаем, что подростковый возраст – это пубертат, когда активизируются и проявляются расстройства. Подростковый возраст во многом это ещё и работа участковых специалистов, в том числе призывных комиссий, потому что идёт профессиональный отбор, определяется пригодность к службе в армии, в Вооружённых силах.

Так что это традиционная тенденция. Если мы посмотрим 10, 20 лет назад, то подростковая заболеваемость и тогда всегда превышала детскую.

Основные показатели. Психотические расстройства, то есть не самые тяжёлые расстройства, они у нас имеют тенденцию к незначительному увеличению. Непсихотические расстройства. Это показатели так называемых пограничных расстройств. Наблюдается снижение показателей умственной отсталости. На протяжении последних 20 лет и взрослые, и детские специалисты говорят, что в стране существует гипердиагностика умственной отсталости, что профильные кафедры, все специалисты должны быть подготовлены на правомерной диагностике умственной отсталости, потому что в ином случае будет определён неправильный статус ребёнка. Неправильная оценка – и ребёнок, как индивид, на долгие годы становится умственно отсталым.

Мы знаем, что в отдельных субъектах Российской Федерации, в отдалённых регионах это могут быть особенности культуральной системы, особенности воспитания. И дети, может быть, не имея высокого образовательного уровня, как в городах-миллионниках, тем не менее не являются умственно отсталыми. Как правило, это дети с резидуальными задержками развития, социально-психологической незрелостью и недостаточностью, отставанием в развитии социального и педагогического порядка, но это не тотальное поражение.

Поэтому парадигма изменения диагностики умственной отсталости произошла, и мы снижаем эти показатели, что важно.

Дальше. Обеспеченность. Да, конечно, можно говорить, что снизилось количество специалистов на 10 тысяч населения. Но дело в том, что прошла серьёзная оптимизационная реформа, серьёзно перераспределился акцент на амбулаторное звено, и в том числе количество детско-подростковых коек за последнее время снизилось. И количество детско-подростковых психиатров также снизилось на 21 процент.

По результатам нашей федеральной конференции руководителям органов здравоохранения и главным детским внештатным психиатрам будет направлено письмо, предлагающее определиться по тому или иному субъекту Федерации, какова должна быть численность и штатное расписание специалистов по детско-подростковой психиатрии. Потому что некоторые субъекты Федерации считают, что эту помощь не нужно развивать. И тем не менее во всех субъектах страны психиатрическая детская помощь на сегодняшний день практически развивается. У нас есть три больших центра в городах-миллионниках, которые являются самостоятельными юридическими лицами.

Четыре профильных НИИ занимаются аспектами охраны психического здоровья детей. В больших территориальных больницах всегда есть детские и подростковые подразделения для оказания помощи.

По наркологическим расстройствам. Совершенно согласен с Анной Юрьевной, что проблема сохраняется. Тем не менее наши коллеги из филиала Национального центра наркологии показывают тенденцию по снижению наркологических расстройств всех видов за последние 10 лет.

Но есть современные синтетики и современные психоактивные вещества. Вот эта проблема сохраняется, и объём современных синтетиков и психоактивных веществ в перерасчёте на детско-подростковую долю населения достаточно высок. С этим нужно бороться, в том числе и законодательно. Потому что идёт смещение акцентов, налицо не просто употребление пива или водки, а употребление новых синтетических аналогов наркотиков. Должен быть отдельный анализ и работа именно по детской, подростковой наркологии.

С 2014 года, в связи с тем, что общественные организации очень жёстко критиковали государственную статистику, Министерством здравоохранения Российской Федерации и Росстатом введена отраслевая отчётность по наблюдению за расстройствами аутистического спектра. Теперь мы имеем регулярную динамику, и в том числе сопоставление показателей в детском возрасте и у взрослых. И наконец ведомства договорились, что ранний детский аутизм может сохраняться и после 18 лет, по аналогии с детским церебральным параличом после 18-летия во взрослой выборке. И это всё-таки уже те тенденции, которые мы отмечали с 2014 года. Теперь мы знаем общие показатели в стране, мы видим численность, и уже нет такой жёсткой дискуссии по поводу того, что в государстве нет учёта детей, а теперь уже и взрослых, страдающих расстройствами аутистического спектра.

Поскольку было поручение Президента России осуществлять диагностику с раннего возраста, то в 2015–2016 годах под эгидой вице-премьера Правительства России был проведён скрининг в трёх крупнейших регионах России, где был необходимый потенциал. В Волгоградской, Новосибирской и Челябинской областях были проанкетированы родительские семьи, более 70 тысяч человек, и выявлен риск развития расстройства аутистического спектра.

В научном центре психического здоровья с учётом работы с субъектами Федерации в настоящее время продолжена работа над анкетой, теперь в поликлиническом звене, не психиатрическом. Работают и студенты, и волонтёры, и педиатры, и неврологи. Более полумиллиона родителей только за последнее время заполнили соответствующие анкеты на предмет выявления риска нарушения развития у их ребёнка. Такого рода скрининг вряд ли где в мире вообще проводится. У нас это ведётся на общественных началах. Привлекаются специалисты, чтобы провести скрининг более полумиллиона человек в поликлиническом звене. Риск развития выявлен – 13 процентов.

Минздрав России дополнил пункт 16 соответствующего порядка положением о том, что с двух лет при проведении таких скринингов должны работать детские психиатры.

Тенденция снижения суицидов есть, но именно в этом году Всемирная организация здравоохранения публикует отчёт, в котором опять в Российской Федерации отмечается увеличение детско-подростковых суицидов. Но мы не знаем формулы, по которым рассчитываются эти показатели. И я предполагаю, это субъективная моя оценка, что составителям этого отчёта было очень выгодно показать, что страна, которая находится под санкциями, ещё и социально неблагополучна. На самом деле, по данным Росстата и Минздрава России, в стране есть тенденция к снижению суицидов в детско-подростковой популяции.

Сейчас организуются кризисные центры, в том числе при Национальном центре имени Сербского создан федеральный научно-практический центр, это было поручение министра здравоохранения Российской Федерации Вероники Игоревны Скворцовой.

По распоряжению Правительства Российской Федерации все ведомства до 2022 года должны осуществить работу в регионах, указано, как они должны консолидировать усилия, какие ведомства являются ответственными исполнителями. Теперь ежеквартально будут с этих ведомств получать отчёты о работе по профилактике и предотвращению суицидов у детей и подростков.

Есть тенденция роста инвалидности в детской и подростковой популяции. Но дело в том, что и семьи этих детей хотят получать для них социальные гарантии, и это может быть и правомерно, что родители в настоящее время не боятся обращаться за психиатрической помощью и хотят получить гарантированную поддержку.

Президент России констатирует, что в 2018 году выросло число правонарушений, совершённых в отношении несовершеннолетних, и у нас есть определённые предположения, об этом и Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по правам ребёнка говорит, что суициды связаны с этой проблемой. Мы сейчас анализируем по поручению Следственного комитета России более 600 посмертных экспертиз детей. 38 процентов этих детей переживали семейные конфликты, это к вопросу о насилии в семье и жестоком обращении; 25 процентов имели родителей-алкоголиков.

Это проблемы статьи 69 Семейного кодекса Российской Федерации «Лишение родительских прав». Родители пьют и жестоко обращаются – считайте, корреляция – суицид ребёнка. Как же не менять законодательство? Эту статью надо ужесточать.

Развитие цифровых технологий. Из отдалённых субъектов Федерации теперь необязательно приезжать в столицу нашей Родины, можно получить консультацию по лечению ребёнка с возраста двух лет. Телемедицинские технологии заставили специалистов выйти на новый этап развития службы.

Далее. Статья 20 часть третья в Уголовном кодексе Российской Федерации остаётся нереализованной. С ребёнком, который что-то совершает, ни педагогическая коррекция, ни реабилитация не проводится. Уголовный кодекс Российской Федерации это не предусматривает. А такие дети-правонарушители должны уходить на реабилитационные процедуры. Законодательство это не предусматривает.

И есть проблемы, связанные с тем, что к возрасту ребёнка подходят совершенно по-разному в Гражданском кодексе, в Семейном кодексе, в Уголовном кодексе Российской Федерации, в Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. То ребёнку 14 лет, то ребёнку 15 лет, то ребёнку 16 лет. Каков же по закону возраст ребёнка?

Вот коллеги из нашего московского здравоохранения предлагают следующее. Если речь идёт об алкоголизме или наркотиках, то госпитализировать и оказывать помощь ребёнку можно только с согласия родителей вплоть до 18 лет. Сам он не вправе решать в 15–16 лет, хочу – вы мне окажете помощь, не хочу – не окажете.

Вот это надо пересматривать. Это реально забота об охране здоровья детей в Российской Федерации. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Наверное, является важным фактором определение региональных программ в отношении суицидов. Вы хорошо знаете, как отличаются регионы по уровню суицидов, это связано с очень многими факторами, в том числе этнокультуральными, и поэтому эти программы, конечно, должны быть продолжены.

Мы понимаем, что максимальные пики суицидов в стране были в 2004 году, в 2003 году. Понятно, какие это были годы для нашей страны. Суициды можно рассматривать как своеобразный индикатор социально-психологического благополучия или неблагополучия в обществе.

Коллеги, я хочу предоставить слово главному специалисту в области детской психиатрии, заведующему кафедрой детской психиатрии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, профессору Юрию Степановичу Шевченко.

Коллеги, нам надо придерживаться регламента. Пожалуйста, ёмко, сжато.

**Шевченко Ю. С.** Я уже постарался немножко сократить. Спасибо.

Коллеги, мы декларируем на всех уровнях интеграцию педиатрии в целом, а не только детской психиатрии и психологии, педагогики, социальной службы, но до сих пор это не реализовано на организационном межведомственном уровне, что создаёт ситуацию – у семи нянек дитя без глаза, и имеет серьёзные общегосударственные последствия.

К примеру, наиболее частые причины признания призывника негодным к службе или его комиссования в первые месяцы службы – это умственная отсталость, органические нарушения психики и расстройство личности. Спрашивается: что, эти юноши только накануне призыва поглупели, перенесли сотрясение мозга или стали психопатами? Почему их не диагностировали раньше? А если выявили в детстве, почему не вылечили и не реабилитировали? Ведь если бы им своевременно оказали надлежащую комплексную помощь, две трети из них успешно прошли бы призывную комиссию, были бы полноценными защитниками Родины.

Основная объективная причина того, что сегодняшняя служба детского психического здоровья в России и её психиатрическая составляющая остаются неэффективными, – не только неадекватная система организации последней как приписка к общей психиатрии и, соответственно, финансирование её по остаточному принципу, но и отсутствие целостной системы охраны прав ребёнка и семьи.

Основная субъективная причина – стремление тех, кто должен создать эту систему, урвать, выжать побольше из того, что ещё осталось, для себя, своего коллектива, департамента, министерства. Умом все понимают, что от здоровья детей и подростков зависит будущее страны, и для этого нужно объединить усилия. Но в заботе о сегодняшнем дне все конкурируют: педиатры, неврологи, психологи, педагоги порознь, в одиночку хватаются за междисциплинарные проблемы с психиатрическим диагнозом – гиперактивность, психосоматическое расстройство, невроз, ранний детский аутизм, суициды, наркотическая и компьютерная зависимость, девиантное поведение – и тянут каждый в свою сторону, как лебедь, рак и щука.

То же самое с последипломным образованием. Каждый медвуз и НИИ имеют свой факультет или институт повышения квалификации, работающий по своей собственной местечковой программе. Скоро каждая крупная больница создаст свою платную образовательную структуру. Параллельно закрываются государственные академии последипломного образования, обладающие уникальным опытом научно-преподавательской работы и функционирующие на бюджетной основе. Из трёх кафедр детской психиатрии и психотерапии, медицинской психологии в России осталась только одна, при этом приходится печально констатировать – кто не умеет лечить, тот учит, кто не умеет ни того, ни другого, тот учит тех, кто учит.

Деградация уровня врачей, работающих в детской психиатрии, неизбежно прогрессирует на протяжении более двадцати лет из-за ликвидации в 1995 году номенклатурной специальности детского психиатра и, соответственно, обязательной системы подготовки и повышения квалификации детского психиатра. И это несмотря на то, что детей с психическими расстройствами гораздо больше, чем с онкологией, кардиологией, урологией, андрологией и эндокринологией, для которых в России есть свои детские специалисты, работающие в областном центре и выезжающие в отдалённые места в составе медицинской бригады.

Кадры решают всё. Самое лучшее, что может сделать взрослый психиатр, к которому обратились родители с больным ребёнком, это направить его к хорошему детскому психиатру. Это же могут сделать педиатр или психолог, если их специально научить. А чтобы детские психиатры были хорошими, надо, чтобы их подготовка воспринималась чиновниками как проблема. Как говорится, есть человек – есть проблема, нет специальности – нет проблемы.

Альтернатива введению детской специальности – обязать общих психиатров работать, что называется, с нуля, с перинатального периода, раннего возраста, что очень дорого и малореалистично.

Системный подход указывает на разноуровневый характер рассматриваемой проблемы, начиная от межпрофессионального взаимодействия внутри конкретного учреждения до внутриминистерских решений, межведомственных аспектов и, наконец, принципиальных общегосударственных вопросов, требующих участия законодательной и исполнительной власти. Существование положительной региональной модели межведомственного функционирования службы детского психического здоровья возможно только при условии, если у создающего её харизматичного энтузиаста-профессионала налажился непосредственный контакт и взаимопонимание с главой местной администрации. Как только этот энтузиаст умирает или глава администрации переводится в Москву, служба начинает деградировать. То же самое и на федеральном уровне.

Почти двадцать лет назад коллегией Минздрава России было принято решение и даны соответствующие распоряжения рассмотреть следующие вопросы.

Первый – об организации совместно с Министерством образования Российской Федерации, Российской академией образования межведомственного координационного совета по проблемам охраны психического здоровья детей и подростков.

Второй – о введении номенклатурных специальностей, специальности «детский психиатр» и уменьшении нагрузки на соответствующую должность до 15 тысяч населения. О создании в фармакологическом комитете Российской Федерации комиссии по детской психофармакологии, по фармакотерапии. О подготовке предложений по внесению изменений и дополнений в закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» в её детской части. Но сменился министр, и решение забылось на двадцать лет.

Есть проблемы, которые можно решить только на высшем уровне. Например, законодательно обеспечить возможность проведения эпидемиологических исследований состояния психического и психологического здоровья подрастающего поколения. А есть вопросы, которые без директивного указания сверху так и не решатся из-за межведомственной несогласованности, например, введение в список медицинских специальностей специальности «клинический медицинский психолог» и обеспечение совместной психолого-медицинской дифференцированной подготовки нужных специалистов. Это же касается судьбы таких специалистов, как детские клинические психологи, нейропсихологи, психотерапевты, реабилитологи.

Для научных психиатрических и общих педиатрических учреждений актуальной представляется государственная программа исследований в области антагонистически ориентированной психофармакотерапии в качестве финансируемого проекта.

Также и без социального заказа со стороны Минздрава России на создание современной отечественной классификации психических болезней с перспективой внедрения её в практику все попытки учёных создать таковую будут носить чисто любительский характер. Отсюда самый частый диагноз, с которым сталкиваешься, консультируя амбулаторных и даже стационарных пациентов – «другие расстройства».

Абсолютное отсутствие представителей службы детского психического здоровья в сельской местности требует восстановления в сельских школах, переведённых на подшефное финансирование, должности школьного психолога, возможно, оплачиваемого за счёт бюджета нескольких министерств. Соответствующие специалисты должны готовиться по специальной междисциплинарной программе.

Назрела необходимость создания многоуровневой организационной методической пирамиды службы психического здоровья в общегосударственном масштабе, вершина которой должна выходить на пик законодательной исполнительной власти

и которая в случае её успешности могла бы стать образцом для всей службы психического здоровья страны.

Вершина пирамиды должна быть представлена заместителем Председателя Правительства России по вопросам социальной политики, соответствующими комитетами Государственной Думы и Совета Федерации, профильными министерствами – здравоохранения, просвещения и науки, высшего образования, труда и социальной защиты, Уполномоченным при Президенте Российской Федерации по правам ребёнка.

Разработка соответствующих положений внутриминистерского, межведомственного и законодательного уровней является задачей федерального, научного и организационно-методического центра психосоциальных проблем детства, организация которого возможна в структуре службы федерального Уполномоченного при Президенте Российской Федерации по правам ребёнка.

Непосредственными его членами должны являться ведущие сотрудники научных, образовательных учреждений, руководители профессиональных сообществ и общественных организаций, работающих в сфере детского психического здоровья, а также главные специалисты по детству соответствующих профильных министерств и ведомств, равноправные главному внештатному детскому психиатру Минздрава России.

Двойная подчинённость последних позволит им более независимо доводить до сведения собственных министров мнение центра и контролировать на местах реализацию дифференцированных моделей профессионального взаимодействия в рамках региональных межведомственных мультидисциплинарных центров охраны психического здоровья.

**Председательствующий.** Юрий Степанович, это уже детали, как они должны работать. Спасибо. Это очень важная позиция.

**Шевченко Ю. С.** Я заканчиваю.

Детская психиатрия в научном, профессиональном и организационно-методическом смысле – это, конечно, необходимый и важнейший компонент службы психического здоровья подрастающего поколения, но далеко не единственный, поэтому оптимальной альтернативой изменений в действующем законе о психиатрической помощи может быть подготовка отдельного закона о сохранении психического здоровья детей и подростков.

И в подготовке проекта такого закона и его реализации самое активное участие должен принимать планируемый к созданию Федеральный научный и организационно-методический центр психосоциальных проблем детства. Впрочем, как говорит Жванецкий, всего этого можно и не делать, если нас не интересует конечный результат.

Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо, Юрий Степанович.

На самом деле проблема разобщённости и в подготовке кадров, и в оказании помощи – это сегодня, как никогда, острая проблема. Потому что, если бы мы об этом говорили 10 лет назад, была бы всё-таки более совершенной нормативно-правовая база этого взаимодействия. Сегодня же обучение психологов осуществляется без клинической и серьёзной подготовки, когда нет баз клинических, нет больных, – это серьёзная проблема. Это должно быть предметом нашей дополнительной совместной работы.

Очень важная позиция, на которую вы обратили внимание, по постдипломному образованию, в том числе в рамках разного рода трендов, когда частные организации выигрывают тендеры на обучение врачей в субъектах Федерации. Понимаете, мы получаем такого рода обращения и жалобы, когда в городе есть прекрасный вуз, факультет последипломного образования, кафедра, профессионалы, но вдруг выигрывает тендер какая-то шарашкина контора, получает средства и дистанционно обучает врачей. И юридически ничего нельзя сделать. Конечно, эту проблему мы берём под особое внимание. И я думаю, что мы эту ситуацию исправим. Потому что, кто готовит кадры, потом такие кадры и будут.

Спасибо большое вам. Будем эту тему с вами вместе обсуждать.

Коллеги, я хочу предоставить слово Олегу Николаевичу Смолину, депутату Государственной Думы, очень активному человеку, который работает у нас в комитете по образованию.

Олег Николаевич, пожалуйста.

**Смолин О. Н.** Спасибо большое.

Итак, уважаемые коллеги, я не доктор, и тем более не психиатр, но убеждён, что сегодняшняя проблема – это во многом и проблема образования. Кстати, случилось так, что моё выступление по поводу здоровья школьников было поддержано Председателем Государственной Думы. И эта тема стала одной из главных на расширенных, больших парламентских слушаниях в июне текущего года. Пользуясь случаем, хочу напомнить, что в рекомендациях этих парламентских слушаний, впервые на моей памяти утверждённых всем парламентом, записана рекомендация Правительству России в рамках национального проекта «Здоровье» создать отдельный федеральный проект «Здоровье школьников». Если «круглый стол» поддержит это предложение, мне кажется, это было бы правильно.

На парламентских слушаниях нами были озвучены данные, которые принадлежат очень известным учёным. Например, Давид Штейн, вице-президент в недавнем прошлом Российской академии образования. По его данным, цитирую, 48 процентов детей уже в дошкольном возрасте имеют пограничные проявления клинических форм психических нарушений. Мы приводили также данные Зураба Ильича Кекелидзе, согласно которым страдают дезадаптацией в социуме порядка 30 процентов школьников, среди которых до 60 процентов имеют те или другие психические аномалии. Ситуация, как мы видим, очень и очень сложная.

Каковы факторы и каковы могут быть меры, которые бы смягчали хотя бы действие этих факторов? По формуле пять на пять.

Первое. Понятно, что рост психических заболеваний – это плата за цивилизацию. Сегодня выживают те дети, которые раньше умирали. Ослабляется естественный отбор. Но здесь средствами образования мы ничего сделать практически не можем, кроме того, что вести просветительскую работу среди родителей. Поэтому я об этом говорить не буду.

Второе. Крайне жёсткая конкурентная среда в обществе и особенно в средствах массовой информации. Коллеги, социология показывает, что прежде когда-то мы были народом общинным, коллективистическим, соборным, как хотите это называйте. Теперь в России распространён конкурентный индивидуализм. Социальная солидарность слабее, чем в социальных государствах Европы. Это последствия революции 90-х годов. Поэтому мы слышим со всех экранов только одно: успех, успех, успех. Как только человек чувствует себя неуспешным, возникают психические комплексы, и нам кажется, что в средствах массовой информации следовало бы грантовой поддержкой и другими способами поддерживать те программы, которые будут пропагандировать в обществе социальную солидарность и сотрудничество.

Третье. Тему алкоголизма и наркомании я пропускаю. Я верю в данном случае данным Минздрава России, которые утверждают, что проблема несколько смягчилась в последнее время, по крайней мере, по моим наблюдениям, среди молодёжи мода на алкоголь, как минимум, заметно снизилась по сравнению с тем, что было, например, в 90-х годах.

Четвёртое, уважаемые коллеги, сеть Интернет. Я куратор экспертного совета по информационным технологиям в образовании и науке при Комитете Государственной Думы по образованию и науке. Здесь очень разные данные.

С одной стороны, Всемирная организация здравоохранения, как вам известно, уже ввела интернет-зависимость в число заболеваний. По некоторым данным, число таких зависимых уже чуть ли не превзошло количество зависимых от наркотиков.

С другой стороны, недавно было опубликовано исследование учёных Санкт-Петербургского государственного университета, согласно которому, сам по себе интернет не является источником антисоциального поведения, суицидального поведения и так далее, но усиливает общее влияние среды. Вот как куратор экспертного совета, я бы вообще предложил дозировать интернет пропорционально возрасту. Одно дело, электронные университеты, которые нам, безусловно, нужны, в этом мы отстаём от наших конкурентов. Другое дело, интернет, например, в школе. Даже фонд Сбербанка, который продвигает интернет-технологии, полагает, что в начальной школе интернет нужно ограничивать, а дальше постепенно увеличивать пропорционально возрасту наших детей. И мне кажется, что это правильно.

И последнее, главное, собственно говоря, применительно к образованию. Коллеги, из всех проблем хочу остановиться на одной. На мой взгляд, одна из главных причин возникновения проблем с психологией и с психикой у наших школьников – это, увы, бюрократизация нашего образования.

Напоминаю, согласно официальным данным Комитета Государственной Думы по образованию и науке, каждое учебное заведение в год заполняет 300 разного рода отчётов, в год 300. По международным данным, российский учитель – рекордсмен мира по количеству времени, которое он затрачивает на бюрократические процедуры. Вы мне скажете, причём здесь психология детей? При том, что учителям заниматься детьми оказывается просто некогда. Мне об этом прямым текстом говорят учителя, которые ещё воспитаны, что называется, в старых, в прежних традициях.

Третья позиция. Школа вольно или невольно ориентируется на конкурентный индивидуализм. Учитель получает дополнительную плату за то, что он готовит олимпиадников, это очень хорошо, но с моей точки зрения, разделяю позицию японцев, хороший в среднем уровень образования всего народа важнее, чем отдельные высокие творческие достижения, хотя желательно и то и другое. Но если в целом, то лучше в среднем высокий уровень. Так же, кстати, считал Михаил Васильевич Ломоносов ещё в XVIII веке. Если вы хотите плясду учёных, давайте образование по максимуму всем.

Четвёртая позиция. Единый госэкзамен. Коллеги, очень высокая психологическая цена этого явления. Мы неоднократно предлагали закон о переводе ЕГЭ в добровольный режим, но вряд ли Комитет сможет поддержать такое предложение, поскольку Государственная Дума его не поддерживала. Но как минимум нужно принять решение о максимально возможной психологической разгрузке в рамках проведения Единого государственного экзамена. Пока условия крайне жёсткие по сравнению с обычным экзаменом. Кроме того, если неудачно сдан экзамен в школе, то мы имели шанс исправить его в вузе. Сейчас такого шанса нет. Хотя в целом психологическая нагрузка подготовки входной серии экзаменов меньше, наверное, чем при подготовке к двум сериям экзаменов.

И, наконец, пятая позиция, уважаемые коллеги, это философия так называемых образовательных услуг, или философия мёртвого образования. Вы спросите опять же, причём здесь психические нарушения? Да при том же, что философия образовательных услуг предполагает такую схему: пришёл, отчитал, ушёл, до детей никакого дела нет. Она практически изгоняет воспитание, нравственное отношение, вообще психологически отношения из сферы образования. Мы, кстати, вносили законопроект об изгнании из образовательного законодательства понятия образовательных услуг. Несмотря на аналогичное заявление министра образования и науки Российской Федерации, большинством Государственной Думы законопроект был отклонён. Была бурная дискуссия. Я даже позволил себе заметить, что на мой взгляд, сводить образование к услугам может лишь тот, кто не отличает романтическую любовь от секса за деньги. На это нам ответили, что мы так и застряли на Чехове. Я полагаю, что это некоторый комплимент. Мы не просим поддержать наш законопроект, но если в рекомендации Комитета

будет включена рекомендация парламенту и Правительству России исключить из отечественного законодательства понятие «образовательные услуги», на наш взгляд, это будет важный шаг в нужном направлении.

Заканчивая, уважаемые коллеги, хочу ещё раз сказать, что проблема, безусловно, комплексная. И не хотелось бы, чтобы сбылся прогноз известного педагога, академика Евгения Александровича Ямбурга, который говорил, что если ситуация не изменится, то скоро профессия дефектолога станет самой массовой педагогической профессией. Мы хотели бы этого избежать. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Олег Николаевич. Спасибо вам за вашу патриотическую позицию отстаивания роли воспитания.

Я думаю, что в этой аудитории все прекрасно понимают, что главная задача любого образовательного учреждения – это, конечно, не давать «образовательные услуги», а воспитывать, особенно в школе, воспитывать человека, личность, гражданина с определённым целеполаганием. И тогда, естественно, он будет значительно полезнее государству, стране, семье. Это очень важно. И мне представляется, что понимание этого сейчас в общество приходит. Спасибо.

Разрешите мне предоставить слово Марине Александровне Бибчук, директору Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков имени Груни Ефимовны Сухаревой.

Пожалуйста.

**Бибчук М. А.** Спасибо большое.

Глубокоуважаемый президиум, уважаемые коллеги, я представляю учреждение уровня субъекта Федерации, это город Москва.

Центр Сухаревой департамента здравоохранения города Москвы – единственное учреждение психиатрического профиля, которое помогает детям от года до 18.

Масштаб нашей деятельности: у нас 40 тысяч пролеченных, 5 тысяч в год в стационаре и 8 сотен экспертиз в год.

К приоритетным направлениям, наверное, как в любом учреждении психиатрического профиля, сегодня мы относим расстройства аутистического спектра. Амбулаторно и стационарно в сумме мы посмотрели в 2018 году десятую часть всех детей с расстройствами аутистического спектра в стране.

Оказывалась кризисная помощь – более 1000 детей с суицидальными попытками, пищевое поведение, это urgentное состояние, я имею в виду нервную анорексию, 77 детей. Ну и, конечно, поддержка семьи, социализация и дестигматизация, о которой я скажу чуть позже.

Специалисты, которые сегодня помогают детям с психическими расстройствами. Приблизительно половина – это сотрудники, имеющие базовое педагогическое образование: логопеды, дефектологи и воспитатели. Важна психологическая служба, в том числе большое количество семейных психологов. Чуть позже я ещё на этом остановлюсь.

Центр Сухаревой департамента здравоохранения города Москвы является территорией уникальной научной школы. Вся детская психиатрия, по большому счёту, родилась у нас, и это та планка, которую мы держим.

Последние десять страниц того раздаточного материала, который находится у вас на руках, – это предложения, которые мы подготовили для настоящего совещания. Я не буду подробно останавливаться на них, а вот конкретные предложения с конкретными частями, пунктами и статьями по всем позициям сейчас выскажу.

Мы предлагаем внести изменения в федеральный закон № 323-ФЗ, это последние десять страниц того раздаточного материала, который у вас есть, вместе с пояснительной запиской по каждому пункту. Мы сталкиваемся с нелепой ситуацией. Ребёнок от 15 до 18 лет по своему состоянию не может подписать согласие на добровольную

госпитализацию. Мы госпитализируем недобровольно в плановом порядке, и это совершенно нелепая ситуация, юридическая коллизия.

Или, например, другая юридическая коллизия. По Семейному кодексу Российской Федерации родители отвечают за ребёнка до 18 лет. Но если ребёнок врачу сообщает о суицидальных идеях и мыслях, а ему от 15 до 18, то, сохраняя врачебную тайну, понятное дело, врачи не имеют права сообщить родителям о том, что является жизненно угрожающим. В последующем, если, конечно, к сожалению, этот ребёнок завершит свой суицид, то родители будут опрошены в связи с доведением до самоубийства. Совершенно абсурдная ситуация. И в предложениях есть конкретные наши соображения на этот счёт.

Отдельно я хотела бы остановиться на федеральных государственных образовательных стандартах (ФГОСах), они касаются не только ординатуры по психиатрии, но на самом деле ФГОСы по педиатрии и по подготовке семейного врача, в которых нет необходимых компетенций, список этот компетенций предложен в печатных материалах.

Теперь несколько слов о том, без чего у нас, как нам кажется, ничего не получится в реформировании детской психиатрии.

2,5 тысячи родителей нам удалось опросить, и оказалось, что между моментом, когда родители впервые увидели неблагополучие в психической сфере, до момента обращения к детскому психиатру в среднем проходит три года. Это означает, что к нам ребёнок неречевой мог бы поступить в три года, а он поступает в шесть лет, когда потенциал развития у него уже не столь велик.

Причина этого, естественно, психофобия и стигматизация нашей с вами профессии и самого психического развития. Семья принимает решение в каждой точке. Огромное количество влияний обрушивается на семью, когда она видит ментальные нарушения у своего ребёнка. Это СМИ, кино, интернет, мнение родственников и, конечно, врач-педиатр, который говорит родителям: только не к психиатру, пожалуйста, идите к неврологу или ещё к кому-либо. И на каждой развилке семья принимает решение не обращаться к врачу-психиатру.

В законе о средствах массовой информации нет ограничений по дискриминации инвалидов с ментальными нарушениями, и вообще по указанию на болезнь. Многие средства массовой информации используют такие выражения, как «псих», «ненормальный», «дефективный», «дефектный» и так далее, и так далее. А можно было бы делать совсем по-другому, и это конкретные предложения, часть из которых требует федерального решения, и тогда нам может потребоваться национальная программа психологического просвещения и дестигматизации. Вот тогда может появиться возможность у родителей не бояться постановки их ребёнка на учёт или огласки. Вот тогда родители смогут к нам прийти и, собственно говоря, врачи-педиатры заполняют скрининг, а родители придут на диспансеризацию. А пока только 7 процентов родителей дают согласие на участие врача-психиатра в предписанной диспансеризации. 7 процентов детей попадают в поле зрения психиатра в Москве. В регионах не знаю. Вот тогда у нас будет раннее вмешательство, в том числе и по поводу суицидального поведения.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Марина Александровна, за ваши конкретные предложения.

Мне представляется, что важными и, собственно говоря, выстраданными позициями является унификация содержания образовательных программ по детской психиатрии, по которым мы могли бы в равной степени готовить специалистов и давать эту информацию в образовательных стандартах и для психологов, и для неврологов, и для участковых педиатров, для педиатров, для врачей общей практики, которых мы сегодня готовим.

Потому что где мы сегодня возьмём в одночасье такое количество детских психиатров, которые могли бы выявлять эти нарушения у детей в 3–4 года? Надо понимать, что это фантазии, этого не может быть, на это уйдут годы.

Но важно, чтобы мы эти компетенции могли передать тем специалистам, которые в первую очередь сталкиваются с детьми.

На кафедре психиатрии в Читинской медицинской академии мы ещё лет 15 назад разрабатывали специально методическое пособие для подготовки педиатров к выявлению и оценке нервно-психического развития детей и требовали с каждого педиатра особой отчётности по этим категориям. И я считаю, что это была практика очень правильная.

Сегодня, к сожалению, вот эта разобщённость межведомственная, о чём говорил профессор Шевченко, способствует тому, что мы готовим кадры с разным содержанием знаний по одной и той же проблеме.

И в этом плане специалисты разных направлений сегодня говорят об одном и том же. Поэтому над этим тоже будем работать. Спасибо.

Коллеги...

**Кузнецова А. Ю.** Николай Васильевич, могу просто прокомментировать? Я не могу не прокомментировать слова Марины Александровны, поддержать и, конечно, сказать, что она об очень важной проблеме сказала – о стигматизации.

Конечно, вот этот стереотип закрытого обращения, закрытости психиатрической службы, он должен меняться с двух сторон. С одной стороны, конечно, нужно менять сознание у наших родителей и консультировать их по этому вопросу. Как раз случай, о котором вы сказали, произошёл не так давно, ребёнок покончил жизнь самоубийством. Он пришёл к психологу и сказал, что в его семье что-то плохое происходит, а психолог отправила его в ту же семью. И он, поняв, что круг замкнулся, решил вопрос, как это ни страшно, суицидом.

С болью об этом говорю, знаю, что вы ведёте огромную работу по суицидам, поэтому, уважаемые коллеги, вот эта тема стигматизации тоже важна, и нужно идти с двух сторон, как я сказала. С одной стороны, это просвещение родителей, открытый разговор и выход на прямой диалог, с другой стороны, конечно, вот эта опережающая экспертиза, когда экспертное сообщество первым реагирует и прогнозирует вызовы времени, как то: интернет-расстройства, различные интернет-зависимости, иные нарушения, новые вызовы, с которыми сталкиваются сегодня наши дети и за которыми бежит законодательство. Оно может бежать в том направлении, в котором определит экспертное сообщество, или бежать в каком-то своём. Ну вот, наверное, так.

Когда у меня спрашивают, будут ли эти меры профилактировать ЧП в образовательных организациях, я говорю: я не знаю. Нужно спросить у специалистов: являются ли те меры, которые предложены в плане действий, утверждены, на которых выделены средства, в которые входит целый комплекс мероприятий, на самом деле профилактикой такого явления, как агрессия подростков? Это специфическая зона. И конечно, когда эти два направления встретятся, вот тогда мы получим этот вариант.

И здесь, в этом контексте хотелось бы уточнить. Скажите, пожалуйста, Евгений Вадимович, вот вы письма будете направлять в субъекты Российской Федерации, я так понимаю, с целью мониторинга запроса на детскую психиатрическую службу?

**Макушкин Е. В.** Для выяснения реальных ресурсных показателей, сколько нужно специалистов для того, чтобы работали в службе, потому что во многих субъектах Федерации произошло реальное сокращение и должностей, и коек.

**Кузнецова А. Ю.** Да, я всё правильно поняла. Хорошо. Очень важно, чтобы при этом запросе учитывался и запрос социальных учреждений. В детских домах-интернатах, где сегодня находятся дети, и в том числе в сиротских учреждениях мы сегодня видим, к сожалению...

**Макушкин Е. В.** Это только под вашей эгидой или Минтруда и соцразвития России, потому что...

**Кузнецова А. Ю.** Мы обязательно поддержим. И как раз, Николай Васильевич, сегодняшняя наша встреча может решить ряд вопросов межведомственного взаимодействия. Мы знаем, что сегодня есть рост более чем на 10 процентов выпускников сиротских учреждений, которые попадают в ФСИН, к сожалению.

И буквально последнее. Конечно, я не могу не поддержать, Юрий Степанович, и вашу позицию. Мы со своей стороны готовы работать в разных форматах вместе с экспертами, начиная от создания временных рабочих групп для разработки конкретного документа, который может пойти по определённому направлению в Правительство Российской Федерации или ещё куда-то. Ну и, конечно, принимать участие в составе тех рабочих групп, которые уже сегодня есть. Мы настроены только на действия. Поэтому я думаю, мы обязательно в этой части договоримся.

Спасибо вам большое.

**Председательствующий.** Спасибо, Анна Юрьевна, что вы подключаетесь к нашим проблемам, потому что с вашим ресурсом и подходом, я думаю, что мы сделаем многое. Спасибо.

Что касается стигматизации. На самом деле в отечественной психиатрии за последние 20 лет сделано очень многое по стигматизации психиатрии. Вспомните психиатрию, которую ассоциировали с карательной психиатрией. Сегодня ни один журналист уже об этом не пишет. Сегодня как раз развитие так называемой модели биопсихосоциально-духовного направления в психиатрии является важнейшим. К сожалению, в ряде регионов это направление немножко ослабло. Я считаю, что это такой был чрезвычайно важный посыл по стратегии развития нашей помощи. В этом плане мы должны очень активно работать. И конечно, подробно и тщательно обсуждать наши проблемы со средствами массовой информации, роль которых в этом трудно переоценить, они должны работать вместе с нами. Это очень важно. Спасибо.

Разрешите, коллеги, мне предоставить слово Наталье Валерьевне Треушниковой – президенту Союза охраны психического здоровья. Пожалуйста.

**Треушникова Н. В.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Я сегодня представляю не только некоммерческую организацию, которую я возглавляю, но также и сенатора Совета Федерации Российской Федерации Игоря Николаевича Каграманяна, общественным помощником которого я являюсь.

Мы сегодня собрались обсудить не только проблемы и не столько проблемы, сколько предложения по законодательному урегулированию сферы охраны психического здоровья детей и подростков, и надеюсь, что в итоге это будет максимально конструктивный разговор. Не могу не отметить, что мы в последнее время достаточно часто стали встречаться на различных государственных площадках, и не только государственных, и на площадках профильных мероприятий, научных, научно-практических. Это очень отраднo.

Я сегодня хотела бы остановиться на том вопросе, который уже был озвучен практически каждым сегодняшним оратором. Но мне хочется пояснить его для специалистов других сфер, не психиатров. Потому что мы сегодня об этом говорим, как о само собой разумеющемся. Но в зале, я знаю, находятся специалисты из других сфер, и им тоже должно быть понятно, что у нас нет детских психиатров. Они вроде есть, а вроде их нет.

Я просто в двух словах хотела пояснить, что в Советском Союзе и в Российской Федерации до 1995 года существовала отдельная специальность, которая называлась «детский психиатр», и это была специальность, для которой нужно было специальное образование. А с 1995 года эта специальность ликвидирована. И на сегодняшний день существуют должности детских психиатров, они функционируют. Но эти должности

занимают доктора, которые получили постдипломное образование общих, взрослых психиатров.

Для иллюстрации. Я взрослый психиатр, я закончила лечебный факультет медицинского института, я никогда в жизни не имела дело с педиатрией, но по законодательству на сегодняшний день я могу прийти в лечебное учреждение и претендовать на должность детского психиатра, вот как обстоят дела.

Постоянно говорим о том, что нам необходимо вернуть детскую психиатрию, как специальность, для полноценного постдипломного образования в рамках ординатуры, либо как субспециальность дополнительного образования после окончания ординатуры, вопрос этот дискуссионный. Среди профессионалов и среди профессионального сообщества он неоднозначно воспринимается, не так, как мы сегодня его озвучиваем, что это, однозначно, решённый вопрос и нам надо просто немедленно его принять, потому что в регионах специалисты очень скептически относятся к тому, какое время потребуется нам на образование этих специалистов, как будет выглядеть переходный период, потому что сейчас те врачи, которые работают на ставках детских психиатров, они же не могут быть уволены или отправлены на переподготовку. Это должно быть как-то регламентировано, в том числе и законодательно. Потому что и так сейчас огромные проблемы с кадровым составом в детской психиатрической службе. И если мы сейчас в одночасье скажем, что переходим на новую образовательную систему, то можем увидеть, что эти проблемы ещё и усугубились. Поэтому этот подход должен быть очень грамотным. Мы не можем не учитывать мнение всех участников этого процесса и заведующих кафедрами в крупных медицинских вузах, в том числе региональных, мы не можем не учитывать мнение главных специалистов региональных, а это очень важно.

Наши организации совместно с специалистами и Национальным центром психического здоровья при обсуждении с Юрием Степановичем Шевченко, при обсуждении с Мариной Александровной написали проект профессионального стандарта детского врача-психиатра, и мы предлагаем его к обсуждению, рассмотрению, внесению правок, изменений, к достаточно широкому обсуждению. Это практическое наше предложение. Мы предлагаем это рассмотреть и представить в министерство, не противореча тем планам, которые есть на сегодняшний день в Министерстве здравоохранения Российской Федерации, план по увеличению срока обучения в ординатуре до трёх лет, предусматривая, что третьим годом в этом обучении будет целенаправленное обучение детской психиатрии, и выделение её пока как субспециальности, чтобы хотя бы на переходном этапе вот в таком виде перейти к решению этой проблемы. Мы будем работать и работаем уже сейчас над тем, чтобы к этому проекту подготовить проект образовательных стандартов, о чём тоже говорили Юрий Степанович и многие предыдущие ораторы, подчёркивая, что необходима всё-таки стандартизация хотя бы базовых вещей в постдипломном образовании. Мы подготовим проект и представим его тоже на обсуждение.

И у меня такое совсем уже практическое предложение к сегодняшнему нашему мероприятию. Мы собираемся и много говорим, и у меня у самой иногда возникает ощущение, что я с броневика говорю: «Вся власть – Советам, земля – крестьянам!». Это здорово, это правда очень хорошо, потому что мы озвучиваем проблемы, но очень хотелось бы, чтобы вот с этого момента, с этого разговора началась конструктивная практическая работа по решению тех проблем, которые мы озвучиваем.

И это просто предложение. Давайте выберем какие-то первоочередные, первоочередные задачи законодательного регулирования, которые надо немедленно, срочно решать, и будем их первоочередно решать путём создания рабочей группы совместно с юристами, с психиатрами, со специалистами смежных отраслей, для того чтобы это всё-таки были какие-то конкретные документы, конкретные изменения в законодательстве, которые помогут нам работать, и чтобы мы могли двигаться дальше, а не озвучивать постоянно те предложения, которые у нас есть. Большинство из нас уже друг

с другом знакомы, и большинство из предложений, которые мы озвучиваем, мы знаем. Хотелось бы, чтобы они решались.

Спасибо большое.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Наталья Валерьевна.

Конечно, включение специальности «детская психиатрия» – это не короткий путь, но, безусловно, нам надо двигаться в этом направлении, это необходимо. Спасибо. Будем работать.

Рабочая группа такая существует при Комитете Государственной Думы по охране здоровья. Это касается проблем в целом психического здоровья, проблем наркологии, психиатрии, и в рамках нашей рабочей группы мы будем вместе разбираться и, естественно, приглашать наших экспертов, тех, кто здесь находится, чтобы вы нам помогали. Я думаю, что все вместе мы очень плотно поработаем с Сергеем Вадимовичем Макушкиным на постоянной основе и необходимые изменения, естественно, будем приветствовать.

Коллеги, я хотел бы предоставить слово профессору Наталье Владимировне Зверевой, профессору кафедры нейрнопатофизиологического развития Московского психолого-педагогического университета.

Пожалуйста.

Это наши смежники, поэтому нам важно слышать.

**Зверева Н. В.** Здравствуйте, уважаемые коллеги. Благодарю всех, кто счёл возможным пригласить меня в качестве участника «круглого стола» и дать слово.

Когда я подавала предложения в резолюцию, это были некоторые намёки, один из них касался вопроса подготовки специалистов. Мне казалось, что ими должны быть не только медики, но и психологи и педагоги. И, мне кажется, что наша задача – использовать современные достижения медицины, педагогики и психологии, общие и разные для этих областей.

Понятно, что мы все говорим и на своём профессиональном, и на каком-то общем межпрофессиональном языке, и вот эта проблема мультидисциплинарного сотрудничества тоже является одной из очень острых.

Что касается медицины, то, на мой взгляд, очень важной проблемой является ранняя диагностика и профилактика, и принцип «четырёх П», который очень часто озвучивается на медицинских конференциях: предсказательная, персонализированная, профилактическая и партнёрская.

В педагогике, конечно, необходимо следование современным тенденциям дидактики и воспитательной работы специалистов для комплексного психолого-педагогического сопровождения учащихся. Речь идёт и об инклюзе, и об одарённых детях, и о детях с ограниченными возможностями здоровья, и об обычных детях и их семьях.

Когда мы говорим о психическом здоровье, мы почему-то всегда делаем акцент на психическом нездоровье, а хотелось бы, чтобы здоровые дети тоже участвовали в этом процессе, когда их здоровье охраняется, превентивруется и так далее.

Что касается психологии, то здесь важным является раннее начало психологической диагностики и коррекции, сопровождение ребёнка на всех этапах онтогенеза и социализация ребёнка.

Ещё очень важным является, конечно, работа психолога с семьёй, и работа со специалистами, потому что на самом деле, если говорить об образовании, то определённый формат подготовки педиатра или специалиста другого направления к психологическим особенностям общения с детьми, с родителями, с людьми, которые страдают заболеванием, – это необходимость, которая должна быть введена в образовательные стандарты специалистов.

Это же касается и педагогов. Потому что, когда возник вопрос об инклюзе, встал вопрос: а как работать с этими детьми? На всех не хватает дефектологов, и проблема действительно существует.

Как мне кажется, что необходимо?

Во-первых, об этом уже тоже здесь шла речь, необходимо повышать и престиж, и доверие к профессии медика, педагога и психолога, чтобы не было такого – не пойдём к психиатру, сходим к психологу или к педагогу-дефектологу и так далее. То есть на самом деле это должно быть всё-таки содружество специалистов, которые работают вместе во благо психического здоровья.

И ещё. Очень важной является мотивация абитуриентов и специалистов, которые будут работать на охране психического здоровья. Потому что это не только тенденция нашей страны, это мировая тенденция – снижается престиж профессии психиатра, психолога, может быть, чуть-чуть в меньшей степени, хотя тоже не самая высокомотивирующая на получение этого образования профессия на данный момент.

Необходимо решать организационные вопросы по обеспечению мобильного отклика профессионального образования на нужды практики. Вот об этом здесь тоже уже говорилось, что возникает какая-то проблема, и мы пытаемся её быстро решить. Это непростая задача, но тем не менее думать об этом нужно и думать об этом всё-таки с учётом всего того большого научно-практического опыта, который имеется у нашего сообщества.

Далее. Очень важным является вопрос обеспечения высокого уровня необходимых компонентов академического образования. Я абсолютно уверена, что психологов должны готовить и психологи, и педагоги, и медики, но всё-таки больше психологи. Медиков должны готовить медики и, наверное, ещё педагоги и психологи. То есть должен быть высокий мультидисциплинарный подход к академическому образованию, и тогда мы будем иметь хороших специалистов в разных областях.

В России более шестидесяти вузов, которые выпускают клинических психологов, медицинских психологов. Это и классические университеты, и медицинские, и педагогические. Работает в медицине более 6 тысяч медицинских психологов. Но в психологии образования больше, хотя сейчас, после всех оптимизаций, наверное, цифра меньше. Раньше было 40 тысяч, сейчас я не знаю, сколько. Может быть, кто-то из коллег меня поправит.

Остро стоит проблема кадров педагогических в медвузах, когда речь идёт о подготовке клинических психологов, там всё-таки должны быть и психологи, в педагогических вузах может быть недостаточная подготовка по медико-биологическому блоку дисциплин. И в обоих типах университетов может быть слабая классическая общая психологическая подготовка. Это если говорить о подготовке психологов в рамках различных университетов.

Ну, и поскольку в названии «круглого стола» есть слова «проблемы и решения», я думаю, что быстрое решение мы не найдём. Но всё-таки, наверное, нужно каким-то образом внести на законодательном или на каком-то ином уровне решение о психолого-медико-педагогическом сопровождении ребёнка и семьи, и необязательно только больного ребёнка, с целью профилактики нарушения развития и сохранения психического здоровья ребёнка. Есть международный опыт на эту тему, опыт политики в отношении психического здоровья детей и подростков.

Также необходимо обеспечить совместные действия специалистов разных ведомств при выполнении, казалось бы, внутриведомственных программ. Когда возникает вопрос об ЭКО и выхаживании новорождённых с малым весом, всегда надо думать о том, кто будет потом жить с этими детьми. Прекрасно, что они есть на свете, но есть и проблемы их выхаживания, их жизни и психического состояния их родственников.

Инклюзивное образование, я уже об этом говорила, что нет специалистов-дефектологов или специалистов-педагогов, которые могут работать.

Ориентация на индивидуальный дифференцированный подход при большом количестве тех стандартов, которые обсуждаются, принимаются или не принимаются.

Ну и, безусловно, мне кажется очень важным ещё один момент, он касается психологов. Не знаю, касается ли он педагогов и врачей. Обеспечить достойный уровень оплаты специалистов в госучреждениях. Поскольку психологи по настоящее время не являются медицинскими работниками, после некоторых новых законодательных инициатив они просто получили очень резкое снижение зарплат. Это неправильно, потому что мы все делаем одно большое и серьёзное дело.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Наталья Владимировна, на самом деле ключевая мысль, которую вы донесли до нас, это сопровождение здоровых. Понимаете, это как раз основа превентивной медицины, к которой мы сегодня стремимся на самом деле. Ведь важна не только регистрация больных и отчёт каждый год, а именно сопровождение здоровых, когда задача заключается в том, чтобы не дать заболеть. И отчитываться нужно будет за число и за индекс числа здоровых в каждой возрастной группе. И тогда будет видна эффективность нашей работы, то, что делается, скажем, в реабилитационных программах. Это чрезвычайно важно.

И в этом смысле наша специальность – психиатрия, диагностика психических нарушений – очень тесно связана как раз с подходами индивидуальными, с задачей широкого развития дополнительного образования как возможности помочь ребёнку раскрыть талант. У каждого ребёнка ведь есть талант, надо помочь ему раскрыться с помощью этой системы дополнительного образования, широко доступного и бесплатного, а не так, как сегодня, когда, к сожалению, в рамках дополнительного образования детей выдавливают в платные медицинские услуги, этого нельзя делать. И вот тогда это будет стратегически важно. Спасибо вам большое за вашу позицию.

Слово предоставляется Ларисе Александровне Цветковой, исполняющей обязанности президента Российской академии образования. Лариса Александровна, пожалуйста.

**Цветкова Л. А.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Сегодня неоднократно звучало, что половина всех нарушений психического здоровья возникает довольно рано. Здесь называлась цифра 15–17 лет, потому что это тот самый латентный трёхлетний период, когда, в общем, обращений нет. Понятно, что в связи с этим состояние хронизируется, и во взрослом возрасте снижается качество полноценной жизни. Если мы обратимся к реальной практике, то увидим, что ведущая роль принадлежит первичному распознаванию психических расстройств, с одной стороны, а во-вторых, решение вопросов, связанных с укреплением здоровья, как раз и ложится на плечи профессиональных психологов, которые работают в двух сферах: в здравоохранении и образовании.

Я сама работаю в том числе профессором в Российском государственном педагогическом университете имени Герцена и могу точно сказать, что специалистам, обучающимся по специальности «педагог-психолог», абсолютно точно не хватает знаний в области детской психиатрии и клинической психологии. Это обусловлено таким стандартом подготовки педагогов-психологов. Об это тоже уже говорилось. В эти стандарты надо вносить изменения. Эти направления могут быть следующими.

Первое. Обязательная доступность клинических баз практик для подготовки психологов всех специальностей.

Второе. Обязательная система повышения квалификации психологов, работающих как в области образования, так и в здравоохранении, с учётом актуальных запросов практики.

Третье. Внедрение унифицированного стандартного механизма аттестации психологов, работающих в системе образования. Специалисты института психологии Государственного педагогического университета имени Герцена в своё время подготовили такой документ, но, по-моему, он так и остался на бумаге.

Сегодня также уже говорили о том, что в мире, не только в нашей стране, уделяется достаточное внимание изучению барьеров, которые препятствуют обращению к эффективной и профессиональной помощи в качестве профилактики нервно-психических расстройств. Эти процессы распространены, во всех странах существуют эти проблемы. Безусловно, такие негативные установки, мешающие обращению за профессиональной помощью, связаны с некоторыми культурными особенностями некоторых стран, в том числе и нашей, когда считается, что обращение к психологу, а тем более к психиатру, является признаком какой-то социальной неполноценности, то есть стигматизируется.

Ещё раз повторяюсь, первичный груз ложится на плечи психологов, работающих в системе образования. А вот вторичная профилактика должна реализовываться в tandem клинических психологов и врачей, и в некоторых клиниках это успешно реализуется, но не всегда. И сразу в этой связи возникает вопрос того самого межведомственного взаимодействия.

В настоящее время мы реализуем в рамках федерального ресурсного центра развития психологической службы в системе образования совместно с Министерством просвещения Российской Федерации проект подготовки таких методических рекомендаций. В ноябре мы в восьми пилотных регионах проанализировали, как обстоит дело с психологическими службами. Везде мы обнаружили отсутствие регламента межведомственного взаимодействия психологов, системы здравоохранения и социальной защиты.

Таким образом, в качестве возможных шагов к дальнейшему усовершенствованию организации профилактики в сфере психического здоровья можно предложить внедрение формализованной оценки эффективности деятельности психологической службы, которая может дать объективную оценку её деятельности и механизмам совершенствования. И только в этом случае оценка может быть надёжным основанием для принятия управленческих решений.

Ещё раз хочу заострить внимание вот на чём. С одной стороны, профессиональные детские психиатры должны учить психологов. А с другой стороны, профессиональные клинические психологи должны учить всех врачей и присутствовать в подготовке врачей всех специальностей. Это также важная вещь. Я впервые писала об этом ещё в своей кандидатской диссертации в 1993 году. Специально посмотрела расписание в трёх медицинских вузах в Петербурге: здесь лекции по клинической психологии читают не всегда психологи.

Так что в этот стандарт также надо вносить изменения, связанные с подготовкой врачей.

Уверена, что именно эти меры будут служить развитию квалифицированной, управляемой, понятной и эффективной психологической службы как в системе образования, так и в системе здравоохранения, которая сможет влиять на снижение количества психических расстройств и фактически способствовать обеспечению равных возможностей для детей, подростков, молодёжи в получении квалифицированной и своевременной психолого-педагогической помощи в соответствии с законом «Об образовании в Российской Федерации». Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо.

Видите, какая солидарность психиатров и психологов? То, что говорил Юрий Степанович, вы в полной степени это подтверждаете. На самом деле нам только остаётся это сделать реально.

Коллеги, я хотел предоставить слово руководителю центра образования Института управления образованием Российской академии образования Владимиру Самуиловичу Собкину. Пожалуйста.

Коллеги, надо выдерживать регламент. Психиатры, психологи любят поговорить, но, пожалуйста, конкретнее: проблема и решение.

**Собкин В. С.** Спасибо большое.

Начнём с проблемы. Вот у нас во вступительном слове был поставлен очень широко вопрос о психическом здоровье человека. А диагнозы ведь по-разному ставятся.

Ролан Антонович Быков фильмом «Чучело» поставил диагноз тому, что потом мы и в педагогике, и в психологии стали называть явлением буллинга, это было сделано в 80-е годы. Но почему-то это не просто не было воспринято педагогикой, а вызвало агрессивную реакцию.

И в этом плане, когда мы говорим об институциональной организации и институтах, то, проводя такие исследования – а Быков называл свой фильм исследованием – такие социальные исследования, которые задевают профессию и профессиональные сообщества, мне кажется, важно ещё понимать, какие защитные реакции и почему они вызывают.

Без этого, мне кажется, эффективного внедрения вообще быть не может, потому что всегда любая критика будет вызывать вот такие контрдействия.

Вот буквально неделю назад я закончил со своими сотрудниками довольно большое исследование, суть его заключалась в том, что школьников просили оценить деятельность учителя по 40 разным параметрам. Один результат имеет непосредственное отношение к нашему сегодняшнему заседанию, как мне кажется, потому что там выявилась такая связь: «мне трудно усвоить у этого учителя тему урока, у меня есть трудности в понимании того, что он говорит или что он объясняет, и идя к нему на урок, я испытываю страх».

Вот в этом отношении мы сегодня не затрагивали вопрос о психологической организации образовательного процесса, который ведёт к ситуациям стресса у учащихся. Мне кажется, это очень серьёзная проблема, которая должна быть включена в подготовку учителя, в систему переподготовки, вот это знакомство с разными типами организации образовательного процесса, которые могут иметь негативные последствия при обучении ребёнка.

В этой связи идеи психологии развивающего обучения, индивидуализации подхода, мне кажется, имеют очень важное значение сегодня в подготовке и деятельности современного педагога.

Третий момент мы уже затрагивали на сегодняшнем «круглом столе», но я к этому хочу ещё раз вернуться, потому что я многие годы об этом говорю.

Вот мы обсуждаем проблему статистики, но всё, что мы имеем, когда обращаемся к медицинской статистике, это данные в основном о ребёнке от 0 до 14 лет, потом от 15 до 17, средние данные. Но учитель, и школа, и система образования и воспитания совершенно не так работают.

Требуется данные о дошкольном детстве, о подростковом периоде, то есть совершенно другая система статистических показателей, которые учитывают возрастные особенности детства. И в этом плане, мне кажется, это очень серьёзный разговор, другая его грань. Потому что без этой динамики более тщательного отслеживания по возрастам мы всегда будем запаздывать. Потому что да, будут эти проявления проблем с психикой фиксироваться на рубеже перехода от 15 к 17 годам, вот там мы будем фиксировать рост всех заболеваний. А то, что творится на разных этапах онтогенеза, остаётся в стороне.

Четвёртый момент. Мне кажется, серьёзная проблема – это социальное неравенство. Социальное неравенство в обществе затрагивает детство. И в этом плане социальное неравенство и ощущение своих возможностей, жизненных перспектив, страх перед будущим, опасения этого будущего, они по-разному затрагивают разные социальные слои и разные социальные группы. И в этом плане опять я возвращаюсь к школе.

Школа – это довольно жёсткий институт, который, к сожалению, не снимает вопросы социального неравенства детей, попадающих в стены школы. Масса исследований,

в частности выполненных под моих руководством, показывают, что школа, как и институт, жёстко дифференцирует детей внутри собственного социального сообщества, и дети из низких социальных страт очень часто оказываются вне воздействия позитивных... В общем, школа как бы отвергает этого ребёнка. Он не участвует в социальной жизни школы. Если мы спросим, насколько он включён, слабый ребёнок из слабых семей или слабо успевающий, в систему социальных взаимоотношений или социального самоуправления в школе, то он чаще всего оказывается вне этой ситуации. И это, мне кажется, помимо идеологических вопросов, серьёзнейшая проблема организации воспитательного процесса в школе, о которой мы сегодня говорим.

Включение ребёнка в это социальное тело школы, как социального организма. Без этого мы никогда не решим проблемы, связанные с девиантным поведением, если не сможем включать детей с угрозами этих девиаций в социальную жизнь школы, в здоровые социальные отношения. В частности, опять сошлюсь на свои исследования. Если мы спросим учащихся, курят ли они на территории школы, определённый процент детей скажет: да, курю. Если мы зададим второй вопрос: «А как реагируют учителя на то, что ты куришь в школе?» – более 30 процентов скажут: «Они делают вид, что не замечают». И вот эта деформация позиции педагога, мне кажется, требует тоже очень серьёзного внимания к проблеме подготовки учителя и вообще к организации жизни школьного коллектива.

Я всячески поддерживаю идею того, что нельзя проводить такие крупные, крупномасштабные исследования, ориентируясь только на один полюс: девиации, негативные проявления в детской среде. Мне кажется, это неправильно. Необходимо организовывать исследования, чтобы здесь всегда высвечивалась позиция здорового образа жизни, и на этом понимании мы можем выявить те мотивы, те ценностные ориентиры, которые задают нам видение современного детства с позитивными образцами, и те негативные тенденции, которые сегодня возможны. Вот мне представляется это крайне важным в методологическом плане.

Я учёный, я этому посвятил свою жизнь, извините за высокопарность, много лет этим занимаюсь. Мне кажется, что такие фразы вроде «мы заказали исследование и не узнали ничего нового»... ну надо знать, кому заказывать и как. Потому что как же так: заказали – ничего нового? Что же это за программа такая, что это за исследование?

Мне кажется, это тоже очень серьёзный вопрос, связанный с наукоёмкостью образовательного процесса, наукоёмкостью и культуροёмкостью исследований, которые связаны со здоровьем современных детей. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

На самом деле, затрагивая проблемы социальные, вроде бы, чисто психологические, мы видим, что занимаемся, по существу, оценкой факторной обусловленности тех или иных нарушений, особенно поведенческих, патохарактерологических реакций, где впервые зарождаются у ребёнка чувства ненависти, злости.

Гармонизация жизни, особенно в школе, – это такая стратегически нужная, очень необходимая вещь. Вот возникали ведь проблемы, когда детей в школе начинали кормить отдельно – тех, кто эконом-класс, и тех, кто не эконом-класс. Естественно, подобного рода вещи недопустимы с педагогической точки зрения. Вот эта тонкая грань, где кончаются психологические подходы и начинается психопатологическое реагирование, особенно вот той части психической сферы, которая сегодня вызывает у нас особую тревогу в части роста непсихотических расстройств у подростков. Так что спасибо вам за вашу позицию.

Коллеги, наши проблемы очень часто объективно регистрируют сотрудники правоохранительных органов.

Я хотел бы предоставить слово Станиславу Николаевичу Колесникову, начальнику управления Главного управления по обеспечению общественного порядка в коор-

динации взаимодействия с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Пожалуйста.

**Колесников С. Н.** Спасибо, Николай Васильевич.

Добрый день!

Я постараюсь экономить время.

**Председательствующий.** Да, пожалуйста, регламент, коллеги. Иначе мы просто стигматизируем тех, кто не успеет выступить.

**Колесников С. Н.** На самом деле все проблемы, которые здесь уже были обозначены, они и нами также высвечиваются, и определённые предложения вытекают из того, что уже было сказано. Я не буду повторяться.

Про жестокость в школах уже было сказано. Добавлю только лишь то, что на фоне снижения подростковой преступности растёт жестокость в виде особо тяжких преступлений. За последние годы и в текущем году рост более чем на 6 процентов мы также отмечаем. И в раннем выявлении, как уже неоднократно говорилось сегодня, есть определённые трудности, если было сказано о работе психологов, о программах, которые нужно совершенствовать, о специалистах, которых нужно обучать, о штате психологов, который нужно расширять, наверное.

У нас есть полное взаимопонимание с Министерством просвещения Российской Федерации по поводу вопросов обмена информацией. Мы сейчас совершенствуем механизмы, которые уже существуют, при этом есть трудности в правоприменении, есть проблемы в обмене информацией с учреждениями здравоохранения.

Большое количество преступлений совершается лицами, которые имели психические расстройства. Среди них также и те несовершеннолетние, которые совершали преступления в Перми и в Республике Бурятия. Но наш диалог по поводу обмена информацией ведётся пока с Минздравом России, несмотря на то, что у нас с 2011 года сохраняется коллизия в законах. В законе № 323-ФЗ по этому поводу чёткое ограничение, обусловленное врачебной тайной. В нашем же законе «О полиции» на органы внутренних дел возлагается обязанность по участию в наблюдении за такими лицами, за их поведением. Но пока ещё не нашла разрешение и в этой связи вносится на обсуждение Комитета данная проблема, которая более детально отражена в тех информационно-справочных материалах, которые в том числе есть в раздаточных материалах.

Другая проблема, которая уже звучала из уст присутствующих, в том числе Анны Юрьевны, – это освидетельствование несовершеннолетних. Мы также выступали за то, чтобы согласие ребёнка на данное мероприятие не требовалось. Сейчас с 15 лет такое согласие обязательно. Естественно, не будучи заинтересованным в выявлении у него пагубных привязанностей, подросток такое согласие давать не будет. Так что эту инициативу мы поддерживаем.

О распространении в сети Интернет, в СМИ, скажем так, негативного контента. Мы также эту проблему отмечаем, с ней боремся. С учётом изменений, внесённых в прошлом и позапрошлом годах министерством, проводится определённая работа, направленная на блокировку негативного контента. 26 тысяч ресурсов в прошлом году было заблокировано, в этом году такая работа продолжается. К сожалению, блокировка одного сайта влечёт за собой создание двух-трёх следующих за ним. И в этой связи мы постоянно говорим о том, что требуется именно на месте заблокированного сайта создание позитивного контента, который бы развенчивал ту деструктивную информацию, которая изначально там создавалась.

Сейчас предпринимаются попытки такой работы Росмолодёжью, отдельными общественными организациями. Но, к сожалению, у них возможности ограничены, эту работу надо расширять и распространять, поддерживать.

Другой момент – это законодательные изменения в части повышения ответственности владельцев сайтов, которые пока не несут никакой ответственности за распро-

страняемую на их ресурсах информацию. Во многих зарубежных странах уже такая ответственность имеется. И мы в этой связи всё-таки предлагаем этот вопрос также рассмотреть.

Ну и, конечно, необходим контроль со стороны госорганов за распространением информации, потому как отметка в уголке о возрасте, с какого можно эту информацию получать, она в большей степени адресована родителям, для осуществления так называемого родительского контроля, которого по факту нет, потому что, как правило, когда дети начинают просмотр сайтов или телевизора, родителей рядом нет.

Вот, в принципе, все те предложения, которые мы хотели бы донести. Спасибо.

**Председательствующий.** Проблема обмена информацией, которую вы сейчас актуализировали, очень сложная. Эта тема очень скользкая. Особенно она сейчас актуализируется в свете получения дополнительной информации на лиц, которые, являясь водителями, попадают в поле зрения психиатров. Некоторым из них комиссию вновь проходить ещё нескоро, через пять-шесть лет, а они продолжают управлять транспортом. И здесь возникают вопросы.

Я думаю, что и в Министерстве здравоохранения Российской Федерации эта тема тоже обсуждалась. И будут найдены какие-то компромиссные варианты, когда бы мы эту грань в части врачебной тайны не нарушили и в то же время сделали всё возможное, чтобы обеспечить безопасность в части сопровождения лиц, имеющих психические расстройства, непсихотические расстройства, предрасполагающие к совершению тех или иных серьёзных действий. Это касается сейчас и лиц, имеющих склонности, скажем так, к совершению сексуальных действий по отношению к детям. Эта тема является такой узкокодифицированной. Но над ней нужно очень серьёзно совместно работать. Спасибо вам большое.

Коллеги, слово предоставляется Наталье Вячеславовне Устиновой, главному научному сотруднику НИИ педиатрии и охраны здоровья детей. Пожалуйста.

**Устинова Н. В.** Спасибо.

Уважаемый Николай Васильевич, уважаемые коллеги! Позвольте от педиатрического сообщества представить основную аргументацию, почему педиатры должны быть полноправными участниками обсуждения вопросов психического здоровья. Несмотря на то, что о роли педиатра, о роли педиатрической службы говорил и Евгений Вадимович в своём докладе, когда касался вопросов скрининга, и Юрий Степанович упоминал, и Марина Александровна. Несмотря на всё это, педиатры всё-таки чувствуют себя на таких обсуждениях в какой-то степени в гостях.

Конечно, так не должно быть. И позволю себе объяснить, почему у нас такая позиция.

Первое – это вопросы раннего выявления, то есть скрининга тех или иных нарушений развития, которые у ребёнка могут наблюдаться уже в год, а в некоторых случаях даже раньше. Конечно, компетенции педиатра сейчас абсолютно недостаточно для того, чтобы нам полностью решать эту проблему. Помочь в этом могут опросники, о которых уже говорилось, а также дальнейшее развитие скрининговых методик и внедрение их именно в педиатрическую службу.

Это первый вопрос, о котором я бы хотела сказать.

Педиатры не должны заканчивать свою работу с ребёнком, после того как проведён скрининг, это очень важно.

Ни в коем случае не надо думать, что если у ребёнка выявлен тот или иной риск развития психических расстройств, работа педиатра с этим ребёнком закончена.

Последние исследования говорят нам о том, что только как симптом может быть то или иное нарушение развития, в том числе и расстройство аутистического спектра. А скрываться под этим симптомом могут самые разные сложные наследственные заболевания, выявление которых – основная задача педиатрической службы.

Невозможно передать словами ту боль, которую испытывают родители ребёнка с фенилкетонурией, которая была выявлена в школьном, например, возрасте. Это абсолютно предотвратимая потеря здоровья, это предотвратимое нарушение психического здоровья. И только из-за того, что не сработали совместно те или иные службы, был утрачен возможный уровень развития этого ребёнка.

Такого быть не должно. И для этого педиатры должны быть активными участниками, в то числе и курации ребёнка с выявленными нарушениями развития.

Второй момент. Скрининг не заканчивается, а продолжается диагностическая маршрутизация, как симптом нарушения развития, очень серьёзная проблема, с которой педиатры должны быть знакомы, их компетенции в этом направлении должны быть значительно повышены.

И, наконец, третье.

Долгое время в силу той же систематизации, о которой говорили коллеги, ребёнку с психическим нарушением отказывали в праве иметь какое-то другое заболевание. У него не может болеть живот, у него не может болеть зуб. Педиатры также не способны выявлять сопутствующие соматические нарушения, которые у этих детей, как показывают многочисленные исследования, встречаются даже чаще, чем в популяции обычных детей. То есть к обычному страданию ребёнка с нарушением развития, с психическим расстройством могут присоединяться те или иные соматические заболевания, которые не выявляются и не курируются должным образом. Это тоже проблема.

Поэтому педиатр – это полноправный участник работы с семьёй, с ребёнком с теми или иными психическими нарушениями, и ни в коем случае его нельзя вычёркивать из всего этого процесса.

И ещё о чём я хотела бы сказать, это о взаимодействии с родительскими сообществами.

Так получается, что очень многие решения, которые принимаются на государственном уровне, были сформулированы родительским сообществом. Это касается и многих орфанных препаратов, это касается и некоторых незарегистрированных препаратов, мы все знаем эти истории.

И сейчас уже зреет социальный запрос от родительского сообщества к педиатрической службе в плане её активного сопровождения детей с психическими нарушениями.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое. Замечательное ваше выступление.

Я думаю, что психиатры, которые здесь присутствуют, все вас поддерживают. Мы говорим о том, что нам нужно вовлекать педиатров в эту работу, и тут вдруг эксперты и педиатры говорят: да, мы в этом нуждаемся, мы можем стоять на передовой, и так и должно быть. Я уже говорил, как важно сегодня различные скрининговые исследования доверять педиатрам, которых надо наделить определёнными компетенциями, иначе получается, что иногда психиатры как собака на сене: сами не могут к ребёнку подойти, потому что один детский психиатр на 25 тысяч детского населения, и в то же время нет возможности этим заниматься педиатрам.

Я думаю, что это вот как раз тема, которую сегодня обозначали очень многие коллеги, – необходимость продуктивного, конструктивного межведомственного взаимодействия, это очень важно.

Спасибо вам.

Коллеги, слово предоставляется Игорю Владимировичу Макарову, руководителю отделения детской психиатрии Национального медицинского исследовательского центра имени Бехтерева, главному детскому психиатру Минздрава России в Северо-Западном федеральном округе. Пожалуйста.

**Макаров И. В.** Уважаемый Николай Васильевич, уважаемые коллеги! Постараюсь соблюсти регламент. Я бы не был даже стигматизирован, если бы не дошло до меня.

Я с большей частью тезисов и постулатов всех выступавших согласен. Вы знаете, что я хочу сказать: психиатрия в большинстве стран мира финансировалась по остаточному принципу. Ведь от вложения в психиатрию малая отдача. Когда вкладываешься в кардиологию, стоматологию, косметологию, отдача велика, с точки зрения бизнеса это выгодно. А вкладываться в психиатрию, если говорить именно о бизнесе, не очень выгодно. Рано заболевают, всю жизнь болеют, не умирают, знаете ли, надо инвалидность давать, пенсии платить, лекарства бесплатные выдавать. Психиатры к этому готовы и понимают это. Поэтому, если пришёл в психиатрию, надо понимать, что финансирование твоей службы не будет очень большим. И это касается большинства стран.

Знаете, роль психиатра в охране психического здоровья детей, с одной стороны, вроде бы велика, с другой стороны, это надводная часть айсберга, и совершенно согласен с выступавшими психологами, педагогами, представителями правоохранительных органов, это все важно. Но посмотрите, насколько можно это все исправить, если даже председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья говорит, что сколько лет с отрицательно влияющими на психическое здоровье телепередачами бьёмся, а воз и ныне там. В такие моменты роль психиатров ощущается особенно скромной, и чувствуешь при этом свою относительную ничтожность. Так что важно делать своё дело на своём месте, только и всего.

Чего опасаюсь? Опасаюсь, что скрининги затмят собой всё и затмят клиническую диагностику, психиатрическую, которая очень важна. Может быть, этого не произойдёт. Есть регионы, где это происходит, есть, где это не очень заметно.

Что касается некоторых аспектов, я часть своих тезисов просто пропускаю в связи с тем, что это уже прозвучало в предыдущих докладах. Хотелось бы с коллегами, но, понятно, не сейчас, с коллегами-педагогами обсудить закон об образовании. Знаете, с чем столкнулись детские психиатры на местах в ряде регионов, не только в Северо-Западном федеральном округе? По этому новому закону все дети обучаемы. И возникло то, что в советское время называли перегибами на местах, когда детей с глубокой умственной отсталостью, в том числе иммунодефицитных, стали насильно вывозить на школьные занятия. Иногда это делается так: их на носилках по периметру класса кладут и ставят галочку, что они обучаются. Так вот, иммунодефицитные быстро умирают от подобных поездок. Понятно, что формально причиной их смерти называется иная, нежели поездка в школу, но иногда это основная причина смерти. Есть смысл это обсуждать, наверное, в более узком кругу, а не здесь, в этих стенах. Нас так много, что мы сможем лишь по верхам пройтись по всем темам, а все подробно обсудить не удастся.

Детские психиатры также опасаются гипердиагностики психических заболеваний. Я прекрасно понимаю необходимость и важность участия или, если угодно, в хорошем смысле слова, соучастия в работе с душевнобольными и психологов, и педиатров, и логопедов-дефектологов, и других специалистов. Но мы сталкиваемся с тем, что многие из этих специалистов, непрофессионалы в области психиатрии, выставляют диагнозы психических заболеваний. Не диагноз под вопросом, а именно диагноз.

С точки зрения законодательства это нарушение закона. Кроме того, когда этот диагноз не очень верен, это наносит родственникам такого пациента моральный ущерб. В нашей стране не очень принято после этого подавать в суд за моральный ущерб, но это касается очень многих заболеваний, в том числе модного ныне детского аутизма, который ставят все, кому не лень, от нянечки в детском саду до дворника на территории этого детского сада, которые видят так называемые расстройства аутистического спектра у ребёнка. Это может быть, может не быть, но всё-таки приоритет в диагностике остаётся за психиатром.

Согласитесь, если я, детский психиатр, начну приём в качестве гинеколога, меня засмеют коллеги-гинекологи. Но я буду, потрясая врачебным дипломом, говорить, что я прав и, как врач, имею право и хочу тоже помочь. Но это будет немного неадекватно

с моей стороны. И так я, пожалуй, всё-таки не сделаю. Точно так же я не стану принимать пациентов как лор-врач, неважно, детский или взрослый.

Вот, пожалуй, и всё. Проблем много. Обсуждать их надо. Но я отдаю себе отчёт в том, что очень большой ещё список желающих выступить или, по крайней мере, включённых в регламент.

Поэтому благодарю вас за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Слово предоставляется Наталье Николаевне Петровой, заведующей кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета.

Пожалуйста.

**Петрова Н. Н.** Благодарю вас.

Уважаемые коллеги, отрадно видеть такое единодушие присутствующих здесь специалистов. Действительно, мы, наверное, в разных аспектах говорим об одних проблемах. Я позволю себе коснуться вопросов подготовки специалистов в области детской психиатрии. Мы говорили о том, что решение вопросов, связанных с обеспечением психического здоровья детей и подростков, требует междисциплинарного подхода.

Мы прекрасно понимаем, что с учётом стигматизации психиатрии, психиатров и лиц с психическими расстройствами, с психиатрическими диагнозами дети и подростки с проблемами психического здоровья нередко оказываются, в первую очередь, в поле зрения не психиатров, врачей-интернистов. Поэтому надо начинать актуализировать подготовку по вопросам психического здоровья на уровне специалитета. Сегодня мы можем констатировать, что, действительно, федеральные государственные стандарты не имеют компетенций, которые бы подчёркивали необходимость формирования углублённых знаний в области детской психиатрии. И те рабочие программы, которые сегодня имеются в вузах, по которым проводят подготовку врачей, они, как правило, не делают акцентов на подготовку по вопросам детской психиатрии. В лучшем случае это лекция.

Если говорить об основных образовательных программах последипломного образования, ординатуры, то там в лучшем случае детская психиатрия – это курс по выбору. Да, конечно, я поддерживаю коллег, которые говорили о целесообразности введения самостоятельной специальности. С моей точки зрения, это было бы правильно рассматривать как введение субспециальности детской психиатрии. Но это вопрос будущего.

Что же можно сделать сегодня? С моей точки зрения, было бы правильно обратиться в Министерство здравоохранения Российской Федерации, в Министерство образования Российской Федерации с предложением инициировать разработку образовательными учреждениями предложений по совершенствованию федеральных государственных образовательных стандартов с широким обсуждением в рамках российского общества психиатров этих предложений и разработкой унифицированных изменений в федеральных государственных образовательных стандартах по подготовке врачей и на уровне специалитета, и на уровне ординатуры.

А кроме того, мне кажется, очень важно проконтролировать создание унифицированных программ повышения квалификаций в области детской психиатрии для врачей-психиатров, педиатров в рамках непрерывного медицинского образования. Сегодня эта система активно развивается в нашей стране, её надо использовать для того, чтобы повышать уровень подготовленности специалистов именно по вопросам психического здоровья детей и подростков.

И второй момент, который бы мне хотелось отметить, это актуализация федеральных программ по детской психиатрии с точки зрения выделения групп рисков в популяциях в плане развития психических расстройств, поведенческих расстройств, аддитивных расстройств, именно групп риска. Скрининг направлен не только на раннее выявление психических нарушений, но и на выделение групп рисков в плане этих нарушений.

Сегодня основной вектор развития мировой медицины, мирового здравоохранения – это превентивная медицина. И именно в рамках развития превентивного подхода в психиатрии сегодня говорят о разработке биомаркеров, связанных с выделением групп риска. Причём эти биомаркеры включают не только биологические показатели, но и клинические, психологические показатели. И в зарубежной психиатрии говорят о том, что в области детского психического здоровья после выявления таких групп риска в рамках развития превентивного профилактического подхода, именно первичной профилактики психических расстройств у детей, подростков необходимо обеспечивать эти группы риска сопровождением, которое носило бы тоже междисциплинарный характер и включало бы психолого-социальное сопровождение, юридическое сопровождение, педагогическое сопровождение. Почему юридическое? Потому что на самом деле после выявления таких групп риска возникает целый ряд и юридических, и этических вопросов. Потому что это тоже стигматизация. И сегодня во всём мире говорят о необходимости разработки этических аспектов, связанных с выявлением групп рисков именно среди детей и подростков в плане развития психических расстройств.

С моей точки зрения, разработка этих интегративных программ, которые бы включали научно-исследовательский компонент, позволила бы нам разработать также маркёры выявления групп рисков популяций.

С другой стороны, разработка вот этих социальных программ, педагогических программ, которые бы сопровождали таких детей и подростков, разработка юридических основ оказания этой помощи таким группам риска в здоровой популяции, вот это, мне кажется, дало бы нам преимущество с точки зрения не просто лечения, но первичной профилактики проблем. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое, спасибо.

Коллеги, слово предоставляется Наталье Валентиновне Семашковой, заведующей отделом детской психиатрии Научного центра психического здоровья. Пожалуйста, Наталья Валентиновна.

**Семашкова Н. В.** В соответствии с приоритетными направлениями проекта «Десятилетие детства» в ФГБУ МЦПЗ особая важность придаётся научным исследованиям по разработке модели ранней диагностики, ранней помощи, созданию доказательного инструментария персонализированной медицины, профилактике инвалидности, реабилитации и абилитации. Я в своём докладе остановлюсь на примере расстройства аутистического спектра.

Современная концепция расстройства аутистического спектра охватывает гетерогенную группу нарушений нейроразвития, включающую различные нозологические дефиниции. В рубрике психических и поведенческих нарушений, ФПМКБ-10.

Число людей, у которых обнаружен аутизм, резко возросло с 90-х годов прошлого столетия отчасти из-за изменившихся подходов к диагностике. Пока неясно, повысилась ли реальная распространённость расстройства. По данным мониторинга, проведённого Центром по контролю и профилактике заболеваний в США, распространённость аутизма среди детей 8 лет составила 146 детей на 10 тысяч детского населения в 2016 году.

По данным Национальной базы данных Великобритании, 24 аутиста на 10 тысяч в возрасте 8 лет.

По данным ВОЗ, число больных с РАС составляет 62 на 10 тысяч детского населения, 61,9 – в Европе, 65,5 – в США.

В настоящее время в Российской Федерации, по данным скрининговых обследований детей раннего возраста (до 4 лет), распространённость РАС составила 18 на 10 тысяч детского населения.

15 октября 2019 года в перечень профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних добавлен скрининг на выявление нарушений психического развития.

Все малыши-двухлетки пройдут скрининг на выявление группы риска возникновения или наличия нарушений психического развития.

Скрининг предполагается двухэтапным. Сначала родители ребёнка заполняют специальную анкету на приёме у педиатра. Если результаты этой анкеты не вызывают подозрения, то эти дети не относятся к группе риска, и на этом скрининг завершается. Если же результаты будут настораживать врачей, то на втором этапе скрининга родителям ребёнка будет рекомендована консультация врача-психиатра.

Дети с верифицированными диагнозами ПМКБ-10 нуждаются в психиатрической помощи, лечении и медико-социальной реабилитации. Вторичная психопрофилактика включает набор психокоррекции и терапии медикаментозной и немедикаментозной. Третичная психопрофилактика направлена на социализацию и адаптацию.

Методы персонализированной медицины включают сочетание клинических методов: клиничко-психопатологического, клиничко-динамического, катанестического – и методов доказательной медицины, основанных на новых инструментальных и лабораторных технологиях. Такими методами являются нейроиммунотесты, это доказанный метод.

Нейрофизиологические маркеры в стандарты введены.

На основе использования клинического подхода, а также таких объективных параклинических методов, как иммунология, нейрофизиология, проводится дифференциальная диагностика расстройств аутистического спектра, а также принимаются решения о назначении или отмене психофармакотерапии, оптимизации терапевтических мероприятий, проводится оценка эффективности лечебных или реабилитационно-абилитационных мероприятий. Патент 2018 года.

10–15 лет назад считалось, что 92 процента при расстройствах аутистического спектра отмечают неблагоприятный прогноз. Современные данные показывают, что при правильной маршрутизации, своевременной диагностике, персонализированной психофармакотерапии, проведении реабилитации, абилитации прогноз кардинально меняется. В 10 процентах случаев больные полностью восстанавливаются, у 70 процентов детей наблюдается стабильное посттерапевтическое улучшение, и только 20 процентов детей с атипичным аутизмом – синдромом Каннера имеют неблагоприятный прогноз.

Прошло 10–15 лет, и эти дети с неблагоприятным прогнозом нуждаются в большем объёме помощи в зрелом возрасте, по данным ВОЗ за 2014 год и НЦПЗ.

Наши предложения. Профилактика психических расстройств в детско-подростковом возрасте, ранняя диагностика аутизма и других нарушений психического развития. Трансляция достижений фундаментальных наук в клиническую практику для совершенствования диагностики и терапии аутистических расстройств. Совершенствование межведомственного взаимодействия для разработки эффективных маршрутов медико-психолого-социального сопровождения.

**Председательствующий.** Наталья Валентиновна, давайте регламент, пожалуйста.

**Семашкова Н. В.** Заканчиваю.

Необходимо повышение образования профильных специалистов и проведение активной просветительской и психообразовательной работы среди родителей детей.

Благодарю за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо. Наталья Валентиновна, всё-таки есть ли реальный рост больных аутизмом в нашей стране, в России, или это всё-таки несколько накрученная проблема? И если есть реальный рост, чем вы это объясняете?

**Семашкова Н. В.** Реального роста нет. Первые эпидданные фактически только с 2014 года, это малый срок наблюдения. Но в России отмечается распространённость аутизма. Если в процентах, это 0,05–0,06 по разным регионам России и в целом по данным Росстата – 0,06. Эти данные совпадают с данными Игоря Владимировича Мака-

рова. Фактически это отдельная нозология, гетерогенная нозология. Но роста сейчас не отмечает фактически весь мир, и данные ВОЗ являются подтверждением этого.

**Председательствующий.** Спасибо вам большое.

Коллеги, я хочу предоставить слово Светлане Борисовне Лазуренко, руководителю центра психолого-педагогической помощи в педиатрии Национального медицинского исследовательского центра «Здоровье детей».

Главное – решения и конкретные предложения, что нам будет очень полезно.

**Лазуренко С. Б.** Добрый день. Я буду очень краткой.

Я представляю ведущее педиатрическое учреждение в стране, это федеральный научный медицинский исследовательский центр. Фундаментальные направления, которыми занимается наше учреждение в области педиатрии, все посвящены профилактике инвалидности.

В структуре детской инвалидности есть определённый процент разных заболеваний, в том числе психических и неврологических. И я хочу обратить внимание только на те аспекты, о которых сегодня не говорилось. Это в первую очередь профилактика йододефицитных состояний.

Мы сегодня знаем, что практически 50 процентов территории России имеют эту проблему, и если её не решать до пяти лет ребёнка, то в том числе могут быть усугублены когнитивные расстройства, об этом давно говорил Александр Александрович Баранов, но вопрос до сих пор не решён.

И хочу ещё обратить внимание на рациональное питание детей, вскармливание детей первого года жизни, особенно с метаболическими расстройствами, а также питание детей дошкольного и школьного возраста, которые обучаются в образовательных организациях. И эти проблемы, в том числе для детей с соматической патологией, не решены.

Вопросы образовательной среды, в том числе для детей с ОВЗ: нужны такие условия, которые бы сохраняли, а не ухудшали их здоровье, уже при наличии нарушения. Это мы тоже считаем очень важным.

Сегодня много говорили про выявление медико-социальных рисков. Я только хочу остановиться на том, что необходимо выстроить взаимодействие медицинских, психологических и педагогических учреждений, в том числе и просвещение женщин в женских консультациях, особенно если выявлен риск рождения больного ребёнка. Кроме того, так и не решены вопросы усовершенствования алгоритма антенатальной охраны здоровья плода и расширения скрининга новорождённых, что тоже будет являться профилактикой психических расстройств.

Теперь о мероприятиях абилитации и реабилитации. Я хочу остановиться на некоторых моментах, о которых сегодня не говорилось.

Первое. Сами понятия «реабилитация» и «абилитация» сегодня в законах не разведены, это необходимо сделать. Мы хотели бы также рассмотреть возможность введения и раскрытия такого термина, как риск инвалидизации. Речь идёт об увеличении и предоставлении необходимого объёма помощи детям, которые сегодня имеют хронические нарушения здоровья, то есть отнесены к категории детей с ограниченными возможностями здоровья, но не имеют инвалидности и, соответственно, лишены возможности получать реабилитацию в полном объёме.

В том числе считаем, что в индивидуальной программе реабилитации, мало того, что нужно всё-таки чётко оговорить число специалистов, формы и виды тех услуг, которые мы предоставляем, но также необходимо определить законодательно порядок контроля рекомендаций и их исполнения.

Просим также рассмотреть вопрос передачи функций медико-социальной экспертизы по установлению детям инвалидности медицинским организациям педиатрического профиля.

Сегодня было многократно сказано о том, что нужно учитывать возрастные особенности детского населения, в том числе при установлении инвалидности. Мне кажется, это очень острый вопрос, который требует безотлагательного решения.

Кадры. Ясно, что сегодня стандарты подготовки педиатров дополнены современными знаниями в области возрастной, клинической и коррекционно-педагогической помощи, а специалистам, психологам и специальным педагогам необходимо давать новые знания и знакомить их с достижениями медицины, потому что сегодня медицина шагнула вперёд, и, к сожалению, не всегда специалисты психолого-педагогического профиля готовы решать те задачи, которые ставит перед ними реальная практика.

И последнее. Необходимо внести изменения в Семейный кодекс Российской Федерации, потому что мы сегодня знаем, что определяющую роль в сохранении физического и психологического потенциала ребёнка играют родители.

Мы сегодня имеем результаты исследований, из которых следует, что позиция родителей очень часто приводит к необратимым последствиям в ухудшении состояния здоровья ребёнка, поэтому считаем необходимым предоставить педиатрам больше возможностей и принять законодательную меру контроля за исполнением определённых назначений, в том числе оценивать комплаентность родителей и исполнение ими тех рекомендаций, которые им предписали специалисты.

Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Вот эти последние ваши конкретные предложения. На самом деле, мы частично их рассматривали, когда обсуждали проект закона о школьной медицине, потому что очень важно, чтобы в закон о школьной медицине мы могли заложить эти позиции. Ведь когда дети попадают в медицинское учреждение, в том числе в этом возрасте, возникает проблема. И зона ответственности родителей – это как раз предмет очень тщательного нашего совместного исследования, потому что эта тема на самом деле сегодня как следует не отрегулирована. Очень важно, что из-за родителей, которые имеют какие-то психологические проблемы, анозогнозию по отношению к своему ребёнку, ребёнок очень часто не получает медицинскую помощь. В частности, это касается и вакцинации, когда родители фактически подвергают своего ребёнка опасности, не разрешая по каким-то убеждениям проводить вакцинацию своему ребёнку. При этом ребёнок, естественно, подвергается риску быть заражённым и погибнуть, по существу. Эта тема является очень серьёзной для обсуждения у нас в Комитете Государственной Думы.

Спасибо вам. И я очень надеюсь, что ваши конкретные предложения вы нам передадите. Вот этого последнего предложения я не видел в ваших рекомендациях. Спасибо.

Я хотел бы предоставить слово заведующему кафедрой психиатрии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Северину Вячеславовичу Гречаному.

**Гречаный С. В.** Спасибо, Николай Васильевич.

Два момента определили моё сегодняшнее выступление.

Во-первых, психический статус ребёнка с психиатрическим расстройством не всегда зависит от психофармакотерапии. Иногда нормализация соматики, неврологии и прочих параметров ведёт к улучшению психического статуса. Это первый момент.

Второй момент. Говорить о том, что психиатрическая помощь оказывается только в психиатрических учреждениях, было бы неверно. Ну, во-первых, мы знаем о том, что очень много пациентов и их родителей игнорируют психиатрические учреждения. И здесь повышается роль многопрофильных педиатрических стационаров, к которым относится и наша федеральная клиника Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, который, как многие знают, дал заявку на то, чтобы стать национальным исследовательским центром по педиатрии. И мы это решение ждём. И, в общем-то, оно уже принято.

Очень долгое время в рамках нашей федеральной клиники пациентов с жалобами психиатрического профиля консультировали медпсихологи и психотерапевты. Но с января 2017 года нами проводится постоянная консультативная работа.

Конечно же, необходимость психиатрической помощи определена нижней границей возраста, как минимум, это два года.

Уважаемые коллеги, поскольку наша конференция не научная, а практическая, хотелось бы сказать следующее. Анализируя диагнозы, можно сказать, что, во-первых, 45 случаев – это расстройства, характерные для психиатрического стационара, которые нами были первично выявлены. 38 процентов – это расстройства, характеризующиеся выраженными когнитивными и личностными нарушениями. То есть иногда приходишь в общий стационар, в стационар многопрофильный, педиатрический стационар, и не понимаешь, где ты находишься. Это тенденция именно последних 50 лет.

Традиционный миф о том, что в педиатрических стационарах – психосоматика, не подтверждается нашей консультативной работой. Психосоматический диагноз, соматизированное расстройство наблюдается лишь в 19,1 процента случаев. То есть все больше общие стационары приобретают свойства стационаров психиатрических.

Два наиболее важных момента, которые хотелось бы здесь озвучить. Это большой удельный вес дезадаптации к образовательным учреждениям пациентов с относительно неглубоким регистром психических расстройств. Это невротические расстройства, то, что называется сейчас «рубрика F-40» и так далее. Понятно, что это пациенты с расстройствами поведения.

И следующий момент. Очень велик процент дезадаптаций пациентов с органическим расстройством. С нашей точки зрения, это дефицит именно медицинского подхода. Коллеги, когда у ребёнка слабые лёгкие, мы не советуем отдавать ребёнка в школу олимпийского резерва и интенсивно заниматься спортом. Почему-то такой подход пропагандируется, если речь идёт об академической неуспеваемости ребёнка с реальными объективными трудностями в обучении. Не решают проблему репетиторы. К сожалению, физика, которая в школе, и физика у репетитора – это две разные программы. И у ребёнка с реальными когнитивными трудностями эти две программы никак не ассоциируются.

Я очень уважаю коррекционных педагогов, психологов, но тем не менее очень часто от специалистов, от педагогов, следуют такие советы: вам нужно взяться, вам нужно усилить, вам нужно, так скажем, ребёнка больше занять, он не должен ни минуты оставаться, так сказать, без педагогической помощи. Это категорически противоречит моим советам, в которых я говорю, что даже ребёнок с умеренным СДВГ большую часть времени должен отдыхать. Это традиционный, классический шадящий режим нагрузок для ребёнка-органика.

И вот, собственно говоря, наши предложения связаны с тем, что при ведении психиатрических пациентов всё-таки должен быть приоритет именно медицинского подхода. Это должна быть бригада, как в хирургии – хирург, анестезиолог, медсестра. Но всё-таки руководителем, маршрутизатором этого общего процесса должен быть врач-психиатр. И проблемы должны пониматься, исходя из материалистических, медицинских трудностей, а не того, что часто называют психологическим фоном и так далее, и тому подобное. Нравственность в ближайшее время мы, к сожалению, не изменим.

Значит, есть данные о нарушениях адаптации, о чём я уже сказал. 75 процентов наших консультированных пациентов с неврозом не ходят в школу. С моей точки зрения, это очень яркие цифры. Тем не менее, допустим, что все случаи первазивных расстройств, аутистический спектр, все оказались уже пристроены, им уже оказывается помощь или инклюзивная, или в рамках восьмого вида.

Уважаемые коллеги, если речь идёт о суицидах, то это во многом явление непредсказуемое. Но если мы говорим о суицидоопасном поведении, так называемом третьем

уровне по колумбийской шкале – активные суицидные мысли без намерения действовать, – то они среди наших пациентов распространены очень часто. Это очень часто реакция на несоответствующие педагогические требования и на недостаточность, конечно же, психообразовательной работы. И здесь всё-таки психологи и психотерапевты важны в плане ведения родителей и оказания помощи родителям.

Спасибо вам большое.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

На самом деле тема очень непростая. С одной стороны, получается так, что в общесоматической больнице высокий уровень психических нарушений, причём не психосоматических расстройств, а собственных психиатрических проблем непсихотического уровня, которые вы, как психиатры, выявляете, говорит, видимо, о какой-то недоступности или снижении возможности своевременно получить помощь, консультацию психиатра, что очень часто связано с позицией родителей.

Нередко родители из позиции стигмы своего ребёнка с явными нарушениями вытесняют и ведут его к психологу, к другому специалисту, которые могут объяснять нарушения и психологическими категориями, и возможностью сгруппировать ребёнка, настроить и так далее, хотя в основе проблем лежит, конечно, органическая патология. Мы об этом говорили, вот смотрите, 30 процентов детей в школе имеют органическую церебральную недостаточность, и они декомпенсируются не только с позиции органической патологии, но и в том числе разного рода неврозоподобных и патохарактерологических проявлений. Это одна позиция.

И другая позиция: если в этом возрасте вы встречаете большое количество таких нарушений, это говорит о недостаточности своевременной диагностики и реабилитации этого контингента. Вот эти грани, понимаете? Мы сегодня как бы смотрим на проблему детской психиатрии с разных компетенций. По существу мы говорим об одном и том же.

И я совершенно доволен, что мы, педагоги, психологи, психиатры, – мы все приходим к тому, что мы нуждаемся друг в друге. Это сфера взаимной ответственности. Без этого мы не можем эффективно помогать нашим детям. Или это будет гипердиагностика, или это будет несвоевременная помощь, поздняя реабилитация, соответственно, высокий уровень инвалидности. Фактор детской инвалидности, которая продолжает расти в стране, в год почти на 5 процентов, это очень серьёзная тема, которая нуждается в специальном анализе. Спасибо вам большое.

Мы предоставим слово доценту кафедры психиатрии и психотерапии Рязанского государственного университета Владимиру Владимировичу Новикову.

Пожалуйста.

**Новиков В. В.** Добрый день! Глубокоуважаемый председатель, коллеги, я буду очень краток, поскольку практически всё, что я хотел сегодня сказать, уже было озвучено, говорилось очень интересно и о мультидисциплинарном подходе, и о биопсихосоциальной диагностике не только как модели заболевания, а как о диагностической модели, начиная с анализа наследственности и прочих биологических факторов, заканчивая социальными.

Я хочу именно в рамках заседания обратить внимание на немножечко другой аспект. Хочу вернуться к амбулаторному психиатрическому звену и к диагностическим временным стандартам, о которых мы не говорили. Если мы говорим о том, что детский психиатр – это субспециальность, у него для проведения полноценной диагностики и хотя бы составления верифицированной гипотезы диагноза первичной должно быть больше времени, чем отводится на взрослую психиатрию. Хотя и там, на мой взгляд, на первичную диагностику отводится крайне мало.

Далее. Если мы говорим хотя бы о какой-то алгоритмизации диагностики, мы должны, я думаю, при обучении докторов напоминать о том, что НКБ-10 при всём ува-

жении является моделью статистической классификации. И если мы говорим об осях и функциональном диагнозе, то мы должны её дополнять в рамках динамики развития заболевания, особенно в том, что касается детей. Поэтому диагностика должна проводиться, на мой взгляд, неоднократно. Вот мы выставили, допустим, окончательный диагноз, а потом его пересматриваем, только если ребёнок попадает в стационар. А родители, порой даже не стигматизированные, появляются у нас только для того, чтобы продлить инвалидность. Это, на мой взгляд, недопустимая ситуация.

Поэтому всё, что касается как обучения, так и времени стандартов, является острыми вопросами, которые стоит осветить ещё. Мы сегодня говорили о согласии либо несогласии законных представителей и родителей. А что делать, если у нас один родитель даёт согласие, а второй нет? При этом семья полная. Это не обозначено, насколько мне известно, законодательно никак.

**Из зала.** Достаточно одного согласия, одного из родителей.

**Новиков В. В.** Спасибо.

Не может ли это привести к каким-то судебным, так сказать... То есть это диагностические проблемы.

Так что, глубокоуважаемые коллеги, надеюсь на наше плодотворное сотрудничество друг с другом, с коллегами из смежных специальностей.

Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо.

Коллеги, сейчас слово предоставим члену-корреспонденту Академии медицинских наук, профессору Олегу Ивановичу Опалихину, большому энтузиасту превентивной медицины, развития превентивной медицины в нашей стране, который выскажется о проблеме рискованного поведения и репродуктивного здоровья у подростков. Олег Иванович, семь минут.

**Опалихин О. И.** Спасибо большое, Николай Васильевич.

Итак, уважаемые коллеги, я в своей презентации хотел бы отразить причинно-следственные механизмы, которые приводят к тому самому психическому нездоровью детей, и показать пути решения не только этой проблемы, с тем чтобы не действовать реактивно, когда она уже случилась, а посмотреть в корень этой проблемы.

Итак, если мы взглянем на карту, то увидим, что сегодня Россия по численности населения занимает 9-е место после Китая, Индии, США, Индонезии, Бразилии, Пакистана, Бангладеш и Нигерии, являясь самой большой по территории страной в мире. И если сегодняшняя ситуация будет развиваться, то к 2050 году по прогнозам ООН мы будем занимать уже 18-е место. Смотрите, как будет развиваться ситуация: даже не Китай, а Индия значительно перегонит другие страны, здорово вырастет Китай, Нигерия очень здорово вырастет, Соединённые Штаты подрастут, но незначительно, в основном за счёт миграции. А что с нашей страной? А наша страна уменьшится.

И вот для нас этот вопрос, как сказал Президент России, не просто вопрос социально значимый – это вопрос национальной безопасности. Потому что мы единственная страна мира, которая повышала и продолжает повышать градус формирования ВВП, за счёт чего мы, в общем-то, и живём – и медицина, и образование, и так далее, экстенсивным образом.

Мы ведь не Германия и не Япония, мы не продаём технологии и машины, мы продаём своё тело, мы продаём свои полезные ископаемые, а поэтому для нас вопрос, так скажем, обеспечения этого процесса – вопрос стратегической безопасности.

У нас за Уралом уже на протяжении тысячи километров нет ни одного человека. А этот процесс требует присутствия человека.

В Москве этого не чувствуется, но Президент России сказал, что в этом случае историческая цена выбора между действием и бездействием в области демографии – фактически потеря 50 миллионов человеческих жизней при нашем коэффициенте

рождаемости, который у нас продолжает падать, он 1,52 сейчас, а для нас достаточно и 10 миллионов человек, чтобы наступила дезинтеграция. Это очень важно понимать.

Что сделано? Смотрите. Мы очень много делаем в области обеспечения борьбы с репродуктивными потерями. Мы строим перинатальные центры, это технологически и финансово очень ёмкие учреждения.

У нас действительно создано очень много в области женского здоровья. Существуют стандарты медицинской помощи, и этот вопрос у нас стоит во главе угла нашей системы здравоохранения. У нас, наверное, действительно это находится на контроле лично министра, и мы очень много имеем успехов в этом отношении.

Смотрите, мы достигли исторического минимума в борьбе с младенческой и материнской смертностью, мы её снизили более чем в четыре раза. У нас очень хорошие показатели. Фактически мы приближаемся сейчас к возможностям Восточной Европы, и этот процесс у нас, в общем-то, идёт и продолжает свою парадигму к снижению, мы улучшаем эти показатели.

Но что в итоге?

С 2013 года процедура ЭКО проводится за счёт федерального бюджета. Мы финансируем эту высокотехнологичную возможность иметь детей за счёт экстракорпорального оплодотворения и обеспечиваем таким образом возможность рождения ребёнка.

Но, уважаемые коллеги, если мы посмотрим на результат... Вот мы вложили 600 миллиардов в строительство перинатальных центров. Что такое перинатальный центр? Родовая реанимация. Мы сейчас этот процесс обеспечиваем, боремся. А результат такой, что на всей территории нашей страны у нас коэффициент рождаемости – 1,58, и он снижается. Вы помните, 2,5 года назад он был 1,74, и он продолжает снижаться, и только в республиках Северного Кавказа этот коэффициент 2,9 и выше. Суммарный коэффициент рождаемости, то есть рост населения, больше там, где выше младенческая и материнская смертность. Казалось бы, парадокс, но и рождаемость там тоже выше. Значит, элемент значимости программы, которая необходима, о которой мы говорим, это не инструментальное обеспечение экстенсивного процесса снижения репродуктивных потерь, а повышение желания людей иметь детей. Важно именно это, а не только репродуктивные потери. Вот это вопрос ключевой.

А от чего же он зависит?

Мы получили от министра задание посмотреть, что мы можем ещё сделать, чтобы обеспечить конвергентность этих показателей, и что мы можем ещё сделать, чтобы обеспечить результативность, и каковы наши действия в части помощи нашему населению при проблемах репродуктивного нездоровья.

И вот что оказалось. Основная направленность наших действий – в области репродуктивных потерь. А ведь репродуктивный потенциал, как мы видим, снижается не только из-за репродуктивных потерь, но и из-за репродуктивного здоровья и, самое главное, репродуктивного поведения.

И вот, если мы посмотрим, почему такая ситуация, то увидим такую картину. Сегодня 77,4 процента женщин, которые идут в роды, имеют уже сложившуюся патологию, отсюда и рождение тех самых детей, о которых вы здесь сейчас только что многократно говорили. То есть мы боремся со следствиями, а проблема – вот здесь.

И вот победа наших гинекологов – зачастую это головная боль для вас, неврологов и педиатров, в дальнейшем.

Так вот, вопрос-то в чём? Естественно, если мы смотрим на эту парадигму, мы спрашиваем, а как же нам тогда её обеспечивать? Вот мы и вынуждены строительством перинатальных центров, высокими технологиями, огромными затратами, фактически родовой реанимацией решать следствие. А где причины, где эти корни? А они, оказывается, вот здесь. Не в медицине, уважаемые коллеги, они в девиантном поведении, которое формируется задолго до того, как у человека разовьётся заболевание.

Так вот это и есть то, чему, в принципе, посвящено сегодняшнее заседание Комитета Государственной Думы по охране здоровья.

Сексуальный дебют. Всего за 50–60 лет принципиально изменилась социальная обстановка. Сегодня сексуальный дебют в браке 7,1 процента, а всё остальное вне брака. Вы спросите: а как это связано с состоянием здоровья? А вот как.

Сегодня сексуальный дебют у девушки, по данным Росстата, а он всегда опаздывает, происходит в 17–18 лет. А по данным академика Баранова, который проводил исследования в Московской области, 20 процентов девочек в возрасте 12 и 14 лет уже имеют сексуальные связи с несколькими половыми партнёрами. А вот возраст вступления в брак резко вырос. Сегодня для девушки он составляет 24–26, а для молодого человека 26–29 лет. А теперь смотрите, считайте.

Если сегодня половую жизнь начинают с 16 или с 17 лет, то к 26–29 годам более 10 лет люди живут половой жизнью без цели создания семьи, меняя партнёров, поэтому хламидии, микоплазмы, уреоплазмы, гарднереллы, цитомегаловирус, вирус герпеса, вирус папилломы человека имеет место к моменту, как мы говорим, репродуктивного направленного поведения. А что эти заболевания вызывают? Как раз слабость нерва и трубки, поражение и рождение детей с низкой массой тела.

В Кливленде учёные провели исследования и доказали, что если у женщины есть прокарриотные инфекции до беременности, то прикрепление плаценты идёт фрагментарно, то есть рождение ребёнка с низкой массой тела запрограммировано. Отсюда необходимость дорогостоящих высоких технологий для того, чтобы каким-то образом эту женщину спасти, а отторжение плаценты, то есть выход её, идёт кускованием. Вот вам и кровотечение в родах, вот вам необходимость опять-таки супертехнологиями обеспечить рождение. То есть мы бьём по хвостам, мы боремся со следствием. А где причина? Вот она, причина.

Много абортот. А как их не будет, абортот? Мы хотим бороться с ними путём воздействия на женщин. Но ведь не женщина определяет эту парадигму, а зачастую её окружение, и прежде всего мужчина, потому что люди живут без необходимости создания семьи, для удовольствия. А тут сбой удовольствия – неожиданный, никому не нужный этот плод. И естественно, будут аборты. Как по-другому? И этот процесс связан с обществом потребления, а не с медициной, уважаемые коллеги.

Мы зачастую достаточно хорошо воздействуем на женщину, у нас есть достаточно стройная система женских консультаций, наблюдений, федерального внимания. А что же мужчина? А по мужчине-то ничего нет, вообще нет никакой системы. И это всё напоминает худое ведро – мы туда наливаем, а оно оттуда выливается. Если у женщины, по данным того же Росстата, два половых партнёра до брака, то у мужчины четыре – шесть. И мужчина заражает женщину. Так, значит, если мы будем иметь систему не конвергентную, одностороннюю, естественно, будем бороться с этим вечно и бесконечно.

Соответственно, такова причинно-следственная связь. Когда мы спрашивали девушек от 19 до 20 лет, ещё не имеющих семьи, сколько они хотели бы иметь детей, ответы были следующие: 84,6 процента ответили, что хотят иметь только двоих; 5 процентов сказали, что вообще не хотят иметь детей; и лишь 4 процента сказали, что хотят иметь детей столько, сколько бог даст. Вы знаете, я давно этой темой занимаюсь, но для меня был шокирующим ответ на вопрос «а почему вы не хотите иметь детей?» Знаете, что женщины сказали? «А для кого рожать? Для кого рожать?» То есть, оказывается, женщина так настроена, что она рождает для кого-то. Должен быть тот кто-то, кому это надо. А если сейчас 75 процентов разводов происходят в первые пять лет, то для кого же она будет рожать? Не для кого ей рожать. Для себя она, может быть, и родит одного ребёнка, а второго и третьего заказывает мужчина.

Вот сегодняшняя пропаганда так называемого промискуитета в интернете. Он, смотрите, женат, и буквой «Г» с молодой женой над грядкой стоит. И вот он холост,

с тремя красивыми девушками в бане находится. Вот это и есть то, что мы называем, знаете, основой. Как говорил один известный персонаж: если вы хотите победить плесень, вы боритесь не с плесенью, а с сыростью. Вот она, сырость, вот оно, морально-нравственное растление и формирование девиантного поведения. Сначала помыслы, потом действия, а потом болезни. Вот это очень важно понимать.

И болезни детей. Если мы говорим, что женщина находится в поле зрения нашего здравоохранения, то как обстоит дело в отношении мужчины? Вот сегодня? Фастфуд, алкоголь, естественно, избыточное производство и потребление фармпродукции, изменение экологии, изменение внешних условий. И вот он, сегодняшней парень. Вот он такой. А почему? Это же не просто внешние изменения фигуры. У мужчины отложение жира по женскому типу работает как эндокринная железа. Мужчина теряет мужскую пассионарность, он не только становится женоподобным по внешнему виду, он теряет основные мужские качества.

И обратите внимание, вопросы эректильной дисфункции, столь волнующие мужчин, они лишь четвёртые. А сначала приходит другое: депрессия, повышенная утомляемость, бессонница, раздражительность, слабость, недостаток жизненных сил.

Вот вам пожалуйста, и вопрос алкоголизма. Мужчины ведь пьют не от того, что они любят наливать и выпивать горькую. Они депрессивные, уважаемые коллеги, депрессивные. Они пьют, потому что всего лишь 4–7 процента мужчин имеют сильную половую конституцию и, невзирая на все сегодняшние социальные катаклизмы, в состоянии подняться в этой жизни. Все остальные нормальные или слабые, и им для этого нужны социальные лифты, а их сейчас нет. Общество потребления атомизирует сегодня наше с вами пространство, каждый человек сам за себя. Потому они и пьют.

Когда они к нам приходят с жалобами на эректильную дисфункцию, мы спрашиваем: что ты жалуешься, ведь ты себя как ведёшь? Ты же пьёшь, ты же куришь. А в ответ слышим: да, доктор, да жизнь такая, что выпить хочется. А выпьешь – жить хочется. Вот он от этого до этого и живёт. Понимаете?

**Председательствующий.** Резюме, решение?

**Опалихин О. И.** Решение, Николай Васильевич. Вот я как раз вам и хочу его показать.

**Председательствующий.** Взбодрили вы нашу психиатрическую общественность.

**Опалихин О. И.** Для мужчин интересно. Смотрите, кавернозные артерии, они поражаются на пять-семь лет раньше, чем такой же процесс поражения эндотелия идёт в каротидных и коронарных артериях. То есть импотенции – это индикатор того, что у мужчины будет через пять лет инфаркт или инсульт. То есть это не просто так.

И вот здесь вопрос принципиальный, который доказан и определён сегодняшней парадигмой этого превентивного направления, когда надо бороться не со следствием, а с причиной, которая приводит к этому поражению – к инфарктам, к инсультам. Смотрите, репродуктивный потенциал: возраст, становление отцом, – соответственно, вот вам изменения. Изменения прежде всего касаются нервной трубки.

«От плохого семени не будет хорошего племени» – это известно давно. Мы можем это доказывать на уровне нашей технологии, а можем просто-напросто посмотреть те статистические и эмпирические наблюдения, которые были в нашем народе. Снижение качества спермы более чем в три раза. 96 процентов мужчин с метаболическим синдромом имеют эректильную дисфункцию и бесплодие. Таким он стал посредством своего девиантного поведения. Вероятность выкидышей у женщин в 1,3 раза выше при индексе массы тела выше 30. Это как раз следствие того, что мы имеем такую окружающую среду. Посмотрите, что сегодня входит в столь любимую нами колбасу. Человек состоит из того, что он ест. Вот вам и нарушение репродуктивного здоровья. Имитированные эстрогены для мужчин, проникая через плацентарный барьер, могут воздействовать на эмбрион и на его половые клетки. Вот сегодня эта ситуация.

А дальше вот что происходит: дети, о которых мы с вами сегодня говорим, программируются родителями. Если вы хотите улучшить состояние здоровья детей, надо не с детей начинать, а с родителей, и ещё до того, как они этих детей зачинают.

Следующий этап – грудное вскармливание. Казалось бы, простой вопрос. Но если женщина не кормила ребёнка или кормила меньше, чем шесть месяцев, у него запрограммированы в возрасте 18, 20, 30 лет изменения со стороны обмена веществ и раннее развитие атеросклероза. Недоразвитие эндотелиальной ткани, недоразвитие микробиома. Это те самые нарушения, с которыми потом должна бороться система здравоохранения путём больших затрат. А речь идёт всего лишь о грудном вскармливании.

А почему так происходит? В обществе потребления развиваются тенденции абсолютно чуждые – сохрани грудь, будь лучше, выгляди красивее, давай будем давать смеси ребёнку. Продажа смесей и фактически искусственная экзальтация, направление которой приводит потом к репродуктивному нездоровью.

Поэтому необходимо изменить систему борьбы со следствием, борьбы с репродуктивными потерями на поддержание репродуктивного здоровья семьи, иметь целью не дать заболеть. Не дать заболеть, а не лечить запущенные последствия. Это другая технология, другая стратегия системы здравоохранения. Сейчас здравоохранению платят за лечение болезни, а необходимо платить за то, чтобы люди не заболели. Как работает сегодняшняя модель? Основные деньги в ВМП. А центр здоровья – самый маленький. А какой она должна быть? Она должна быть вот такой: центр семьи и брака – здесь должны быть основные средства и основные воздействия.

И поэтому пути решения проблем, которые просил указать Николай Васильевич, вот такие. Надо не дать заболеть, поэтому надо создавать здоровье. А экстенсивным путём лечить только тех, которые уже, к сожалению, стали нездоровыми. Тогда их будет не 90 процентов, а 10. Это другая стратегия.

Каким образом? Важны, как мы говорим, правильные помыслы. А чтобы такие помыслы формировались, у человека должна быть определённая парадигма поведения. Поэтому с человеком на уровне уже зрелого возраста должна проводиться санпросветработа. Сейчас она называется «цифровая платформа по вопросу здорового образа жизни». Это нацпроект «Общественное здоровье». И вот здесь онлайн-консультации, социальные сети, мониторинг, но по сути своей это санпросветработа.

Обязательна необходимость учёта репродуктивного здоровья, тарифы и определение состояния тех самых здоровых детей, с которыми потом вы, психиатры, должны будете абсолютно чётко работать или не работать. И вот вам сертификат молодёжи, который мы предлагаем как инструмент, и мы сейчас в 14 субъектах его апробируем, зная вот эту парадигму приводящего к нездоровью девиантного поведения, в том числе и случайных половых связей, и наркомании, и курения. Мы даём сертификат, чтобы молодые люди, только вступающие в брак, могли пройти обследование и получить необходимое лечение не тогда, когда у них через 8 лет будет бесплодие, а до того. Вот необходимость конкретных действий. Вот андролог, это мужской врач, который позволит обеспечить федеральную программу наблюдения за состоянием мужского здоровья. Вот клиники, которые обеспечат это решение.

Сейчас наблюдается коммерциализация медицины. У молодых людей денег нет. Вы думаете, так просто молодому человеку пойти куда-то обследоваться? Увы, нет. Поэтому нужна федеральная программа и федеральное внимание к молодёжи, чтобы были бесплатные клиники, которые обеспечивают обследование и при необходимости раннее лечение детей и подростков с соответствующей патологией. И не потому, что мы такие с вами уже гуманные и добрые, не потому. Хотя и это должно быть. А потому, что это выгодней, намного выгодней.

**Председательствующий.** Спасибо, Олег Иванович.

**Опалихин О. И.** Мы везде действуем реактивно, а должны действовать превентивно. Это социальный лифт, это семья, это молодёжь, это патриотизм. Посмотрите, патриотизм – ключевая проблема для здоровья. У нас только в Дагестане люди платят деньги, чтобы пойти в армию, а во всех остальных регионах – чтобы откосить от армии. Вот вам и вопрос. А это должно быть ключевым. Это моя страна, я здесь и я хочу служить ей. И это, прежде всего, мужчины. Мужчина в основе семьи, понимаете? И, вообще, здоровье мужчины нужно женщине. И мы многое должны сделать для здоровья мужчины, чтобы он мог вам, женщинам, нравиться. Поэтому всегда говорим, что мужское здоровье в женских руках. Но заметьте, женское счастье – в мужских.

**Председательствующий.** Спасибо, Олег Иванович. (*Аплодисменты.*)

Я видел, с каким интересом вас слушают, и вы выступали два регламента. Спасибо огромное.

Хочу вас обрадовать тем, что до вас примерно десять выступающих прямо или косвенно говорили о превентивной медицине с разных позиций. То есть, понимаете, мы к этому все приходим, но вы в этом смысле у нас пример. Спасибо вам за вашу патриотическую и правильную позицию.

Олег Иванович на самом деле – один из энтузиастов превентологии в стране. И это не просто теоретические вещи, его программы в десяти субъектах Российской Федерации дают большой экономический эффект. Он является директором научно-исследовательского института урологии имени Лопаткина. И вот на практике реализует свою концепцию. Спасибо большое. Я думаю, что это было полезно психиатрам, психологам, педиатрам.

Коллеги, я очень прошу коротко выступить уже практически с решениями, со своими предложениями, у нас ещё пять выступающих. Вытерпим? Ну, давайте, тогда коротко. Вы знаете, нам, во-первых, с вами повезло, что в этом зале сегодня больше ничего не проводится, а то мы часто бываем совсем ограничены во времени.

Пожалуйста, вам слово, Оксана Венедиктовна Баландина, руководитель экспертного центра психологии развития детей Приволжского исследовательского медицинского университета.

Пожалуйста.

**Баландина О. В.** Добрый день, коллеги! Постараюсь коротко рассказать об опыте нашего Приволжского исследовательского медуниверситета в реализации региональных межведомственных проектов. Это как раз то, о чём мы говорим – о важности раннего выявления психической патологии, о том, как профессиональное научное экспертное сообщество может помочь на уровне региона решать ряд проблем в области психического здоровья.

На базе медицинского университета у нас функционирует университетский центр психологии развития детей, который консолидирует и научные, и практические знания и помогает в области принятия каких-то региональных программ и решений.

Одним из первых наших проектов был пилотный проект по организации системы раннего выявления расстройств психического спектра у детей в Нижегородской области. В 2018 году был принят приказ, и ПИМУ оказывал и методическую поддержку в организации и продолжении проекта, и проводил обучение педиатров раннему выявлению РАС. Всё это произошло благодаря тому, что ПИМУ вошёл в состав координационного совета при правительстве Нижегородской области по оказанию комплексной помощи людям с ментальными нарушениями.

В настоящее время в Нижегородской области принята концепция комплексного сопровождения людей с расстройствами аутистического спектра, и в этом опять же активно участвуют медицинский вуз, и наш Приволжский центр ментального здоровья, обеспечивая экспертное, методическое, информационное, аналитическое сопровождение, участвуют в обучении и повышении квалификации специалистов, и также орга-

низуют медицинское сопровождение, разрабатывают программы комплексных межведомственных подходов.

Наше предложение – поддерживать на уровне регионов инициативы научно-исследовательских институтов по включению в программы комплексного сопровождения людей с ментальными нарушениями, то есть, возможно, обязать необходимость включения в координационные советы при правительствах регионов специалистов, представителей научного и экспертного сообществ, и это будет способствовать развитию именно психиатрической помощи на местах.

**Председательствующий.** Спасибо вам большое.

Анна Львовна Битова, директор Центра лечебной педагогики, член координационного совета при Правительстве Российской Федерации по вопросам попечительства в социальной сфере. Пожалуйста. Если можно, очень коротко, сжато, и главное – выводы.

**Битова А. Л.** Я постараюсь очень быстро.

Хочу один такой частный вопрос отметить, он мне кажется очень важным. Он касается синдрома двигательного дефицита внимания и гиперактивности.

Сегодня это большой процент детей и подростков, имеющих психические нарушения, но при этом мы видим, что никаких образовательных условий для них не предполагается. У нас нет системы образовательной помощи, нет образовательного стандарта для детей с нарушениями поведения. И мы видим, что это очень большой недостаток.

Наше предложение – создать межведомственную рабочую группу от Минпроса России и Минздрава России, для того чтобы всё-таки решить вопрос, каким образом помогать детям с тревожными расстройствами и с СДВГ.

Второй вопрос, который нас очень волнует, связан в первую очередь с тем, что мы часто посещаем детские дома и интернаты, и взрослые интернаты. Это вопрос дееспособности. Дело в том, что мы видим, что в ряде регионов происходит лишение дееспособности в очень раннем возрасте. С чем это связано? Пытаются как бы обезопасить ситуацию? Но ребёнок до 18 лет и так имеет неполную дееспособность.

И что мы делаем? Мы не против того, что медико-социальная экспертиза совершенно правильно оценивает состояние ребёнка в 14 лет, но в 20–25 лет мы можем наблюдать очень большой прогресс социальной ситуации и психического развития. А мы лишением дееспособности в раннем возрасте ему это всё перекрыли, потому что возврат дееспособности – процесс намного более тяжёлый.

Так что не стоит лишать ребёнка дееспособности, а если мы боимся, что он потратит какие-то лишние деньги, то можно ограничить его пользование деньгами.

Очень хотелось бы предложить не понижать правовой статус детей до 18 лет, в этом нет никакого практического смысла. В очень редких случаях имеет смысл использовать институт ограниченной дееспособности после 18 лет, это очень слабо пока используется в стране. И нужно, конечно, принимать закон о распределённой опеке.

Вопрос, который очень волнует и в семьях, и в детских домах, интернатах, это вопрос физического стеснения. На наш взгляд, он на сегодня не урегулирован в достаточной степени в законодательном поле. Детей фиксируют разными способами. Мы считаем, что это незаконно, а с другой стороны, мы понимаем, что родители, когда не могут справиться с ребёнком в состоянии его психического возбуждения, вынуждены идти на эти меры, потому что не прописано аккуратно, что надо делать в такой ситуации.

Нам кажется это очень важным, и мы очень просим Государственную Думу вмешаться, и если можно, мы бы передали наши предложения по решению этой проблемы.

**Председательствующий.** Передайте. Вы не направляли по почте, Анна Львовна?

**Битова А. Л.** Не направляла.

**Председательствующий.** Направьте по почте. И вообще, вот эти ваши проблемы, кстати, сегодня освещала Анна Юрьевна. То есть эта тема на самом деле очень серьёзная, эта проблема волнует очень многих.

**Битова А. Л.** И вы знаете, хотелось бы всё-таки сказать про возраст согласия, поскольку это вопрос, который сегодня много раз обсуждался. Мы против увеличения возраста согласия. Мы видим большое количество проводимых над ребёнком манипуляций, особенно в детских домах-интернатах. Мы отдадим тогда этого подростка полностью во власть опекуна, который на сегодня является и опекуном, и руководителем организации. Пока у нас не будет разрешён конфликт интересов между опекуном и человеком, который предоставляет услуги проживания, мы не можем отдать контроль. Спасибо.

**Председательствующий.** Анна Львовна, мы вас услышали. Тема понятна. Пришлите нам предложения свои.

Пожалуйста, Валентина Ивановна Гузева, главный внештатный детский специалист неврологии Минздрава России. Пожалуйста.

**Гузева В. И.** Уважаемый Николай Васильевич, уважаемые коллеги, понимаю, что все устали. Я даже не буду открывать свою презентацию.

Во-первых, я хочу поблагодарить, что невролога пригласили в психиатрическую тусовку. У нас один общий орган, который болеет. Это мозг. Поэтому сегодня уже вопрос решается не отдельно о неврологии, психиатрии, а о психоневрологии у детей. И, конечно, сотрудничество очень важно. Потому что всё-таки – вот коллега-педиатр говорила о ранней диагностике болезней мозга – многие психиатрические симптомы и синдромы, они в структуре заболевания мозга. И надо уметь рано это диагностировать.

Сейчас очень много разговоров идёт о генетической верификации всех этих, в том числе и психиатрических, проблем. И слава богу, подвижки в этом направлении есть, но, естественно, нужно дополнительное финансирование, потому что появилась возможность целенаправленного лечения, направленного на конкретный ген с конкретной симптоматикой. Так что этому вопросу генетической диагностики как неврологических, так и психиатрических заболеваний, конечно, надо уделить внимание.

И делать это надо с раннего возраста. Обязательно включить во все программы, в том числе и образовательные, изучение анатомии, физиологии мозга, потому что многие психиатры, к сожалению, забывают это. А это очень важно. Пострадала лобная доля – это будет одна психиатрическая симптоматика, пострадали затылочные доли – это другая будет патология. Поэтому очень важно это знать. Тем более что сейчас при некоторых пороках развития головного мозга, в частности, дисплазии лобной доли, появились очень оптимистичные возможности раннего хирургического лечения. Так что надо рано выявлять и таким образом вести профилактику психиатрических нарушений.

И ещё один момент. Подростки. Это боль у неврологов. Вот я сегодня хотела говорить об эпилепсии, но даже не буду этого касаться. Сегодня 270 тысяч больных эпилепсией в России. Это социально значимая и, более того, это курабельная группа, если вовремя поставить диагноз. 75 процентов таких детей мы можем социально адаптировать. А проблемы возникают как раз и в раннем возрасте, и у подростков. Это требует фактически лечения пожизненного. Но они становятся взрослыми, уходят во взрослую сеть, и забывают про свою болезнь, и всё теряют, и внимания им не уделяется.

Ну и в качестве бонуса: психиатрам увеличили время приёма в поликлиниках до 27 минут, насколько я в курсе. Практически это решение уже готово.

**Из зала.** А было 36.

**Гузева В. И.** Сейчас 27 минут. У неврологов 20 минут.

**Председательствующий.** Спасибо, Валентина Ивановна.

На самом деле эта позиция, о которой вы говорите, сегодня заложена в превентивной модели медицины, в персонифицированной медицине с оценкой генетических риск-факторов возможности развития того или иного заболевания.

Коллеги, Алеся Анатольевна Кузнецова, доцент кафедры психологии здоровья и нейропсихологии Курского государственного медицинского университета Минздрава России. Две минуты. Пожалуйста.

**Кузнецова А. А.** Огромное спасибо, Николай Васильевич! Я успею, даже без презентации. Потому что многие аспекты были уже освещены.

Наш медицинский вуз выпускает специалистов в области психиатрии – это ординатура по психиатрии, а также клинических психологов. Можно порадоваться тому факту, что наши клинические психологи проходят свою практику в лечебных учреждениях на медицинских базах и не оторваны от медицины. И мы формируем комплаенс во взаимодействии с психиатрами клинических психологов, чтобы они разделяли свой функционал и не занимались постановкой диагноза.

Ещё одна важная проблема, которую хотелось бы осветить. Мы также участвуем в образовательной траектории педагогов-психологов, потому что за последнее время в их функционал ввели очень много того, что не является их компетенцией. Это и оценка, и диагностика ПТСР, и диагностика суицидальных наклонностей и многих других явлений, о которых сегодня говорили. И проблема в том, что, когда они подают статистику, то они даже путают термины, то есть склонность к суициду, суицидальное поведение, самоповреждающее поведение у них всё одно. Мы проводим повышение квалификации педагогов-психологов, тем самым пытаюсь снизить остроту этой проблемы.

Далее. Нашим вузам для подготовки соответствующих специалистов нужна оценка региональных потребностей, и поэтому создан Центр по анализу состояния здоровья населения и оценке методов лечения. Потому что голые цифры статистики нам иногда не показывают содержательные аспекты, и мы говорим о снижении каких-то негативных явлений, но не говорим о том, что качественно, например, изменился состав. Поэтому мы всё это учитываем в образовательной траектории и...

**Председательствующий.** Алесья Анатольевна, что надо внедрить нам? То, что у вас в отчёте, это понятно. Замечательно, Курский университет. Недавно была выставка медицинского университета в Государственной Думе. Что предлагаете нам на федеральном уровне?

**Кузнецова А. А.** Во-первых, необходима преемственность приёма на обучение по программам специалитета и ординатуры, важно учитывать мнение вуза и вести учёт вузов, в принципе, не только наших, но и всех. При недостаточности бюджетных мест предусмотреть в субъекте Российской Федерации выделение из регионального бюджета средств на обучение недостающих специалистов с учётом региональных потребностей.

**Председательствующий.** Спасибо большое, спасибо.

Коллеги, вот буквально на одну минуту предоставлю слово Екатерине Олеговне Седовой, доценту Российского национально-исследовательского медицинского университета имени Пирогова. Пожалуйста, конкретные предложения.

**Седова Е. О.** Спасибо.

Я, во-первых, тоже хотела продолжить тему того, что у нас в вузе проводится подготовка клинических психологов, и у нас есть даже специальность «семья и детство». И как раз наши выпускники и наши студенты обязательно проходят практику в лечебных учреждениях, имеют клинические базы, и в этом отношении есть успешный опыт.

А проблема, которую сегодня мы совсем-совсем оставили в стороне, но, на мой взгляд, она очень важна, касается стресса обучения. Мы не говорили о том, что наши дети сегодня страшно перегружены интеллектуальной нагрузкой. Мы не вспомнили про...

**Председательствующий.** Говорили.

**Седова Е. О.** Так мало сказали. Хотелось мне добавить, что сейчас, к сожалению, после детского сада родители ведут своего ребёнка каждый день на какие-то ещё дополнительные занятия. Или вот проблема московских школ: мы, психологи, сталкиваемся в своей деятельности с тем, что школы умудряются обойти СанПиНы и добавить большое количество дополнительных уроков: в виде каких-то факультативов, обязательных

для посещения, в виде дополнительного образования. Есть случаи, когда семиклассники, шестиклассники каждый день приходят из школы в половине шестого. И когда мы говорили о том, что надо сделать, чтобы не давать болеть, то вот эту проблему мне тоже очень хотелось поднять, чтобы мы законодательно нашли способ запретить школам обходить СанПиНы, чтобы нормы наши выполнялись, чтобы нашим детям не создавалась ненужная нервная нагрузка, которая приводит к ухудшению соматического и психического здоровья.

**Председательствующий.** Спасибо, Екатерина Олеговна.

Получается, что амбиции родителей заканчиваются психическими расстройствами их детей.

**Седова Е. О.** Да. Родители-вертолёты. Это термин, пришедший к нам из международной практики, но он отражает ситуацию. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо.

Мария Сергеевна Сенина, главный специалист отдела детства, родовспоможения минздрава Нижегородской области. Но тоже две минуты. Предложения.

**Сенина М. С.** Здесь говорили про суициды, говорили о том, что их число растёт, но мне кажется, всё-таки было мало высказано конкретных предложений, как нам снизить и оптимизировать ситуацию по снижению суицидов среди детей-подростков.

Первое. Нет федерального стандарта оказания помощи совершившим суицидальную попытку. Необходимо разработать программу обучения для специалистов первичного амбулаторного звена, с которыми в первую очередь сталкивается ребёнок, то есть для педиатров, неврологов, хирургов, травматологов, онкологов, направленную на обучение их своевременному выявлению детей группы риска касательно суицидального поведения.

Необходимо, мы считаем, полностью запретить продажу лекарственных препаратов детям, потому что зачастую основная масса суицидальных попыток – это токсикологические попытки лекарственными препаратами. Ребёнок идёт в аптеку и спокойно покупает любой безрецептурный лекарственный препарат.

Необходимо создать программу обучения и для педагогов, направленную на выявление групп риска детей по суицидальному поведению, потому что мы понимаем, что один психолог в школе в среднем на 700–800 учащихся с этим не справляется.

Соответственно, считаем важным обязать директоров школ проводить на базе образовательных организаций минимум два раза в год, в осенний период, в начале учебного года, и в весенний период, перед Единым государственным экзаменом, в обязательном порядке родительские собрания по вопросам выявления поведения суицидальной направленности среди несовершеннолетних.

Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Это на самом деле очень важная программа. Суициды – тема очень сложная.

И ещё у нас одно выступление. Ирина Геннадьевна Леденёва, заведующая отделом Новосибирского детского ПНД. Ну тоже, пожалуйста, две-три минуты.

**Леденёва И. Г.** Спасибо большое, Николай Васильевич, за возможность завершить сегодняшний очень интересный «круглый стол».

Мне хотелось бы подытожить то, что было сказано.

Вы все знаете, что на федеральном уровне не существует ни одного межведомственного нормативно-правового акта, который определял бы порядок межведомственного взаимодействия специалистов в области охраны психического здоровья детей. Также не определено, кто такие эти специалисты в области охраны психического здоровья, нет терминологии, которая бы это на законодательном уровне определяла.

Всё, что есть в нашем распоряжении, это федеральный закон № 120-ФЗ по профилактике безнадзорности и правонарушений, и на этом у нас межведомственное взаимодействие заканчивается.

Я считаю это в корне неправильным, ситуацию нужно менять и формировать систему охраны психического здоровья на уровне федерального законодательства, чтобы в этом порядке были определены взаимодействия между специалистами и была решена проблема обмена информацией между специалистами, так, чтобы не раскрывалась врачебная тайна, но врач-психиатр имел бы координирующую роль и передавал бы рекомендации по потребностям такого ребёнка педагогам, родителям, самому ребёнку по безопасному каналу связи с возможностью формирования цифрового контура.

Если бы была возможность онлайн-консультирования учеников детскими психиатрами напрямую в аспекте развития школьной медицины, было бы снято намного больше барьеров в обращении за психиатрической помощью, стигматизацию мы бы преодолели.

Возможно, необходимо предусмотреть и развитие телепсихиатрии.

У нас нет сейчас нормативно-правового акта по телемедицинским технологиям, между тем телепсихиатрия наиболее перспективна как область, где идёт активное использование метода психиатрического интервью. Этот метод достаточен для того, чтобы определить дальнейшую тактику действий.

Поэтому в этом нормативном акте федерального уровня необходимо прописать возможности для оказания помощи. И в государственном задании по психиатрии необходимо тоже предусмотреть, может быть, возможность оказания консультационных услуг посредством мобильного приложения.

**Председательствующий.** Ирина Геннадьевна, спасибо. Вы тоже ваши предложения пришлите нам, если не прислали ещё.

**Леденёва И. Г.** Прислали.

**Председательствующий.** Прислали. Хорошо.

А так посыл ваш понятен. То есть уровень межведомственного взаимодействия должен быть отрегулирован на федеральном уровне федеральным законодательством, по вашему мнению.

Это, наверное, правильная позиция. В такой ситуации мы могли бы выстроить и вертикаль связи с регионами, для того чтобы была выстроена такая гармоничная система. В регионах она могла бы вовлекать всех специалистов, имеющих отношение к здоровью детей. Собственно говоря, мы сегодня наше мероприятие и начали с того, что нам не хватает общего такого продуктивного взаимодействия.

Спасибо.

**Из зала.** Хотелось бы, чтобы в этом нормативно-правовом акте было такое понятие, как уровень социального функционирования ученика. Этот термин понятен и педагогам, и психологам, и врачам-психиатрам. И это было бы тем красным флажком, когда нужно принимать меры.

Разработана методика, как его определять, это занимает три минуты, можно также цифровое внедрение сделать, и классный руководитель будет определять по простым позициям – это успеваемость школьная, кружковая занятость, успеваемость...

**Председательствующий.** Спасибо.

Это известные, я думаю, и педагогам, и психологам вещи. Если у вас есть авторский какой-то метод, пришлите нам, мы посмотрим, посоветуемся с нашими коллегами.

**Из зала.** Если внедрить вот это понятие, это была бы общая терминология, которая объединяла бы специалистов, и тогда бы разговаривали на одном языке и психиатры, и психологи, и учителя.

Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Думая о психогигиене наших детей, мы не думаем о собственной психогигиене. Четыре часа мы говорим не прекращая, но я думаю, что это своеобразная...

Вот ещё просит слова Марта Фёдоровна. Буквально одно предложение.

**М. Ф.** Нет, я просто хотела спросить. Смотрите, в сентябре мы увидели новые ФГОСы, где совершенно другая форма взаимодействия с детьми. Это новый ФГОС «Цифровая школа». И мы обратились к некоторым сотрудникам Минздрава России и депутатам, чтобы они нам объяснили, есть ли СанПиНы по «Новой цифровой школе», потому что бич нашего века – это цифровая зависимость. И есть страны, где цифровая школа уже сформировала вот эту зависимость, и дети не могут выйти из сети Интернет, и психологические проблемы возникли.

Когда мы отправили запрос в Минздрав России по поводу оценки новых ФГОСов и цифровой школы, которые сейчас Москвой активно пропагандируются, в ответ нам написали, что финансирования не было и не было психологической оценки именно этой цифровой школы.

И сейчас у нас есть педагоги, которые обучаются по новым методикам преподавания в учреждениях дошкольного образования, и там функция воспитателя абсолютно убирается, там есть среда...

**Председательствующий.** Марта Фёдоровна, я вас очень попрошу... Тема, которую вы поднимаете, чрезвычайно важная, на мой взгляд, Вы подготовьте, пришлите обращение прямо на мой адрес, мы посоветуемся с коллегами, с представителями отраслевых министерств, и мы вам ответим, в чём здесь проблема и как её исправлять. Хорошо?

**М. Ф.** Можно ещё один вопрос очень маленький?

В августе этого года мы узнали из СМИ, что с 4-го класса вводится такой предмет, как секспросвет. Мы обратились к Кузнецовой, и она нам ответила, что такого предмета не должно вводиться. Но в новых ФГОС мы увидели, что его вводят. Хотелось бы узнать оценку специалистов, можно ли вводить этот предмет с такого раннего возраста?

**Председательствующий.** А вы в этом вашем запросе на это тоже обратите внимание. Мы доверяем только Олегу Ивановичу в его, так сказать, подходах. Всё остальное должно быть критически оценено. Я об этом не знаю, но мы изучим этот вопрос. Спасибо вам большое.

Если у кого-то есть ещё конкретные предложения, вы их можете нам на электронный адрес Комитета прислать, мне лично пришлите.

Мы уже начали работу над вашими предложениями. И я глубоко убеждён, что, проработав их все, мы создадим систему этих предложений и рекомендаций, может быть, к концу января мы сможем прислать вам конкретные рекомендации, чтобы не получилось, что мы просто посотрясали тут воздух четыре часа.

То есть мы должны выйти на какие-то конструктивные предложения. И многие из ваших предложений оформлены по существу почти готовыми законопроектами. Вот, в частности, от центра Сухаревой были очень конкретные предложения, по существу, с пояснительными записками. Вы сможете это всё увидеть.

Я хочу сказать, что в целом мы с вами солидарны, существующее положение в сфере охраны психического здоровья, сохранения психического здоровья, его укрепления нас тревожит, и ситуация не должна оставаться на том уровне, на котором сейчас существует. И мы должны в конечном счёте создавать условия, возможности, в том числе в нормативном регулировании, чтобы ситуацию как-то исправлять. Это первое.

Второе. Очень важные были позиции, касающиеся риск-факторного анализа и того, о чём сегодня очень многие говорили, – превентологии. Сегодня также речь шла о психогигиене, о перегрузке наших детей в школах и развитии всякого рода невротических расстройств, если они имели место в таком субкомпенсированном или латентном, что ли, состоянии. То есть у детей, скажем, имеется нарушение предпосылок развития интеллекта, повышенная психическая истощаемость в результате органической патологии, и подобного рода интенсивные нагрузки в школе, понятно, что закончатся или невротическим срывом, или какими-то личностными характерологическими, а за-

тем и патохарактерологическими реакциями со всеми вытекающими последствиями – отвращением к школе, формированием эмоционального напряжения, ненавистью, злостью к сверстникам, к учителям и так далее.

То есть эта тема очень непростая.

И мы во многом надеемся на очень непростой закон, над которым работает наш коллектив под руководством Дмитрия Анатольевича Морозова. Многое из того, о чём сегодня говорилось, мы постараемся как-то отрегулировать в этом законопроекте.

Важная задача, конечно, на мой взгляд, в свете новой классификации, которую мы ожидаем, 11-й классификации МКБ, – не расщепить нашу детскую психиатрию. Между тем в этом есть определённый риск, когда утрачиваются достижения отечественной психиатрии, и детской психиатрии в частности, патогенетического понимания многих заболеваний.

Я думаю, что многие психиатры старого поколения до сегодняшнего дня переживают оттого, что мы ушли в своё время от МКБ-8, где все патогенетические группы были определены в этой классификации. Сейчас мы адаптировались в классификации МКБ-10, и вот выходит 11-я классификация, которая станет вообще многоосевой и растащит всё на синдромы и симптомы. Непонятно, как причинно-следственно они могут быть связаны, и в этом плане, я думаю, что наши коллеги и детские психиатры нас будут поддерживать, чтобы мы всё-таки основывались на параллельной разработке национальной классификации, по крайней мере, какое-то время, для того чтобы мы могли сохранить реальные достижения великой отечественной психиатрии, которыми гордится по существу весь мир, а мы сегодня какие-то позиции утрачиваем.

Очень важное замечание касается и, так сказать, ограниченной дееспособности, важны также вопросы, касающиеся ответственности, информированного согласия, это важные вещи. Почему при наркологическом заболевании информированное согласие может быть после 16 лет, а при психических заболеваниях, согласно закону о психиатрической помощи, – с 15 лет? А родители часто обращаются, в том числе и в Государственную Думу, с позиции того, что до 18 лет ребёнок скрывает наличие каких-то грозных заболеваний, расстройств, и только сам он решает вопрос, должны ли об этом знать родители. В том числе это связано с рискованным поведением.

Мы, естественно, будем с вами вместе эту тему обсуждать, чтобы повысить возраст, когда родители могут получать информацию о состоянии здоровья подростка, в том числе касающуюся его психического состояния. Очень важно.

По моему личному глубокому убеждению, без такого, знаете, глубокого духовно-нравственного просветления в стране, по существу, возрождения, решить многие психиатрические проблемы будет очень сложно, потому что многие вещи касаются проблемы социальной справедливости, борьбы добра и зла, понимания добра и зла.

И последнее, что бы я хотел сказать. Вы знаете, я думаю, что в конечном счёте наиболее конструктивным может быть наш выход на иную систему подготовки школьных психологов. Мне представляется, что реально сегодня на педиатров и на школьных психологов, подготовленных по совершенно новым качественным стандартам с высокими компетенциями психиатрических познаний, мы можем возложить первичные скрининговые осмотры больных. Но это не значит, что мы должны замотать педиатров и психологов какими-то таблицами, знаете, вот какими-то огромными бумажными схемами. Мы должны от этого уйти.

Вы знаете, есть вещи звеньевые, стержневые в возрастных аспектах психического развития. И детские психиатры хорошо знают, что психопатология больше соответствует не нозологии, а так называемому возрастному реагированию, психиатрическому реагированию, психическому реагированию. В этом смысле, я думаю, что мы должны двигаться в этом направлении. Только тогда мы сможем в более короткие сроки обеспечить, собственно говоря, первичную зону, с которой сталкивается ребёнок и сталки-

вается специалист, для того чтобы всё-таки такая помощь была на более ранних этапах. И, конечно, это программы реабилитации.

Сегодня вы знаете, что в стране введена новая специальность – реабилитолог. Это новая специальность, сейчас впервые готовится большая группа специалистов, в том числе это будет касаться и реабилитации психиатрической, и, конечно, абилитации. Наша задача – не дать заболеть, не допустить дефекта у ребёнка, у которого имеется всего лишь нарушение предпосылок развития интеллекта. Ведь не оказав ему помощь вовремя, мы ему в 15 лет дадим инвалидность с диагнозом «умственная отсталость». Понимаете, таких трагедий детских, человеческих немало, когда в последующем этот диагноз не подтверждается. Понимаете? Вот такие вопросы.

Я всех вас благодарю за активное участие. Я думаю, что эти четыре часа мы провели не зря, мы ещё раз актуализировали проблемы охраны психического здоровья. Всем спасибо.

Стенограммы  
парламентских слушаний и «круглых столов»,  
проведённых Комитетом Государственной Думы  
по охране здоровья в 2019 году

*Электронное издание*

ООО «Новосибирский издательский дом»  
630048, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 104

---

Редактор В. В. Нарбут  
Корректоры Т. Д. Романосова, А. В. Чусовлянова  
Компьютерная верстка Л. А. Дерр

---

Подписано к выпуску 14.12.2020  
Формат 60x90/8. Печ. л. 60,0.