

С Т Е Н О Г Р А М М А

встречи членов Совета Федерации с Министром здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой на тему "О национальном проекте "Здравоохранение"

19 ноября 2018 года

В.И. МАТВИЕНКО

Уважаемые коллеги, всем добрый день! Уважаемая Вероника Игоревна, уважаемые коллеги, всех рада приветствовать в Совете Федерации! Цель нашей встречи – обсудить перспективы национального проекта "Здравоохранение" в формате заинтересованного диалога, без отчетов, без докладов, без выступлений. Нам бы очень хотелось... У нас появилась такая новая рубрика – "Открытый диалог с министром", вот примерно в таком ключе. С Министром здравоохранения не каждый день есть у вас возможность встретиться, у сенаторов, представителей регионов, поэтому давайте пообсуждаем. Потому что национальный проект "Здравоохранение" касается не только федеральной части, безусловно, но он будет эффективен тогда, когда это будет единый, цельный проект с активным подключением субъектов Федерации, с единой идеологией, с едиными критериями, показателями.

И в этой части я хочу поблагодарить Веронику Игоревну за то, что она уделяет большое внимание регионам. И большое спасибо, что Вы откликнулись на наше предложение, для нас очень важно услышать точку зрения первого лица на этот счет и высказать свои идеи, предложения. Мне кажется, что наша встреча очень актуальна с учетом недавнего совещания, которое провел президент страны

Владимир Владимирович Путин в Санкт-Петербурге, касающегося обеспечения населения лекарствами. Очень острая тема, очень правильно и точно выбранная для совещания. При том, что за последнее время очень много сделано по увеличению производства собственных фармпрепаратов, по упорядочению лекарственного обеспечения, по борьбе с фальсификатами и так далее, тем не менее проблем еще много. В первую очередь – это качество и доступность лекарств, цена на лекарства и многие другие вопросы. У нас тоже есть сегодня возможность по горячим следам обсудить эту актуальную тему.

Еще раз хочу подчеркнуть, что при реализации национального проекта "Здравоохранение" очень важна координация между федеральным центром и субъектами Российской Федерации. В этом я вижу роль сенаторов как проводников идей федерального центра в регионы и исполнения поручений, которые дают субъекты Федерации, мониторинг ситуации и своевременное реагирование на те проблемы, которые возникают.

Безусловно, национальный проект "Здравоохранение" в первую очередь направлен в целом на совершенствование отечественной системы здравоохранения, качество медицинского обслуживания населения, укрепление здоровья, снижение смертности. Здравоохранение, как мы знаем, является одним из ключевых факторов увеличения продолжительности жизни населения. Поэтому эти вопросы для Совета Федерации – палаты регионов – всегда были приоритетными и остаются таковыми. И собрались мы не просто поговорить, а для того чтобы, обменявшись мнениями, высказать свои рекомендации, донести мнения субъектов Российской Федерации. Как вы знаете, при Совете Федерации создан Совет по региональному здравоохранению. Мы провели уже

три тематических заседания, и практика показала, что эта идея была абсолютно своевременной и правильной. И те вопросы, которые мы обсудили, по развитию инфраструктуры детского здравоохранения, мы не только обсудили, а вместе с Министерством здравоохранения настойчиво ставили перед правительством в целом вопрос о включении в федеральную адресную инвестиционную программу по здравоохранению детских больниц и поликлиник. Всего, если я не ошибаюсь, 37 детских больниц и поликлиник и две еще вдогонку, хочу отдельно поблагодарить Силуанова, это Чувашия и Белгородская область, две еще удалось добавить. На очереди у нас Мордовия, детская больница, Смоленская область, другие. Это мы уже будем рассматривать по готовности документации при рассмотрении бюджета 2019–2021 годов. То есть есть практическая отдача от такой работы.

Мы рассматривали вопрос борьбы с онкологией, формирование национальной программы борьбы с онкологией. Естественно, постоянно работа, экспертиза, оценка состояния ведется под эгидой Комитета Совета Федерации по социальной политике. Хочу поблагодарить Галину Николаевну Карелову, Валерия Владимировича Рязанского за то, что они очень неформально эти вопросы рассматривают.

Федеральное Собрание, в частности Совет Федерации, и по нашей инициативе, и по другим мы приняли целый ряд законодательных актов. Я хочу сказать, что по инициативе Совета Федерации нам удалось расширить количество нозологий, по которым, по орфанным заболеваниям, финансирование, закупки лекарств вынесено на федеральный бюджет, добавилось еще пять нозологий. Но это только начало пути. Есть понимание в правительстве, в Минздраве, естественно, в Министерстве финансов,

что надо дальше двигаться по этому пути. Все лекарства по орфанным заболеваниям необходимо перевести на федеральный уровень с тем, чтобы обеспечить равенство и доступность всех граждан в стране к получению лекарств по этим редким заболеваниям. Мы будем и дальше настойчиво этого добиваться.

Коллеги, есть и застарелые болевые точки, все вы их хорошо знаете, и Министерство здравоохранения, и сенаторы. Наверное, пришло время уже и с этими болевыми точками начать более системно работать. К ним бы я отнесла по-прежнему нехватку кадров. Не буду называть регионы: на 600 ФАПов 500 фельдшеров, 100 ФАПов без медицинского работника. Не хватает врачей-специалистов по-прежнему и так далее. Хотя ситуация улучшается, но нельзя сказать, что она уже как-то стабилизировалась.

Диспропорции в тарифах на оказание медицинской помощи. Понятно, разные возможности регионов. Но, скажем, на лечение одного онкологического больного в зависимости от региона приходится от 15 тысяч до 220 тысяч, разница в 15 раз. Согласитесь, что это многовато. А мы с вами продвигаем, и я уверена, продвинем идею "стандарта благополучия", который каждому гражданину нашей страны, независимо от места проживания, обеспечил бы равный не снижаемый стандарт получения, оказания, в том числе медицинской помощи.

Строительство медицинских учреждений. Тоже обсуждали эту тему. Понятно, есть северные условия, есть сейсмические условия, еще целый ряд. Но у нас аппетиты иногда у руководителей регионов так разгораются, что они начинают там такие центры строить, неуместные, ненужные, с нехваткой специалистов высококачественных. Вот здесь надо стандартизировать вместе с министерством по строительству: город, я не знаю, 50 тысяч,

100 тысяч, 500 тысяч, миллион — должны быть типовые проекты с утвержденной ценой, которая может, естественно, индексироваться по инфляции. И тогда хотя бы будет сопоставима стоимость. Потому что даже по детским больницам, смотришь, разброс стоимости объектов настолько велик, что это абсолютно неоправданно, это неэффективное расходование бюджетных средств как на федеральном уровне, так и на региональном. Здесь тоже надо подумать, как упорядочить эту работу. Да и, в общем, много других.

Безусловно, изменения в пенсионной системе поставили также новые задачи перед системой здравоохранения. И с учетом роста жизни наших граждан, средней продолжительности жизни, и появлением все большего количества людей пенсионного возраста, конечно же, нужно заниматься и развитием этой части здравоохранения, чтобы нашим уважаемым пенсионерам, людям пожилого возраста обеспечить по-настоящему здоровое и комфортное долголетие. Надо сейчас этому направлению уделять больше внимания.

Я рада тому, что (пусть, может быть, кому-то это покажется мелочью, но, на мой взгляд, это не мелочь) по инициативе группы сенаторов во главе с Валерием Владимировичем Рязанским был принят закон, который дает гражданам предпенсионного возраста право на дополнительный оплачиваемый отпуск для прохождения диспансеризации. Я считаю, что это нужно сделать по отношению ко всем категориям граждан, для того чтобы обязать работодателей и бизнес также нести социальную ответственность за состояние здоровья своих работников.

Безусловно, коллеги, национальный проект "Здравоохранение" имеет ключевое значение для страны, и в этой аудитории вас в этом не надо убеждать. Давайте вместе будем работать так, чтобы каждый

гражданин почувствовал на себе качественное улучшение медицинского обеспечения и медицинского обслуживания населения.

Я вас хочу поблагодарить и с удовольствием предоставляю слово Веронике Игоревне Скворцовой, министру здравоохранения.

Вероника Игоревна, пожалуйста, Вам слово.

В.И. СКВОРЦОВА

Глубокоуважаемая Валентина Ивановна, глубокоуважаемые коллеги! Прежде всего я хочу начать со слов благодарности Совету Федерации, потому что мы работаем каждодневно вместе, и хотим поблагодарить за возможность сегодняшней встречи и обсуждения национального проекта "Здравоохранение".

Национальный проект "Здравоохранение" первым был одобрен Правительством Российской Федерации в начале июля 2018 года и одобрен 30 сентября текущего года.

Главными задачами и целевыми показателями нашего национального проекта явилось решение тех задач, которые президент поставил в своем указе, – снижение смертности трудоспособного населения, снижение смертности от болезней сердечно-сосудистой системы, от онкологических болезней и снижение младенческой смертности. Но при этом главной национальной целью является увеличение продолжительности жизни. Эта цель вынесена за пределы национального проекта, и она возглавляет все 12 национальных проектов Российской Федерации.

Я бы хотела отметить, что написание национального проекта, который содержит внутри восемь федеральных проектов, осуществлялось в несколько этапов. После первого рамочного общенационального проекта в июле мы начали работу со всеми субъектами Российской Федерации, и 17 июля мы провели семинар

с руководителями, вице-губернаторами по социальным вопросам, региональными министрами, региональными руководителями территориальных фондов ОМС, всеми директорами национальных медицинских исследовательских центров, ректорами медицинских вузов и деканами медицинских факультетов, для того чтобы обозначить основные стратегии проекта и алгоритмы, по которым каждый регион делает свои региональные сегменты, исходя из ситуаций сегодняшнего дня, которые достаточно различаются между регионами.

Эта работа проходила сначала заочно самими регионами, а с 1 августа начался двухмесячный период, когда каждый регион защищал все свои восемь региональных сегментов, входящих в национальный проект, на территории Минздрава. И было несколько итераций каждого регионального сегмента национального проекта.

На сегодняшний день это 85 разных проектов, учитывающих все, начиная от демографической ситуации, плотности и расселения жителей на территории субъекта, транспортной инфраструктуры, климатической зоны, ситуации сегодняшнего дня с теми показателями, которые мы вместе мониторим.

И последний этап нашей работы связан с тем, что, получив эти 85 разных региональных проектов, по сути дела, как бы сегментов единого проекта, мы уже сводили эти показатели и сравнивали, подойдем мы к тем рамочным показателям, которые вначале готовили, и если нет, мы уже индивидуально с регионами эти показатели выравнивали.

Это сложная, на самом деле, логистическая работа, потому что, чтобы выйти всей стране на продолжительность жизни 78 лет, мы не можем всем субъектам поставить эту планку. Я хотела бы отметить, что у нас есть субъекты, где продолжительность жизни

пока 60 лет или даже чуть ниже. И даже в том случае, если мы будем идти очень большим шагом, прибавляя в течение шести лет по году, мы все равно не выйдем на продолжительность жизни общенациональную.

Поэтому у нас есть субъекты, которые должны выше 78 лет получить результаты, такие как Москва, Ингушетия, некоторые другие регионы, которые уже сейчас имеют 80 лет продолжительность жизни. А какие-то мы будем ускоренно развивать, понимая, что мы должны их скомпенсировать уже более развитыми регионами.

Вся эта работа, она сейчас еще продолжается, и уже итоговый национальный проект со всеми региональными сегментами по федеральным проектам должен быть утвержден до 30 декабря. Весь ноябрь, до 1 декабря, мы работаем уже с правительством активно, и мы имеем определенные комментарии, замечания, которые по ходу работы дорабатываем и соответственно учитываем.

Главная задача, для того чтобы мы вышли на тот показатель по продолжительности жизни, который поставлен, — 80 лет к 2030 году, — это существенно снизить число смертей в течение года. Для того чтобы мы могли это сделать, нам нужно уже к 2024 году сократить число смертей на 229 тысяч человек в год. Это чрезвычайно сложная, амбициозная задача с учетом того, что у нас население действительно продолжает жить дольше, у нас увеличивается число граждан старше 60 лет и старше 80 лет.

В этой связи был вместе с экспертным сообществом оценен резерв возможностей, которые у нас есть. 200 тысяч из 229 тысяч мы можем сократить за счет борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Это враг номер один, который, собственно, определяет сейчас демографическую ситуацию в целом. 23 тысячи —

это борьба с онкологическими заболеваниями. И остаток — это детская смертность от всех причин.

Вот три этих основных вектора и легли в основу формирования трех федеральных проектов, главных смысловых проектов национального проекта "Здравоохранение", с учетом того, что 50 процентов успеха, достижения результата по этим трем проектам скрыто в первичной медико-санитарной помощи, которая и обеспечивает профилактику и популяционную (и так называемые чекапы, скрининги здоровья), и специфическую профилактику путем иммунопрофилактики (вакцинации), и соответственно, лечение интеркуррентных заболеваний. Вот четвертый смысловой проект — это совершенствование первичной медико-санитарной помощи.

Но для того чтобы эти четыре проекта были исполнимы, созданы еще четыре обеспечивающих проекта. Это решение кадровой проблемы, прежде всего устранение дефицита кадров в первичном звене, о чем Валентина Ивановна сказала сейчас. Кроме того, это устранение дефицита по специализированным узким специальностям и соответственно введение уже в актив системы непрерывного медицинского образования, повышение уровня профессиональной квалификации и расширение на всю медицинскую армию с высшим и средним образованием процедуры аккредитации как допуска к профессиональной медицинской деятельности. Это соответственно пятый проект.

Шестой проект — это цифровизация, формирование единого цифрового контура (и об этом я отдельно скажу). Для нас это важнейший проект в связи с тем, что фактически он формирует все правильные управленческие процессы, от лекарственного обеспечения, от кадрового обеспечения, обеспечения материальных,

финансовых ресурсов. Он позволяет нам перейти на электронный документооборот, включая электронные рецепты, электронные больничные листы, электронные выписки и так далее, и активно развивает телемедицину.

Седьмой проект — это развитие сети национальных медицинских исследовательских центров, исходя из идеологии, что каждый национальный центр является головным методологом по своему профилю. Мы готовились к запуску этого проекта в течение двух лет, когда полностью внедрили цифровые системы во все наши национальные центры, создали круглосуточную телемедицинскую связь со всеми 85 регионами и создали базу из 700 адресных региональных учреждений третьего уровня для круглосуточной связи с нашими методологическими национальными центрами. Задача этого проекта — внедрить по всей стране единые требования к качеству оказания медицинской помощи, систему управления качеством. Таким образом, по профилю клинические рекомендации (клинические протоколы) — система управления качеством, с выездными мероприятиями, мероприятиями онлайн и так далее. Это седьмой проект.

И восьмой проект — развитие экспорта медицинских услуг, который развивается независимо уже сейчас от нашего проекта, потому что мы стартовали в 2016 году с 20 тысячами пациентов, которые лечились в Российской Федерации (иностранцев пациентов), а уже по результатам прошлого года их было более 120 тысяч. И мы видим в этом резерв и ресурс. Это и повышение статуса российского здравоохранения на международной арене, это и привлечение просто дополнительных средств для развития нашей медицинской инфраструктуры.

Вот основные восемь проектов — четыре основных смысловых, четыре обеспечивающих. Все они сквозно сопряжены, и ясно совершенно, что от кадровой и цифровой политики зависит исполнение четырех основных проектов. Поэтому когда финансирование распределялось на шесть лет, именно таким образом и распределялось. Всего выделено 1 366,7 млрд. рублей на реализацию этого национального проекта, 51 процент от всех этих денег выделены на первые три года с 2019 до 2021 года. Но по отдельным проектам эти деньги, проценты доли колеблются в первой трехлетке и во второй трехлетке, на первую трехлетку смещено прежде всего кадровое обеспечение. 78 процентов финансов на решение кадровых проблем поставлено с 2019-го на 2021 год, 66 процентов поставлено на первичную медицинскую помощь и около 70 процентов поставлено на формирование информационных систем единого цифрового контура. Остальное — чуть ниже 50 процентов, 46—48 процентов.

Значит, нам необходимо в опережение сейчас запустить механизмы те, которые позволят нам эффективно реализовать все проекты до 2021-го и 2024 годов.

Валентина Ивановна, сколько минут у меня еще есть?

В.И. МАТВИЕНКО

У Вас столько, сколько Вы считаете нужным.

В.И. СКВОРЦОВА

Спасибо большое.

Тогда, если вы позволите, я очень коротко остановлюсь на основных смысловых проектах, мероприятиях этих проектов, что и как мы планируем делать.

Первый наш проект "Совершенствование первичной медико-санитарной помощи". Он комплексный и состоит из большого

количества мероприятий. Первое мероприятие – это достраивание инфраструктуры первичного звена, прежде всего в сельской местности, в удаленных и труднодоступных районах страны. Мы должны будем выстроить 350 новых фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий. Мы должны будем обновить 1200 фельдшерских пунктов и врачебных амбулаторий, находящихся сейчас в ветхом состоянии, для тех населенных пунктов, где проживает от 100 до 200 тысяч жителей.

Нужно отметить, что все эти работы проводятся с 2016 года вместе с регионами на основе единой геоинформационной системы, которая позволяет нам видеть каждый населенный пункт страны независимо от принадлежности к субъекту Российской Федерации, видеть дороги, подъездные пути. И автоматизированно на этой же карте нанесены послойно все медицинские организации с паспортом этой медицинской организации. Сама карта выстраивает маршруты, опираясь на единые порядки оказания медицинской помощи, которые позволяют считать время до первичного медицинского пункта или поликлиники, до сосудистого центра, в случае инсультов и инфарктов миокарда, до травмоцентра в случае любой травмы. И, соответственно, все необходимые подобные расчеты система делает сама с учетом дорожного транспорта, а не по прямой. Это тоже очень важно, эта программа специально дорабатывалась. И вот те данные о необходимости новых пунктов и, соответственно, замены обветшалых, построены именно на этой работающей геоинформационной системе, они перепроверяемые. И каждый сенатор по своему региону может перепроверить эти данные. И они представлены за подписью губернаторов в Министерство здравоохранения Российской Федерации. Они сведены. Эту работу

всю мы должны будем закончить в 2019–2020 годах. В 2019 году мы выстроим все новые, в 2020 году заменим обветшалые.

Следующий пункт программы – это обеспечение первичной медицинской помощью жителей тех населенных пунктов, где проживает менее 100 человек, и, соответственно, нет возможности там создавать отдельную инфраструктуру. Для этого будет закуплено регионами 1300 мобильных комплексов. Эти мобильные комплексы фактически это такие караваны здоровья, которые содержат в себе те портативные приборы и специалистов, которые необходимы для профилактических осмотров населения. Это передвижные маммографы, флюорографы, кабинеты офтальмологов и лор-врачей, это все необходимые опции. Вот таких будет закуплено 1300 по всем регионам, и это будет осуществляться с 2019 по 2021 год.

Следующий момент. Первичная помощь должна обеспечить прежде всего, как прозвучало в указе, возможность каждому россиянину пройти бесплатный профилактический осмотр ежегодно. И показатели роста профилактических осмотров, охвата населения являются одними из основных показателей этой программы. Мы должны достичь показателя – не менее 70 процентов взрослого населения и все детское население. И над этим мы отдельно работаем, для этого стандартизованы подходы к каждому профилактическому осмотру, просчитаны тарифы, которые должны быть едиными на всей территории страны с учетом центров дифференциации, разработанных Минфином. Они достаточны для проведения комплексных мероприятий.

Следующий момент. Первичная помощь сопряжена с оказанием экстренной помощи по скорой помощи. Поэтому каждый регион в рамках этой программы должен будет сделать до конца 2020 года центральную диспетчерскую скорой помощи, которая

будет работать и видеть все бригады скорой медицинской помощи наземной и все борта санитарной авиации. Это будет единый номер для авиационной скорой и для наземной скорой, который позволит выстраивать маршруты оптимальные для каждого больного, который требует помощи. И на основе выверенной маршрутизации будет привозить туда, где возможно будет получить квалифицированную и специализированную помощь.

Развитие санавиации — это самостоятельный проект, который входит сюда, увеличение вылетов. Это будет достаточно существенное увеличение вылетов. На самом деле мы сделали на тему этого проекта, который чрезвычайно значим для страны и для ощущения наших жителей вообще в возможностях медицинского сопровождения своей жизни, два коротеньких фильма. Мы их сегодня постеснялись принести, чтобы не нарушать регламент, но мы бы очень хотели их показать. Это фильм о том, как развивается санавиация в нашей стране, и она уже стала простой рутинной, каждодневной практикой всех регионов. Но сейчас у нас в активе 34 региона, а со следующего года плюс 40, то есть их количество еще увеличится.

И второй, это как бы последний компонент этого федерального проекта, — это внедрение так называемых lean-технологий, технологий комфортности, удобства для пациентов и правильной логистики работы медорганизаций. Их как бы называют бережливыми, но бережливыми в плане не беречь от пациентов, а беречь для пациентов.

Мы запустили этот проект чуть больше года назад, начинали с трех регионов, с шести поликлиник. Сейчас это более двух тысяч уже поликлиник в этом проекте в 52 регионах. А наша задача будет — довести все поликлиники, включив в эти бережливые

технологии, кроме того, перейти на стационары. У нас уже пилотный проект очень удачно идет в центре онкологии имени Блохина. И мы видим реальные результаты, когда без дополнительных средств проходимость: операционный день – в два раза больше пациентов оперируется на том же оборудовании, в тех же, соответственно, операционных. И еще масса вещей. Правильное обеспечение кровью и компонентами крови идет и так далее. Это просто логистика, это единые базы информационные, которые являются основой для внедрения этих технологий. Разделение потоков пациентов и так далее. Очень простые организационные меры, которые дают потрясающий действительно результат по своей эффективности.

Вот, собственно, сам по себе, вот он федеральный проект № 1, который включает эти компоненты. Он очень значим. Его почувствует вся страна, все жители. Мы очень надеемся на самом деле на поддержку Совета Федерации, всех сенаторов, потому что нам нужно параллельно мониторить, что происходит. Для этого мы создаем отдельный проектный офис. И у нас будут ответственные за каждый федеральный округ, чтобы мы правду знали, чтобы эта правда не искажалась, чтобы можно было по ходу реализации этого проекта подправлять и корректировать основные механизмы.

Второй проект – "Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями". Я хотела бы отметить, я уже говорила о том, что все проекты взаимопроникают и они взаимоувязаны, ясно совершенно, что побороть сердечно-сосудистые заболевания максимально эффективно можно через профилактику, просто не допуская их трагического развития. И в этом плане профилактические мероприятия, они в нашем первом проекте "Первичная помощь".

Что касается самих мероприятий этого проекта, это опять-таки внедрение клинических рекомендаций (протоколов) и непрерывное обучение врачей, это тоже как бы входит в другие компоненты нашего проекта. И это полное переоснащение и первичных сосудистых отделений, и региональных сосудистых центров. Всего их у нас 609. Поскольку программа у нас сосудистая стартовала в 2008 году, ровно 10 лет назад, то это как раз срок, который фактически привел уже к устареванию оборудования – и технологическому устареванию, и моральному устареванию. Потому что за эти 10 лет появились новые поколения приборов, а те, которые используются, уже не выпускаются сегодня.

Мы пытаемся в той же последовательности примерно, как регионы заходили в проект, начинать обменивать их оборудование, включая все крупное, тяжелое оборудование – компьютерные магниторезонансные томографы, ангиографы, нейрохирургические операционные, нейрохирургические навигационные установки, микроскопы и так далее, и так далее. То есть вот это все.

Кроме того, анализ геоинформационной карты показывает, что в некоторых субъектах Российской Федерации система сосудистых центров не достроена. Там есть куски территорий, которые не имеют возможности заезда в сосудистый центр в течение "золотого часа". Для каждого субъекта мы разработали план по расширению сети сосудистых центров. И этот план тоже вставили в проект. Это и создание новых точек образования сосудистых центров, и перевода части первичных сосудистых отделений в региональные центры, добавляя туда эндоваскулярную хирургию, спасающую пациентов при острых коронарных синдромах и некоторых вариантах ишемического инсульта, когда, не раскрыв изнутри сосуд, не помогают лекарства рассосать тромб. Есть

крупные сосуды, для которых это жизнеспасаящая просто манипуляция. Это второй наш проект.

Третий проект, о котором мы очень подробно говорили (спасибо большое Вам, Валентина Ивановна), – про онкологию. Я не буду касаться деталей, потому что мы в этом же зале подробно говорили об этой программе. Единственное, я хотела бы отметить, что благодаря нашему прошлому обсуждению многое доработано в этом проекте. Те вопросы, которые тогда звучали, о вовлечении многопрофильных больниц, имеющих онкологические подразделения, вопросы переоснащения некоторых других смежных специальностей, вовлечения федеральных центров, которые оказывают онкологическую помощь, это все учтено. То есть все, что мы вместе в прошлый раз обсуждали, мы максимально учли в этом проекте.

Этот проект на самом деле очень сложный для реализации в нашей стране. Почему? Потому что у нас, у медицинского сообщества, пока нет навыков работать по правилам, единым требованиям качества. У нас, у медицинского сообщества, это вызывает не бунт, конечно, но волнение, потому что каждый – это творец. Мы всегда говорили о том, что медицина – это не только ремесло, это искусство. Каждый больной, как мир, индивидуален. Не может быть единых стандартов в подходе к каждому конкретному человеку.

Я хочу отметить, что мы это все прекрасно понимаем и с этим согласны. И те национальные клинические рекомендации, которые сейчас сделали, они и позволяют максимально персонифицировать подходы к лечению каждого больного, потому что это алгоритм действий врача в конкретных ситуациях, которые дихотомически

делятся и делают индивидуальную траекторию ведения каждого пациента.

Для того чтобы это внедрить и внедрить единый подход к диагностике, это требует очень существенной ментальной работы с нашим сообществом. Поэтому нам нужны здесь наши национальные центры и академические школы, которые каждый в своем профиле будут работать со своими собратями, со своей армией кардиологов, пульмонологов, онкологов и так далее.

Пример. Разработано 75 клинических рекомендаций для онкологических заболеваний, но внутри заложены 940 моделей пациентов – это, соответственно, 940 клинических протоколов с перечисленными препаратами, в каждом случае – разные.

Что мы сейчас имеем (о чем Валентина Ивановна сказала)? Мы имеем ситуацию, когда у нас есть эти национальные клинические рекомендации и разработаны протоколы, но регион покупает всего 35 препаратов вместо всего перечня, который есть у нас на рынке, и в который введены жизненно важные препараты. Они покупают 35, потому что они самые дешевые, и назначают в государственных учреждениях эти препараты, не отдавая себе отчет, что это будет не так эффективно, как персонально подобранная химиотерапия.

Поэтому наша задача – в каждом регионе сделать так, чтобы лечили с помощью комбинированной хирургии, правильно выбранной комбинированной химиотерапии, с развитой радиологией. Если нужны активные радионуклидные койки, чтобы туда направлялись пациенты, протонная терапия – туда направлялись и так далее. Вот для того чтобы это сделать, мы создаем межрайонные амбулаторные онкологические центры, референс-центры, подключаем экспресс-почту и цифровые

изображения с возможностью пересылки и полностью переоснащаем онкологические подразделения по списку из 164 позиций медицинской техники. Наша задача в том, чтобы минимальный достаточный стандарт был в каждом регионе, включая ПЭТ (этот стандарт включает ПЭТ), а дополнительные опции – на окружном и федеральном уровнях.

Насчет строек. Здесь нужно отметить, что часть центров будут строиться заново, на территории ряда центров будут строиться новые корпуса – хирургические и радиологические – в зависимости от потребности каждого региона. Список этих центров, которые уже со следующего года стартуют, уже согласован, но в перспективе туда будут добавляться и другие, общий список у нас тоже есть.

Четвертый проект – детское здравоохранение.

Я хочу отдельные слова благодарности, Валентина Ивановна, Вам высказать, потому что так, как Вы нам помогли отстоять мероприятие по строительству детских больниц благодаря тому совещанию предварительному и слушаниям, которые Вы провели в Совете Федерации, трудно просто переоценить.

Детский проект состоит из двух частей.

Первая – это модернизация всех детских поликлиник и поликлинических отделений и стационаров. Все детские поликлиники должны быть модернизированы за 2019–2020 годы, на это выделяются специальные деньги. Это и бережливые технологии, это, прежде всего, и информатизация параллельная, которая совершенно по-другому структурирует и время ожидания пациентов, и время записи, и запись на прием к врачу, и оказание самой помощи.

И вторая часть – это строительство больниц. И здесь у нас сейчас благодаря последним действиям Совета Федерации

40 объектов включено в национальный проект, из них девять реализуются уже со следующего года, и поэтапно из года в год все эти 40 тоже войдут. Вот основные эти смысловые проекты.

Если говорить о проекте по кадровому обеспечению, он сложный, потому что он касается не закупок, а живых людей. Для того чтобы можно было его реализовать, с каждым регионом мы изучили подробно все дефициты по специальным расчетным формулам всех специалистов с высшим образованием и средним образованием, которые есть на сегодняшний день, и для каждого региона сделали линейку устранения дефицита до 2024 года. Прерогатива для всех – это устранение дефицита до уровня обеспечения 95 процентов за ближайшие три года, к 2021 году. Вот это будет сделано во всех регионах независимо от того, какой дефицит сейчас. Для того чтобы понять, как это сделать, был проанализирован выпуск во всех 46 медицинских вузах страны системы Минздрава, 40 медицинских факультетов системы Минобрнауки и двух классических наших университетов: Москвы – МГУ и Санкт-Петербургский государственный университет. И мы знаем линейки выпусков и сколько человек куда и как должны передвигаться в этой системе. Конечно, для того чтобы закреплять специалистов там, где они нужны, требуются дополнительные, очень серьезные меры.

Основной государственной мерой является целевая подготовка, которая сейчас уже составляет 55 процентов при обучении в вузе, специалитет. В некоторых вузах до 80 процентов от всех бюджетных мест. И, соответственно, отдельная тема – это ординатура. Для того чтобы решить тему с бесплатной ординатурой, мы заложили увеличение в два раза числа мест в ординатуру с 12 тысяч до 24 тысяч, в течение ближайших двух лет это будет

сделано. Изменили формат ординатуры, сделав ее модульной, наборной, так, чтобы человек, поступая в ординатуру по нейрохирургии, уже через два года мог работать нейрохирургом на определенных должностях в амбулаторных условиях и в стационарах, которые занимаются нейротравматологией, это самый простой базовый уровень нейрохирургии. И потом он может, проходя следующие модули, получать аккредитацию к дополнительным манипуляциям, в том числе, через пять лет он может заниматься нейроонкологией. То есть это продуманная система. Сейчас мы работаем вместе с Национальной медицинской палатой, с Министерством образования и науки, с другими заинтересованными экспертными площадками, для того чтобы эти процессы все соответственно гармонизировать. У нас очень большой ресурс, у нас нет проблем с устранением дефицита даже с тем учетом, что ежегодно 8–10 процентов наших специалистов у нас уходят на пенсию из отрасли. Мы это тоже все учли. И каждый регион, я еще раз хочу подчеркнуть, имеет линейку, подписанную либо губернатором, либо вице-губернатором, по социальным вопросам об устранении дефицита. Каждый регион понимает, откуда он будет брать этих специалистов. Возникает вопрос: как сделать так, чтобы человек приехал и не уехал тут же? Есть у нас опыт с Сахалином.

Прежде всего, опыт показывает, это жилье. И в том случае, если регион принимает свои законодательные акты на региональном уровне о том, что, если человек заработал, он получает служебное жилье, значит, регион за него платит 50 процентов коммунальных услуг от трех до семи лет, в зависимости от региона, он это жилье может приватизировать и из служебного сделать своим; там, где это тяжелая местность, дается автомобиль служебный, чтобы он мог объезжать ФАПы, которые находятся на расстоянии друг от друга и

так далее и сельские амбулатории. Вот там все хорошо. Поэтому последние наши выезды все в регионы фактически помогают регионам формировать региональные программы формирования социального пакета на местах, чтобы людей можно было фиксировать. Вот это важнейшая наша совместная задача, и опыт показывает, что сейчас очень активно регионы этим занимаются (все округа абсолютно).

Думаем, что задачу мы решим. 95 процентов первичного звена будет укомплектовано. Конечно, нам помогает программа "Земский доктор" и "Земский фельдшер". С этого года у нас федеральный бюджет оплачивает эту программу. Молодые специалисты до 50 лет, которые едут не только в сельскую местность, но и в рабочие поселки, поселки городского типа, и с этого года в города с населением менее 50 тысяч человек. Значит, 1 млн. рублей – единовременное пособие врачу, и 500 тыс. рублей – фельдшеру. Эта программа заработала.

У нас есть фиксированное время отработки, оно есть и для целевиков, это не менее трех лет. И в законе об образовании прописаны обязательства человека, который по какой-то причине, скажем, не исполняет необходимость этой отработки, но случаев этих стало меньше. И я хочу сказать, что по результатам 2017 года у нас эффективность целевой подготовки выросла до 90 процентов, 90 процентов отрабатывают те три года и на том месте, которое для них подготавливали. То есть фактически это альтернатива советскому распределению, которое у нас когда-то было и мы все через него проходили.

В этой же программе, как я уже сказала, расширение аккредитации – ежегодно 2 миллиона человек будет ее проходить, и расширение подключения к интерактивным дистанционным

программам непрерывного образования – 1 900 тысяч до 2024 года тоже ежегодно будут проходить эти программы.

То есть наша задача, чтобы человек, не отрываясь от рабочего места (со своих рабочих мест), был введен в систему, в форумы своих специалистов, с национальным центром во главе. И обучающие программы хорошо иллюстрированы, которые позволяют его сертифицировать, если он получил необходимый набор знаний, запись на рабочие места и симуляционные тренинговые центры и так далее. То есть это отдельная самостоятельная, очень серьезная программа, во многом от которой зависят предыдущие, о которых я рассказывала.

И я боюсь уже злоупотребить совсем временем, завершаю. Хочу отметить, что отдельно очень серьезно вместе с Министерством цифрового развития, связи и массовых коммуникаций, со всеми площадками мы рассматривали и формировали проект по развитию цифровизации медицины. Мы должны до конца 2021 года все медицинские организации подключить, и не только медицинские организации, а их объекты подключить к региональному цифровому контуру, их у нас 75 тысяч таких объектов. Мы должны при этом сделать так, чтобы информационные медицинские системы удовлетворяли единым требованиям, которые позволяют интегрировать, соответственно, эти информационные системы в единые хабы, узлы информационные. Параллельно до конца 2021 года будут выстроены сами региональные сегменты с центральными серверами, включающими центральную диспетчерскую скорой и санавиации, систему управления льготным лекарственным обеспечением, электронный документооборот, цифровой архив изображений, цифровой архив лабораторных данных и так далее. Это то, что будет иметь каждый регион.

И к концу 2021 года мы должны создать единый интегратор в стране, который объединит эти региональные сегменты с единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения, фактически в единое облако данных, которое, безусловно, и дальше будет шлифоваться и развиваться, потому что это длительные процессы.

Но три года, они критические, для того чтобы не было у нас отставания, в том числе в управленческих процессах.

Вот Валентина Ивановна ссылалась на совещание, которое прошло в Санкт-Петербурге в пятницу, вот там об этом, в том числе шла речь – о том, что региональные программы льготного лекарственного обеспечения должны быть связаны и с информационно-аналитической системой государственных закупок, и с информационной системой мониторинга движения лекарственных препаратов на основе маркировки.

Таким образом, у нас должна быть система, которая позволяет любую упаковку видеть по траектории движения – за какую цену производитель ее в сеть отдает, по какой цене она перекупается, по какой цене она попадает в аптеки, как она передается каждому пациенту. То есть фактически от производителя до рук пациента персонализированная передача на основе электронного рецепта. Вот это совершенно другая система и другие возможности, которых достичь без информатизации, без развития цифровых технологий невозможно, и именно поэтому мы со всеми вместе эту проблему сейчас решаем.

Я хочу закончить словами благодарности еще раз, Валентина Ивановна. Потому что фактически отдельные фрагменты нашего национального проекта, они подробно уже обсуждались на площадке Совета Федерации. Я хочу еще раз сказать, что мы очень за это

благодарны. Наше дело – выйти на результаты. Мы отдаем себе отчет, как это будет сложно. И тот факт, что вы и помогаете нам мотивировать субъекты Российской Федерации, и помогаете следить за тем, что там происходит, и даете экспертные советы, это очень важно. Мы надеемся, что наши совместные действия позволят реализовать все, что задумано. Спасибо большое.

В.И. МАТВИЕНКО

Спасибо, Вероника Игоревна.

Коллеги, вот что значит настоящий профессионализм. Никаких комментариев, потому что настолько досконально знание проблем, понимание их и прочувствованная, выстроенная министром идеология национального проекта "Здравоохранение". И очень важно, что акценты сделаны на подпрограммах или направлениях, на мой взгляд, очень точно.

Вероника Игоревна, спасибо огромное. Вот я смотрела за реакцией сенаторов. Все так внимательно Вас слушали, с интересом, потому что для них это тоже хлеб для их работы в регионах.

И просьба. Очень хорошо, что Вы назначили ответственных за федеральными округами. Просто с начала реализации проекта усилить контроль за всеми субъектами, чтобы они понимали, что все под контролем, и чтобы они пошли по тем направлениям правильным, которые были обозначены.

Сосудистые центры. Я была еще губернатором, Вероника Игоревна, в качестве заместителя министра курировала эту тему. Коллеги, вот в Санкт-Петербурге, в огромном пятимиллионном городе, с созданием сосудистых центров, сейчас боюсь ошибиться в процентах, но существенно снизилась смертность от инфарктов, инсультов и других сердечно-сосудистых заболеваний. И практика показала, что вот такое целевое направление ресурсов, концентрация

внимания, профессионального подхода дают очень хороший системный результат.

Очень важно Вы сказали по кадрам. На самом деле это в силах каждого региона. Вот даже подъемные 500 тысяч – 1 миллион рублей. Больше сэкономят регионы на том, что будет более здоровое население. И при всех сложностях бюджетов это можно реализовать.

В Испании есть такая поговорка: новый врач – полдеревни в плач. Когда постоянно меняются врачи или их нет, то, конечно, нет преемственности, понимания состояния здоровья населения и так далее. Очень важная тема. Коллеги-сенаторы, просто прошу взять на контроль и создавать дополнительную мотивацию для закрепления кадров, молодых специалистов, которые приезжают.

Мобильные комплексы. Действительно, у нас огромная страна, у нас такие расстояния. Тоже хорошая тема, правильная тема. Мне кажется, было бы важным насытить ее отечественным оборудованием, Вероника Игоревна, дать возможность нашей промышленности, особенно оборонному комплексу, который должен перейти на выпуск гражданской продукции.

Вот кюезы – замечательное дело. Я была недавно в центре Курцера, посмотрела. Такая престижная, элитная частная клиника – они используют наши кюезы. Зайдешь в районную больницу – там импортный кюез. Понимаете, вот это еще преклонение перед Западом. У нас хорошая отечественная рентгеновская аппаратура, ее надо тоже использовать, и другие, просто Минздрав должен быть заказчиком для отечественной промышленности, отечественного медицинского оборудования, обязательно это необходимо делать.

Вот Вы сказали (некоторые элементы только отмечаю), что по протоколам ПЭТ включен. Это очень правильно, потому что ПЭТ пока платный. А как можно без ПЭТ определить дальнейшее

направление лекарственного лечения иного онкологического больного? А сходить на ПЭТ – это 18 тысяч. Не все могут себе позволить, поэтому если уж лечить, то лечить по-настоящему, по медицинским протоколам. Эффективность, отдача и экономия в этом более широком смысле будут, безусловно, намного выше.

Коллеги сейчас начнут задавать вопросы, я вижу уже много желающих. Я один только задам. Мы, как палата регионов, очень заботимся о региональных бюджетах. Тарифы на неработающее население. Утверждена централизованная методика. Методику утверждают на федеральном уровне, а платят бюджеты субъектов Федерации. Методика (я могу ошибиться, Вы меня поправите) – в зависимости от средней зарплаты по региону. Но у нас такие разные регионы, у нас так разнится средняя зарплата. Может быть, на группы разбивать, либо отсекать сверху и снизу какие-то регионы. Я, как сенатор от Петербурга, хочу сказать: вот по этой методике Санкт-Петербург в следующем году в бюджете должен на 12 млрд. рублей выделить больше на тарифы на неработающее население. Понятно, что ОМС компенсирует, я разбиралась с этой ситуацией. Но это колоссальные средства даже для бюджета Санкт-Петербурга. Я думаю, надо еще раз вернуться к методике и посмотреть, с тем чтобы отдать больше свободы все-таки субъектам Федерации. То есть не должно быть ниже федерального стандарта, но в то же время не должно быть из-за такой «средней температуры по госпиталю», каковой является, на мой взгляд, методика, чтобы группа регионов существенно увеличивала расходы на тарифы на неработающее население.

Вот как Вы считаете, Вероника Игоревна, что в этой части можно было бы сделать?

В.И. СКВОРЦОВА

Глубокоуважаемая Валентина Ивановна, глубокоуважаемые коллеги! Я хотела бы отметить, что в самой этой новой методике все регионы, конечно, разделены и имеют индекс, соответственно, просчета тарифов на неработающее население. В этом году мы пошли на то, чтобы планку поднять, и максимально она становится уже не 1,3, а 1,4, что позволяет пяти регионам, Дальневосточному плюс Ненецкий автономный округ, при получении субвенций существенно увеличить саму субвенцию. Вот с учетом того, что параллельно пересмотрена методика выделения субвенции и методика получения взносов за неработающее население, у нас выиграла все регионы, кроме четырех. Значит, во всех регионах получилось положительное сальдо, то есть они получают субвенцию больше, чем, по сути дела, отдают собранных взносов. И если сравнить следующий год с нынешним годом, то вот это сальдо между тем, сколько дают и сколько получают, оно еще больше в положительную сторону увеличивается на следующий год. Потерпевшими можно назвать регионы – Москва, Московская область, Санкт-Петербург и минимально Ленинградская область. Все.

По-моему, Наталья Николаевна здесь.

Может быть, Вы позволите добавить?

В.И. МАТВИЕНКО

Да-да, пожалуйста.

В.И. СКВОРЦОВА

Наталья Николаевна, добавьте.

Н.Н. СТАДЧЕНКО

Московская область, Санкт-Петербург, Ленинградская область и город Москва. Справедливости ради хотела бы отметить, что субвенции на реализацию базовой программы... при распределении

субвенций учитывается влияние средней заработной платы в субъекте на среднюю заработную плату в Российской Федерации. Поэтому для формирования единых подходов был предусмотрен такой же подход и в платеже за неработающее население. Но мы, безусловно, Валентина Ивановна, еще раз вернемся и в формировании бюджета следующего периода посмотрим возможные подходы и решения этих вопросов, в первую очередь платежа на неработающее население, потому что понятна озабоченность субъекта при таких нагрузках на субъект Российской Федерации при оплате платежа за неработающее население.

У нас в соответствии с новой методикой утверждения численности, которая у нас сейчас легла в основу бюджета 2019 года, количество неработающего населения уменьшилось на 5 миллионов человек, что позволило другим субъектам, как уже сказала Вероника Игоревна, снизить нагрузку платежа на неработающее население.

В.И. МАТВИЕНКО

Спасибо за комментарий, Наталья Николаевна.

Я знаю несколько субъектов (думаю, их больше), где расходы бюджета ОМС на неработающее население больше, чем на зарплату для бюджетников. Поэтому к этой теме надо возвращаться и думать, что с этим делать. Это первое.

Второе. Нам Министерство финансов при рассмотрении на парламентских слушаниях обещало, что расходы на пенсионеров и детей, на неработающее население будут перенесены на федеральный бюджет. К сожалению, этого счастья не случилось, и сейчас Министерство финансов отказалось от этой идеи.

Я думаю, что мы будем и дальше эту тему упорно поднимать и настаивать на том, чтобы хотя бы по двум этим категориям — пенсионеры и дети — платежи в обязательное медицинское

страхование были подняты на федеральный уровень. Тогда у регионов появится больше мотивации работать с той частью так называемого неработающего населения, молодых, здоровых и так далее, с тем чтобы все-таки разбираться с их доходами и обязательными платежами в ОМС. Спасибо.

Константин Иосифович, пожалуйста. Вам слово.

К.И. КОСАЧЁВ

Спасибо.

Вероника Игоревна, пропускаю комплиментарную часть – она очевидна, спасибо большое.

Два вопроса. Первый. Все, что Вы говорили, насколько здесь будет выдерживаться объективный фактор и исключаться субъективный? Я говорю о том, что называется лоббизмом. Где-то глава региона замечательный, где-то – министр региональный, где-то – мы, сенаторы или депутаты (извините, называю вещи своими именами). Есть ли необходимость еще раз бежать к Вам и защищать интересы своего региона, либо вся эта система основана на объективных возможностях и потребностях регионов, и здесь все будет справедливо? Это первый вопрос.

И второй вопрос. Ваша восьмая позиция про экспорт медицинских услуг. Логику понимаю, это и престиж, и дополнительные доходы. Вы упомянули, что уже 120 тысяч иностранцев пользуются, и, наверное, они пользуются самыми высокотехнологичными услугами, которые они не могут найти у себя на родине, это, значит, дефицитные услуги. Нет ли здесь риска того, что эти 120 тысяч видов услуг не будут оказаны гражданам Российской Федерации, ради того чтобы заработать дополнительные ресурсы на иностранцах? Спасибо.

В.И. СКВОРЦОВА

Спасибо большое, Константин Иосифович.

По первому Вашему вопросу. Мы, конечно, планируем все на основе объективных данных (это то, что я пыталась донести) вплоть до того, что у нас каждый регион имеет свою программу, слепок потребностей этого региона. И мы пытаемся как раз устранить крайности. Валентина Ивановна начала говорить о том, что иногда в маленьком городке хотят иметь огромный центр на 600 коек, который совершенно не нужен, он неадекватный, он потом стоит недостроенный и вообще не работает и так далее.

Но любая система все равно несовершенна. Поэтому мы будем благодарны, если какие-то обеспокоенности или сигналы о том, что не совсем все так, как нам представляется, вы будете до нас доносить. Мы стараемся учитывать все, поэтому каждый разговор с Валентиной Ивановной, когда какие-то детали Валентина Ивановна мне отмечает, очень помогает мне в работе, так же, как и связь с сенаторами.

Что касается экспорта медицинских услуг, здесь не должно быть никаких озабоченностей, это я говорю абсолютно уверенно и понимая, что я говорю. Во-первых, более 120 тысяч – это не только федеральные центры. Весь Казахстан, северные регионы Казахстана, лечатся у нас в Оренбурге и Орске, в Калининград сейчас приезжает Беларусь, потому что тех видов высокотехнологичной помощи, которую мы оказываем, у них нет, Литва приезжает тоже.

Я к вопросу... как раз хочу поставить акцент на том, что у нас региональное наше здравоохранение третьего уровня на областном, краевом и так далее уровне – это сейчас уже очень хороший международный уровень, туда едут. Плюс федеральные центры.

Возможности нашей инфраструктуры такие, что они перекрывают реальные потребности нашего населения, и у нас есть этот люфт. Поэтому не должно быть никаких волнений. Спасибо.

В.И. МАТВИЕНКО

Пожалуйста, коллега Кусайко.

Т.А. КУСАЙКО

Спасибо, Валентина Ивановна.

Уважаемая Вероника Игоревна! Большинство обращений к сенаторам посвящено лекарственному обеспечению. Достаточно актуальный вопрос. Ведущие эксперты видят решение данного вопроса в лекарственном страховании, опираясь на зарубежный опыт. Есть ли перспектива внедрения лекарственного страхования в Российской Федерации и есть ли примеры, возможно, пилотных проектов? Спасибо.

В.И. СКВОРЦОВА

Спасибо большое за вопрос, потому что именно он и обсуждался в пятницу в Петербурге.

Можно называть этот механизм страхованием, или возмещением, или компенсацией – как угодно. Пока мы не имеем одного общего тайтла на это направление.

Но очевидно одно – что во всем мире эталоном считается система не централизованного льготного обеспечения, когда, как бы регион ни составлял какие регистры, он все равно делает закупки, укрупняя их, и, поэтому дальше приспособливает население к этим закупкам, а не наоборот. А в мире эталонная система, когда каждый человек по рецепту, который выписал врач, исходя из ограничительных перечней, которые в каждой стране свои (у нас он самый широкий в мире сейчас, перечень жизненно важных препаратов), по референтной цене, бесплатно... Пациент не

вкладывает своих денег. Он приходит в аптеку, он есть в базе, его электронный рецепт есть в базе. Возмещают ему стоимость либо полностью, если это льготная категория в нашем понимании, либо частично, если это не льготная категория, а просто пациент с определенным основным заболеванием.

Для того чтобы запустить эту систему, мы к ней готовились с 2012 года. В 2013 году, когда мы стратегию приняли, уже эта система прописана. Она прописана. Мы должны этим завершить нашу стратегию к 2025 году. Но есть комплекс первоочередных мер, которые позволяют эту систему запустить.

Это единый регистр без деления. То есть там сегменты региональные должны быть, но все — и федеральные в нашем понимании, и региональные — льготники должны быть в этом едином регистре льготополучателей.

Второе — это единый перечень препаратов для льготополучателей. Причем было консолидированное мнение принято в пятницу, что в основу должен быть положен весь перечень жизненно важных препаратов. Единственное, что будет исключено, — те препараты, которые принимаются только в стационарных условиях. Это широкий перечень. Это 7 тысяч препаратов, чтобы мы понимали.

Дальше, третье. В обязательном порядке должны быть однотипные, хорошо сделанные региональные информационные системы по управлению лекарственным обеспечением, которые должны быть интегрированы с единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения.

Должны быть введены референтные цены и, соответственно, система управления закупками по референтным ценам, электронные

рецепты и, кроме того, механизмы финансового сопровождения всей этой системы.

Эти шесть факторов фактически все, о чем мы докладывали... У нас сейчас идет второй этап реализации стратегии. Мы их и реализуем, но докладываем пока по каждому как бы отдельно. На самом деле это частицы единой мозаики, которые нам необходимы, чтобы запустить эту систему, не просчитавшись и не вызвав дополнительных каких-то бурь ненужных, а чтобы это было все понятно, системно, продуманно.

У нас есть регионы, которые уже на будущий год к концу года готовы будут, поскольку у них это уже выполнено все, к первым пилотным проектам. И мы будем их поддерживать, для того чтобы эти пилотные проекты можно было запустить. Скорее всего, с 2020 года, потому что следующий год уйдет на проведение законодательно описанных этих пилотных проектов под конкретные регионы. Но эти регионы не субъективно будут выбираться, в них реально эти шесть моментов должны быть уже запущены.

Поэтому мы идем в этом направлении, идем, ускоряя походку. И дали слово президенту, что постараемся сократить этот период и выйти на запуск этой системы не к 2025 году, а, по возможности, с 2022–2023-го, с опережением.

В.И. МАТВИЕНКО

Спасибо.

Олег Владимирович Мельниченко, пожалуйста.

О.В. МЕЛЬНИЧЕНКО

Уважаемая Вероника Игоревна, Вы говорили про переход к электронному документообороту, который будет осуществляться на протяжении трех лет. А планируется ли ввести все-таки в целом в Российской Федерации какую-то единую форму карты пациента, где

бы сосредотачивалась вся информация за весь жизненный цикл человека, которая в конечном итоге помогала бы оперативно определять стратегию его лечения, даже в каких-то непредвиденных ситуациях, при вызове скорой помощи? Это первый вопрос.

И второй вопрос. Я, конечно, очень хочу Вас поблагодарить за ту большую помощь, которую Вы оказали Пензенской области в части федеральной онкологической программы, строительства корпуса онкологического диспансера, и за те 740 миллионов, которые заложены. У меня только, единственное, просьба еще немножко нам помочь в той части, что у нас проектно-сметная документация сделана, а у нее есть срок, финансирование начинается с 2020 года, а срок проектно-сметной документации истечет в 2019-м, и поэтому придется нести дополнительные бюджетные расходы, для того чтобы опять проводить экспертизу. Вот два вопроса. Спасибо большое.

В.И. СКВОРЦОВА

По поводу карты пациента, электронного документооборота. Такой документ типовой принят, он содержит все необходимые поля, которые должны быть заполнены соответственно, а наполняться информационно они должны уже из той информации, которая есть на местах. Ясно, что оцифровать все те бумажные амбулаторные карты, которые есть в каждой поликлинике, не представляется возможным. Мы договорились о том, что кое-что будет храниться в PDF-формате, кое-что так и останется пока, вот в этом виде, но все новые обращения будут уже в электронном виде. И сейчас подготовлен новый приказ Минздравом. Я очень надеюсь (здесь Елена Львовна присутствует), что в декабре он будет уже принят и зарегистрирован. Это единые требования ко всем сегментам региональных информационных систем здравоохранения.

К сожалению, сама информатизация в 2010 году стартовала, и тогда была другая стратегия принята, не единообразия, а использования каждым регионом тех средств, которые есть. Поэтому исходно система развивалась как лоскутное одеяло. И сейчас наше как бы искусство должно быть направлено на то, чтобы эту ситуацию не обнулить и с нуля начинать, тем более что у нас есть регионы оригинальные, с хорошо выстроенными системами, а привести через специальные цифровые технологии к возможности это все интегрировать на одной базе, на одной платформе и использовать как единое облако базы.

В.И. МАТВИЕНКО

Но Пензенской области, конечно, надо помогать.

Олег Иванович Ковалёв, пожалуйста.

О.И. КОВАЛЁВ

Спасибо.

У меня есть один небольшой вопрос. Вероника Игоревна, девять лет назад где-то с десятков перинатальных центров было построено, и уже тоже, естественно, оборудование морально и физически устарело. Будет ли замена этого оборудования в тех перинатальных центрах, начинали с которых еще (это 2008–2009 годы, по-моему, кто-то в 2010 году вводил)? Такой вопрос.

И как бы вопрос-предложение... У нас есть хорошие федеральные центры, они есть в крупных городах, которые оказывают медицинские услуги самого высокого качества. Нельзя ли квотировать регионы по направлению пациентов, подлежащих по определенным стандартам именно таким операциям (или такому же лечению), которые делают эти федеральные центры? Тогда каждый регион будет знать свою квоту и направлять. Сейчас квоты даются самим федеральным центром, и они ищут пациентов среди регионов.

Эта схема гораздо сложнее. Может быть, вот такую схему?.. Будет она или нет?

В.И. СКВОРЦОВА

Спасибо большое, Олег Иванович.

По перинатальным центрам. В конкретный национальный проект эта тема сейчас не вошла, потому что до конца года последние 31-й и 32-й перинатальные центры будут сданы из последнего нашего вот этого списка. Но у нас отработаны механизмы переоснащения тех, которые выстроены. Ведь речь не идет о том, что мы их исключаем и строим новые. Мы их должны дооснастить. У нас есть два механизма, один из которых – это формирование нормированных запасов в территориальных фондах ОМС, которые позволяют тяжелое оборудование и ремонтировать, и обновлять, и так далее. И у нас там достаточно большой ресурс скапливается.

С МЕСТА

Порядка 21 млрд. рублей.

В.И. СКВОРЦОВА

21 миллиард. Этого достаточно. А все, что стоит меньше 100 миллионов, то вообще в тариф заложено ОМС. Поэтому, если вдруг вы столкнетесь с какой-то проблемой, по вашему мнению, неразрешимой, выйдите на нас, мы вам просто скажем, что сделать.

В отношении ФГУ... Опыт последних лет свидетельствует о том... Действительно, когда-то у нас была задумка для федеральных учреждений сделать 86-й регион внутри нашей базовой системы ОМС и таким образом исходно понимать, сколько чего туда, в федеральные учреждения, закладывается. Тогда перераспределение будет не из территорий, а прямое перераспределение в федеральные

учреждения. То есть больной туда направляется, и это специально заложенные деньги.

Так не получилось. Тогда было принято консолидированное решение о том, что регионы получают больных из территориальных фондов за счет перераспределения этих средств. Многие федеральные учреждения от этого только выиграли. Скажем, у нас замыкает на себе в Новосибирской области всю экстренную сосудистую помощь центр имени Мешалкина, академик Караськов. И так во многих регионах. Но какие-то федеральные учреждения оказываются в сложной ситуации, потому что от них требуется очень много активности, чтобы о себе заявляли территориям, сами выезжали и находили больных, которых нужно направлять. Не все регионы направляют больных, а некоторых, даже понимая, что они сами не смогут оказать той помощи, которую нужно, оставляют, потому что считают, что они деньги себе оставляют на третьем уровне учреждений. Это есть.

Мы это знаем, мы это анализируем и знаем нарушителей, наши регионы-нарушители. Поэтому мы планируем на будущий год эту тему особенно проработать дополнительно и, может быть, на новом витке вернуться к той идее, которая у нас была в 2012 году, но тогда не удалось ее реализовать.

В.И. МАТВИЕНКО

Спасибо.

Дмитрий Федорович Мезенцев, пожалуйста.

Д.Ф. МЕЗЕНЦЕВ

Спасибо, Валентина Ивановна.

Уважаемая Вероника Игоревна, Вы сказали о том, что в следующем году уже будет введено девять объектов из 40 запланированных, это новые многопрофильные больницы и

клиники. Они требуют оснащения. Насколько серьезен разрыв между той потребностью, которая формируется в рамках национального проекта по поставке отечественного медицинского оборудования, и возможностями национальной промышленности? Спасибо.

В.И. СКВОРЦОВА

Спасибо большое, Дмитрий Федорович. Я хочу напомнить, что, по-моему, в конце 2016 года или в начале 2017 года президент страны Владимир Владимирович поставил задачу увеличить в два раза выпуск медицинского оборудования на предприятиях оборонно-промышленного комплекса. И за 2017 год и начало 2018 года мы совместно и с гособоронзаказом, и с государственной корпорацией "Ростех", и с другими структурами, которые утверждены нашими партнерами, очень активно на эту тему работаем. И, скажем, весь проект по санавиации – это наши казанские "Ансаты" и Ми-8. Весь санитарный транспорт наш. Последняя комплектация машин скорой помощи (Валентина Ивановна этот вопрос тоже затронула) только полностью с отечественным оборудованием. Мобильные комплексы фактически так же, как машины скорой помощи, полностью под ключ оснащены оборудованием отечественного производства. Примеры уже есть – Удмуртия (концерн "Калашников", шасси КАМАЗа). Прекрасно сделанные комплексы для и взрослой, и детской диспансеризации, где только отечественное оборудование.

Перинатальные центры. Условием было – не менее 60 процентов отечественного оборудования. И все регионы это выполнили. Кюезы все отечественные, операционные, транспортные кюезы, цифровая техника производства "Электрон" (Санкт-Петербург), цифровые рентгенографы, С-дуги уже сейчас отечественные, ангиографы. КТ пока только отверточной сборки –

все равно основные блоки зарубежные. МРТ нет у нас отечественных. Поэтому мы знаем, что нужно подтягивать, и, собственно, эти задачи перед отечественными производителями, они поставлены. Вот в чем мы пока несамодостаточны. Мы очень надеемся, что мы продвинемся, потому что большой перечень уже нами производится. Но есть пункты важные, которых у нас нет, и это знают все. Значит, в этом направлении надо двигаться вперед.

В.И. МАТВИЕНКО

Спасибо.

Елена Владимировна Попова, пожалуйста.

Е.В. ПОПОВА

Спасибо большое.

Очень подробный отчет мы с вами сегодня прослушали. Вероника Игоревна, скажите, пожалуйста... Вот такой вопрос. Национальный проект "Здравоохранение" рассчитан на шесть лет. И, предполагая строительство онкологических центров, в том числе мы понимаем, что там будет определенное количество детей. Вопрос, который стоит уже сегодня в Москве и федеральных центрах, — это обучение таких детей, потому что они там находятся довольно длительный промежуток времени. И вопрос этот находится на стыке национальных проектов "Здравоохранение" и "Образование".

С учетом того, что ваше министерство курирует образование врачей по специальности "школьные врачи", планируете ли вы каким-то образом погружение... Потому что вопрос будет очень серьезный по наполнению педагогическими кадрами для таких детей, такой категории. Предусматривали ли Вы?.. Спасибо большое.

В.И. СКВОРЦОВА

Спасибо большое, Елена Владимировна.

На самом деле мы пилотный проект начали четыре года назад совместно по инициативе Минздрава и нашего академика Румянцева, главного специалиста Минздрава, детского онколога. На территории нашего детского онкогематологического центра имени Димы Рогачёва была создана такая школа вместе с академией образования и академиком образования Ямбургом.

Она прекрасно работает, вот реально. Мы видим, что эти школьные занятия и помогают ребятам выздоравливать, и отвлекают от всяких депрессивных настроений и мыслей. И ребята поступают в институты после прохождения этой школы. Это школа высокопрофессиональная, учитывающая и психологические моменты, и все остальное. Мы даже такой делали репортаж на 1 сентября, потому что мы открывали 1 сентября именно в этой школе.

Сейчас уже в более 50 регионах такие школы создаются действительно и при онкологических центрах, и при детских клинических больницах, где есть онкологические подразделения. И мы хотели бы, чтобы это было там, где есть эти специализированные учреждения. Кадры для этого есть, их много. Нам очень помогает (и я хочу еще раз сказать) академия образования. Людмила Алексеевна, бывший президент академии образования, лично принимала участие в создании специальных программ, адаптирующих учителей к особенностям, когда дети с капельницей и плохо себя чувствуют. Это все очень сложно – каким образом к каждому ребеночку и к его родителям подойти с тем, чтобы и родители были соучастниками этого педагогического процесса. Поэтому... Мы этим занимаемся. Спасибо.

В.И. МАТВИЕНКО

Спасибо.

Виктор Николаевич Бондарев.

В.Н. БОНДАРЕВ

Спасибо, Валентина Ивановна.

Уважаемая Вероника Игоревна! А есть ли расчеты, сколько необходимо лет, чтобы восполнить всю потребность в специалистах здравоохранения, выпускников 46 институтов, кафедр этих остальных? И есть ли уверенность, что выпускник на следующий день сможет провести в деревне на 100 человек ту или иную операцию или то или иное действие? Неужели они все отличники?

И третий вопрос: есть ли анализ, какие вузы работают на самом деле для специалистов, и чтобы они заполнили эти места? Или просто отбыл шесть или семь лет и ушел, до свидания? Спасибо.

Работа проведена огромная Вами, я просто поражен. Я хотел бы узнать еще по этим мероприятиям.

В.И. СКВОРЦОВА

Спасибо большое, Виктор Николаевич.

Когда Вы спрашиваете, есть ли уверенность...

Ну, уверенность... Я не знаю, что Вы вкладываете в это слово.

В.Н. БОНДАРЕВ

Я, как летчик... Летчик даже через три года может исполнить те обязанности, какие на него возложены.

В.И. СКВОРЦОВА

Понятно.

У нас есть уверенность в наших расчетах. Нам важно комплексно подходить к реализации этих планов, потому что факторов, которые могут на каждом шагу помешать, очень много. Мы стараемся их предупреждать и избегать каких-то помех.

У нас есть четкие расчеты для каждого региона. Мы знаем, кого не хватает, на сколько, и у нас есть разработанная программа по вузам. У нас все места в ординатуру сейчас принимаются тогда от регионов, когда они соответствуют дефицитам. Вот это первое, что я хочу сказать.

Второй момент. Мы отработали систему ежемесячного мониторинга, который будет запущен в январе 2019 года. С большим трудом после очень многих больших кругов обсуждения мы в ОМС специально заложили деньги – 12 миллиардов на следующий год, 35 миллиардов на 2020 год и 55 миллиардов на 2021 год – для устранения вакантных должностей. То есть это не из того же фонда оплаты труда, эти люди будут приходить, для них выделены дополнительные деньги. Но под мое честное слово, что эти деньги будут внутри субвенции приходить в регион и там обособливаться в нормированном страховом запасе, и они не будут регионам передаваться сразу, они будут передаваться в каждом месяце при учете данных предыдущего месяца. В том случае, если общее количество вакансий в первичном звене (эти деньги только на первичное звено, адресно идут) уменьшается, чтобы не переходили врачи из учреждения в учреждение, мы видим увеличение линейки, которую мы смотрим в первичном звене, и участковых, и узких специалистов, и сокращение количества вакансий. Вот тогда эти деньги поступают ретроспективно на основе учета. Вот это важно.

Теперь вторая часть Вашего вопроса – насколько ребята готовы? Мы же ввели с 2016 года поэтапно обязательную аккредитацию как механизм допуска к профессиональной деятельности. Мы взяли за основу те экзамены, которые уже многие годы, около 20 лет, существуют и в Евросоюзе, и в Соединенных Штатах Америки, и в Австралии, и в Новой Зеландии. Это

трехуровневый экзамен, который состоит из медицинского ЕГЭ, из симуляционно-тренингового зала, где все демонстрируют под запись видеокамеры свои навыки и умения. И третья, очень важная часть — это задачи, ситуационные задачи на быстрое реагирование, на клиническое мышление. У нас по разным специальностям разный процент аккредитации. Есть возможности три, которые заложены в эту аккредитацию, но в принципе не менее 95 процентов (и ребята сейчас очень серьезно к этому готовятся) — реально высококачественные специалисты, которые выпускаются.

Другой вопрос — что мы же не можем поручиться, что они лично все созрели. Вот они когда оказываются один на один с пациентом — это другая история. Они не умеют еще концентрироваться. Семья отвлекает, если они приходят домой. Родственники все разные — кто-то плачет, кто-то агрессивный. Для того, чтобы все это обнулить и заниматься предметом своим, пациентом. И пациенты все разные — и уровень образовательный разный, и состояние разное. Как научить вот этому всему? Конечно, опыт приходит со временем. Поэтому мы отдельно развиваем наставничество. И сейчас мы создали федеральный центр по волонтерству и наставничеству, и в каждом регионе мы активно освежаем забытую с советских времен систему наставничества, когда у каждого молодого специалиста не менее шести месяцев есть прикрепленный наставник, который его сопровождает просто, помогает и так далее — страхует. Это очень важно.

Поэтому, конечно, жизнь богаче наших планов, и я по себе помню, как это все было на первых шагах. Я работала участковым врачом — и ничего, на самом деле научилась очень быстро реагировать на разные ситуации.

В.И. МАТВИЕНКО

Спасибо.

Екатерина Филипповна Лахова, пожалуйста.

Следующий – Марков.

Е.Ф. ЛАХОВА

Вероника Игоревна, федеральная программа по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями предусматривает снижение смертности от болезней системы кровообращения. У вас контрольная цифра есть 450 на 100 тысяч. Так вот, какие все-таки основные мероприятия должны повлиять на этот показатель и результат?

В.И. СКВОРЦОВА

Спасибо большое, Екатерина Филипповна. Прежде всего это комплексная профилактика. Надо сказать, что мы сегодня говорим только про Национальный проект "Здравоохранение", но есть еще Национальный проект "Демография", где тоже два наших федеральных проекта погружено, в том числе это развитие системы общественного здоровья и популяционных мер профилактики, то, что мы называем здоровым образом жизни. Безусловно, это очень важно, потому что анализ наш, проведенный вместе с экспертами, свидетельствует, что у мужчин трудоспособного возраста 70 процентов смертности ассоциировано либо с острым приемом алкоголя, либо с накоплением этого алкогольного эффекта. Это заболевания и печени, и поджелудочной железы, это тяжело текущая и вялая пневмония на иммунодепрессивном фоне, это раннее формирование атеросклероза и так далее и так далее. Поэтому это важнейшая часть – это первое, скажем так, для вновь входящих в систему.

Второе — это профилактика на основе уже индивидуальных скринингов здоровья и возможности коррекции факторов риска, которые есть.

А третье — это, конечно, жизнеспасающие очень быстрые и правильные действия в том случае, если уже сосудистая катастрофа наступила. 10 лет понадобилось, чтобы все поняли в регионах, что не надо рядом с домом класть, куда ни попадя, где 90 процентов летальность. Если это ЦРБ, которое может удалить нагноившийся аппендикс, грыжу, общей терапией вылечить пневмонию неосложненную, принять физиологические роды, вот туда не надо везти острый инфаркт миокарды или инсульт, потому что тогда лучше оставьте дома, там ухаживать лучше будут, чем туда положить. Это не приспособленные для этого клиники. И сейчас уже это все понимают. И наша борьба за правильную маршрутизацию, чтобы везли туда, где с порога все правильно делается, вот это очень важно.

Ну и, конечно, внедрение клинических рекомендаций, потому что у нас работают сейчас мобильные бригады наших главных специалистов. Мы объездили все сосудистые центры. Я вам могу сказать, достаточно высокий процент пока не работают эталонно. Они называются сосудистыми центрами, но там нарушаются протоколы лечения и диагностики. И для того чтобы сделать так, как надо, нужны время и терпеливая работа с нашими медиками.

В.И. МАТВИЕНКО

Спасибо.

Коллеги, напоминаю, что мы должны в 14 часов министра отпустить. У нас осталось 25 минут. Поэтому кратко вопросы и кратко ответы.

Марков Валерий Петрович, пожалуйста.

В.П. МАРКОВ

Спасибо, Валентина Ивановна.

Уважаемая Вероника Игоревна, два момента. Первый касается финансового обеспечения за счет средств ОМС. Предусматривается ли нашим национальным проектом полное финансовое обеспечение тех полномочий, которые переданы регионам из федерального центра?

Я поясню, почему такой вопрос возникает. Для нашего региона, например, по методике 2018 года, если посчитать на 2019 год, какие средства необходимы для выполнения всех полномочий, и сравнить с тем, что предусмотрено в бюджете на 2019 год, разница 433 миллиона. То есть оно меньше даже, чем было рассчитано. И, конечно, в этих условиях очень сложно выполнить те поручения президента, которые изложены в соответствующем указе. Это первое.

Второе, на что бы я хотел обратить внимание. Прекрасные идеи заложены в нашем национальном проекте, особенно то, что связано с сельским населением, и цифровизация – это Интернет, и мобильные комплексы. Но в данном случае, я думаю, вам придется хорошо поработать вместе с нашими дорожниками, потому что мобильные центры могут быть, но доедут ли они до всех населенных пунктов сельских – это будет вопрос. Вот хотелось бы, чтобы здесь срабатывало.

А по цифровизации не хотелось бы, чтобы это, скажем, привело к тому же, что есть на сегодня в сельских школах. Связисты отчитались, что Интернет проведен, а широкополосного Интернета, что необходимо для электронной школы, нет, онлайн-уроки не могут быть проведены. И здесь вопрос упирается в оборудование, которое должно коммутировать с волоконно-оптическим кабелем для того, чтобы реализовать те задачи, которые необходимы.

И хотелось бы, раз уже стыкуется и образование, и медицина, чтобы они общими усилиями все-таки как-то помогли (я бы сказал в кавычках) "связистов заставить" сделать то, что необходимо им для того, чтобы широкополосный Интернет был у нас на селе, чтобы медицина и образование могли быть доступными.

Спасибо.

В.И. СКВОРЦОВА

Спасибо большое, Валерий Петрович.

По первому вопросу в отношении финансового обеспечения ОМС. В последние два года в стране введена единая тарифная политика, когда разработано более 500 клинико-статистических групп, объединяющих тарифы однородных заболеваний, имеющих нормированную величину по себестоимости этой комбинированной услуги и конкретную структуру тарифа. Деньги в регионы доводятся подушево в зависимости от того, сколько человек проживают. Все эти наши субвенции... я хочу напомнить, что на будущий год у нас суммарная субвенция территориям в территориальные программы госгарантий увеличивается на 11 процентов, очень существенно. Вот эти ресурсы, они с учетом коэффициентов Минфина перераспределительных доводятся подушево во все регионы. И в регионах имеют право, когда уже территориальные комиссии тарифные составляют региональные тарифы, минимально их подправлять с учетом уровня конкретной медицинской организации и потребности, связанной с заболеваемостью населения. То есть фактически это плюс-минус 10 процентов от высчитанных нормированных величин.

Что мы видим в реальности? В реальности мы видим в ряде регионов грубейшие нарушения, искажения вот этих общефедеральных национальных расчетов. Причем с 2015 года мы

ввели специально подписание трехсторонних соглашений для того, чтобы региону показать в январе-феврале все несовершенства, что искажил регион, и регион бы это быстро поправил.

Опыт показывает, что, поскольку у нас нет юридических полномочий заставить регион сделать правильно, у нас 60 с лишним регионов поправляют, но кто-то к сентябрю, а кто-то к декабрю, когда весь год работали не по правилам. В результате закладывают на профилактический осмотр 20 процентов от того, что как бы отнормировано, и мы знаем, на что эти деньги должны идти, а на что-то неадекватно завышают — в три раза. Почему? Потому что закупки еще проводят лекарственные совершенно не так, как нужно.

Сейчас у нас идет законопроект, который должен сейчас уже, после третьего чтения, два чтения прошел в Госдуме, со следующего года мы проводим законодательно правило "двух ключей". То есть эти территориальные программы, они должны быть жестко согласованы с Федеральным фондом ОМС, и только после этого они принимаются. Это нужно будет делать в очень понятные сроки — 5 или 10 рабочих дней.

С МЕСТА

Пять дней.

В.И. СКВОРЦОВА

Пять дней. И если только регион этого не делает, то тогда мы просто берем и вертикальную власть вводим в этот регион и все. Потому что тогда это, очевидно совершенно, искажение государственной политики.

Что касается дефицитов, о которых вы говорите, они не касаются базовой программы ОМС. Они касаются только чисто субъектовых полномочий по тому сегменту, это 8 процентов от того, что регионы получают, всего, потому что 90 процентов они получают

из ОМС. 8 процентов – их деньги, 2 процента – это федеральный бюджет. Вот это примерное, усредненное по стране распределение. Вот эти 8 процентов – туберкулез, психиатрия, наркология, ВИЧ и льготное лекарственное обеспечение, плюс паллиативная помощь и молочная кухня. Вот все. Это то, за что платит сам регион. Вот там регионы закладывают не расчетную величину, а иногда 10–20 процентов от этой расчетной величины и потом начинают с нами консультироваться – а можно часть денег из ОМС перевести? Нет, нельзя, потому что это не целевое использование, это другие совершенно статьи.

Поэтому вот здесь мы работаем очень интенсивно (Наталья Александровна Хорова за это отвечает) с регионами для того, чтобы они свои полномочия выполняли. А вот эти по ОМС, со следующего года, надеемся, что проблема эта уйдет.

В.И. МАТВИЕНКО

Спасибо.

Ольга Федоровна Ковитиди, пожалуйста.

О.Ф. КОВИТИДИ

Уважаемая Вероника Игоревна! Вопросам лекарственной безопасности сегодня, именно им будет посвящен мой вопрос. Это вопрос, который поднимался и президентом, вопрос, который на контроле у нас, в Совете Федерации. Буквально недавно Валентина Ивановна давала поручение нам, и 8 ноября был проведен "круглый стол" в Комитете по обороне и безопасности, который рассматривал данное направление.

И хочется знать Вашу позицию, как министра, по ряду вопросов, которые поднимались сегодня как представителями субъектов Российской Федерации, так и экспертным сообществом. В частности, какова Ваша позиция относительно федерального закона

№ 61, который сегодня определяет порядок обращения лекарственных средств? Как Вы настроены на то, чтобы предусмотреть расширение перечня препаратов, которые бы подлежали посерийному контролю? В частности, включить в них препараты крови, а также препараты, произведенные методом генной инженерии, инъекционные препараты. Это первый вопрос.

Второй вопрос. Уважаемая Вероника Игоревна, какова Ваша позиция относительно законопроекта № 374838, который сегодня находится в Государственной Думе? Это закон, в который, кстати, рядом сенаторов уже внесены изменения, предложения, который регулирует вопросы ввода в гражданский оборот лекарственных препаратов для медицинского применения. В соответствии с данным законом, Вы знаете, предлагается все лекарственные средства, за исключением иммунобиологических, вводить в обращение на потребительский рынок без каких-либо проверок. Проверки могут производиться выборочно. Как Вы считаете, нужно ли все-таки такие препараты, как препараты крови, антитела, препараты, которые применяются с первых дней жизни ребенка, все-таки проверять? Потому что выборочная проверка, и все-таки помимо того, что это может порождать и коррупционную составляющую, все-таки мы можем что-то очень важное пропустить.

И еще Ваше мнение, как Вы считаете относительно того, чтобы изучить вопрос и внести изменения в федеральный закон № 323 об основах охраны здоровья в части введения возможности контроля качества зарубежных средств (то, о чем говорила Валентина Ивановна) и препаратов, которые производятся на зарубежных площадках? Иногда пишется, что произведено в Германии, но это не всегда так происходит на самом деле.

И еще самый важный вопрос, о котором говорят представители субъектов, это федеральный закон № 44-ФЗ.

В.И. МАТВИЕНКО

Ольга Федоровна, масса желающих.

О.Ф. КОВИТИДИ

Всё, я заканчиваю.

Федеральный закон № 44-ФЗ – насколько он применим вообще для медицины?

Простите, я представитель субъекта – Крыма. Нам поставлена задача Валентиной Ивановной по регистрации НМПТ "Крымская минеральная вода". Нам уже возвращает третий раз, наверное, именно ваше ведомство. Прошу взять на контроль. И у меня сразу уже есть для Вас документ.

В.И. СКВОРЦОВА

Хорошо. Спасибо большое.

В.И. МАТВИЕНКО

Вы тогда передайте, Ольга Федоровна. Спасибо.

В.И. СКВОРЦОВА

Уважаемая Ольга Федоровна! В отношении безопасности. На самом деле, как мы в пятницу и говорили, из трех важнейших направлений, которыми мы занимались с 2012 года по 2018 год, вторая позиция – это безопасность лекарственных препаратов. Для этого впервые после 40-летнего перерыва была издана Государственная фармакопея Российской Федерации (это стандарты качества по всем абсолютно лекарственным препаратам, которые дают эталоны). Валентина Ивановна лучше всех нас это знает по своему базовому профессиональному образованию.

Второй момент. Обновлено законодательство действительно в отношении государственного контроля лекарственных препаратов. В

каждом округе, Вы знаете, у нас созданы мощные комплексы, которые с помощью всех фармакопейных методов любой сложности и выездных бригад с неразрушающими методами спектроскопии могут проводить любые проверки любых препаратов на складах, в аптеках и так далее. И за три года у нас в 2,5 раза уменьшилось на российском рынке количество недоброкачественной продукции. Это реальные выверенные цифры. У нас стало много лучше с этим.

Теперь, значит, мы последние два года входим...

Как этот международный совет правильно называется, Михаил Альбертович? По контролю качества лекарственных препаратов.

М.А. МУРАШКО

Это взаимодействие с Европейским директором по качеству лекарственных средств и здравоохранения.

В.И. СКВОРЦОВА

Да. Фактически тот законопроект, который сейчас прошел два чтения в Государственной Думе и готовится к третьему чтению, переходит на международные стандарты контроля уже в обороте лекарственных препаратов, устраняя ту систему, которая была у нас, сертификации или декларирования, и вводит возможность введения препарата в обращение по двум принципам: на основе документов производителя в том случае, если есть подтвержденная технология GMP, которую невозможно исковеркать...

Это один из самых надежных вариантов – посмотреть площадку, где это лекарство создается. И второе – это уполномоченный по качеству производителя, который за своей подписью под высокую персональную уголовную ответственность выпускает препарат, потому что каждое производство имеет свою лабораторию качества.

Исключением, как Вы и сказали, являются иммунобиологические препараты. Это не только вакцины. Это те антитела, о которых Вы говорили. Они тоже являются иммунобиологическими препаратами, где остается обязательный посерийный контроль. Этот посерийный контроль, он есть.

Конечно, Вы затронули вопрос, скажем так, непростой в отношении генномодифицированных препаратов. Но вообразите себе: анализ генномодифицированного препарата существенно более сложный, чем любого другого препарата. Вообще, в принципе всю последовательность можно посмотреть только при полногеномном или полноэкзомном секвенировании. Это невозможно, мы остановим весь рынок, и никто в мире по этому пути не идет. Поскольку эти препараты используются индивидуально для конкретного человека и, как правило, уже в среднем или возрасте старше среднего, фактически риск к нулю приведен, чтобы, даже если есть какие-то включения в геном человека, они реплицировались на его потомстве.

Почему нужно вакцины проверять? Потому что вакцины в отличие от лекарственных препаратов не персонифицированы действуют, а по всей популяции действуют, по всему детскому населению. 99 процентов у нас прививок. И вот там страшно, потому что это дети, это поголовно все поколение. Если мы там что-то пропустим — не приведи господь, потому что через два поколения это превратится в такое же тотальное страдание то или иное. И вот здесь контроль должен быть жесткий, посерийный.

Более того, поставлена перед нами задача полностью быть самодостаточными, ничего ни от кого не получать. И субстанции все должны быть наши, потому что тогда, извините, это все в наших

руках. Что мы производим, мы знаем, и наш человек будет стоять и контролировать, что мы там выпускаем.

Задача так стоит, и мы это сделали практически. Мы со следующего года уже самодостаточные с инактивированным полиомиелитом, у нас собственная пентавакцина появляется, у нас гемофильная инфекция своя. Почему мы не запускаем (нас все время спрашивают) ветрянку и ротавирусную инфекцию? А потому что через год они будут у нас наши и мы будем запускать сразу со своих. И все.

Кстати говоря, и претензий у нас от зарубежных производителей нет на эту тему. Они же все понимают прекрасно. Все, они ушли. И жалобы их ушли.

Поэтому не волнуйтесь. Мы этим на самом деле очень серьезно занимаемся. Это первый Ваш вопрос.

По контролю качества я уже тоже сказала. У нас эти лаборатории просто классные, отличные лаборатории. Нет ни одного метода, который бы они не воспроизводили.

Что касается закона № 44, в пятницу этот вопрос поднимался действительно у всех, и у регионов масса к нему каких-то нареканий. Но что ответил президент? Да, наверное, есть что подправить, но в целом не в нем дело, потому что те нарушения, которые массовые в регионах, другого касаются — касаются искажений в связи с личной выгодой тех людей, которые занимаются закупками и распределением.

Но тема такая есть. Здесь просто надо вместе с ФАС дошлифовать какие-то детали.

В.И. МАТВИЕНКО

Спасибо.

Коллеги, мой призыв не действует. Поэтому Акимов и коллега Круглый. И на этом завершаем, потому что будет 14 часов.

Кратко, Александр Константинович.

А.К. АКИМОВ

Спасибо.

Вероника Игоревна, Вы знаете проблемы северных, арктических районов и всегда поддерживаете по санавиации, коэффициенты пересматриваете. У меня вопрос. Мы на совете по Арктике должны рассмотреть вопросы отдельно для труднодоступных, малонаселенных пунктов. Может быть, вопросы организации здравоохранения и оказания медицинской помощи отдельно рассмотреть? Эти правовые вопросы, там методика и так далее. Вы как на это смотрите?

И второй вопрос у меня по онкоцентру в городе Якутске. Валентина Ивановна помогает все-таки продолжить вторую очередь строительства онкоцентра. Спасибо, Вероника Игоревна.

В.И. СКВОРЦОВА

Спасибо большое.

Вот коллеги мне подсказывают, что по Якутску одобрена вторая очередь, с 2020 года она идет.

А.К. АКИМОВ

Спасибо.

В.И. СКВОРЦОВА

Что касается первого вопроса...

Александр Константинович, по поводу арктических регионов. Тема такая есть, и на самом деле мы ее отдельно рассматриваем. Она не требует какого-то отдельного нормирования, но отдельных мер, и организационных, и логистических, требует. Поэтому будем Вас привлекать к рассмотрению.

А.К. АКИМОВ

Спасибо.

В.И. МАТВИЕНКО

Спасибо.

Владимир Игоревич Круглый, пожалуйста.

В.И. КРУГЛЫЙ

Глубокоуважаемая Вероника Игоревна! В национальном проекте "Здравоохранение" обращает на себя внимание отсутствие параметров, связанных с развитием этапа медицинской реабилитации как продолжения медицинской помощи, оказанной в стационаре. Как Вы видите перспективы развития реабилитационной помощи? И будет ли дополняться этим направлением национальный проект? И какие Вы видите законодательные меры, которыми возможно помочь в решении этого вопроса? Спасибо.

В.И. СКВОРЦОВА

Спасибо большое, Владимир Игоревич.

У нас наряду с нацпроектом есть наш базовый документ – государственная программа "Развитие здравоохранения", который включает со следующего года две части: проектная часть – это наши все национальные проекты, федеральные проекты, и текущая, наша процессная часть, состоящая из ведомственных программ развития. Вот одна из ведомственных целевых программ – развитие медицинской реабилитации. Она не входит в нацпроект, но в государственную программу входит и, безусловно, развивается. Скажем, из новаций: на следующий год в наш обособленный сегмент высокотехнологичной медицинской помощи впервые вошла нейрореабилитация. Вот все современные методы – это серьезный очень комплексный тариф, который позволяет восстанавливать

людей после перенесенных травм мозга очаговых, ушибов мозга, субарахноидальных кровоизлияний и так далее, после инсультов и различных других заболеваний. Поэтому это уже вошло, большой тариф, и те учреждения, которые могут оказывать эту помощь, они будут оказывать за нормальные, адекватные деньги.

Кроме того, есть план развития медицинской реабилитации. В общем, над этим тоже работаем вне нацпроекта, в рамках программы.

В.И. МАТВИЕНКО

Тема действительно важная. Отрезать... у хирургов руки потрясающие и все остальное. А вот процесс реабилитации, к сожалению... а он самый главный после операции для успешного выздоровления. Поэтому тема действительно важная.

Коллеги, я думаю, что вы со мной согласитесь, я получила огромное интеллектуальное удовлетворение от сегодняшней встречи.

Вероника Игоревна, не в плане комплимента, но чтобы министр так владел на память и цифрами, и нюансами и так профессионально владел информацией – это пример того, что, когда профессионалы занимаются, понятен результат.

Национальный проект, на мой взгляд, действительно очень системно выстроен, продуман и сегодня достойно представлен. Много сенаторов хотели прийти, но нам не позволял этот зал.

У меня есть такое предложение, Владислав Валерьевич, поручить Вам разместить не просто доклад, а стенограмму нашей встречи на нашем сайте. Это будет интересно не только сенаторам, но это будет интересно гражданам, которые должны посмотреть и осмыслить, осознать. Посещаемость нашего сайта очень высокая.

Второе. Я поручаю Аппарату (передайте Мартынову) каждому сенатору в его рабочий портфель направить в электронном виде

стенограмму, чтобы все почитали. Это необходимо для выступлений и встреч в регионах, для разъяснения целей и задач нацпроекта, для того чтобы граждане и мы, как законодательная власть, контролировали, как это будет на уровне регионов реализовываться, сигнализировали Минздраву в случае каких-то там системных сбоев.

Я, естественно, поручаю Комитету по социальной политике учесть сегодняшний разговор в нашей последующей работе в плане выстраивания приоритетов, а также нашему Совету по региональному здравоохранению и коллеге Каграманяну.

Я поручаю сенаторам, обращаюсь к вам с просьбой в следующую региональную неделю прийти и просто взять эту региональную составляющую национального проекта "Здравоохранение" и посмотреть ее в цифрах, как она корреспондируется с целями и задачами, какие там итоговые показатели. И, в общем, эту тему не забывать, ее надо постоянно держать на контроле.

Если не возражаете, Вероника Игоревна, то мы бы фильм, о котором Вы говорили, разместили на нашем телеканале, у нас потенциальная аудитория более 50 миллионов уже. И уверена, что фильм должны посмотреть и наши граждане, и обязательно понимать. Потому что без поддержки общества, без поддержки и понимания граждан, без этого в хорошем смысле давления снизу не получится только сверху управлять. Надо подключать и неправительственные организации, институты гражданского общества и граждан к контролю за реализацией национального проекта, чтобы это стало таким общенародным делом.

Так что если вы не возражаете, Владислав Валерьевич, я прошу эти фильмы взять. На заседании комитета, я знаю, их смотрели, давайте предоставим возможность более широкому кругу

людей их посмотреть, их анонсируйте, чтобы как можно больше людей это посмотрели.

Хочу поблагодарить за то, что сегодня вся ваша основная команда пришла на эти слушания, заместители министра, руководство фонда обязательного медицинского страхования. Они тоже послушали вопросы, которые волнуют регионы. Наверное, не все сумели задать вопросы, но я думаю, что не последняя встреча. Мы периодически на каких-то этапах обязательно к этому важнейшему вопросу будем возвращаться.

А Вам огромное спасибо. Вероника Игоревна, я знала, что Вы умная, но что настолько... *(Смех в зале.)* Я сегодня в этом сумела еще раз убедиться. А главное, что Вы развеете мужские мифы, ведь как у них (мужская психология): или умная, или красивая. А здесь сочетание в одном качестве помогает нам правильную гендерную политику дальше продолжать.

Спасибо, коллеги, вам за участие. Спасибо всем.