

## Стенограмма парламентских слушаний на тему

### «Об особенностях законодательного регулирования обеспечения доступности медицинской помощи населению, проживающему в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях»

26 мая 2016 года

**Г.Н. КАРЕЛОВА**

Уважаемые коллеги, добрый день! Прежде всего, я хотела бы поприветствовать от всех сенаторов и от Валентины Ивановны Матвиенко, Председателя Совета Федерации, представителей регионов, которые приехали и принимают участие в парламентских слушаниях. Мы, Совет Федерации, считаем себя (и на самом деле это так и есть по жизни и по факту деятельности) палатой регионов, и для нас очень важно слышать голос регионов, понимать, какие законодательные акты у регионов вызывают трудности, проблемы реализации, и, конечно, делать все возможное, чтобы находить пути решения проблем, если они возникают в том или ином регионе.

Поэтому сегодня наши парламентские слушания идут по очень актуальной теме. Эта тема звучит таким образом (я еще раз для стенограммы и для всех присутствующих ее обозначу): "Об особенностях законодательного регулирования обеспечения доступности медицинской помощи населению, проживающему в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях". Тема действительно сверхактуальная, она не является новой для Совета Федерации. Мы к этой теме (по крайней мере в течение прошлого года) приступали несколько раз, и у нас даже была создана рабочая группа, в состав которой входили и представители Минздрава и Федерального фонда обязательного медицинского страхования, и представители от Якутии. Инициаторами создания этой группы выступили сенаторы от Республики Саха (Якутия). И работа была проведена большая, были подготовлены серьезные рекомендации в адрес Минздрава, Федерального фонда обязательного медицинского страхования. И прежде всего в состав этих рекомендаций входили предложения провести четкий мониторинг ситуации не только в Якутии, но и во всех регионах, которые имеют этот статус. Ну а на примере Якутии все, кто входил в состав рабочей группы, хотели увидеть, каким образом можно, работая вместе (рабочая группа и целая команда от республики), найти пути выхода из той ситуации, которая требует незамедлительного решения.

Кроме мониторинга, конечно же, были рекомендации и по работе над методикой распределения субвенций субъектам Российской Федерации, и прежде всего этой группе

субъектов. И надо сказать, что те рекомендации, которые были сделаны в части методики, в принципе нас в какой-то мере даже устраивали. Другое дело, что ситуация поменялась, возникли новые реалии жизни, которые все вы хорошо знаете.

Пока эта методика принята в том виде, в каком мы с вами были с ней ознакомлены и голосовали за нее, когда принимали и федеральный бюджет, и бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Но договоренность в целом была такова, что мы отработаем 2016 год по этой методике, еще раз будем очень внимательно отслеживать ситуацию в этих регионах и при необходимости в ручном режиме корректировать, с тем чтобы не создавать каких-то очагов нестабильности или социального напряжения.

И эта работа ведется. Надо отдать должное и Федеральному фонду обязательного медицинского страхования, и профильному министерству. Но она недостаточна, поскольку впереди начало работы и над федеральным бюджетом, и над бюджетом Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Каждый год применять режим работы вот такого постоянного корректировочного процесса вряд ли целесообразно. И в этой связи наши сенаторы, прежде всего заместитель председателя Комитета по федеративному устройству, региональной политике, местному самоуправлению и делам Севера Александр Константинович Акимов и его коллега Вячеслав Анатольевич Штыров, выступили с предложением провести такие парламентские слушания. Поэтому наши парламентские слушания проводятся исключительно по инициативе, так скажем, наших сенаторов и представителей регионов.

Рядом со мной не только автор инициативы по проведению парламентских слушаний, но и слева от меня – Кононова Людмила Павловна, член Комитета Совета Федерации по социальной политике, она сегодня в президиуме, и мы с ней будем вести эти парламентские слушания. И Людмила Павловна тоже представляет один из регионов, который относится к статусу этих территорий, и занимается уже в течение большого периода времени (я думаю, что уже года два) поиском путей решения этой проблемы.

Поэтому наша с вами задача сегодня – еще раз взвесить все проблемы, которые есть у граждан и у субъектов Крайнего Севера, и всех территорий, которые к ним приравнены, и найти предложения по возможным путям хотя бы продвижения по улучшению сложившейся ситуации.

Я хотела бы для всех присутствующих еще раз обозначить, что особенности этих территорий огромные. Это прежде всего связано с природно-климатическими условиями, обширностью территориальных пространств, труднодоступностью множества отдаленных населенных пунктов, недостаточностью и высокой стоимостью транспортного сообщения. Кроме

того, мы знаем, что практически во всех субъектах низкая плотность населения и малочисленность поселений. То есть уже перечисленные условия диктуют, конечно, специфику подходов к этим территориям.

И основные проблемы, которые были в 2015 году, к сожалению, проявляются и в 2016 году (первое полугодие уже практически завершается). Это слабое материально-техническое оснащение медицинских организаций, оно несколько ниже, чем в среднем (а в ряде субъектов значительно ниже), недостаточная укомплектованность медицинскими кадрами, а также значительные расходы субъектов на санитарную авиацию.

Безусловно, мы имеем случаи, и не единичные, необоснованного закрытия фельдшерско-акушерских пунктов, женских консультаций. Сокращается выездное и диспансерное обслуживание населения, что усугубляет такие проблемы, как соблюдение календаря профилактических прививок, регулярность диспансерного наблюдения и дородового патронажа беременных и наблюдение детей первого года жизни.

И в этой связи, конечно, нам важно сделать все возможное, чтобы проблему за проблемой мы могли решать. Кстати, когда работала рабочая группа, поднимались вопросы, так скажем, особенностей реализации такой программы, как "Земский доктор". В связи с этим и сенаторы, и практически все члены рабочей группы предлагали сделать программу "Земский доктор" для этих территорий с соблюдением определенных условий. Мы и сейчас поддерживаем эти предложения, и я полагаю, что выступающие тоже подчеркнут, что за особенности можно использовать при реализации этой программы.

Конечно, было бы хорошо (и все равно надо ставить такую задачу) продолжить реализацию программы "Земский доктор" в части распространения ее и на "Земского фельдшера". В любом случае территории таковы, что неуккомплектованность кадрами все равно заставляет нас искать разные подходы, в том числе и такого кадрового решения.

Я не буду перечислять все предложения, которые были сформулированы в ходе подготовки к парламентским слушаниям. Для нас важно, что еще прозвучит нового. Таких территорий, о которых мы сегодня говорим, пять. На самом деле пять из 85 регионов – казалось бы, немного, но проблемы настолько остры, что, даже если бы это был один регион, нам надо было бы искать особые подходы к улучшению ситуации.

Поэтому, уважаемые коллеги, задача понятна. Сегодня нам необходимо не столько говорить о проблемах, которые я обозначила (и эти проблемы были названы рабочей группой и представителями пяти территорий), сколько попытаться сосредоточить наше внимание, внимание

всех, кто принимает участие в парламентских слушаниях, на возможных путях решения этих проблем.

Я предлагаю вначале заслушать выступления и посмотреть короткие видеоролики от северных территорий – от Республики Саха (Якутия), Архангельской области, Ямало-Ненецкого автономного округа. Затем у нас выступят представители Минздрава и Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Далее мы предлагаем выступить представителям и от других министерств (у нас принимают участие представители разных министерств, за что мы им очень благодарны). И, я надеюсь, выступят представители территорий, которые считают нужным (и такие предложения у них есть) высказать те или иные идеи по улучшению проекта решения, который мы подготовили.

Перед тем как приступить к работе, мы раздали проект нашего решения, поэтому почитайте, посмотрите, особенно представители министерств и ведомств, что-то дополните, какие-то предложения, может быть, мы не учли или учли не в той редакции. Поэтому мы сегодня примем проект решения, если вы не будете возражать, за основу, возьмем определенное время на доработку (даже если не успели сформулировать – ничего страшного), вместе его доработаем, с тем чтобы это был хороший документ, который нам позволит двигаться по решению этих проблем.

Сейчас с большим удовольствием предоставляю слово Александру Константиновичу Акимову.

Пожалуйста, Александр Константинович.

**А.К. АКИМОВ**

Спасибо, Галина Николаевна.

Уважаемые участники парламентских слушаний, уважаемые коллеги, уважаемая Галина Николаевна! Позвольте от имени нашего комитета поприветствовать всех участников сегодняшних парламентских слушаний.

Я хотел бы особо поблагодарить Галину Николаевну и профильный комитет за то, что поддержали нашу инициативу, инициативу северных регионов именно в области здравоохранения. Галина Николаевна у нас куратор и сейчас тоже возглавляет рабочую группу по мониторингу применения закона о дальневосточном гектаре. Несмотря на занятость, Галина Николаевна всегда вникает в эти вопросы и поддерживает начинания, поэтому я особо хотел бы ее поблагодарить.

Уважаемые участники парламентских слушаний! Галина Николаевна все вопросы, цель и задачи парламентских слушаний поставила, и я не буду повторяться. Я хотел бы вначале сказать о том, что сегодня Совет Федерации и наш комитет (особенно мы, как профильный комитет)

занимаются реализацией тех стратегических задач, которые были поставлены руководством страны – Президентом Владимиром Владимировичем Путиным по развитию арктических территорий и регионов Севера и Дальнего Востока. Об этом вы знаете, эти приоритеты поставлены. Сегодня имеются программы, и очень серьезная программа идет по Дальнему Востоку, по Арктике. Сейчас готовится закон о социально-экономическом развитии Арктической зоны. Ну и у нас очень серьезно работают правительственная комиссия и Совет по Арктике и Антарктике при Совете Федерации.

Почему сегодня реализуются такие программы? Вы, здесь сидящие, прекрасно понимаете, на что это прежде всего направлено. Конечно, на освоение этих территорий. Но что для этого нужно? Прежде всего, надо закрепить население, закрепить трудовые кадры, ресурсы, которые там есть, привлечь трудовые ресурсы. Вот даже выделили 1 гектар земли безвозмездно. Сейчас идет дискуссия, указ уже подписан, но тем не менее работа ведется очень серьезно, на государственном уровне. Но в то же время, вы посмотрите, самая главная задача... Что нужно для того, чтобы люди жили нормально в этих очень сложных природно-климатических условиях? Прежде всего, конечно, нужна инфраструктура, чтобы самолеты летали, чтобы школы работали, чтобы были больницы. Конечно, люди не поедут туда, если не будет определенной инфраструктуры – социальной, транспортной, производственной, прежде всего социальной инфраструктуры. Мы для людей должны это делать. Раньше, в советское время, людей как привлекали? Многие из здесь сидящих хорошо знают, что было очень серьезное материальное стимулирование – от северных надбавок, районных коэффициентов, подъемных и так далее до квартиры. Очень серьезные деньги выделялись. Был специальный закон (он и сегодня не отменен) о гарантиях и компенсациях для лиц, проживающих в районах Крайнего Севера. Сейчас дополнительно мы в этих законах об этом говорим и дальше будем...

А что у нас на практике получается? Вот посмотрите. Я хочу сказать, что в последние годы (конечно, вы знаете в целом политику по северным регионам) много поселков было закрыто, много больниц, школ, особенно малокомплектных, были ликвидированы предприятия, в основном горнодобывающие, из-за низкой рентабельности и так далее. Конечно, Север, Арктика очень сильно пострадали. Но мы не должны повторять этих ошибок, есть государственные мужи, есть специальное министерство, которое этим занимается.

По линии Министерства образования и науки, Галина Николаевна, в свое время (и Вы хорошо об этом знаете, и Анна Ивановна, сенатор от Чукотки, знает) вопрос малокомплектных школ очень правильно решили – сохранили их, и благодаря этому поселки сохранились.

Начали закрывать участковые больницы, ФАПы, сокращать медперсонал в отдаленных, труднодоступных районах, не имея для этого соответствующей нормативной, законодательной базы. Это началось с диктовки Министерства финансов, Министерства здравоохранения. Я не стал бы голословно это говорить, я сам работал, знаю не понаслышке, курировал эти вопросы, до сих пор езжу по арктическим районам, и на самом деле я это вижу: очень сложное положение.

Я хочу напомнить о том, что есть поручение Президента от 21 января 2014 года, где четко написано... Я хочу предупредить Минздрав и фонд медицинского страхования, что 6 июня в Якутске пройдет заседание Общероссийского народного фронта. Там, я думаю, министр и ваши руководители будут. Мы там обязательно у них спросим (эти вопросы не мы зададим – население задаст): почему указание не выполнено и почему закрываются больницы, вместо того чтобы открывать их дополнительно или хотя бы сохранить эту базу? Все эти цифры есть.

Уважаемые коллеги, я хочу сразу предупредить: этот вопрос в первую очередь встанет, потому что это вопрос жизни людей, продолжительности жизни, здоровья людей в первую очередь. Как на Север привлекать людей, если мы будем закрывать даже то, что имеем? Об этом Галина Николаевна очень подробно, хорошо сказала.

И я хочу поблагодарить своих коллег, в частности Валерия Владимировича Рязанского (сегодня, к сожалению, его нет), комитет держит это под особым контролем. Галина Николаевна держит это под контролем. Валентина Ивановна об этом несколько раз предупредила и сказала (я недавно был у нее на приеме): "Этот вопрос мы держим под особым контролем и обязательно поправим... Если надо – внесите серьезные поправки". Я думаю, что здесь люди очень ответственные, всё понимают. И я хочу сказать, что этот вопрос сегодня на самом деле вполне решаемый, об этом Галина Николаевна сказала.

Есть еще несколько вопросов, которые сегодня не решены, – это вопросы развития санавиации. Мы тоже их рассматривали специально. Я провел два заседания "круглых столов" и парламентские слушания по малой авиации, по региональным авиаперевозкам специально, это тоже связано с санавиацией. Представляете, одна Республика Саха (Якутия) тратит на санавиацию где-то 1 млрд. 200 тыс. рублей в год. А кто будет это компенсировать-то сегодня? Сегодня мы с Минтрансом рассматриваем вопрос, чтобы были такие вертолеты, не только Ми-8. Раньше были самолеты Ан-2 и так далее, которых уже нет, которые выполняли перелеты, и недорого. Надо, чтобы выпускали такие самолеты для обслуживания арктических территорий. Мы тоже этот вопрос регулярно рассматриваем. Вот здесь сидит мой коллега Игорь Константинович Чернышенко, он как раз за транспорт отвечает. Мы этот вопрос неоднократно ставили, и он сейчас

уже на выходе. И Путин четко сказал, что для северных и арктических территорий надо выпускать такие серийные самолеты малой авиации.

Далее. В отдельных субъектах Российской Федерации отмечается отток медицинского персонала из государственных и муниципальных учреждений по причинам миграции, возраста врачей, перехода в частные медицинские клиники. Это по Республике Коми.

В Чукотском автономном округе в 2014 году (это в докладе есть) вырос показатель младенческой смертности по сравнению с 2012–2013 годами. На территории округа отсутствуют действующие перинатальные центры, самостоятельные детские больницы, отделения хирургии новорожденных. Такая ситуация сложилась не только на Чукотке (я имею в виду, из-за отдаленности и огромной территории). Поэтому мы обязательно должны перейти уже к конкретным действиям. Все-таки в Конституции есть норма (ее никто не отменял), согласно которой качественная своевременная бесплатная медицинская помощь должна быть.

Далее. В настоящее время идет процесс подписания территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению. В Республике Саха (Якутия) дефицит средств составляет почти 2 млрд. рублей, о чем здесь говорилось, из-за чего в прошлом году весь сыр-бор поднялся. И Егор Афанасьевич Борисов, глава республики, и у министра, и у Заместителя Председателя Правительства Ольги Юрьевны Голодец был именно по этому вопросу с предложением внести изменения в методику распределения финансовых средств. Но вопрос так и остался нерешенным. В принципе Галина Николаевна об этом совершенно верно сказала, этот вопрос можно было решить и в рабочем порядке, не доводя до такого абсурда. Нормативы нагрузки не носят системный характер для территорий с низкой плотностью населения. В основном они рассчитаны на население по методике от 10 тысяч. А только в нашей республике 200 населенных пунктов являются малонаселенными и труднодоступными.

Сейчас правительством республики разрабатывается модель арктической медицины. Мы рассматривали закон... Есть кочевые школы. Есть народы, которые ведут кочевой образ жизни, – оленеводы, коренные народы Севера. И по ним, конечно, мы должны... Даже **в документах ЮНЕСКО** отражены эти моменты, нормы. И мы, конечно, должны это внести в федеральное законодательство.

Галина Николаевна, в принципе по арктической медицине есть предложения республики, и сегодня об этом доложат. Я думаю, это можно было бы тоже рассмотреть. Мы разрабатываем законы по Арктике и хотим это обязательно включить. Но Минздрав и фонд медицинского страхования здесь по нормативам должны помочь заранее. Понимаете?

У меня всё. Благодарю за внимание. Я думаю, что мы сегодня в ходе нашей работы обсудим это более подробно. В докладе есть об этом предложения.

**Г.Н. КАРЕЛОВА**

Спасибо, Александр Константинович.

Уважаемые коллеги, команда Республики Саха (Якутия) подготовила видеоролик, он почти на шесть минут. Была проведена большая работа, с тем чтобы представить реальную ситуацию, показать реальную картину развития медицинской инфраструктуры, есть система оказания медицинской помощи, поэтому я предлагаю посмотреть видеоролик. А далее, если вы поддержите, регламент таков: всем выступающим – до пяти минут, с тем чтобы все выступили. Принимается? Принимается.

Итак, уважаемые коллеги, предлагаю посмотреть видеосюжет Республики Саха (Якутия). Пожалуйста. *(Идет демонстрация видеоролика.)*

Очень хороший видеоролик. Вы знаете, я думала, что просто будут рассказывать, как обычно, какая ситуация, как все либо хорошо, либо плохо. Отчетно обычно мы пытаемся показывать ситуацию в регионе. Но вот так постановочно, четко, ясно... Тем, кто делал этот видеоролик, передайте от нас большое спасибо. Это очень хорошо подготовленный материал, и понятны проблемы. В принципе даже доклад можно не делать. Мы, конечно, предоставим слово министру, но тема понятна.

Продолжаем, уважаемые коллеги, основываясь на этих проблемах, на этом материале.

Я думаю, что сейчас, выступая, министр здравоохранения Республики Саха (Якутия) Охлопков Михаил Егорович сосредоточит свое внимание на подходах.

Пожалуйста, Михаил Егорович, Вам слово.

**М.Е. ОХЛОПКОВ**

Уважаемый президиум, уважаемые участники парламентских слушаний! Вашему вниманию представляется доклад на тему "Особенности организации нормативного регулирования медицинской помощи на примере Республики Саха (Якутия)".

Система здравоохранения Республики Саха (Якутия) в настоящее время обслуживает расстояние и масштаб, которые сопоставимы по территории организации медицинского обеспечения 15 регионов Российской Федерации. И если экстраполировать масштаб на центральную часть России, то площадь обслуживания и расстояние составят от Курской области до Ханты-Мансийского автономного округа.

Якутия не только самый большой регион в России, но и самая суровая территория по климатическим условиям, которая имеет три часовых пояса. Плотность населения в Республике Саха (Якутия) составляет 0,3 человека, численность проживающего населения – 956 тысяч человек, из них 69 тысяч – это жители арктических и северных районов.

Но мы исходим из позиции о ценности жизни каждого человека независимо от того, где он проживает. В связи с этим наши доводы сохранения имеющейся сети медицинской помощи становятся очевидными и актуальными. Приоритетно, мы понимаем, право каждого гражданина на охрану здоровья, закрепленное Конституцией Российской Федерации, вне зависимости от места проживания.

В последующих слайдах мы будем уже озвучивать проблемы и пути их решения. Все вы знаете приказ Министерства здравоохранения № 132н "О требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения". По нашему мнению, параметры оказания различных видов медицинской помощи в зависимости от форм и условий ее оказания в Республике Саха (Якутия) не соответствуют по времени, расстоянию и по численности населения. Даже в пределах одного взятого района на территории Якутии – Среднеколымского – мы не укладываемся в те нормативы, которые существуют в этом приказе, где написано, что неотложная медицинская помощь должна быть оказана в течение 120 минут, экстренная помощь – в течение 20 минут, а специализированная помощь – в течение 180 минут. И, посмотрите, между населенными пунктами Среднеколымского района по прямой, по геопорталу, который мы составляем, расстояние составляет 180 километров, а с учетом рельефа эта дорога составит 218 километров.

На данном слайде – другой пример, когда по геопорталу и по прямому отрезку мы в принципе укладываемся в эти нормативы, где написано, что организация первичной медико-санитарной помощи должна обслуживать радиус 6 километров, но с учетом рельефа местности дорога будет занимать уже 25 километров.

В Республике Саха (Якутия) функционирует трехуровневая система оказания медицинской помощи. Первый уровень – это 212 ФАПов, 67 врачебных амбулаторий, 150 участковых больниц, которые мы сохранили...

**Г.Н. КАРЕЛОВА**

Михаил Егорович, Вы не перечисляйте, поскольку мы всё видим. Извините, пожалуйста.

**М.Е. ОХЛОПКОВ**

Да. В связи с этим мы предлагаем рассматривать участковые больницы как вариант первичной специализированной медико-санитарной помощи. Большие расстояния и совокупность климатогеографических особенностей региона приводят к необходимости реструктуризации имеющихся медицинских организаций до второго уровня, которые оказывают специализированную медицинскую помощь. В настоящее время эту проблему частично снимает имеющаяся сеть участковых больниц.

Проблема вторая, тоже очень важная, – это отсутствие нормативного регулирования работы участковых больниц. В нормативах оказания первичной медико-санитарной помощи, в федеральном законе № 323, в приказах Министерства здравоохранения Российской Федерации № 43н и № 361н отсутствует вообще понятие "участковая больница", соответственно, отсутствуют нормативы содержания, стандарты оснащения, порядки оказания медицинской помощи. В настоящее время мы содержим участковые больницы, где имеются круглосуточные койки в населенных пунктах с низкой транспортной доступностью.

И в связи с этим мы предлагаем путь решения – изменить федеральный закон № 323 в части 6 статьи 33: в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях первичную медико-санитарную специализированную помощь оказывать в участковых больницах. И также возможны альтернативные варианты решения. Например, участковую больницу можно рассмотреть как филиал терапевтического и педиатрического отделений центральной районной больницы, но, к сожалению, филиалы не предусматривают дополнительный штат руководящего и обслуживающего персонала.

Второй вариант – участковую больницу можно считать мультиспециализированным отделением, но необходимо, чтобы участковый врач прошел профессиональную переподготовку и имел сертификаты по нескольким специальностям, таким как неврология, кардиология и так далее, но для этого требуется очень большое время, очень много финансов и так далее.

И третий вариант, наиболее подходящий, мы считаем, – в условиях Республики Саха (Якутия) разрешить врачу общей врачебной практики оказание круглосуточной стационарной медицинской помощи в условиях офиса врачебной практики или врачебной амбулатории и (мы хотим подчеркнуть) с оплатой законченного случая как при стационарной помощи.

Кроме этого, необходимо решить вопрос нормативов стационарной помощи. **Финансирование территориальной программы ОМС сверх базовой программы ОМС осуществляется за счет платежей субъектов Российской Федерации.** Вы слышали эту цифру – это около 2 млрд. рублей.

Мы предлагаем изменить федеральный закон № 326 в части 3 статьи 35, части 2 статьи 36: нормативы объемов стационарной медицинской помощи (так называемая частота госпитализации) устанавливаются дифференцировано для субъектов Российской Федерации с плотностью населения менее 0,7 человека на 1 кв. километр территории, что является расходным обязательством федерального бюджета.

Огромные сложности и финансовую нагрузку мы несем в связи с организацией санитарной авиации. Что мы имеем на сегодня? Первое – отсутствие законодательного регулирования и деятельности санитарной авиации, второе – это высокий тариф на оплату вызова санитарной авиации (посмотрите, в таблице достаточно хорошо представлено). В Республике Саха (Якутия) при количестве вылетов 1586 затраты составили 1 021 млн. рублей, тогда как в Красноярском крае при бóльшей частоте – 3300 вылетов – израсходовали всего лишь примерно 544 млн. рублей. В Республике Башкортостан частота вызовов составила 2350, и при этом они затратили 49 млн. рублей. В республике основная нагрузка по оказанию экстренной специализированной медицинской помощи ложится на санитарную авиацию. Другой альтернативы в Якутии для экстренной специализированной медицинской помощи нет.

Мы имеем шесть филиалов в Республике Саха (Якутия), которые (даже эти шесть филиалов!) не покрывают всю территорию Республики Саха (Якутия). При приведении в соответствие с нормативами экстренной, а теперь и плановой выездной работы санитарной авиации наши расходы могут возрасти до 9 млрд. рублей. В связи с этим мы предлагаем пути решения: первое – разработать и принять федеральный закон о санитарной авиации, потому что его нет; второе – это ежегодная федеральная субсидия на софинансирование расходов по санитарной авиации; третье – внести изменение в статью 148 главы 21 части второй Налогового кодекса Российской Федерации: освободить от налога на добавленную стоимость реализацию услуг по перевозке авиационным транспортом в целях оказания экстренной и плановой медико-санитарной помощи.

Также достаточно большая проблема (и это уже было озвучено) – это проблема влияния показателя индекса бюджетных расходов на распределение субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования по субъектам. Постановлением Правительства Российской Федерации № 462 верхний предел индекса установлен с коэффициентом 3, хотя для Республики Саха (Якутия) Министерством финансов установлен индекс бюджетных расходов в размере коэффициента 4,406. При этом мы недополучаем, по нашим расчетам, примерно около 4 600 млн. рублей. И, посмотрите, 60 субъектам Российской Федерации при нормативном ИБР 0,9

повысили этот коэффициент до 1, и при этом они получили перефинансирование до 50 млрд. рублей. В связи с этим мы предлагаем верхнее значение показателя уровня индекса бюджетных расходов субъектов Российской Федерации исключить.

И в конце мы бы хотели озвучить, почему мы в принципе боремся за это. И посмотрите показатели по Республике Саха (Якутия): рождаемость у нас достаточно высокая, она составила 17,1 промилле в 2015 году, тогда как в Российской Федерации этот показатель равен 13,3 промилле. Смертность у нас достаточно низкая по Российской Федерации и самая низкая по Дальневосточному региону. Смертность у нас составила в 2015 году 8,5 промилле, тогда как в Российской Федерации данный показатель составил 13,1 промилле. Естественный прирост населения у нас составил 8,6 промилле – это самый высокий показатель в Российской Федерации. В Дальневосточном регионе и в Российской Федерации этот показатель колеблется от 0,2 до 1 промилле. И обратите внимание, что мы достигли рекордной ожидаемой продолжительности жизни на территории Республики Саха (Якутия) – это 70 лет, 72,5 года.

Уважаемые коллеги, уважаемый президиум! Министерство здравоохранения Якутии и наши регионы со схожими трудностями надеются, что все наши доводы будут услышаны и начнется реальная работа по устранению имеющихся проблем. Благодарю за внимание.

**Г.Н. КАРЕЛОВА**

Спасибо. Михаил Егорович, а Вы сколько лет уже работаете министром?

**М.Е. ОХЛОПКОВ**

Три месяца.

**Г.Н. КАРЕЛОВА**

Три месяца?

**М.Е. ОХЛОПКОВ**

Да.

**Г.Н. КАРЕЛОВА**

Спасибо.

Дело в том, что, когда у нас была рабочая группа, мы добивались вот такой аргументации.

Если Вы помните, Александр Константинович, мы не могли этого добиться, поэтому у нас разговор был выстроен больше на эмоциях и рассуждениях, что надо двигаться вперед, надо улучшать, а конкретных расчетов не было сделано.

Поэтому спасибо огромное, что Вы представили, как полагается, расчеты. Есть обоснование, есть четкое понимание, какие предложения вы видите в федеральное

законодательство. Я знаю, что огромная работа была проведена по подготовке этих парламентских слушаний. И, насколько я знаю (мы с Людмилой Павловной всё предварительно почитали, и Людмила Павловна проинформировала), все ваши предложения мы включили в проект решения. Поэтому очень важно, когда будут выступать представители и Федерального фонда обязательного медицинского страхования, и Минздрава, уже конкретно говорить: это невозможно сделать по таким-то, таким-то причинам. Иначе у нас разговор снова будет носить характер "а хорошо бы", "а надо бы". Нам надо понимать по срокам, по шагам, какие конкретные предложения... Мы выстроим после этих парламентских слушаний конкретную программу действий, чтобы эта карта была. Прямо по срокам будем смотреть, что выполнено, как надо двигаться далее, иначе мы не продвинемся. Или вот такая жесткая, под контролем наша совместная работа, наше сотрудничество, или мы опять перед подготовкой бюджетов (того и другого) можем не войти... Если вы помните, мы начали серьезный разговор в прошлом году, когда был принят бюджет. А что разговаривать, когда все состоялось?

Поэтому спасибо огромное. Очень хороший доклад, самое главное – сделаны хорошие предложения. Благодарю Вас за это.

Слово предоставляется Корякину Александру Ивановичу, председателю постоянного комитета Государственного Собрания (Ил Тумэн) Республики Саха (Якутия) по здравоохранению, социальной защите, труду и занятости. Можно уже только дополнение к тому, что было сказано.

**А.И. КОРЯКИН**

Хорошо.

**Г.Н. КАРЕЛОВА**

Пожалуйста, Александр Иванович.

**А.И. КОРЯКИН**

Добрый день, уважаемая Галина Николаевна, уважаемый президиум, уважаемые участники парламентских слушаний! Прежде всего, от имени парламента нашей республики я хотел бы поблагодарить всех за внимание к жизненно необходимому для системы здравоохранения нашей республики вопросу, который обсуждается сегодня в формате парламентских слушаний.

В настоящее время в мире наблюдается повышенный экономический и геополитический интерес к Арктике и Северу. Для сохранения и дальнейшего развития Российской Арктики необходимо улучшить демографическую ситуацию на месте. И одной из основополагающих сфер, способствующих увеличению численности населения Арктической зоны, является

здравоохранение. Для закрепления и привлечения населения, в первую очередь молодежи, в районы Севера и Арктики необходимо предложить целый комплекс экономических стимулов и социальных гарантий, позволяющих сделать Арктику и Север России привлекательными и конкурентоспособными. Для этого мы предлагаем сохранить и возродить сеть организаций здравоохранения в малочисленных и отдаленных населенных пунктах Севера.

Постановлением Совета Федерации от 19 декабря 2012 года "О государственной поддержке социально-экономического развития Республики Саха (Якутия)" предусмотрено совершенствование федерального законодательства по оказанию первичной медико-санитарной помощи в условиях круглосуточного стационара в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях. Уже в 2013 году республика вышла с законодательной инициативой в Госдуму о внесении изменений в статьи 33 и 81 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в части отдельных особенностей районов Крайнего Севера и приравненных к ним местностей.

В своих посланиях последних лет Президент России неоднократно говорил о поспешности закрытия фельдшерских пунктов, участковых и районных больниц в пылу оптимизации затрат на здравоохранение.

Так, в Послании Федеральному Собранию на 2016 год Владимир Владимирович вновь отметил, что закрытие ФАПов на селе – это не лучший способ решения этой проблемы, и поручил Правительству до 1 марта 2016 года подготовить и утвердить методику оптимального размещения учреждений социальной сферы.

Совсем недавно, 16 мая этого года, состоялось заседание Комиссии при Президенте Российской Федерации по мониторингу достижения целевых показателей, где Президент опять отметил, что особое внимание необходимо уделить труднодоступным, удаленным районам, в том числе в Сибири и на Дальнем Востоке.

Все это показывает, что действительно назрела острая необходимость поменять систему, которая сейчас создана для оказания первичной медицинской помощи населению территорий с низкой плотностью.

Государство объявило освоение Арктики приоритетной задачей. Мы там строим школы, больницы, культурные объекты, используя средства бюджета республики, пытаемся удержать там население, пытаемся увеличить арктическое население. Но в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" практически создается ситуация выдавливания населения с этих территорий. Сегодня вопрос стоит очень остро: либо мы

закрываем Север и Арктику, отказываемся от того, что на их территориях будут жить люди, либо разрабатываем меры их поддержки, в том числе в сфере медицинского обслуживания.

Уважаемые присутствующие, призываю сенаторов, депутатов Государственной Думы, Министерство здравоохранения Российской Федерации еще раз рассмотреть вопрос о законодательном закреплении возможности реализации регионами права по организации оказания первичной медицинской помощи в стационарных условиях в труднодоступных, отдаленных и малонаселенных пунктах. Мы понимаем, что наша законодательная инициатива требует доработки, но концептуально (я еще раз призываю) ее надо в первом чтении принять, а потом уже вместе в порядке второго чтения внести коррективы.

Уважаемая Галина Николаевна, уважаемые присутствующие! Я еще раз благодарю вас за то, что сегодня мы собрались по этой теме. Очень надеюсь, что сегодня будут выработаны согласованные, правильные рекомендации. Желаю всем нам успешного завершения, чтобы эти парламентские слушания имели нужные последствия. Спасибо за внимание. Надеюсь на вашу поддержку.

#### **Г.Н. КАРЕЛОВА**

Спасибо, Александр Иванович. Спасибо за соблюдение регламента. Видно, что работает команда и исполнительной, и законодательной власти, и в этой части появился такой взвешенный вариант, даже целый пакет предложений.

Предоставляю слово Горбатовой Любви Николаевне, ректору Северного государственного медицинского университета Минздрава России (город Архангельск). Тоже просьба: до пяти минут. Пожалуйста.

#### **Л.Н. ГОРБАТОВА**

Уважаемая Галина Николаевна, уважаемый Александр Константинович, уважаемая Людмила Павловна, уважаемые участники парламентских слушаний! Социально-экономическое развитие северных и арктических регионов России невозможно без учета особенностей организации системы здравоохранения. Основной задачей здравоохранения является обеспечение каждого гражданина доступной медицинской помощью.

Необходимо сказать, что предложения, которые сегодня здесь будут озвучены, разработаны совместно Северным государственным медицинским университетом, правительством Архангельской области, министерством здравоохранения Архангельской области и комитетом Архангельского областного Собрания депутатов по здравоохранению и социальной политике.

В настоящее время структурные изменения системы здравоохранения значительно опережают развитие транспортной инфраструктуры и инфраструктуры связи, а тарифная политика в системе ОМС не учитывает особенностей северных территорий. С учетом низкой плотности населения, ограниченной транспортной доступности, наличия отдаленных и труднодоступных населенных пунктов необходимо закрепить на федеральном уровне применение повышающих коэффициентов к нормативам объемов медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и в условиях стационара.

Существует также необходимость законодательного регулирования следующих направлений: введение мер социальной поддержки отдельным категориям граждан отдаленных территорий в отношении проезда к лечебным учреждениям; введение законодательной нормы по созданию пациент-отелей при ЦРБ или медицинских учреждениях третьего уровня.

Назрела необходимость создания общероссийской системы санитарной авиационной помощи с целью снижения издержек и повышения ее качества и доступности. Необходимо создать гибкую систему тарифного регулирования деятельности структурных подразделений ЦРБ.

Для северных территорий требуется развитие нестандартных выездных форм оказания медицинской помощи. А для Северного морского пути актуальным является создание морских и речных госпитальных судов. Использование особого санитарного транспорта требует разработки его оснащения медицинским оборудованием.

Также назрела необходимость создания единой информационно-коммуникационной телемедицинской сети для северных и арктических территорий. Но при этом необходима доработка законодательной базы.

Важнейшей составляющей эффективного функционирования системы здравоохранения является ее кадровое обеспечение. С момента основания (с 1932 года) Северный государственный медицинский университет готовит кадры для всех регионов Европейского Севера. И в 1980-е годы, когда я оканчивала университет, 80 процентов врачей, например, в Мурманской области были выпускниками нашего университета. К сожалению, в последние годы наметилась тенденция направления абитуриентов в центральные регионы, в столицы, и возвращение выпускников из этих регионов, из столиц осуществляется далеко не всегда.

В связи с этим в итоговом документе, который я успела сейчас прочитать, к сожалению, нет ни одного слова, ни одного предложения, направленного на подготовку кадров в вузах, поскольку есть еще и проблемы, связанные с развитием инфраструктуры вузов. В частности, мы могли бы увеличить, например, государственное задание и целевой прием абитуриентов, если бы у

нас было достаточно мест в общежитиях. Соответственно, абитуриенты уезжают туда, где есть общежития, где есть условия для проживания. Кроме того, региональные министерства недостаточно эффективно используют систему контрактной целевой подготовки. На это тоже следует обратить внимание.

На наш взгляд, назрела необходимость создания координационного совета по кадровому обеспечению здравоохранения северных и арктических территорий. Мы предлагаем в сентябре 2016 года в рамках проведения Арктического совета в городе Архангельске такой совет создать.

Программа "Земский доктор" эффективно работает на территории Архангельской области, однако необходимо федеральное софинансирование программы "Земский фельдшер" для тех средних медицинских работников, которые едут в сельскую местность и в отдаленные населенные пункты. И, соответственно, в проекте итогового документа уже есть это предложение. Необходимо внесение изменений в законодательную базу, необходимо введение отсрочки от призыва на военную службу для тех, кто едет на работу в отдаленные населенные пункты.

Морская медицина – это еще одна тема, которая затрагивает большинство северных территорий, поскольку развитие Северного морского пути предполагается достаточно бурным. И, соответственно, есть необходимость еще в подготовке медицинских кадров для силовых структур, где также есть определенный дефицит.

В настоящее время разрабатывается концепция развития морской медицины. И, на наш взгляд, в медицинских вузах необходимо возродить военные кафедры...

#### **ИЗ ЗАЛА**

Правильно.

#### **Л.Н. ГОРБАТОВА**

...поскольку это имело бы не только очень большое значение для подготовки медицинских кадров запаса, но еще и воспитательное значение.

#### **Г.Н. КАРЕЛОВА**

Завершайте.

#### **Л.Н. ГОРБАТОВА**

В Северном государственном медицинском университете все направления научно-исследовательской деятельности на протяжении всех 83 лет связаны с изучением влияния Севера и Арктики на человека. Здесь хотелось бы отметить, что я предлагаю в итоговый документ также внести пункт по научно-методическому сопровождению системы здравоохранения. Приведу лишь один пример. Заболеваемость туберкулезом в Архангельской области по сравнению с другими

регионами в два (и даже более) раза ниже, нежели на других северных территориях, и только благодаря тому, что совместно с Всемирной организацией здравоохранения в течение многих лет идет научный проект по изучению особенностей туберкулезной палочки и влиянию лекарственных препаратов на туберкулезную палочку, геном которой расшифрован. И в принципе эти особенности имеют место быть. Это всего лишь один пример. Поэтому научно-исследовательская работа должна проводиться очень активно.

У нас сейчас очень активно идет разработка биоресурсов. Потребности в витаминах, микроэлементах на Севере значительно выше, нежели в средней полосе или на Юге, а нормы питания как для детей, так и для взрослых, к сожалению, сориентированы только на среднюю полосу. Скажем, дефицит витамина D у детей на сегодняшний день составляет до 80 процентов, у взрослых – более 60. Это тоже научно обосновано, и это нужно...

**Г.Н. КАРЕЛОВА**

Любовь Николаевна, завершайте.

**Л.Н. ГОРБАТОВА**

Все, я заканчиваю.

В связи с этим мы предлагаем на базе нашего университета (и это предложение было подано в Министерство экономического развития) создать научно-исследовательский центр комплексных медицинских исследований. Благодарю за внимание.

**Г.Н. КАРЕЛОВА**

Спасибо, Любовь Николаевна, за очень интересный и информативный доклад. Другое дело, что целый ряд тем, которые Вы поднимаете, требует отдельного обсуждения, поскольку сегодня нам важно по самым насущным вопросам определиться. Но тем не менее я думаю, что при доработке проекта рекомендаций мы учтем какой-то ряд предложений, которые действительно важно учесть уже на этом этапе, а все остальное включим в последующий план работы. В любом случае спасибо Вам за то, что такая работа университетом проводится, и я думаю, что мы Вас будем привлекать в качестве эксперта на подобные обсуждения.

Уважаемые коллеги, учитывая, что сейчас у нас параллельно пройдет второе мероприятие – по 1 гектару земли (я там руководитель рабочей группы), продолжит вести парламентские слушания Людмила Павловна. Но у нас идет прямая связь, в случае чего, если Минздрав не так будет отвечать, я вернусь.

Я очень надеюсь, что все продолжится так же конструктивно, и хотела бы, единственное, сказать вот о чем. Мы только что приехали, в частности я приехала, с форума по проблемам

развития здравоохранения, который проходил в Ялте. Этот форум, конечно же, касался предложений в программный документ партии "Единая Россия". Но учитывая, что речь идет в целом о разработке программы дальнейшего развития (руководителем партии является Председатель Правительства Дмитрий Анатольевич Медведев, он очень много комментировал и сделал большой доклад), какие-то позиции из тех, что были высказаны на этом форуме, будут учтены, и, в частности, некоторые позиции совпадают.

Во-первых, я предлагаю вам почитать выступление Дмитрия Анатольевича, это очень важно. Оно касается абсолютно всех направлений развития и совершенствования здравоохранения, а самое главное – решения задач по обеспечению доступности и качества медицинской помощи. Поэтому он сказал, что мы обязательно будем продвигать законопроект и ускорим принятие закона, который закрепляет позицию, что не может в органах местного самоуправления и в целом на сельских территориях и так далее приниматься решение о закрытии медицинской организации без учета общественного мнения, мнения населения этой территории. Та инициатива, которую продвигают депутаты от Республики Саха (Якутия), созвучна, поэтому мы обязательно будем везде подчеркивать и максимально учитывать соотношение этих двух законопроектов, поскольку они об одном и том же. И в этой части нам надо поработать. Но то, что вы свою роль сыграли и вас поддержали и другие регионы, и сейчас уже доработанный проект закона появился, – это серьезное продвижение.

Во-вторых, прозвучала тема и про "Земского фельдшера". Безусловно, трудное время, и трудно находить ресурсы на решение этой задачи. О том, что продолжится программа "Земский доктор", уже было сказано. Но я думаю, что если мы сегодня в рекомендациях, точнее, в проекте решения, запишем, что необходимо проработать и другую тему – "Земский фельдшер", то это будет тоже очень полезно. Мы вместе с депутатами Госдумы будем пытаться если не в следующем году (мы понимаем все финансовые особенности текущего периода)... По крайней мере мы будем стремиться, чтобы движение по этому направлению пошло, может быть, поэтапно, начиная с этих пяти территорий, а потом уже, расширяя эту программу, можно будет двигаться и по другим территориям. По крайней мере я думаю, что здесь эта тема звучит и звучит правильно. Поэтому призываю вас посмотреть.

Я очень внимательно прочитала проект решения, я его поддерживаю. Еще раз хочу вас заверить, что я поставлю на контроль выполнение тех решений, которые вы сегодня примете. И очень рассчитываю, что представители Федерального фонда обязательного медицинского страхования и Минздрава сегодня позитивно отреагируют на наш проект решения.

Прошу меня извинить, так получилось сегодня, что я по времени уже больше не смогу присутствовать. Еще раз спасибо вам за активное участие в парламентских слушаниях.

Пожалуйста, Людмила Павловна.

**Л.П. КОНОНОВА**

Уважаемые участники слушаний! Продолжаем нашу работу. Вашему вниманию представляется видеосюжет об организации оказания медицинской помощи в Ямало-Ненецком автономном округе. Пожалуйста. *(Идет демонстрация видеоролика.)*

Уважаемые коллеги, сейчас в развитие темы слово предоставляется заместителю председателя Законодательного Собрания Ямало-Ненецкого автономного округа Елене Геннадьевне Зленко.

Пожалуйста, Елена Геннадьевна. Просьба соблюдать регламент.

**Е.Г. ЗЛЕНКО**

Уважаемые коллеги! Сегодня мы говорим об арктической модели медицины, которая необходима для восьми субъектов Российской Федерации, входящих в Арктическую зону. Ведь она действительно не зря выставлена своими особенностями.

Изданы указы Президента и утверждена программа развития Арктической зоны тоже не зря, потому что у этих территорий, субъектов, входящих в нее (Мурманской области, Ненецкого, Ямало-Ненецкого, Чукотского автономных округов, Республики Коми, Красноярского края, Архангельской области), есть общие особенности, которые и определяют формирование новой арктической модели организации здравоохранения. Мы не говорим, что это будет модель, отдельная от того, что строится сегодня в Московской или Рязанской области, но то, что эта модель медицины должна отличаться своими коэффициентами, нормативами, мне кажется, убедительно сегодня представили все предыдущие докладчики. И сегодня Министерство здравоохранения и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, к сожалению, пока не видят этой специфики, ссылаясь в своих письмах только на коэффициенты дифференциации и индекс бюджетных расходов, которые, по их мнению, закрывают все наши проблемы. Это не так, и сегодняшние выступления, сегодняшние парламентские слушания как раз говорят об этом.

Что я хочу сказать? Действительно, сегодня достижение регионов Арктики – это коренные малочисленные народы Севера. И предыдущие докладчики, и мы можем говорить сегодня о естественном приросте, о снижении младенческой смертности, о снижении материнской смертности в этих регионах. Но какой ценой это дается регионам! И почему бы эти усилия сегодня

не поддержать на уровне Федерации? Ведь наличие коренных малочисленных народов Севера ни в одном федеральном документе здравоохранения не учтено. Соответственно, каким образом мы можем обеспечивать доступность медицинской помощи для этого населения, сохранить его популяцию и даже приумножить, учитывая, что они ведут традиционный образ жизни?

У нас сегодня выпасается 500 тысяч оленей, и предприятие "Ямальские олени" является единственным поставщиком оленины, сертифицированным на европейский рынок, единственным продовольственным предприятием России, которое смогло пробиться на этот рынок и поставлять продукцию. Как сделать так, чтобы помощь коренному населению была доступной и эффективной?

Мы считаем, что первое, куда нужно вносить изменения, – это, безусловно, федеральный закон № 323. Я не хочу повторять то, о чем сегодня говорили коллеги из Якутии, я лишь расставляю еще ряд акцентов, о чем сегодня не говорили.

Итак, санавиация. Сегодня предлагается разработать закон о санавиации, хотя в законе об охране здоровья есть термин "санитарная эвакуация". Но что мы хотим сказать? Может быть, отдельный закон – это очень долгий путь. Давайте сделаем раздел, посвященный санавиации, и предусмотрим не только экстренную помощь, которую оказывают, потому что ведь коренному населению (вы видели, что добраться в места кочевий можно только санитарной авиацией и вертолетами) нам нужно организовать плановую помощь. Она бы включала, безусловно, и обследование, и плановый вывоз беременных женщин. У нас 4 тысячи детей в тундре! Вы можете себе представить, как обеспечить сегодня педиатрическую службу на уровне участковых больниц и разъездных бригад? Как это можно сделать в условиях таких расстояний и такого климата? Но, еще раз говорю, сегодня эти особенности, касающиеся наличия коренного населения (я говорю сейчас не только о Ямале, я говорю о наших коллегах из Ненецкого автономного округа, Якутии, с севера Красноярского края, Чукотки), – это общий тренд всех арктических субъектов, которые сегодня включают 5 процентов населения страны (7,2 миллиона человек), занимая 46 процентов территории России. Мы хотим, чтобы коэффициенты для этих семи субъектов были пересмотрены и санавиация имела возможность оказывать как экстренную, так и плановую помощь для сохранения коренных малочисленных народов Севера.

Следующее – внесение изменений, о которых сегодня не говорили. Возьмем полномочия органов местного самоуправления. С точки зрения законодателей, термин "создание благоприятных условий" можно трактовать по-разному. И мне хотелось бы, чтобы и члены Совета Федерации обратили внимание на то, что такое благоприятные условия для оказания медицинской помощи. Это может быть поздравление ко Дню медика, а может быть строительство общежития,

пациент-отеля, о чем сегодня говорилось, или служебного жилья. Так вот, поверьте, каждый глава муниципалитета трактует это по-разному. И до тех пор, пока в законе не будет расшифровки, что это такое (либо подводка инженерных сетей к лечебному учреждению, ремонт любого лечебного учреждения – участковой больницы или стационара, либо какие-то иные формы), наши главы будут трактовать это по-разному и не реализовывать свои полномочия в той мере, в какой это необходимо.

Еще хочу сказать о том, о чем сегодня не говорили. Сегодня северные и арктические субъекты Федерации переходят на освоение природных ресурсов и месторождений на шельфе, и сегодня есть проекты в Ненецком автономном округе, у нас, на Ямале. Буквально вчера Президент открыл новый терминал добычи нового сорта нефти – Novy Port – на нашем Новопортовском месторождении, отгрузка которой на рынки Европы осуществляется уже больше года. Так вот, Novy Port – это новый бренд российской нефти. Запомните, за ним будущее.

Для того чтобы осуществлять хозяйственную деятельность на отдаленных точках Ямала и оказывать медицинскую помощь, у нас привлекаются так называемые вахтовики. 400 предприятий организуют свой труд вахтовым методом. И 86 тысяч человек (среднесписочная численность) привлекается, 92 – на сегодня. Можете себе представить? Целый город вахтовиков появляется на Севере. А каким образом им оказывать медицинскую помощь? Ни Минздрав, ни ФОМС не видят этой численности населения.

Почему не видят? Нет статистического учета вахтовиков. Мы сегодня формируем статистику за счет средств окружного бюджета, доплачивая органам статистики. Первое, что нужно сделать, – это провести учет работников, осуществляющих трудовые отношения вахтовым методом.

Второе. Каким образом оказывается медицинская помощь им? Экстренная помощь – за счет санавиации. И вы сегодня уже видели, что с помощью санавиации приходится оказывать не только медицинскую помощь коренным народам, но и экстренную помощь работникам, трудящимся вахтовым методом. Сегодня эти работники получают медицинские справки согласно приказу Минздрава № 302, так скажем, на своей территории, где они проживают. Когда они попадают в экстренном случае в наше лечебное учреждение, врачи буквально за считанные минуты должны определить заболевание, поставить диагноз, оказать помощь, может быть, даже и на борту вертолета. Причем в условиях Арктики... Получив в своем населенном пункте (допустим, в Уфе, в Башкирии) справку о том, что он здоров, в условиях значительных колебаний температур, короткого светового дня у человека начинают обостряться заболевания и появляться новые.

Сегодня для такой категории людей вообще нет никакого пункта с точки зрения оказания медицинской помощи.

Так вот, наше предложение – внести в приказ Минздрава № 302 пункт, который касается прохождения медицинских осмотров работниками, работающими вахтовым методом, на территории того субъекта, где вахта осуществляется. Тогда у наших лечебных учреждений будет хотя бы первичная информация об этом работнике, его состоянии здоровья, и тогда будет легче оказать экстренную помощь, если действительно возникнет такая необходимость, а возникает она достаточно часто. И если этого не делать, то мы получим повышение смертности во многих арктических регионах, где есть освоение нефтяных месторождений, именно уже на шельфе, то есть уже практически в море.

Далее. Сегодня вахтовики везут еще одну проблему, решение которой тоже надо закреплять нормативно, – необходимо проводить плановые обследования на ВИЧ. Потому что руководители нефтегазового комплекса говорят: "Мы сегодня на жестком бюджетировании. Если не будет строки в федеральном нормативном акте, мы не можем осуществлять эти расходы". Сегодня в 46 раз выше заболеваемость ВИЧ среди вахтовиков по сравнению с населением, которое живет на территории автономного округа, то есть они сегодня формируют статистику ВИЧ. Почему? Потому что у себя они не проходят обследования (кто-то знает, кто-то не знает) и везут это заболевание в тундру, заражая коренное население. Это уже не секрет. А лечить это заболевание среди коренного населения с учетом их специфики семейных отношений, поверьте, очень и очень сложно.

Так вот, частью арктической модели медицины должны быть, во-первых, обеспечение доступности медицинской помощи для коренных народов, во-вторых, организация медицинской помощи работникам, работающим вахтовым методом.

И третий момент, который я хотела бы еще отметить, – это туберкулез. Сегодня вскользь было сказано об этом социально значимом заболевании. Стыдно, наверное, говорить о том, что в России он еще не побежден сегодня, но тем не менее особые очаги распространения как раз имеются в тундре среди коренного населения. Почему? Потому что у нас сегодня нет законодательной нормы, которая (пусть это звучит не очень хорошо) позволяла бы принудительно лечить людей от туберкулеза.

Мы не можем заставить сегодня изъять из семьи, которая кочует, людей, заболевших открытой (заразной) формой туберкулеза, и пролечить их. Безусловно, раздаются таблетки, есть

санитарные фельдшеры в семьях, но все это не решает проблемы. И, безусловно, это тоже для нас тяжелая проблема, если мы не будем вносить изменения по данной теме.

Еще хочу сказать, что проект закона о развитии Арктической зоны Российской Федерации, который мы получили, разработанный Правительством и внесенный в Государственную Думу, закрепляет термин "доступность медицинской помощи". Но если мы не изменим подходы к формированию модели и не закрепим сегодня самый главный тезис – все-таки формирование арктической модели медицины, а внесем изменения разово в один нормативный акт или в другой нормативный акт, мы не решим проблему. Нужна комплексная работа в рабочей группе при Министерстве здравоохранения, которая проанализировала бы всю нормативную базу, которая сегодня есть, посмотрела бы соответствующие приказы Министерства здравоохранения, работу Федерального фонда обязательного медицинского страхования с территориями и подготовила пакетный (я на этом настаиваю) набор изменений в законодательство, и только тогда мы сможем добиться решения тех вопросов, которые сегодня озвучены.

Мне кажется, главным тезисом, еще раз подчеркиваю, является не перечень законопроектов, хотя это тоже важно и нужно, и мы поддерживаем все те предложения, о которых представители Якутии сказали (я не стала их называть в своем докладе, они все у меня прописаны, я полагаю, что не нужно повторяться), а главное – нужно сформировать рабочую группу, которая будет вносить соответствующие изменения в российское законодательство. Спасибо.

### **Л.П. КОНОНОВА**

Спасибо большое, Елена Геннадьевна. Очень дельные предложения. И то, что касается санавиации, будет обязательно учтено (уже учтено), и по вахтовикам, и по коренным малочисленным народам.

### **Е.Г. ЗЛЕНКО**

Я доклад передам со всеми предложениями.

### **Л.П. КОНОНОВА**

Хорошо. Но у нас, имейте в виду, еще ведется стенограмма, поэтому расшифровка Вашего выступления будет. И доклад от Вас тоже ждем.

Единственное, с чем я, может быть, хотела бы не согласиться – с тем, чтобы в федеральном законе № 323 мы четко прописывали полномочия муниципалитетов по созданию благоприятных условий для оказания медицинской помощи, потому что логика закона № 323 изначально была такова: это право отдавалось, делегировалось субъектам. Каждый из субъектов Российской Федерации в развитие закона № 323 принял собственный закон об основах охраны

здоровья граждан, и там в зависимости от возможностей субъекта прописано, что такое создание благоприятных условий. То есть это предложение надо еще очень хорошо обсудить. И Вы прекрасно понимаете, что, если мы закрепим такие полномочия за муниципалитетами, завтра к ним придут надзорные органы и так далее и будут с них спрашивать неукоснительное выполнение закона. Поэтому здесь каждый субъект волен расшифровать так, как он это понимает.

Слово предоставляется представителю Ненецкого автономного округа – первому заместителю руководителя Департамента здравоохранения, труда и социальной защиты населения Олегу Юрьевичу Зайцеву. Это также регион, для которого свойственны все обозначенные проблемы. Он входит в пятерку тех северных регионов, у которых также индекс бюджетных расходов более 3, и для него тоже интересна отмена верхнего предела этого индекса.

Пожалуйста, Олег Юрьевич.

### **О.Ю. ЗАЙЦЕВ**

Уважаемые члены президиума, уважаемые участники парламентских слушаний! Ненецкий автономный округ – один из самых некрупных субъектов Федерации по численности населения: в нашем округе проживает всего чуть более 43 тысяч человек. Тем не менее это один из достаточно крупных регионов по площади, имеет свои особенности, поэтому краткая характеристика демографических показателей будет представлена в сегодняшнем докладе. (Следующий слайд, пожалуйста.)

На сегодняшний день по показателям рождаемости мы занимаем почетное третье место в Российской Федерации, являясь регионом с одними из самых высоких показателей рождаемости.

Показатели смертности у нас также значительно ниже среднероссийских показателей и показателей Северо-Западного федерального округа, к которому относится Ненецкий автономный округ. (Следующий слайд, пожалуйста.)

В постоянном режиме анализируется смертность от различных классов причин. Несмотря на то что у нас общие показатели ниже, чем общероссийские, основными факторами смертности у нас являются не только объективные факторы – это наши климатогеографические условия, старение населения, к сожалению, серьезной проблемой является алкоголизация населения, поздняя обращаемость пациентов за медицинской помощью и то, о чем только что говорилось, – это действительно низкое качество медицинских осмотров, проводимых на других территориях, работников, которые работают вахтовым методом. Это такая краеугольная мысль, с которой действительно мы абсолютно согласны и которую я также хотел бы отметить в своем докладе.

(Пожалуйста, следующий слайд.)

Узкие места в системе здравоохранения обусловлены прежде всего объективным фактором – низкой транспортной доступностью. У нас только один город – Нарьян-Мар, столица региона, все остальное – это поселки. И транспортная доступность имеется только до близлежащих поселков, все остальные населенные пункты не имеют автомобильного сообщения. Со всеми остальными населенными пунктами Ненецкого автономного округа сообщение (а следовательно, и эвакуация пациентов) возможно только путем санавиации. Именно поэтому санавиация – это та тема, которую, я считаю, необходимо развивать как можно больше именно в таких регионах, как наш. Поскольку железнодорожное сообщение в округе полностью отсутствует, только санавиация позволяет спасать жизни у нас в субъекте.

Кроме того, конечно, значимым вопросом является недостаточная укомплектованность медицинскими кадрами. Несмотря на то что у нас есть и целевой набор, и самые разнообразные региональные пособия (не буду на них останавливаться, они существуют, они значимые: мы даем квартиры, оплачиваем съем квартиры и так далее), тем не менее, как одно из предложений, просил бы все-таки рассмотреть возможность возвращения системы распределения студентов медицинских университетов, обучающихся на бюджетной основе. Этот вопрос неоднократно обсуждался на различных уровнях, это предложение высказывалось, тем не менее окончательного решения на сегодняшний день не принято. А все-таки возвращение системы распределения именно для бюджетников позволит решить вопрос дефицита медицинских кадров, в том числе и на наших, северных, территориях.

Кроме того, необходимо активным образом развивать телемедицину. Опять-таки в условиях низкой транспортной доступности именно телемедицинская помощь является тем видом помощи в виде телемедицинской консультации, которая может быть оказана пациенту в течение минимального временного промежутка. Насколько нам известно, Министерством здравоохранения ведется очень большая работа по развитию телемедицинских технологий, в том числе наш регион попал в пилотный проект. Тем не менее на сегодняшний день до конца не решена проблема финансирования помощи в рамках телемедицины, хотя разговор о том, чтобы включить ее в систему обязательного медицинского страхования, ведется уже давно. (Следующий слайд, пожалуйста.)

Безусловно, у нас утверждены, разрабатываются и реализуются планы по снижению смертности от различных факторов. Эти вопросы на постоянном контроле департамента и медицинской общественности. (Следующий слайд.)

Безусловно, у нас есть определенные резервы по повышению рождаемости, несмотря на то что имеется снижение числа женщин фертильного возраста. И у нас имеют место быть серьезнейшие меры социальной поддержки, более 40 видов различных мер поддержки, утвержденных региональным законодательством, в том числе прежде всего молодых семей, мер, направленных на повышение рождаемости. Кроме того, у нас имеется положительная динамика снижения количества абортотворения и очень хорошая динамика по экстракорпоральному оплодотворению. У нас полностью отсутствует очередь в регионе на экстракорпоральное оплодотворение, и женщины самостоятельно выбирают клинику (это может быть Архангельск, Санкт-Петербург и другие города). Региональный материнский капитал у нас в этом году планируется проиндексировать, и он будет составлять 366 тыс. рублей. (Следующий слайд, пожалуйста.)

Безусловно, на демографические параметры косвенно влияют и состояние системы образования, и доступность мест в детских садах. Хочется отметить, что дети в возрасте от трех до семи лет у нас стопроцентно обеспечены детскими садами, очередь ликвидирована. К сожалению, есть проблема по обеспечению детскими садами детей в возрасте до трех лет. Эти вопросы решаются, имеются планы на строительство соответствующих образовательных учреждений. (Следующий слайд, пожалуйста.)

**Л.П. КОНОНОВА**

Может быть, мы не будем здесь говорить про майские указы?

**О.Ю. ЗАЙЦЕВ**

Да-да.

**Л.П. КОНОНОВА**

Перейдите к конкретным предложениям.

**О.Ю. ЗАЙЦЕВ**

Конкретные предложения: первое – развитие санитарной авиации; второе – возможность возвращения системы распределения для выпускников, обучающихся за бюджетные средства в медицинских университетах; третье – дальнейшее развитие и законодательное закрепление телемедицинских технологий, в том числе ввод их в сферу обязательного медицинского страхования. Спасибо.

**Л.П. КОНОНОВА**

Спасибо, Олег Юрьевич.

По Вашим предложениям я сразу могу дать некоторый комментарий.

Что касается телемедицинских услуг, на сегодняшний день огромная работа проделана Министерством здравоохранения, подготовлены изменения в законодательство в части регулирования телемедицинских услуг. Мы проводили заседание Экспертного совета по здравоохранению при Комитете Совета Федерации по социальной политике под руководством Натальи Николаевны Стадченко и ставили также вопрос о том, чтобы был отдельный тариф на телемедицинские услуги. Наталья Николаевна нас поддержала, но пока эта работа не завершена. Давайте мы это тоже тогда в рекомендации включим.

Что касается системы распределения, этот пункт мы, к сожалению, не сможем включить в наши рекомендации, поскольку он противоречит Конституции Российской Федерации.

Вы знаете, что сегодня выбран путь для того, чтобы решить кадровую проблему, – это работа по заключению целевых договоров. Составлена "дорожная карта" для каждого региона. Мы видим, что количество целевых договоров доводится до 80 процентов. Таким образом мы можем эту проблему решать. Распределение – к сожалению, антиконституционная норма.

И по санавиации мы также предложение учли в рекомендациях.

Спасибо, Олег Юрьевич.

Сейчас мы завершаем блок регионов и переходим к выступлениям руководителей исполнительных органов нашего здравоохранения.

Пожалуйста, Ирина Ивановна Зубкова, заместитель директора Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России.

### **И.И. ЗУБКОВА**

Добрый день, уважаемый президиум, уважаемые участники парламентских слушаний! Территориальное планирование как один из инструментов доступности оказания медицинской помощи. Одним из приоритетных направлений работы Минздрава Российской Федерации является совершенствование нормативно-правовой базы, обеспечивающей доступность медицинской помощи.

Доступность медицинской помощи определяется рядом критериев. Одними из них являются сроки ожидания медицинской помощи, которые впервые были установлены программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в 2015 году, также требования к размещению структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь жителям сельских труднодоступных и малочисленных населенных пунктов, как на основе численности населения, так и расстояния до ближайшей медицинской организации.

У нас была проделана определенная работа и внесено изменение в положение № 543 о первичной медико-санитарной помощи, где предусматривались временные параметры оказания различных видов медицинской помощи в зависимости от формы (экстренная и неотложная) и условий ее оказания (амбулаторно, стационарно) с учетом численности населения. Также в этом году впервые был издан приказ Минздрава от 27 февраля 2016 года № 132н "О требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения". Данный приказ проходил общественное обсуждение. Хочу сказать большое спасибо представителям министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия), которые приезжали к нам, обсуждали. Мы сняли все вопросы по этому приказу. И вторым субъектом, который дал предложения (только два субъекта дали нам предложения), является Красноярский край.

Также хочется отметить, что в этом приказе есть такая сноска (прочтите, пожалуйста, его внимательно), что руководители субъектов Российской Федерации могут корректировать эти параметры с учетом климатогеографических особенностей, транспортной доступности. Это не значит, что если там написано: на 50 тысяч населения амбулаторно-поликлиническое учреждение... Если руководитель субъекта Российской Федерации считает, что ему нужно на 25 тысяч, то это полномочие субъекта он может исполнить.

Кроме этого, Минздравом России впервые была начата с октября 2015 года и проведена работа по созданию геоинформационной системы. К данной работе были также привлечены территориальные органы Росздравнадзора и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Сегодня эта система содержит информацию уже о более чем 162 тысячах населенных пунктов с указанием численности проживания в них, в том числе и детского населения, о 60 тысячах медицинских организаций и их структурных подразделениях всех форм собственности и ведомственной принадлежности, участвующих именно в реализации территориальной программы госгарантий, с указанием коечного фонда и числа посещений в смену. Также там нанесена дорожно-транспортная сеть. Основная задача этой геоинформационной системы – стать инструментом для анализа доступности медицинской помощи, основанным на потребностях и требованиях нормативных правовых документов.

Также нами был проведен в целом по Российской Федерации анализ доступности первичной медико-санитарной помощи и установлено, что вне зоны шаговой доступности от медицинской организации (а это более 6 километров в соответствии с нормативной базой) у нас

находится более 17 тысяч населенных пунктов, из которых почти 90 процентов – это населенные пункты с численностью менее 100 человек. Всего в Российской Федерации у нас около 80 тысяч населенных пунктов с численностью менее 100 человек.

Каждому субъекту Российской Федерации был предоставлен ключ от геоинформационной системы, с регионами проводились совещания, консультации, на которых был обсужден алгоритм проведения картографического анализа, основная цель которого – это выявление населенных пунктов, находящихся вне зоны обслуживания первичной медико-санитарной помощи, скорой специализированной медицинской помощи, и разработка именно маршрутизации до ближайшей медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь определенного вида.

Всеми субъектами Российской Федерации в настоящее время разработаны планы мероприятий, или "дорожные карты", по обеспечению доступности медицинской помощи жителям населенных пунктов, находящихся вне зоны медицинского обслуживания, включая в себя организационно-управленческие, градостроительные, материально-технические, нормативно-правовые и иные мероприятия.

Указанные "дорожные карты", утвержденные руководителями органов государственной власти в сфере охраны здравоохранения, согласованы с заместителем высшего должностного лица – руководителя высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации. По состоянию на 20 мая все субъекты Российской Федерации представили эти "дорожные карты" в Минздрав России.

В настоящее время Минздрав России приступил ко второму этапу данной работы. Данная работа позволит оценить эффективность текущего и перспективного территориального планирования здравоохранения в субъектах Российской Федерации, повысить степень ответственности именно руководителей органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здравоохранения и минимизировать риски необоснованных структурных преобразований для проведения всех оптимизационных мероприятий.

Хочу отметить, что из всех, так скажем, в полном объеме и правильно оформленная "дорожная карта" была представлена Республикой Саха (Якутия). Проанализировав эту "дорожную карту", хочу немного рассказать, какие мероприятия Республика Саха (Якутия) планирует проводить с 2017 по 2019 годы.

В Республике Саха (Якутия) в 34 муниципальных районах, отнесенных к районам Крайнего Севера, располагается 686 населенных пунктов, в 55 из которых население не проживает. Значит, и губернатор должен эти 55 населенных пунктов в соответствии с законодательством

списывать, чтобы в Росстате просто так эти населенные пункты не висели. В 14 проживает от 1 до 100 человек, в 130 проживает от 100 до 300 человек и так далее. Так, практически в каждом населенном пункте, находящемся вне зоны медицинского обслуживания, численность населения которого не превышает 100 человек, предусмотрена организация домашних хозяйств и связанного с ними круглосуточного консультативно-врачебного пункта.

Так, в 2017–2019 годах в 10 населенных пунктах предусмотрено открытие фельдшерско-акушерских пунктов, а в селе Беркакит – врачебной амбулатории (это четвертый квартал 2018 года, это ваши данные) по системе государственно-частного партнерства.

Кроме того, для ряда населенных пунктов разработаны мероприятия по организации и координации выездных форм оказания медицинской помощи на уровне единого диспетчерского центра, повышению квалификации врачей-специалистов мобильных бригад, оснащению их необходимым оборудованием, запланированы мероприятия по совершенствованию порядков маршрутизации пациентов и разработке методических рекомендаций по оказанию первой медицинской помощи.

Одновременно с этим для труднодоступных и отдаленных населенных пунктов предусмотрено оснащение телемедицинским оборудованием и закрепление ответственных врачей-специалистов.

Вместе с тем для организации оказания медицинской помощи жителям поселка Хани (там проживают 677 человек) будет заключено межрегиональное соглашение с Амурской областью об оказании специализированной помощи на базе Тындинской ЦРБ. По мнению Минздрава России, подобный подход к организации оказания медицинской помощи, предусматривающий оценку территориальной доступности до медицинских организаций и их структурных подразделений от каждого населенного пункта субъекта Российской Федерации, повысит степень ответственности руководителей органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здравоохранения и именно минимизирует риски необоснованных структурных преобразований.

И хочу сказать о проекте федерального закона, о котором говорилось ранее. Около двух месяцев назад Минздрав России поддержал проект, дал официальный отзыв и направил его в Правительство Российской Федерации.

**Л.П. КОНОНОВА**

А поддержал в каком смысле? Еще раз...

**И.И. ЗУБКОВА**

Мы дали положительный официальный отзыв, поддержали его.

**Л.П. КОНОНОВА**

Хорошо, спасибо.

Учитывая, что Ирина Ивановна может вернуться в Минздрав, если есть вопросы, можно сейчас Ирине Ивановне их задать. До пяти минут давайте.

Коллеги, есть вопросы?

**С МЕСТА**

*(Говорит не в микрофон. Не слышно.)*

**И.И. ЗУБКОВА**

Проект по оптимизации и ликвидации медицинских организаций в сельских поселениях. Невозможно их ликвидировать без общественных слушаний.

**Л.П. КОНОНОВА**

Это как раз то, что вносилось, предложение Якутии, и то, о чем вчера сказал Дмитрий Анатольевич на форуме.

**И.И. ЗУБКОВА**

Да, да.

**Л.П. КОНОНОВА**

От Вас не прозвучало, Ирина Ивановна, все-таки как вы относитесь к законодательной инициативе Якутии в части возможности оказания первичной медицинской помощи в стационарных условиях.

**И.И. ЗУБКОВА**

Этот законопроект уже около двух лет мы обсуждали и давали отрицательную оценку.

**Л.П. КОНОНОВА**

А можно аргументацию отрицательной оценки еще раз кратко и четко?

**И.И. ЗУБКОВА**

Потому что то, что предлагает такой законопроект в территориальную программу госгарантий, мы не можем оплачивать, это не страховой случай.

**Л.П. КОНОНОВА**

Ирина Ивановна, Вы слышали сегодня и позицию Галины Николаевны, и позицию региона, регион настаивает на этом. Я знаю, конечно, что Вероника Игоревна встречалась с руководством республики, с министерством здравоохранения, что были даны определенные рекомендации организационного характера, как можно решать проблему более доступной

медицинской помощи, но это все равно организационными мерами не решить без внесения изменений в федеральный закон.

**И.И. ЗУБКОВА**

Здесь нужно вопрос проработать не только с Минздравом России, но и с Министерством труда и социальной защиты, потому что здесь еще социальная направленность должна быть. У нас департамент прорабатывает этот вопрос, не наш департамент, поэтому в каком это сейчас виде в настоящее время, я не могу сказать.

**Л.П. КОНОНОВА**

Это очень плохо, Ирина Ивановна, что Вы не можете сказать, поскольку мы хотели услышать от Минздрава четкую аргументацию позиции по данному законопроекту. По одному Вы сказали, что есть положительное заключение, а по другому нужна четкая аргументация: если нет, то почему.

**И.И. ЗУБКОВА**

Мы представим дополнительно.

**Л.П. КОНОНОВА**

Хорошо, мы тогда направим еще...

**А.К. АКИМОВ**

Правильно сказали, это касается именно арктических территорий. Понимаете? Сейчас вообще закон по Арктике будет. У вас никакой другой аргументации... Вам же четко здесь объяснили докладчики, и министр объяснил, и представители регионов, а у Вас никакой аргументации нет, Вы говорите, что не будет тогда... Вы должны поддержать эту законодательную инициативу, положительно... имеется в виду, обосновать нормально с этой точки зрения.

**Л.П. КОНОНОВА**

Александр Константинович, Ирина Ивановна доведет, я думаю, до руководства нашу позицию, обязательно будут направлены рекомендации, и, как уже сказала Галина Николаевна, возможно, будет создана некая рабочая группа по анализу и по совершенствованию тех предложений, которые были сделаны.

Есть ли еще вопросы?

**М.Е. ОХЛОПКОВ**

Да, есть.

**Л.П. КОНОНОВА**

Пожалуйста. От Якутии сначала.

**М.Е. ОХЛОПКОВ**

Вопрос по поводу санитарной авиации. Мы говорили (и представитель от Ямало-Ненецкого автономного округа говорила) о том, что не только экстренная работа должна быть, но и плановая. Вы сами подчеркнули, что у нас будут домовые хозяйства. Мы с этим согласны, допустим. Но как планоно выезжать в домовые хозяйства, если там дороги нет?

**И.И. ЗУБКОВА**

По санавиации у нас есть поручение Президента, проводится работа. Было предложение провести "пилоты", но сейчас с МЧС (это очень большая работа) просчитывается, сколько нужно денег и так далее.

Ведется работа совместно. Это межведомственная такая задача, не только Минздрава России.

**А.К. АКИМОВ**

Санавиацию надо обязательно включить. В советское время была... Это четко...

**И.И. ЗУБКОВА**

Минздрав России поддерживает. Это прорабатывается. Даже прорабатывается с Минтрансом, какие виды бортов и так далее. Я не могу сказать Вам, что мы не поддерживаем. Наоборот, мы выходим с инициативой. Есть поручение Президента. Просчитываем...

**А.К. АКИМОВ**

Нормативный документ должен быть.

**И.И. ЗУБКОВА**

Это всё совместно... Это все идет общим...

**Л.П. КОНОНОВА**

Еще вопросы есть?

**А.И. КОРЯКИН**

Ирина Ивановна, я даже не знаю, как правильно объяснить. Мы столько лет на эту тему разговариваем... Вы сегодня опять первичную позицию озвучили. То есть вся наша работа, я считаю, на Ваш взгляд, ничего не стоит, потому что ответов никаких нет. Все высказывания, вплоть до главы России, Президента Российской Федерации, получается, тоже вхолостую... Как вопрос на первом заседании озвучивался, он и сейчас так же стоит, и такой же Вы ответ даете. Никакого движения нет. Мое мнение такое.

**Л.П. КОНОНОВА**

Спасибо.

Пожалуйста, коллеги, только не мнения, а вопросы задаем.

### **ВОПРОС**

Очень короткий вопрос. С телемедициной понятно: как будто бы с 1 января, 2017 год, внесение изменений в закон... Ирина Ивановна, сможете ли ответить: а дальше – в перечень ОМС, ДМС попадет ли телемедицина, и в каких документах?..

### **И.И. ЗУБКОВА**

На этот вопрос, наверное, Юрий Алексеевич ответит, потому что у него сейчас будет следующее выступление. Да, действительно прорабатывается вопрос о тарифе. И как будет принят закон (а он сейчас, знаете, в таком состоянии у нас...), будет и дальнейшая законодательная база принята.

### **Л.П. КОНОНОВА**

Спасибо, Ирина Ивановна.

Сейчас я хочу предоставить слово заместителю председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Юрию Алексеевичу Нечепоренко.

Юрий Алексеевич, просьба сосредоточиться на работе, которая была проведена, по совершенствованию методики расчета субвенций и дать ответ на вопрос по телемедицине, который сейчас прозвучал.

### **Ю.А. НЕЧЕПОРЕНКО**

Хорошо.

Уважаемая Людмила Павловна, уважаемый Александр Константинович, уважаемые участники парламентских слушаний! Я в большей степени действительно остановлюсь на вопросе расчета субвенций и хочу кратко рассказать об идеологии и методологии.

Размер субвенций исчисляется по единой методике для всех субъектов Российской Федерации, которая утверждена постановлением Правительства № 462 от 5 мая 2012 года. Согласно этой методике субвенция определяется исходя из численности застрахованных лиц, норматива финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования, и в целях учета региональных особенностей субъектов Российской Федерации также существует коэффициент дифференциации, рассчитанный для каждого субъекта Российской Федерации персонально.

Так вот, что в себя включает коэффициент дифференциации? Он в первую очередь включает районный коэффициент к заработной плате и процентные надбавки к заработной плате

за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, которые установлены законодательством и другими нормативными правовыми актами. А также в коэффициенте дифференциации учитывается соотношение средней заработной платы по экономике в субъекте Российской Федерации к этому же значению по Российской Федерации, и, конечно же, учитывается индекс бюджетных расходов, который определяется в соответствии с методикой распределения дотаций на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации. Коэффициент дифференциации, таким образом, у нас учитывает климатические и географические особенности региона, транспортную доступность, расселение, плотность населения и другие факторы.

И на примере Якутии хотелось бы продемонстрировать, как это получается. У нас для Республики Саха (Якутия) коэффициент дифференциации в 2016 году составляет 2,575. В расчет указанного коэффициента принят индекс бюджетных расходов, равный 3. Поскольку постановлением Правительства № 462 об утверждении методики, о котором я уже говорил, установлено ограничение 3, ровно поэтому он максимально в рамках Якутии установлен. В то же время индекс бюджетных расходов Якутии составляет 4,406.

Хотелось бы обратить внимание, что на 2016 год для Республики Саха (Якутия) утверждена субвенция в размере 21,3 млрд. рублей, что на 605 млн. рублей больше, чем в 2015 году. Надо обратить внимание на то, что размер указанной субвенции превышает объем средств обязательного медицинского страхования, который формируется непосредственно на территории Республики Саха (Якутия) за счет средств на работающее население и за счет средств на неработающее население. Так вот, размер субвенции превышает этот объем на 2,4 млрд. рублей, или на 12,5 процента.

В 2015 году Республика Саха (Якутия) обращалась с просьбой, которая сегодня звучала, о пересмотре методики расчета субвенций и снятии верхнего порога ограничения на индекс бюджетных расходов. И в соответствии с этим обращением Минздравом России совместно с федеральным фондом был подготовлен соответствующий проект постановления о внесении изменений. В этом проекте постановления предполагалось изменение верхнего порога индекса бюджетных расходов с 3 до 4,5. Однако в ходе согласования этого проекта постановления о внесении изменений в постановление он не был поддержан профильными министерствами финансово-экономического блока. Далее была неоднократная проработка этого вопроса уже на площадке Правительства, но поддержки он не нашел. В этой связи этот вопрос у нас, скажем так, остался открытым. Поэтому в принципе мы со своей стороны все необходимые действия

предприняли, но та социально-экономическая ситуация, которая у нас сейчас имеет место быть, не позволила, наверное, нам принять те решения, которые хотелось бы принять. Это то, что касается расчета субвенции и индекса бюджетных расходов, который учитывается в ней.

Теперь я хотел бы ответить на вопрос, касающийся телемедицины, и каким образом это может быть погружено в систему обязательного медицинского страхования. Хотелось бы обратить внимание на то, что система обязательного медицинского страхования в первую очередь нацелена на оплату медицинской помощи, которая оказывается застрахованным лицам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи. Поэтому если те элементы телемедицины, которые сейчас будут предусматриваться (есть законопроекты, где предусматривается введение норм телемедицины), в дальнейшем будут распространены на порядки оказания медицинской помощи (то есть должно быть конкретизировано, в каких случаях, каким образом, как это будет оказываться), соответственно, и в тарифах это тогда будет учитываться. То есть мы в тарифе ОМС не можем учесть то, чего нет в порядках оказания медицинской помощи. Поэтому первично должны появиться законодательные нормы, которые в принципе телемедицину предусматривают как один из элементов возможности оказания медицинской помощи как таковой, а за этим должны последовать уже порядки, где и каким образом она должна использоваться. Соответственно, после порядков это также сможет отражаться и в тарифах ОМС. Спасибо.

**Л.П. КОНОНОВА**

А те изменения, которые на сегодняшний день подготовлены в законодательство Минздравом, если все это будет внесено в порядки, дадут ли вам основание рассчитать тарифы?

**Ю.А. НЕЧЕПОРЕНКО**

Мы рассчитываем тарифы ОМС в соответствии с порядками. Вот какой порядок будет, если там будут... Соответственно, в рамках тех порядков оказания медицинской помощи должны быть учтены и эти вопросы, конечно.

**Л.П. КОНОНОВА**

Хорошо. Спасибо, Юрий Алексеевич. Присаживайтесь.

**Ю.А. НЕЧЕПОРЕНКО**

Если есть вопросы, коллеги...

**С МЕСТА**

Можно вопрос?

**Л.П. КОНОНОВА**

Да.

**С МЕСТА** (тот же)

А порядок, на который Вы ссылаетесь, – это, я так понимаю, подзаконный акт, инструкция Минздрава?

**Л.П. КОНОНОВА**

Подзаконный акт.

**Ю.А. НЕЧЕПОРЕНКО**

Да.

**С МЕСТА** (тот же)

То есть это еще годик?

**Ю.А. НЕЧЕПОРЕНКО**

Да.

**С МЕСТА** (тот же)

Я понял. Спасибо.

**А.К. АКИМОВ**

Юрий Алексеевич, все-таки я так понял, что вы по этому индексу бюджетных расходов подготовили проект постановления, но в какой-то инстанции его заблокировали, не поддержали в принципе, да? Вы это сделали не только для Республики Саха (Якутия), но и?..

**Ю.А. НЕЧЕПОРЕНКО**

Нет, мы же, конечно, меняли просто...

**А.К. АКИМОВ**

Арктических...

**Ю.А. НЕЧЕПОРЕНКО**

Да. Мы просто меняли верхний предел. Конечно, при передвижке этого предела до 4,5 не все субъекты туда попадали. Есть несколько субъектов Крайнего Севера, у которых индекс и выше 4,5. Но на первом этапе мы предлагали рассмотреть такой вариант, но даже такой вариант изменения порога с 3 до 4,5, к сожалению, не нашел поддержки ввиду отсутствия источников.

**А.К. АКИМОВ**

Подскажите, какие министерства это не поддержали?

**Ю.А. НЕЧЕПОРЕНКО**

У нас есть профильные министерства финансово-экономического блока – это Министерство финансов и Министерство экономического развития. Потом все эти разногласия рассматривались в том числе и на площадках Правительства.

**А.К. АКИМОВ**

Я просто хочу спросить, Юрий Алексеевич, в каком порядке все-таки этот вопрос будет?.. Это фактическое расходование, правильно? Это то, что есть на самом деле. Регионы уже несут эти затраты. Понимаете? Это не из федерального бюджета, не из ФОМС, но из другого все равно же компенсируется. А как это будет компенсировано-то на самом деле? Вот эти затраты же произведены. Вы же должны настаивать на этом и так далее. Вот Минздрав... Ну, я сегодня понял молчаливую позицию Минздрава совершенно не поддерживать. Об этом она сегодня... Я сразу понял, что такая позиция. Об этом и дальше мы... Если надо, мы даже служебное расследование проведем, почему этот вопрос до сих пор не решен. Мы второй год этот вопрос ставим. Понимаете? Нельзя же рисковать здоровьем людей, в конце концов.

**Ю.А. НЕЧЕПОРЕНКО**

Александр Константинович, мы...

**Л.П. КОНОНОВА**

Мы это поддерживаем. Александр Константинович, в данном случае это вопрос не к Юрию Алексеевичу и не к Наталье Николаевне, потому что они как раз поддержали, они методику рассчитали. Два министерства – Министерство экономического развития и Минфин – не согласовали эту методику, то есть вопросы надо задавать, в общем-то, им, наверное, а не фонду.

**Ю.А. НЕЧЕПОРЕНКО**

Надо, наверное, все равно не останавливаться, надо пробовать.

**Л.П. КОНОНОВА**

Да.

**Ю.А. НЕЧЕПОРЕНКО**

Я думаю, можно посмотреть на ситуацию, которая будет складываться. Галина Николаевна в своем выступлении обращала на это внимание. Она говорила о том, что в прошлом году, когда рассматривали этот вопрос, исходя из той социально-экономической ситуации и из тех прогнозов, которые у нас существовали, не удалось принять это решение. Возможно, к нему можно попробовать вернуться и посмотреть, что можно сделать.

**А.К. АКИМОВ**

Есть трехсторонняя комиссия по вопросам межбюджетных отношений. Я – член этой комиссии. Этот вопрос мы тогда тоже ставили, обещали этот вопрос решить. Понимаете? Я задавал и Министерству финансов тогда вопрос касавшего 1800 миллионов. Это достаточно большая сумма. Понимаете? Поэтому я думаю, что и дальше этот вопрос надо поставить и решить.

**Л.П. КОНОНОВА**

Да. И в рекомендациях у нас это тоже отражено.

Спасибо, Юрий Алексеевич.

**Ю.А. НЕЧЕПОРЕНКО**

Хорошо. Спасибо.

**Л.П. КОНОНОВА**

Я только, единственное, здесь хочу сделать еще маленькое дополнение. Понятно, что если верхний предел будет доведен до 4,5, то решить этот вопрос можно двумя путями. Я полностью согласна, например, с фондом, который считает, что не за счет субвенций других субъектов надо решать, а за счет того резерва, который у них был, 96 миллиардов, которые ушли как дотация на сбалансированность федерального бюджета. Вот эту позицию мы тоже полностью поддерживали и поддерживали, соответственно, позицию Якутии. Если будет ставиться вопрос о том, что это за счет субвенций других субъектов, – как вы понимаете, такой подход не пройдет. Поэтому здесь, конечно, ключевая позиция – это позиция Минфина. Поэтому этот нюанс обязательно нужно учитывать.

Коллеги, переходим к следующему выступлению.

Борис Михайлович Залманов, член экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике, президент компании "Академия экспертной аналитики". Как раз по телемедицине выступление.

Только очень кратко, пожалуйста.

**Б.М. ЗАЛМАНОВ**

Да, конечно.

Уважаемый президиум, уважаемые участники! Позвольте в начале своего выступления, так как мне хотелось бы, безусловно, очень кратко (время подходит к концу) рассказать о неких результатах применения на практике телемедицинских технологий и тех проектах, которые уже осуществлены или готовятся к осуществлению компаниями – партнерами нашей компании, которые представляют производителей медицинской техники и общественные профессиональные медицинские организации.

Хочу сказать буквально несколько слов, почему все-таки я набрался смелости говорить о проектах, которые организует и проводит в первую очередь не наша компания, собственно, чтобы было понятно, почему это происходит. Наша компания осуществляет целый комплекс аналитических работ и услуг, в результате которого наши клиенты могут получить ответы на

следующие вопросы: какие технологии в данной отрасли деятельности используются в настоящий момент в мировой и российской практике; какими техническими, эксплуатационными, экономическими, потребительскими свойствами и параметрами обладают как технологии в целом, так и отдельные продукты; какие перспективы существуют в развитии различных технологий и продуктов на рынке; какой продукт с какими техническими, эксплуатационными, экономическими, потребительскими и прочими свойствами имеет смысл производить; как организовать процесс от разработки до закупки...

### **Л.П. КОНОНОВА**

Борис Михайлович, можно Вас попросить, не рассказывать про всю компанию, а прямо...

### **Б.М. ЗАЛМАНОВ**

Я уже начал, да. Просто на данный момент, чтобы было понятно...

Итак, одна из компаний, которая является нашим партнером, – это Центр технологий функциональной диагностики, который в течение двух с половиной лет на территории Российской Федерации в порядка 20 регионах страны запускает и проводит пилотные проекты по внедрению комплексных решений в части применения оборудования для функциональной диагностики. Основопологающим принципом данного проекта является использование полноценных возможностей современной телемедицины, основанной на так называемом облачном хранении данных. В состав комплексного решения компании входят оборудование для функциональной диагностики достаточно широкого спектра, фактически полностью закрывающее всю функциональную диагностику, собственного производства, оборудование для лабораторных экспресс-анализов, программно-аппаратный системный комплекс, который позволяет автоматизировать, диспетчеризировать, обрабатывать и защищать ту информацию, которая получается в результате исследований, и также, самое главное, пакет услуг, который предоставляется организуемыми в результате работы в данном комплексном решении в регионе региональными информационно-экспертными центрами и собственным экспертным центром, который находится в городе Москве и который работает 24 часа в сутки семь раз в неделю.

Что очень важно? В пакет услуг, которые оказывает собственный информационный центр компании, входят такие услуги, как расшифровка и, безусловно, интерпретация проведенных исследований, проведение телеконсультаций, экспертиза качества расшифровок и интерпретаций, проводимых региональными специалистами, сбор и обработка аналитических и статистических данных, составление отчетов, пакет расширенных сервисных программ, включая удаленный доступ к данному процессу.

Для чего же было предназначено комплексное решение в том варианте, когда оно начало реализовываться, и что, собственно, происходит? Безусловно, это проведение функциональных диагностических исследований пациентов в любых медицинских учреждениях, в том числе в отдаленных фельдшерско-акушерских пунктах и амбулаториях; проведение массовых диспансеризаций и профосмотров, включая дистанционное обследование населения и контингента особых категорий; оказание оперативной консультационной поддержки бригадам скорой помощи и медицинским службам, работающим в местах чрезвычайных ситуаций и в удаленных и труднодоступных территориях; оптимизация и централизация процесса диагностики и хранения персональных данных пациентов в лечебных учреждениях с территориально распределенной сетью и удаленностью; эффективное решение проблемы нехватки медицинского персонала в регионах Российской Федерации и интеграция полученных данных в региональные медицинские информационные системы и другие ИТ-продукты.

Подводя итоги, как я сказал уже, 2,5-летнего внедрения пилотных проектов в более чем 20 регионах страны, в результате которых проведены более 40 тысяч различных исследований по функциональной диагностике, проанализировав результаты, на двух примерах я очень быстро постараюсь рассказать об их эффективности, на наш взгляд. Кроме тех проблем, которые уже тут всем нам понятны и озвучивались, безусловно, существует значимость применения телемедицинских технологий в данном процессе на примере диспансеризации. И одна из причин, которая является одной из основополагающих... Безусловно, мы все понимаем, что порой есть значительная разница как в укомплектованности медицинским персоналом, так и в оснащении медицинским оборудованием в медицинских учреждениях, находящихся в федеральном центре и в регионах. Также учитывались при оценке эффективности все те показатели, которые сегодня звучали, – это и большие расстояния, и особенности регионов Крайнего Севера, безусловно, и труднодоступность, и использование санавиации, и отсутствие коммуникаций в виде транспортных дорог – все это закладывалось в оценку эффективности.

И что получилось на выходе на данный момент, что можно констатировать как, собственно, уже свершившийся факт? С одной стороны, данное решение, как я уже говорил, включает в себя оборудование именно для функциональной диагностики и для экспресс-лабораторного анализа, и за счет своей так называемой модульности данные исследования могут настраиваться на различные исследования, которые могут быть совершенно различного вида, включающие в себя как определенные нозологические исследования, так и сбор аналитических и статистических данных.

Таким образом, использование телемедицинских технологий для проведения мероприятий по диспансеризации может рассматриваться не просто как какой-то отдельный элемент, но и как совершенно четкая альтернатива того принципа построения и организации диспансеризации, который на данный момент существует.

Также очень важно, на наш взгляд, что данные решения позволили и позволяют заметно повысить доступность медицинской помощи населению, так как пациенту не нужно приезжать на первичный осмотр, ему достаточно пройти обследование удаленно, и, соответственно, терапевт на своем рабочем месте уже получает достаточно полную картину о состоянии здоровья.

Второй момент, по которому оценивалась эффективность, – дано решение на применение информационных технологий в здравоохранении. Опять же ни для кого из вас не секрет, и никакой Америки мы тут не открываем, что есть... Собственно, в докладе Минздрава 2014 года были обозначены две основные проблемы, что, безусловно, инфраструктурное обеспечение... И в том докладе, если вы помните, говорилось о том, что только порядка 54 процентов медицинских работников обеспечены компьютерной техникой. А вчера, выступая в Санкт-Петербурге, министр назвал уже цифру 60 процентов. Но все равно проблема с оснащением и компьютеризацией, мягко говоря, очень значительная.

Вторая проблема, которая существует, – это разрозненность тех систем, которые сейчас применяются (ИТ-систем), соответственно, порой несогласованность, порой несовместимость и так далее.

Соответственно, эксплуатация данного решения совершенно однозначно показала, что все эти проблемы, связанные с несогласованностью, решаются на уровне того самого облачного хранения данных, причем очень важно, что данное решение не заменяет эти решения, а именно интегрирует те исследования, которые происходят, и позволяет как раз максимально уменьшить риски от несогласованности систем, но не заменяет их, а готово интегрироваться в любую из этих систем. В том числе телемедицинские технологии позволяют точно так же сократить необходимость той самой компьютеризации.

Второй момент, который тоже очень важен. Я хотел бы показать на примере интеграции данных телемедицинских решений в различные другие проекты, которые тоже учитывают особенности телемедицины. Так, например, в 2015 году три общественные медицинские организации – Общество врачей России, Российское общество хирургов и Российское общество эндоскопических хирургов – запустили так называемый проект "Интеллектуальная клиника".

Вкратце, у проекта есть две основные цели: информационно-аналитическая работа профессиональных медицинских сообществ...

**Л.П. КОНОНОВА**

Просьба все-таки завершить свое выступление, передать нам материалы. Мы обязательно, если у Вас есть конкретные предложения, учтем их в рекомендациях.

**Б.М. ЗАЛМАНОВ**

Хорошо.

Но на самом деле, если честно, у меня предложение только одно, потому что... Я, безусловно, передам материалы. Нам кажется, что уже на данный момент, несмотря на то что, безусловно, в законодательной и правовой базе существуют достаточно серьезные проблемы для внедрения телемедицинских систем и решений, уже существующие законодательные и правовые акты позволяют достаточно эффективно использовать телемедицинские технологии в тех направлениях, где есть какие-то вещи, которые не требуют больших финансовых в том числе вложений. Поэтому мне кажется, что телемедицина уже существует, ее надо просто развивать и, соответственно, те проблемы, которые всем нам понятны, просто дорабатывать. Но тем не менее мы уже находимся в телемедицине сегодня, а не завтра.

**Л.П. КОНОНОВА**

Спасибо, Борис Михайлович.

Слово предоставляется Игорю Алексеевичу Калайде, генеральному директору Научно-исследовательского института систем обеспечения комплексной безопасности. Тоже просьба сконцентрироваться именно на тех проблемах и необходимых путях решения, которые Вы видите.

**И.А. КАЛАЙДА**

Я понимаю, что стою между вами и обедом, буду удивительно краток, поэтому перехожу к предложениям. А тезиса всего три. Я не буду доказывать, что телемедицина – это вчера или сегодня, или позавчера. Это всем очевидно. Но почему, на мой взгляд, телемедицина не внедрялась, как мобильные телефоны, так быстро, как хотелось бы?

У нас выросло поколение (если помните), у которого вот этот пальчик, который вот так делает, развит больше и лучше любой мышцы. То есть первое – нет понятия компьютерной безграмотности. У вас у каждого в кармане (и я почти уверен, в удаленных уголках) есть телефон, поэтому компьютер уже не нужен. Вот это устройство – и есть компьютер, модем – все что угодно. То есть это почти все. И использовать это устройство только для того, чтобы разговаривать, не знаю, кем надо быть. Вот это устройство – 50 процентов телемедицины.

Второе. Тот, кто этим устройством пользуется, готов. Каналы связи беспроводные, не нужно тащить оптоволокно. Прекрасно, если есть оптоволокно, на видеоконференции просто приятнее будет увидеть цвет глаз, например. Вот этого устройства достаточно не для конференций, а достаточно для передачи пульса, как минимум 20 показателей. Это второе.

Третье. Устройство, пока мы... Я в свое время тоже участвовал в разработке постановлений Правительства, у нас нормативная база (нормальное явление) чуточку отстает. На сегодняшний момент в доме без медицинского образования я лично снимаю 20 показателей: 12 показателей мочи, анализ крови – это все в домашних условиях, не говоря уже о фельдшерском пункте. Все это улетает через телефон, а дальше тот самый вопрос... Не нужно 140 километров преодолевать за 20 тыс. рублей. Я о цифрах...

У каждого, надеюсь, есть кабинет налогоплательщика, та же абсолютно технология: появляется кабинет здорового или больного в зависимости от состояния. Себестоимость обслуживания в этом кабинете, по моим прогнозам (я дальше чуточку расскажу, эти прогнозы, собственно, основываются на том, чем мы занимались для "Газпрома" в течение полутора лет), – 3 тыс. рублей. Стоимость обеспечения тех самых каналов связи, резервирования, чтобы эти данные можно было восстановить, – 3 тыс. рублей на одного человека. Насколько я понимаю, на прошлом форуме в Санкт-Петербурге Министр здравоохранения назвала цифру 12 тыс. рублей – столько стоит страховка для человека). Из этих 12 тысяч 3 тысячи – это инфраструктура, которая позволяет заменить вездеход, 140 километров и 20 тыс. рублей.

Заканчиваю. Предложения. Безусловно, нормативная база нужна. Ожидать после нормативной базы подзаконные акты и после этого – порядок, инструкции, приказы в ОМС, безусловно, нужно, на мой взгляд. Опыт в ведомствах есть, включите в ДМС, дайте возможность...

Последнее. Два дня назад в Якутии хирург ставит по WhatsApp диагноз. Прокурорская проверка, прокурорское представление... Это то самое отсутствие того, о чем мы говорим, отсутствие этой узаконенной возможности. Прошу прощения, что было бы, если бы он на месте полупьяный принял этого ребенка? Он нормально поставил диагноз, только не в соответствии с законодательством.

Дайте возможность хотя бы в ДМС... Пусть коммерческие организации ведут этот вид деятельности, на основе которой дальше будет использоваться этот опыт в ОМС. При этом для ДМС коммерческие организации денег-то не просят. Система есть, ЦОДы коммерческие есть – все

есть. Нет только одного – возможности объяснить, почему я по WhatsApp или по телемедицинским технологиям общаюсь не доктор – доктор, а доктор – пациент.

Поэтому предложение... Открыта наша система "Медкарта24", таких больших систем на самом деле около пяти в России. Деньги не нужны, пробуйте то, что уже однажды оплатили. Либо это ведомства, либо пациенты до этого.

Поэтому просьба кроме опыта использовать, собственно, еще и те аналитические материалы, которые есть.

И самое последнее. Этот вопрос не поднимался, но этот самый опыт... Есть вещи, которые всплывут через два-три года эксплуатации телемедицины (это для меня очень важно), – агрегация этих данных больных или здоровых. Я не могу сказать, что это гостайна, но это очень щепетильная информация в объеме страны, это в том числе и фармацевтика, это в том числе и прогнозы развития страны. Природа не любит пустоты. Если мы это не сделаем (еще три года назад приходили зарубежные разработчики аналогичных систем), эти данные "уплывут" к другим фармацевтам, и не факт, что еще и к фармацевтам. То есть эти данные, несмотря на требования по персональным данным... со Skype мы до сих пор боремся, с WhatsApp до сих пор боремся, чтобы базы стояли здесь.

**Л.П. КОНОНОВА**

Спасибо.

**И.А. КАЛАЙДА**

Пожалуйста.

**Л.П. КОНОНОВА**

Очень оптимистичное выступление. Но я хочу сказать, что как раз для районов Крайнего Севера есть серьезная проблема – это вообще зачастую отсутствие устойчивой, стабильной телефонной связи, иногда даже стационарной. А про WhatsApp там и слышать не слышали. Поэтому, конечно, хорошо... Но мы как раз в рекомендации это включили и считаем, что для развития телемедицинских технологий нам нужно в обязательном порядке, и мы даем Минкомсвязи эту рекомендацию... Есть прекрасная программа по устранению цифрового неравенства в малочисленных населенных пунктах, сейчас она на несколько миллиардов по стране уменьшена. Мы как раз пишем (и обращались с этим уже к Минкомсвязи), чтобы в приоритетном порядке все-таки финансировались именно для районов Крайнего Севера мероприятия по устранению цифрового неравенства. Это то, что нам позволит в том числе развивать телемедицину. Спасибо.

Уважаемые коллеги, у нас есть два записавшихся для выступления. Буквально по две минуты.

Александр Юрьевич Соснин, главный врач кардиологического центра "Паритет".

### **А.Ю. СОСНИН**

Уважаемый президиум, уважаемые коллеги! Поскольку действительно мы немножко задержались, позвольте мне буквально тезисно сказать то, о чем я думаю.

Итак, пару фактов. В 2010 году Правительство Российской Федерации принимает замечательное решение о направлении дополнительных средств на модернизацию здравоохранения. Суммы выделены большие, в том числе большие суммы в регионы. Была проведена проверка по результатам использования этих сумм, и выяснилось, что в региональных ЛПУ это самое высокотехнологичное оборудование простаивает от 10 до 40 процентов. Это очень большие цифры. Президент поручил Общероссийскому народному фронту разобраться с причинами этого, и было выявлено несколько причин.

Первая. ЛПУ обязаны проводить тендерные закупки, что очень увеличивает по времени, к сожалению, простой этого самого высокотехнологичного оборудования.

Вторая. Недостаток квалифицированных кадров на местах – это большая и очень больная проблема. Знаю по себе, потому что я в нашем институте читаю лекции для докторов по своей теме.

Третья причина – это неготовность помещений. Чуть-чуть поподробнее об этой проблеме. Неготовность помещений не означает, что их нет, они есть, они отремонтированы, но, к сожалению, не хватает дополнительного оборудования, вспомогательного оборудования, для того чтобы это высокотехнологичное оборудование (томографы и так далее) работало правильно и бесперебойно. Это, прежде всего, специализированные системы кондиционирования воздуха для чистых помещений, системы медицинского газоснабжения для реанимации, для палат интенсивной терапии.

Очень частая проблема – это система электроснабжения: буквально от неправильно работающего заземления или электропроводок до отсутствия системы автономного бесперебойного питания. Нет этой системы – и компьютерный томограф за 20 миллионов в один момент превращается в грудку железок. Нет интеллектуальных систем управления и диспетчеризации.

К сожалению, из-за того, что у региональных ЛПУ часто не хватает финансирования на приобретение вспомогательных систем, они либо приобретают более дешевые

несертифицированные системы, либо вообще отказываются от использования высокотехнологичного оборудования, и оно, к сожалению, простаивает.

В связи с этим мы думаем, что ключевым элементом комплексного решения данных проблем является следующее: соблюдение имеющихся регламентов (а все они есть в законодательной базе) через систему мониторинга и инвентаризации; использование механизмов частно-государственного партнерства при реализации программ технического перевооружения и модернизации ЛПУ. И, наконец, в каждом случае должны быть партнерство и профессиональная интеграция ЛПУ, проектных институтов и производителей этого самого оборудования, которые лучше всех знают, как и чем оснастить, чтобы оборудование работало долго и бесперебойно.

С этой точки зрения мы предлагаем включить в проект рекомендаций парламентских слушаний несколько пунктов.

Первое (в адрес Правительства Российской Федерации) – пункт 2.6 изложить в редакции: учитывая высокую стоимость мобильных медицинских комплексов и вспомогательного медицинского оборудования рассмотреть возможность выделения средств из федерального бюджета на приобретение указанной техники на условиях софинансирования.

Второе (в адрес Министерства здравоохранения) – провести мониторинг исполнения регламентов использования вспомогательного медицинского оборудования.

И третье (в адрес субъектов Российской Федерации) – провести инвентаризацию вспомогательного оборудования в регионах, которые испытывают затруднения с реализацией программы модернизации; провести совещание на уровне регионов и муниципалитетов с привлечением как представителей проектирующих организаций, так и представителей производителей оборудования, и, наконец, разработать и представить в форме обратной связи Совету Федерации систему корректирующих мер по надлежащему оснащению ЛПУ вот этим самым профессиональным вспомогательным оборудованием.

Надеюсь, что данные соображения будут небесполезны для всех участников. Спасибо за внимание.

**Л.П. КОНОНОВА**

Спасибо, Александр Юрьевич.

И записалась еще Татьяна Анатольевна Бобровская, также представитель Республики Саха (Якутия), начальник отдела медицинского обеспечения администрации муниципального образования "Мирнинский район".

Если можно, Татьяна Анатольевна, тоже очень кратко. У нас микрофоны стоят, можно подойти к микрофону и выступить.

**Т.А. БОБРОВСКАЯ**

Уважаемый президиум, уважаемые участники заседания! Я только хочу внести четко три предложения.

Во-первых, если учитывать ответ Минздрава о том, что включение предложения нашей республики по первичной медицинской помощи для оказания ее в стационарных условиях, что это не является страховым случаем, и если посмотреть на рекомендации парламентских слушаний, если все это принять во внимание и привести в действие, то получится, что у организации здравоохранения в наших субъектах, которую мы обсуждаем, будет не страховая, а в принципе государственная бюджетная модель финансирования. Поэтому, может быть, стоит рассмотреть какой-то пилотный проект, чтобы перевести один из этих регионов не на страховую, а на бюджетную модель финансирования.

Второе предложение касается программы "Земский доктор". Когда человек будет получать 1 млн. рублей за то, что он пять лет проведет в труднейших условиях и в отдалении от цивилизации, это совсем не то, что получить 1 млн. рублей за то, чтобы провести пять лет, работая в станице, которая находится в 20 километрах от какого-нибудь города Краснодара. Поэтому я предлагаю финансирование программы "Земский доктор" для людей, которые будут работать в условиях Крайнего Севера, кратно увеличить.

И третье. Здесь прозвучал Ваш ответ, что не стоит конкретизировать положения закона о создании благоприятных условий для организации медицинской помощи, но мне кажется, что необходимо законодательно обозначить отношения между муниципалитетами и исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, и государственными бюджетными учреждениями на территориях муниципальных образований. Потому что в настоящее время все эти отношения строятся только на понимании ситуации именно руководителями этих организаций, а когда возникают какие-то проблемы у людей, особенно в отдаленных регионах, они приходят к той власти, которая ближе, на местах, они приходят к муниципальной власти. И, когда в рамках Союза городов Заполярья и Крайнего Севера проводилось анкетирование 33 субъектов и 33 муниципальных образований по всей стране, именно из отдаленных муниципальных образований исходили предложения о том, что несколько не улучшает авторитет государственной власти на всех уровнях то, что приходит человек к представителям муниципальной власти и слышит: мы не можем ничего в этом поправить, это не

наше полномочие. Эти полномочия разграничены, но отношения между ними не отрегулированы законодательно. Это третье предложение.

**Л.П. КОНОНОВА**

Спасибо большое.

Но я боюсь, что первое предложение совершенно непроходимо, потому что сегодня мы не можем взять какой-то пилотный регион и сделать там систему здравоохранения бюджетной, Вы прекрасно это понимаете. Ответ на этот вопрос уже неоднократно давался Президентом в его Посланиях, и мы все-таки строим сейчас страховую модель медицины, ее совершенствуем. Сейчас речь идет о том, чтобы действительно полностью был завершен перевод здравоохранения на страховой принцип. А по остальным предложениям давайте мы посмотрим. Хорошо? Спасибо.

Коллеги, у нас присутствуют представители федеральных министерств и ведомств – Министерства по развитию Дальнего Востока, Минфина России, Росздравнадзора, Минтранса, Росавиации, МЧС, Минэкономразвития и Минпромторга.

Если у них есть желание выступить – пожалуйста. Если у кого-то есть вопросы, можно их задать.

Пожалуйста.

**Д.В. СЕРГЕЕВ**

Добрый день, уважаемые коллеги! Сергеев Дмитрий Владимирович, холдинг "Вертолеты России".

Сегодня мы неоднократно поднимали эту тему. Что такое вертолет для регионов Крайнего Севера и приравненных к ним местностей, мы все прекрасно понимаем. У нас есть абсолютно четкое предложение. Мы с представителями департамента Министерства промышленности и торговли Российской Федерации предлагаем внести в пункт 3 рекомендаций парламентских слушаний следующее: в состав рабочей группы, которую сегодня упоминали представители Министерства здравоохранения, которая работает совместно с МЧС, включить представителя Министерства промышленности и торговли и представителя холдинга "Вертолеты России" как разработчиков авиационной техники. Потому что данная работа на сегодняшний день у нас ведется всеми параллельно, то есть нет единого центра компетенций. Мы считаем, что единым центром компетенций и законодателем данной "моды" должно выступать Министерство здравоохранения. Спасибо.

**Л.П. КОНОНОВА**

Спасибо.

А еще мне хотелось бы задать вопрос, я не знаю, представителю МЧС или Минтранса... В свое время на уровне Совета Федерации серьезно прорабатывался вопрос по санавиации, и высказывалось предложение внести изменения в законодательство и разделить полномочия по санавиации таким образом: по экстренной медицинской помощи эти полномочия передать Российской Федерации (для этого посчитали целесообразным организовать соответствующую службу в системе МЧС России с вовлечением в нее материально-технической базы и кадрового потенциала региональных центров медицины катастроф); а за субъектами Российской Федерации оставить полномочия по организации полетов санитарной авиации для плановой перевозки больных (о чем сегодня уже говорили), лечения на местах и оказания профилактической медицинской помощи. И основой тогда была бы уже аренда самолетов у МЧС или у авиаперевозчиков. Это серьезно решило бы проблему. И предварительно, когда несколько лет назад эта идея высказывалась, МЧС соглашалось с ней.

Какова ваша позиция (может быть, МЧС) по этому поводу?

**Д.В. СЕРГЕЕВ**

Наша позиция на сегодняшний день, как холдинга "Вертолеты России"... Мы занимаемся совместно с Всероссийским центром медицины катастроф "Защита" данной тематикой. В данном случае получатель услуги – регион в интересах санитарной авиации должен покупать услугу у авиаперевозчика по определенной стоимости летного часа. На сегодняшний день санитарной авиацией на территории нашей страны в основном используются вертолеты типа Ми-8Т, средняя стоимость летного часа составляет 80–120 тыс. рублей. Соответственно, при переходе на вертолеты Ми-171, Ми-8МТ средняя стоимость летного часа в зависимости от региона составит 150–200 тыс. рублей. Надо абсолютно точно понимать, что повышение цены будет. И покупку авиационных судов должны совершать эксплуатанты, которые осуществляют полеты, на основе долгосрочных договоров с представителями регионов, то есть контрактов на пять лет в интересах услуг санитарной авиации с предоставлением услуги летного часа в интересах потребителя.

**Л.П. КОНОНОВА**

Пожалуйста, позиция МЧС. Есть представитель? Представитель Минпромторга.

---

Мы в курсе проблемы. Также в состав данной рабочей группы предлагаем включить представителей Минтранса России и Росавиации. Спасибо.

**Л.П. КОНОНОВА**

Спасибо.

А МЧС?..

**ИЗ ЗАЛА**

МЧС там есть.

**Л.П. КОНОНОВА**

Нет, я спрашиваю: МЧС поддерживает то предложение, о котором я сказала сейчас?

---

Да, МЧС поддерживает данную идею.

**Л.П. КОНОНОВА**

Давайте тогда, коллеги, договоримся, что мы в наши рекомендации парламентских слушаний в части санавиации включим именно это предложение – рассмотреть вариант того, чтобы разделить экстренную медицинскую помощь, оказываемую санавиацией, и плановую, с тем чтобы на базе МЧС проработать. Это снимет нагрузку с регионов. Потому что то предложение, которое у нас сейчас есть в рекомендациях по поводу санавиации (я процитирую: включение санавиации (санавиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами) в скорую медицинскую помощь, оказываемую в рамках базовой программы ОМС), мне кажется, не решит проблему. Тогда мы меняем эту позицию, если вы не возражаете.

Коллеги, еще раз прошу всех обратиться к проекту наших рекомендаций и, если есть еще какие-то соображения, возражения против каких-то пунктов, высказаться. Если нет возражений, тогда принимаем проект рекомендаций за основу с учетом... *(Оживление в зале.)*

**ИЗ ЗАЛА**

Озвученные...

**Л.П. КОНОНОВА**

Озвученные еще включить. Мы с Галиной Николаевной обсуждали, она предлагает сделать следующее: в пункте (обращение к Государственной Думе) все-таки не указывать номера федеральных законов, а просто изложить их суть, потому что по законопроекту, который внесла Якутия (я имею в виду, о ликвидации, реорганизации медицинских учреждений)... Есть альтернативный закон, да?

**ИЗ ЗАЛА**

Да.

**Л.П. КОНОНОВА**

Хотя говорится о том же самом.

То есть вы не настаиваете, да? Всё. Тогда принимается.

Огромное спасибо всем за работу. Всего самого доброго!

---