

**Гузель Эрнстовна:** Уважаемые коллеги, мы с вами начинаем наше заседание, посвященное здравоохранению, как важнейшая часть безопасности страны. У нас с вами идет прямая трансляция, к ней подключены более тысячи человек. И спасибо организаторам, что они выбрали нашу тему, для того чтобы проводить совещание. Мы с вами и наше российское здравоохранение оказались в новой реальности. Первое – это демографическая катастрофа, это высокая смертность и низкая рождаемость. Второе – это санкции. И, соответственно, нам потребуются новые меры по поставке наших медицинских изделий и фармацевтической промышленности, поставки и производство. Третье – это военные действия. И, соответственно, потребуется оказание медицинской помощи ветеранам боевых действий и помощь нашим новым регионам. И четвертое – это цифровая трансформация и новые технологии, от которой мы, конечно, ждем пользы.

Есть фундаментальные вещи для нашего народа. Да, мы должны выиграть войну. И мы должны победить в тылу, чтобы снизить смертность и повысить рождаемость. И снижение смертности напрямую зависит от доступности бесплатной медицинской помощи и бесперебойной работы обеспечивающих отраслей: медицинского образования, фармацевтической и медицинской промышленности. Вот об этом наш круглый стол. Позвольте представить наших участников. Летникова Людмила Ивановна, директор Департамента медицинского образования и кадровой политики. Аганбегян Абел Гезевич, заведующий кафедрой экономической теории и политики, академик РАН, научный руководитель программы «Доктор делового администрирования». Шипков Владимир Григорьевич, исполнительный директор международных фармацевтических производителей (AIPM). Иванов Игорь Владимирович, генеральный директор Всероссийского научно-исследовательского и испытательного института медицинской техники (ВНИИИМТ). Зингерман Борис Валентинович, генеральный директор «Национальной базы медицинских знаний». Власов Ян Владимирович, председатель Общественного совета по защите прав пациентов, сопредседатель Всероссийского союза пациентов, член Совета по правам человека при президенте Российской Федерации.

В дискуссии у нас сегодня участвует Костырин Евгений Вячеславович, профессор кафедры «Финансы» МГТУ имени Баумана, и Куринный Алексей Владимирович, депутат Государственной думы Российской Федерации. Уважаемые коллеги, сама я решила выступить очень коротко. Я подготовила брошюру, в которой основные тезисы моего доклада. Основное внимание я хочу уделить тому, что будут говорить наши уважаемые эксперты. И поэтому я очень коротко скажу основные выводы своей брошюры. Экран есть здесь, экран есть там.

Итак, вообще все вложения в систему здравоохранения всегда эффективны. И в здравоохранение, и в демографическую политику. Внедрение материнского капитала позволило нам за 15 лет дополнительно родить два с лишним млн. детей. Приоритетный национальный проект «Здравоохранение», благодаря ему только смертность от онкологических заболеваний у нас за три года уменьшилась на 4%. Но есть и

отрицательные примеры того, что в здравоохранении неверные решения стоят жизни российских граждан и вызывают повышенную смертность. По решению финансово-экономического блока – это научно-исследовательский институт при Минфине, Минэкономразвития, Высшая школа экономики. В 2012 году был подготовлен доклад, отчет об оптимизации отраслей бюджетной сферы и, в том числе, в здравоохранении. И в результате этого решения мы с вами сократили численность врачей на 46 000, коек на 160 000, а государственное финансирование здравоохранения на 4% в реальных ценах. В результате, несмотря на героические усилия во главе со штабом отрасли наших медицинских работников, у нас существенно во время пандемии возросла смертность. И здесь вы видите, что с 2015 года это абсолютное число умерших, которое выросло во время пандемии. Да, сегодня оно упало, но еще не достигло уровня 2019 года. В чем дело? Еще раз подчеркну, несмотря на героические усилия медиков, у нас не оказалось резерва, чтобы оказать помощь всем заболевшим, в том числе и с другими заболеваниями.

И у нас катастрофически снижается рождаемость, потому что сокращается число женщин активного детородного возраста. Минус 400 000 человек каждый год. В результате естественная убыль населения за последние три года (то есть разница между родившимися и умершими) составила 2 300 000 человек. Для того чтобы знать, как действовать, надо знать, какие факторы влияют на снижение смертности и, соответственно, увеличение ожидаемой продолжительности жизни. В нашей стране сегодня это три главных фактора. Это социально-экономические факторы: рост ВВП, зарплаты. Это потребление алкоголя и доступность бесплатной медицинской помощи. И говоря обо всех этих трех факторах, я могу сказать, что их влияние сегодня на систему здравоохранения неблагоприятное. Реальные доходы населения у нас снижаются с 2012 года на 6,5%. Потребление алкоголя снизилось, но по-прежнему на 40% выше, чем в странах Северной Европы. А здравоохранение испытывает системные проблемы, главная из которых – дефицит медицинских кадров и недостаточное лекарственное обеспечение.

Я не побоюсь этого. Основная причина того, что у нас сегодня дефицит медицинских кадров и недостаточное лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях – это недофинансирование государственной системы здравоохранения. В течение последних 20 лет мы финансировали наше здравоохранение вплоть до 2019 года в 1,5 раза меньше, чем в новых странах Евросоюза, которые близки к нам по уровню экономического развития, и в 2,5 раза ниже, чем в старых странах Евросоюза. А у нас все стоит денег. Хотим дополнительных врачей – нужны дополнительные деньги, хотим повышать оплату – нужны дополнительные деньги. И для меня очень важно, и для нас главный вывод, чтобы финансово-экономический блок понимал этот вопрос.

В результате оклады врачей – то, на что должен работать врач без всяких переработок. В нашей стране половина врачей получает оклад меньше, чем 22 000 рублей, а медицинские сестры менее 12 000 рублей. Вторая по важности проблема – это лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях. У нас лекарства получают только

граждане, страдающие или орфанными заболеваниями, или имеющие определенные льготы в амбулаторных условиях. А в Евросоюзе получают все, кому врач выписал рецепт. Соответственно, это предотвращает развитие заболеваний. Так вот в сопоставимых деньгах у нас государственные расходы на лекарства в амбулаторных условиях в 2,5 раза ниже, чем в новых странах Евросоюза.

Следующая главная проблема – это неравенство в доступности медицинской помощи в нашей стране. Здесь представлены показатели ожидаемой продолжительности жизни. В Москве это 78 с лишним лет. И если даже я возьму более или менее приличные регионы, – скажем, Тверская область, Кемеровская, Иркутская область – то у них на восемь и больше лет ниже ожидаемая продолжительность жизни, а государственные расходы в два-три раза ниже, чем в Москве. Врачей меньше, соответственно, и обеспеченность ими меньше. И эту проблему тоже надо решать. Мы задали в Высшей школе организации управления здравоохранением, которую я представляю, себе вопрос: «Сколько же надо денег, чтобы достичь нашу национальную цель, поставленную президентом – 78 лет?». И тогда мы сделали такое прогнозирование, что если валовой внутренний продукт будет расти с темпом 2-3% в год, мы это зафиксировали, если потребление алкоголя достигнет уровня северных стран Европы, то есть сократится на 40% с лишним, при соблюдении этих условий мы задали себе вопрос: «Сколько денег надо системе здравоохранения, чтобы к 2030 году достичь 78 лет?».

И мы посчитали, что в реальных ценах (то есть за вычетом инфляции) каждый год надо прибавлять плюс 6% к базе предыдущего года в реальных деньгах. И, знаете, самое интересное получилось, что это 5% валового внутреннего продукта к 2030 году. Это оптимальный... Мы все-таки на экономическом форуме находимся. Конечно, нам экономисты много что подпортили в системе здравоохранения. Но, тем не менее, я хочу, чтобы они знали две вещи. Пять процентов – это минимальный баланс государственного финансирования здравоохранения, который нам необходим. На что должны пойти эти деньги? У нас три главные задачи, даже четыре. Первая задача – это увеличение оплаты труда медицинских работников как у военных. Вторая задача – это создание системы всеобщего лекарственного обеспечения.

Я не говорю «в три раза», как в новых странах Евросоюза. Но давайте хотя бы на 60% от сегодняшнего уровня. Сейчас мы тратим 350 млрд. рублей в амбулаторных условиях по всем государственным программам. Давайте хотя бы 200 млрд. добавим, чтобы люди получали бесплатные лекарства. Третья задача – обеспечение равной доступности медицинской помощи. И здесь ничего мы другого не придумаем, как Минобороны. Чтобы везде была равнодоступность медицинской помощи, управление на уровне Минздрава России и бюджетное финансирование с едиными подходами к оплате труда медицинских работников. Вчера мне женщина прислала письмо из Рязанской области. Говорит: «Я не могу, я копейки получаю. У меня руководитель предприятия стимулирующие выплаты мне

ноль ставит. А соседке, она работает так же, ставит плюс 30. Мы не можем». Вчера только пришло такое письмо.

И, конечно, четвертая задача, которую должно выполнять все Правительство Российской Федерации – это снижение потребления алкоголя. Насколько? Минус 45%. Опять количественная цель к 2030 году. И снижение распространенности потребления табака в два раза. Конкретная цель должна быть поставлена. Мы многого добились, но теперь это надо сделать к 2030 году. И все эти вопросы мы будем обсуждать на нашем конгрессе, здесь присутствуют очень многие спикеры, которые каждый год выступают с нами, и который состоится 7-9 июня вместе с Минздравом у нас в «Президент отеле». Я вас всех приглашаю это послушать. Я, как и обещала, две минуты свои отдаю Абелу Гезевичу Аганбегяну. А сейчас, Абел Гезевич, мы попросим поставить ваш доклад. И я попрошу, чтобы вы рассказали о том, как сделать так, чтобы был сохранен народ России. Пожалуйста.

**Абел Аганбегян:** Вы знаете, что термин «сохранение» или «сбережение народа» ввел Ломоносов в своем известном письме к графу Ивану Ивановичу Шувалову, который организовал Московский университет. Он сохранение и размножение русского народа назвал, что в этом состоит величество, могущество и богатство всего государства, а не в обширности тщетной без обитателей. Вот главная его мысль. Но это довольно большое десятистраничное письмо с серьезными обоснованиями.

Первый слайд – показатели движения населения. У нас с 2017 года возник новый демографический кризис. Демографический кризис – это когда смертность превышает рождаемость, начинается депопуляция. Первый кризис был с 1992-го, как вы помните, по 2012-й. Потом у нас были годы естественного прироста до 2015-го. В 2016 году сравнялись рождаемость и смертность, а с 2017-го рождаемость начала резко сокращаться. И она стала меньше смертности на 134 000 человек. И начался новый демографический кризис. При этом рождаемость у нас за пять лет с 2016-го по 2020 год, она снизилась почти на 500 000 человек. То есть по 100 000 грубо в год. А смертность тоже сокращалась, но только по 30 000 человек. И поэтому рождаемость, поскольку она сокращалась быстрее, она опередила смертность. Население стало сокращаться с 2018 года, потому что в 2017 году, хотя была депопуляция, но у нас для нашей страны в те годы положительное сальдо миграции, механическое движение населения. Поэтому население в 2017 году выросло, а с 2018-го начало сокращаться. С 2020 года началась известная коронавирусная пандемия, и этот демографический кризис перерос в демографическую катастрофу.

Иначе не назовешь. И вы видите здесь два последних года: 2020-й и 2021-й, когда смертность каждый год увеличивалась на 325 000 человек и за два года почти на 650 000. А если бы не было пандемии, она должна была бы снизиться на 60 000 – 70 000. Поэтому упущенная смертность, надо еще 60 000 – 70 000 прибавить. Катастрофическое повышение смертности. Это повышение смертности самое крупное в мире в расчете и на численность нашего населения. Первые еще несколько стран немножко выше, но практически значимых стран нет. И у нас рекорд депопуляции – более миллиона. Для России больше

было в период испанки, в период голода при коллективизации. Два года было, когда депопуляция была больше в мирное время, конечно, мы говорим.

Надо сказать, что 2020-й и 2021 год – это совершенно разные годы по смертности. Двадцатый год – это смертность не от коронавируса только. Из 320 000 дополнительных смертей половина смертей – люди не болели коронавирусом, которые умерли дополнительно. Девяносто четыре тысячи – это дополнительная смертность от сердца, которая по 20 000 каждый год сокращалась до этого. Почему? Да потому что сердечнососудистые отделения были переименованы в инфекционные. Кардиологи, самая массовая специальность, переквалифицированы в инфекционисты. От легочных заболеваний. Естественно, вся аппаратура переключалась в коронавирус. И смертность от легкого не болеющих коронавирусом выросла в 2,4 раза за 2020 год. От нервных болезней выросла смертность, от эндокринных болезней и, конечно, от старости. Грубо половина из 320, они умерли не от коронавируса, а из-за того, что коронавирус потребовал. Мы были совершенно не готовы.

Гузель сказала, так называемая оптимизация здравоохранения. Между прочим, больше всего было сокращено, как ни странно, инфекционных коек. Поэтому мы оказались не готовы. Но к чести нашего правительства оно, конечно, сделало очень много в конце 2020-го – начале 2021 года благодаря и оборонным мощностям. И мы быстро построили несколько госпиталей, резко увеличили коечный фонд. И в 2021 году смертность начала сокращаться по всем болезням, кроме коронавируса. А от коронавируса она выросла в три раза в 2021 году по сравнению с 2020 годом. Второй слайд показывает нам смертность от сердечнососудистых и других. А четвертый слайд показывает 2021-й и 2022 год. Вы видите, что в 2021 году от коронавируса 518 000 смертность, а от других причин минус 197. А в 2022 году от коронавируса смертность резко сократилась, плюс 80. Но зато 619 – снизилась смертность от других причин, потому что не болели коронавирусом.

И поэтому общая смертность снизилась очень сильно на 540 000. И всего на 100 000, а не на 650 000 смертность увеличилась по сравнению с 2019 годом. Цифры говорят сами за себя. Здесь говорилось о расходах на здравоохранение. Вы видите: Россия за счет всех источников 5,3. По международному рейтингу Всемирной организации мы 121 в мире среди 180 стран по расходам. Это самое позорное место по всем показателям России – по социально-экономическим. Нет социально-экономического показателя хуже, чем это 121 место. И вообще у нас две отрасли самые плохие в стране – это финансы и это здравоохранение по рейтингам международным, если сравнивать просто страны, увы, к сожалению.

Следующий слайд – удовлетворены ли вы качеством медицины. Вы видите, Россия, ответ – 11 удовлетворено, 70 не удовлетворено. Другие страны, естественно, другие. Теперь зараженность и смертность от коронавируса по странам мира. Зараженность России не самая высокая. Вы видите: она по суточным данным 30-96,5. Но по данным Росстата это 760. Так сказать, это уже вскрытие. Это по данным ЗАГСов. Так что Росстату, хочешь – не

хочешь, надо верить. И по данным Росстата у нас самая высокая смертность, по суточным данным одна из самых высоких. Но есть страны, которые примерно такие же. А зараженность не самая высокая. Почему у нас самая большая смертность от коронавируса по отношению на миллион человек и на миллион зараженных? Я считаю, три причины. Хотя мы первые сделали вакцины и первые стали их производить, и первые стали прививать, но у нас мощностей-то нет по производству вакцин сколько-нибудь значительных. Америка производит 1,5 млрд. в год, у нее все покупают. А мы десятки миллионов производим.

Поэтому мы в период, когда к нам пришел «дельта» – самый смертельный штамм, как мы знаем, когда смертность резко выросла, у нас привито были от 25 до 35% населения, а большинство стран развитых имело 70-75. И у нас просто очень много людей не было привито, и поэтому смертность очень высокая была. Потому что привитые, у них смертности почти не было. Это один фактор. Второй фактор – нет страны, где бы столь высоко выросла смертность не болевших коронавирусом в период коронавируса, как в России. Все-таки это 160 000 дополнительно смертность. Это не связано с этим. Были страны, где немножко она выросла кое-где, но не в таких масштабах. И третье – наше население очень болезненно, особенно престарелое. Особенно то, которое прошло ужасный трансформационный кризис. Кто помнит, что это такое, когда смертность выросла катастрофически, когда здравоохранение вообще опустилось ниже плинтуса. У людей было подорвано здоровье. Много людей очень (особенно мужское население) находилось в непрерывном стрессе и непрерывной депрессии.

Они не могли прокормить свои семьи. Напомню, у нас безработица достигла 10 млн. У нас было выкинуто на улицу 7 млн. с оборонных предприятий людей. Они стали безработными. Привилегированные люди, привыкшие, все ими гордились. Они все приносили, что не могли другие семьи. И вдруг этот человек оказался без всего. Деньги обесценились, запасов никаких, никаких домов за границей, никаких дач. Имели они сельский домик, может, кто. Понятно. И вы представьте себе главу семьи, двое детей, жена мало получает, и он ничего не может. Ужас-ужас. Конечно, он находится под стрессом, и подорвано здоровье.

Как определить, насколько подорвано здоровье? Я такой прием использовал: обычно 65 лет считается таким каким-то рубежом. Сколько у нас дожило до 65 лет? Семьдесят один процент мужчин, 84% женщин в 2022 году. А развитые страны – 90, худшие – 85% дожили. Не 71. И поэтому у нас коронавирус, он же поражал... Умирили больше всего люди в возрасте из-за подорванного здоровья. Эти три причины. Может быть, была причина и недостаточного уровня медицины, хорошего лечения. Но у меня нет данных никаких, и я ничего не читал на этот счет. Я думаю, что сопоставимое было в этом плане.

Теперь слайд о восстановлении сохранности народа России. Я думаю, в 2023 году мы получим уровень смертности ниже 2019 года на 1,5-2%. Это предсказание и зампреда Голиковой, на 1,5-2%, по-видимому. В первой половине мы, видимо, достигнем 1 800 000 смертей, как в 2019 году. А в 2025-м мы можем надеяться уже на 1 700 000 смертей. Но,

правда, и рождаемость будет снижаться. Дальше все зависит от двух причин. Одна причина – насколько снизится смертность. Вторая причина – как себя поведут суммарные коэффициенты рождаемости, потому что рождаемость зависит от числа фертильных женщин, число которых нам неподвластно практически, и от суммарного коэффициента. Есть несколько стран, – Франция, Великобритания, Швеция – которые с 1,3-1,4 подняли суммарный коэффициент до 1,8-1,9. Известно, что они сделали. Мы сейчас 1,5% платим многодетным семьям и так далее. Они платят от 3,5 до 4,5. И известно, что надо делать: и жилье дополнительно давать, и так далее. Можно притормозить сокращение рождаемости.

И второе самое главное – сократить смертность. Не все помнят, но в 2018 году нас посетила очень высокая конференция ВОЗа, которая в 25 странах занималась смертностью и внедрила мероприятия по сокращению смертности. И они применили свой метод и предсказали, что до 2035 года мы примерно по 40 000 в год можем сокращать, кроме внешних причин. Они не занимались внешними причинами. А у нас от внешних причин, вы знаете, в три раза выше смертность. Поэтому если считать и внешние причины, то 45 000 – 50 000 в месяц. Если взять сокращение смертности, то мы можем сократить смертность и к 2035 году восстановить сохранность народа.

**Гузель Эрнстовна:** Спасибо большое.

**Абел Аганбегян:** Все.

**Гузель Эрнстовна:** Спасибо большое, Абел Гезевич. Я знаю, что.. Но при этом, наверное, не забыть надо, что надо увеличивать финансирование здравоохранения. Я знаю, что вас хочет украсть у нас сессия, которая по бюджету. Там, наверное, народу больше. Но что же, бюджет же. Так интересно. А здравоохранение – что это? Когда еще эффект.

**Абел Аганбегян:** Не надо считать только государственные деньги. Вообще бесплатность – это плохо.

**Гузель Эрнстовна:** Абел Гезевич, у нас половина населения живет на доходы менее чем 25 000 рублей в месяц. Ребенка прокорми!

**Абел Аганбегян:** Надо повысить доходы.

**Гузель Эрнстовна:** Это другое дело.

**Абел Аганбегян:** Мне нравится американская система.

**Гузель Эрнстовна:** Тогда мы должны зарабатывать. Средняя зарплата должна быть, как у американцев. Так?

**Абел Аганбегян:** Конечно. Не как у американцев, но структура ее должна быть такая. Для того чтобы она была как в Америке, нужно производительность иметь как в Америке. А структура нашей зарплаты нужно иметь другую. Мы – единственная страна, которая не платит на пенсии свои доходы. Нет в мире такой страны, кроме Монако, которая за счет..

**Гузель Эрнстовна:** Спасибо вам большое, Абел Гезевич. Спасибо огромное.

**Абел Аганбегян:** Страховку по здравоохранению мы не платим. Есть такие страны: Канада, Великобритания. Я про Канаду могу сказать. Когда я заболел, меня привезли туда. В Канаде не стали, ввели обезболивающее. Если вы не при смерти, только обезболят.

**Гузель Эрнстовна:** Да. Многие, кстати, жалуются за рубежом, что первичное звено лучше всего в России, а мы еще жалуемся.

**Абел Аганбегян:** Говорят, чтобы стали как-то получше. Но тоже государственные.

**Гузель Эрнстовна:** Спасибо вам огромное. Людмила Ивановна, мы с вами давно знакомы. Вы возглавляли регион, а теперь вы отвечаете за сердце отрасли. Сердце отрасли для меня – это медицинские кадры. Как сделать так, говоря медицинским языком, чтобы это сердце билось ритмично, а кровь поступала во все органы? Расскажите нам, что планирует Минздрав в главном, чтобы билось наше сердце?

**Людмила Летникова:** Уважаемые коллеги, уважаемая Гузель Эрнстовна, вы знаете, один Минздрав и одно правительство ничего не сможет, потому что должна быть совокупная работа. И я попытаюсь на примерах это показать, рассказать вместе с субъектами. О чем говорили сейчас и Гузель Эрнстовна, и по демографии, ковид внес отрицательный вклад и в обеспечение врачами. Несмотря на то, что у нас был небольшой прирост обеспеченности врачей до 2021 года, по итогам 2022 года он снизился на 1,3. И вместо 37,7 стало 37,4. Потому что вы знаете, что начало пандемии ознаменовалось тем, что врачи пенсионного возраста ушли и естественная убыль, и действительно увеличение нагрузки, и страх заболеть ковидом во время своей работы.

Сейчас, как тогда, мы сталкиваемся, если касаться пенсионного возраста, с тем, что медицинские работники ради пересчета пенсии... А у нас пересчитывается пенсия неработающим только пенсионерам. Тоже уходят. И по некоторым субъектам – например, Московская область – 11 000 медицинских работников за прошлый год ушли из отрасли ради пересчета пенсии. Пересчет пенсии занимает три-четыре месяца. Пожив три-четыре месяца без работы, уже две три медицинских работников решили, что возвращаться к такой напряженной работе – это тоже... Приняли для себя решение остаться на пенсии. Причем несколько отрадно то, что по некоторым специальностям – например, участковые терапевты, онкологи, рентгенологи, анестезиологи-реаниматологи – у нас положительная динамика за 2022 год есть. Но в то же время отрицательная динамика по терапевтам есть, по кардиологам есть, по неврологам есть. Есть субъекты, и их больше десятка, которые 2022 год закончили с положительным приростом по обеспеченности врачами.

И здесь как раз то, о чем я вначале сказала, когда совместно работают и федеральные меры, и субъектовые меры. Поэтому мероприятия, которые продолжает проводить Минздрав, для того чтобы увеличить обеспеченность медицинскими работниками – это увеличение, во-первых... Начну с образования. Увеличение КЦП. Если даже сравнивать последние три года, у нас КЦП на специалитет, после которого выходят участковыми



терапевтами, участковыми педиатрами, увеличилось почти на 3%, а ординатура увеличилась на 14% КЦП. Причем вы, наверное, знаете, кадрами интересуются медицинскими многие, а тем более сидящие в этой аудитории. Что в соответствии с распоряжением правительства из бюджетных мест по специальности «Лечебное дело» у нас 75% – это целевые места, по педиатрии 76%, а по 39 специальностям ординатуры у нас 100% – это целевые места.

Причем Минздрав четко учитывает при распределении контрольных цифр приема по субъектам именно обеспеченность кадрами того или иного субъекта. И, естественно, дается больше мест бюджетных целевых тем вузам, которые расположены в субъектах, где есть более выраженный дефицит кадров. И в то же время мониторинг трудоустройства целевиков, Минздрав мониторит трудоустройство целевиков, по субъектам очень и очень неоднозначен от 60% до 85%. Это целевики, которые по заключенному соглашению обязаны отработать пять лет в том субъекте, который дал целевое направление. И есть 65% тех, которые возвращаются в субъект и всеми правдами и неправдами, выплачивают деньги, которые субъект потратил на время обучения в виде мер социальной поддержки, выплачивают деньги, но не возвращаются в субъект.

Поэтому в тех субъектах, где создаются условия, где есть меры социальной поддержки и студентов, а такие субъекты есть, и, конечно, меры социальной поддержки для врачей, для средних медработников, те субъекты 2022 год с положительным балансом. Меры социальной поддержки в соответствии с 323 федеральным законом – субъект имеет и право, и возможность применять меры социальной поддержки, разрабатывать меры социальной поддержки для любой линейки. Субъекты отчитываются о достаточно широкой линейке мер социальной поддержки. Но анализируя эти меры и количество получателей этих мер, четко можно проследить тенденцию. Там, где это единицы... Допустим есть мера – обеспечение служебным жильем. Но когда есть субъекты, которые отчитываются Минздраву, что, допустим, потребность в служебном жилье пять человек на всю отрасль, и они на 100% обеспечили этих пять человек, конечно, это вызывает недоумение и улыбку в самом маленьком таком проявлении чувств. Конечно, это зависит от финансирования субъекта, от промышленного развития, потенциала субъекта. Есть субъекты, которые дают, допустим, по 100 – по 200 квартир для медицинских работников, у которых есть и бесплатный проезд на работу, и выделение участков.

Если приводить статистику, 90% субъектов имеют меры социальной поддержки. А эффективность мер социальной поддержки та, которая привела бы к положительной динамике обеспеченности врачами – это в лучшем случае 40%. Поэтому мы, когда принимаем отчет, когда мониторим эту статистику кадровой политики субъекта, у них у всех есть региональные программы по кадрам, как раз и смотрим, чтобы была динамика в обеспеченности. Тогда можно говорить, что меры социальной поддержки субъекта действительно достаточные, а не просто ради статистики, что у нас и такие, и такие меры есть. Что на федеральном уровне делается? На федеральном уровне... Знаете, про КЦП я не

буду больше говорить. Действительно мы КЦП наращиваем и сталкиваемся... Контрольные цифры приема, я об этом вначале сказала. Контрольные цифры приема увеличиваются ежегодно для вузов, подведомственных Минздраву. Причем преимущественно в тех вузах, субъекты которых испытывают большой дефицит в кадрах.

Есть множество специальностей ординатуры, где только целевые места. Платных мест нет практически, есть целевые места. И учатся именно по направлениям из субъектов, для того чтобы потом человек этот вернулся в этот субъект и отработал там положенное по договору количество лет. Говорилось Гузель Эрнстовной про заработную плату медицинских работников субъектов. И действительно мы мониторим выполнение указа президента. Двести процентов... Сейчас Росстат еще за 2022 год заработную плату не предоставил, это будет через месяц, позже. Но за девять месяцев 2022 года у нас только 12 субъектов не выдержали указные 200% по врачам заработной платы. Но вы сами знаете, так же как и Минздрав, что дифференциация заработной платы в субъекте между врачами поликлинического отделения и стационарного отделения, между врачами отдельных специальностей очень и очень большая.

И еще тоже хотелось бы сказать, и субъектам мы тоже на это говорим и пытаемся губернаторов мотивировать, что доля окладов в заработной плате тоже в субъектах очень и очень разная. Есть субъекты, где оклад врача составлял на середину прошлого года 7000 рублей. Есть субъекты, в которых оклад врача составлял 21 000 рублей. Да, стимулирующие выплаты есть везде. Да, компенсаторные выплаты есть везде. Но молодой врач, устраиваясь на работу в тот или иной субъект, прекрасно понимает, что выплаты стимулирующие будут в основном врачу со стажем. А молодой врач, тем более в поликлинических условиях, как правило, у них зарплата меньше, естественно, получает меньшую зарплату. Поэтому здесь опять же нельзя пренебречь ролью субъекта, потому что субъект своим нормативным актом определяет долю оклада в заработной плате.

Что касается новой системы оплаты труда, вы знаете, что до конца 2024 года она отложена. Но есть сейчас ряд субъектов, в которых в виде пилота мы отработываем новую системы оплаты труда. И очень надеемся на то, что когда будет единая сетка повышающих выплат, то все-таки это какой-то положительный вклад внесет в оплату труда и в престижность медицинской профессии для выпускников вузов. Что-то добавить хотите? Поэтому очень сейчас большие надежды у нас на постановление 25.68 – это социальные выплаты от 4500 до 18500 в зависимости от того, средний медработник, врач или младший медицинский работник. Один квартал прошел, постановление работает с января 2023 года. Это маленький срок, естественно. Но уже сейчас мы видим по большинству субъектов возвращение из коммерческих медицинских организаций в государственные учреждения здравоохранения медицинских работников.

Эта мера, мы надеемся, что будет таким активным вкладом в обеспеченность врачами. И последние две фразы, что касается престижности наших вузов на мировом рынке. Семь наших вузов вошли в мировой рейтинг престижных вузов. Позвольте, я три секунды назову.

Это гордость Минздрава. Это Сеченовский университет, это РНИМУ, это Казань, это Приволжский, это сибирский вуз, оба вуза Санкт-Петербурга. В 2022 году Сеченовка вошла в шанхайский рейтинг мировых вузов, тоже очень престижно. И если сравнивать в каждой территории рейтинг медицинского вуза с вузами, которые есть на территории, как правило, наши вузы занимают почетные несколько мест, потому что действительно медицинское образование и престижно, и медицинское образование востребовано среди школьников, абитуриентов.

**Гузель Эрнстовна:** Спасибо большое, Людмила Ивановна. Я почему так кивала-то, когда вы выступали? Конечно, единая тарифная сетка, все самое лучшее, что касается организации системы здравоохранения, я не говорю о ее технологическом обеспечении, было создано в советское время.

И в том числе единая тарифная сетка, чтобы не было этих перекосов. А здоровье населения – это безопасность, и так наша тема называется. Поэтому я все-таки считаю, что мы должны вернуться к единой тарифной сетке и закрыть вопрос, и централизованное управление на уровне Минздрава. Все. Это мое глубокое экспертное убеждение. Второй вопрос, кроме кадров, всегда, который волнует наше население – это лекарства. Владимир Григорьевич, санкции. У нас вузы тут всем ветрам назло самые лучшие места занимают. А с лекарствами? Представляете, допустим, все нам откажут в санкциях. Готовы ли мы к этому, к суверенитету лекарственному, как Иран, например? Были у них санкции, а в прошлом году приезжали к нам и предлагали инновационные лекарства. Мы готовы так? И что надо сделать, чтобы мы были готовы? Все-таки форум экономический, вам слово.

**Владимир Шипков:** Благодарю вас, Гузель Эрнстовна, за возможность поделиться некоторыми соображениями. Я постараюсь оправдать доверие, которое мне оказано вашим приглашением, и немножко поделиться своими соображениями по лекарственному обеспечению. Бытуют оценки, что современные лекарства (особенно инновационные, оригинальные лекарства) очень существенно влияют на качество и продолжительность жизни и являются неотъемлемым важным компонентом современной системы здравоохранения в любой стране, где бы мы ни находились. И все юрисдикции (дружественные и недружественные) в настоящее время борются за то, чтобы обеспечить более высокую доступность именно новых лекарств, которые по оценкам экспертов в состоянии новейшие оригинальные препараты до 70% улучшить качество, расширить продолжительность жизни. Я думаю, Ян Владимирович, конечно, подтвердит мою общую констатацию.

Конечно, международная индустрия, которую я представляю в Российской Федерации, вносит значительный вклад и в развитие фармацевтической отрасли, и вообще. Мы много инвестировали в локализацию, построили много заводов. Но это уже вчерашний день. Мы должны говорить о дне сегодняшнем и завтрашнем в текущих условиях. В текущих условиях здесь и сейчас, мне кажется, крайне важно отметить, что вся международная фармацевтическая индустрия, которая объединилась в рядах нашей ассоциации и в ковид,

и постковид, и сейчас остается здесь и работает, и продолжает бесперебойные поставки лекарств, как бы сложно это ни было. Это первая констатация, которую, я считаю, необходимо сделать. И мы письменно 1 февраля 2022 года, подчеркиваю, заявили об этом в правительство от имени ассоциации и Министерства здравоохранения министру здравоохранения, министру промышленности и торговли и другим должностным лицам, что мы все здесь. Мы будем решать логистические проблемы сами, и мы рассчитываем на профессиональный диалог.

И это очень важно. И до сих пор мы продолжаем выполнять свою миссию, кто бы какие инсинуации себе ни позволял. Я из первых уст ответственно вам заявляю об этом, и надо это иметь в виду всем. И нет оснований, не смотря ни на что, на беспокойство и сеять панику. Это первое. Второе – каждая юрисдикция, естественно, решает проблему повышения доступности современных лекарственных препаратов, так необходимых для систем здравоохранения. Каждая из стран идет по-своему. Мы тоже развивали «Фарму 2020», сейчас пытаемся 2030, но которая по последним данным была отклонена правительством и возвращена на доработку. В этой связи, мне кажется, весьма и весьма показателен опыт наших китайских соседей и друзей. Китайские регуляторы в 2015-2016 году, анализируя структуру смертности и заболеваемости, пришли к очень интересному для них и неожиданному выводу, поскольку за предыдущие 10 лет в мире было выявлено 415 новых молекул.

А в Китай практически ни одна молекула не пришла. И это очень серьезный вывод, поскольку несмотря на развитую нетрадиционную медицину и фарму, казалось бы, современные онкологические состояния, орфанные болезни лечить иглоукалыванием вряд ли представляется возможным. И тогда регулятор задумался сам, пригласил фарму и местную, и зарубежную для консультаций. И они выработали комплекс мер настолько простой, что он позволил очень быстро достичь весьма значимых результатов. И я постараюсь показать. Какой это набор мер? Замечу, в отличие от нас они не занимались монетизацией или распределением бюджетных средств по производителям. Они пригласили большую фарму местную и зарубежную и обсудили. И предложили, сказали регуляторы: «Коль скоро китайская фарма локальная не в состоянии еще производить оригинальные препараты, и блокбастеров не замечено в производстве, мы обращаемся к вам, международные компании. Вы готовы выводить на китайский рынок новые препараты в достаточном количестве, которые востребованы китайскому здравоохранению? И при условии, если мы ликвидируем ввозные пошлины, для нас актуально, если мы минимизируем НДС, мы будем рассматривать, проводить экспертизу и регистрацию не несколько лет, а три месяца для орфанных препаратов и шесть месяцев для других.

Мы введем ускоренные процедуры регистрации, мы введем процедуры регистрации на условиях. Если препарат зарегистрирован в Европе, Австралии или за океаном, приходите с тем же досье. Даже не надо переводить на китайский язык, поскольку это требует времени и так далее. Мы примем это. Все проверочные мероприятия по контролю качества

химических препаратов, мы аннулируем лабораторный контроль, поскольку там предельно ясно все». Что касается биотехнологий и так далее, все эти проверочные мероприятия, GMP-инспекции после регистрации препаратов на пострегистрационный контроль. Увеличили на пять лет патентную защиту на лекарственные препараты, ввели запрет на производство дженериков и биосимиляров в период действия патента. И предупредили местную фарму, чтобы не нарушать. Ввели суды по интеллектуальной собственности и рассматривают дела вместе с апелляцией в среднем на круг сейчас четыре месяца, и вводят обеспечительные меры наказания и так далее.

В результате что имеют? Они составили список приоритетных препаратов, которые нужны системе здравоохранения и сказали: «Уважаемые производители, вы готовы поставить эти препараты?». Естественно, фарма сказала: «Да, готовы», – «Тогда у нас есть к вам небольшая просьба. Мы рассчитываем, что в этих условиях вы продемонстрируете гибкость по цене». И все компании на это согласились, дав дисконт в среднем 65% в результате прямых переговоров с производителями. В итоге первая группа, список препаратов, которые нужны системе здравоохранения, из 50 препаратов был через шесть месяцев зарегистрирован. И нарастающим итогом, если взять период 2017-2020 год, так приведу, в России было новых молекул зарегистрировано 35. Во всей Европе (старой, новой) 160.

**Гузель Эрнстовна:** А в Китае?

**Владимир Шипков:** А в Китае 194. И сейчас Европа, Европейский союз, я вам ответственно заявляю, изучает подходы Китая, как, не монетизировав в прямом смысле этого слова, добиться таких результатов.

Да, они сказали своей локальной фарме: «Вы трансферите технологии, партнерьтесь с гигантами мировыми и развивайте высокотехнологичные лекарства и производства. Надеемся, что вы в перспективе 5-7, 10 или 15 лет будете производить такие же препараты, как и другие». Вот почему я всегда говорю, что будущее нас с вами как потребителей и будущее российской фармы должно заключаться не в развитии самостоятельности, а должно строиться на партнерстве с международной фармой. И мы готовы в этом участвовать. Благодарю вас.

**Гузель Эрнстовна:** Владимир Григорьевич, спасибо. Очень надеемся, что международная фарма выполнит свое слово. Вы – гарант этого. Но все-таки я помню, я читала этот отчет. Это, во-первых, пятилетний план в Китае. А во-вторых, они поставили условия крупным компаниям фармацевтическим: «Милый, ты тут всю мне свою производственную цепочку на мою территорию перенесешь со всеми технологиями». И это для них безопасность. И потом я бы, конечно, на месте крупных фармкомпаний ни за что не отказалась, потому что 1 млрд. 400 000 человек – это вам не 148 млн. в России. Россией, может быть, и можно пренебречь, а миллиардом с 400 тысячами не пренебрежешь. Я имею в виду рынок.

**Владимир Шипков:** Кстати, объем рынка и инвестиции в R&D на китайском рынке сейчас уже выходят на лидирующие позиции глобальные.

**Гузель Эрнстовна:** Да, они деньги вкладывают.

**Владимир Шипков:** Это совсем неслучайно.

**Гузель Эрнстовна:** Совсем неслучайно.

**Владимир Шипков:** Поэтому мы готовы к разным опциям. И надеемся, что совокупными усилиями у нас тоже что-то получится.

**Гузель Эрнстовна:** Я знаю, что, Алексей Владимирович, в ближайшее время вы как партия коммунистов проводите совещание. Я вообще хочу похвалить коммунистов. Они вообще бьются вместе со мной за увеличение финансирования здравоохранения. Еще бьется «Справедливая Россия». «Новые люди» до конца не поняли, зачем это нужно, но тоже бьются. А «Единую Россию» никак не получается убедить. Вы проводите совещания по системе всеобщего лекарственного обеспечения. Несколько слов, пожалуйста.

**Алексей Куринный:** Да, действительно это очень важная проблема, потому что российский рынок лекарств сегодня уже превысил 2 трлн. рублей, вы это знаете. Растут причем госпитальные закупки в том числе. И, наверное, рост последних двух лет – это рост как раз государственных вложений. Сейчас порядка 920 млрд. по итогам 2021 года – это только государственные вложения. Это госпиталка и все, что касается амбулаторной помощи.

**Гузель Эрнстовна:** Миллиардов?

**Алексей Куринный:** Миллиардов. Вы правильно сказали, что где-то 310-340 млрд. – это как раз амбулаторная помощь по разным подсчетам. Это то, что государство уже вкладывает. Но вкладывает очень разрозненно, выбрав какие-то группы. Инвалиды получают бесплатные лекарства, имеют доступные лекарства условно. Больные определенными заболеваниями получают эти лекарственные препараты, кому повезло попасть. Те группы, которые сегодня государство выделяет. Еще какие-то категории, которые охвачены. Но в целом из 145 млн. человек, которые проживают, право на бесплатное или льготное лекарственное обеспечение имеют не больше 40. Остальные практически, они такого права не имеют. А лекарственное обеспечение современное – это как раз те плюс 5 лет ожидаемой продолжительности жизни, в том числе, или плюс 10 лет в сравнении со старыми странами Европы. Современное лекарственное обеспечение, современная фарма – это как залог достижения тех целей, о которых мы сегодня говорим: и народосбережение, и сохранение населения, и долгой жизни, в том числе долгой активной жизни для работы. Мы это прекрасно понимаем.

И большинство стран сегодня ведущих, они пошли по пути как раз частичного, либо полного погашения стоимости необходимых лекарственных препаратов, которые выписывает врач. Где-то есть, например, как в Германии условные платежи. Они вроде как платят, но плата от 5 до 10 евро, независимо от того, сколько стоит лекарство, если оно выписано, соответственно. В других странах немножко другие. Но Российская Федерация, Гузель Эрнстовна показывала уже схему, она проигрывает сегодня. Она тратит на лекарственное обеспечение в два с половиной раза меньше, чем новые страны и в разы, в пять раз

меньше, чем старые страны. Безусловно, это отражается в итоге на демографическом показателе, на эффективности лечения. Поэтому переход к современной модели всеобщего лекарственного обеспечения назрел. Он назрел и в силу, еще раз говорю, влияния современного лекарственного обеспечения на продолжительность жизни и активность жизни, в том числе. Он назрел и с точки зрения современных подходов, по большому счету. И самое главное – Минздрав эту концепцию тоже разрабатывал до 2020 года, но потом аккуратненько ее отложил, так же как с зарплатами медиков, перебросив на 2025 год. А это отнюдь не бесполезные затраты, о чем мы тоже сегодня будем говорить.

Это как раз та экономика, о которой мы говорим. Люди большое живут, люди дольше работают, люди платят налоги, люди приносят помощь, люди меньше потребляют таких социальных фондов на собственное лечение. И когда мы все это в деньги пересчитаем, я думаю, Гузель Эрнстовна нам все-таки в конце расскажет это в деньги. Это будет в разы, еще раз, вкладывать сегодня в лекарственное обеспечение, в здравоохранение, это будет в разы дешевле, чем лечить соответствующие последствия.

Поэтому сегодня эта программа разрабатывается. Мы следующий круглый стол проводим десятого числа уже в Государственной Думе, потому что считаем, что те необходимые средства, сегодня шла речь о 200 млрд рублей, но по нашим данным эта сумма чуть побольше. Как ее найти, каким образом изыскать, из резерва государства, увеличив налог на ОМС на один процент, это разные совершенно варианты. Но двигаться в этом направлении надо, причем максимально такими быстрыми шагами. В противном случае, исполнение указанных целей, в противном случае реализация национальной стратегии, все, что связано со здоровьесбережением, народосбережением будет просто нереально абсолютно точно и понятно.

Поэтому приглашаем всех в 11 часов в Октябрьский зал Дом Союзов десятого числа...

**Гузель Улумбекова:** В Доме Союзов? Не в Думе?

**Алексей Куринный:** Он относится к Думе формально, и там, соответственно, зал. Будем рады. Спасибо.

**Гузель Улумбекова:** Спасибо, Алексей Владимирович, спасибо большое. Я перехожу к Игорю Владимировичу. Игорь Владимирович, я, конечно, все время сегодня вспоминаю и Советский Союз, как хорошо, что с советских времен сохранился ваш институт ВНИИИМТ. Тогда был госзаказ, тогда был Госплан. Сегодня, слава богу, что есть вы с вашим центром. Вы все и мониторируете, какое есть медицинское изделие в наших медицинских организациях. И экспертизу проводите. И предложения делаете.

Скажите, мы понимаем, что медицинские изделия, они изнашиваются, и кто-то к нам, наверное, уже не поставляет, это же не только лекарства, наверное, что-то трудно поставять. Вот что в ближайшее время вы считаете необходимо сделать, имея ту картину, что у нас есть, что изнашивается, и кто нам чего уже сегодня не хочет давать высокие технологии.

**Игорь Иванов:** Конечно, современную медицинскую помощь невозможно представить без использования медицинских изделий, – оборудование, медицинская техника, расходные материалы, все это является, в общем-то, той неотъемлемой частью, которая, в общем-то, нужна при оказании медицинской помощи. В отличие, конечно, от лекарственных препаратов, где есть формула, вокруг которой все крутится, и медицинское изделие, конечно, в этом плане гораздо сложнее, начиная от формальных каких-то вещей, и заканчивая тем, что это действительно многокомпонентное изделие, в состав которого входит большое количество запчастей, деталей, комплектующих.

И совершенно очевидно, что годами сформированный рынок медицинских изделий, который обращается на территории Российской Федерации, а нужно понимать, что до того, как вступили в силу санкционное давление, в Российской Федерации пропорция зарегистрированных медицинских изделий существовало 60% – это иностранные производители, 40% – это отечественные производители.

И, конечно, крупные компании, транснациональные компании доминировали на рынке по многим направлениям производства медицинских изделий. Это не значит, что у нас нет технологий. Но это значит, что такие компании обладают большим ресурсом, в том числе лоббирование, в том числе продвижение продукта, в том числе объемов рынка, которые они готовы занимать в Российской Федерации. И, в общем, такая картинка существовала.

Сегодня, когда мы имеем санкционное давление, когда мы имеем нарушение логистических цепочек поставки не только готовой продукции, но и расходных материалов, которые нам необходимы, например, для техобслуживания, для проведения ремонта, конечно, сегодня облик рынка медицинских изделий меняется.

Надо отметить, что Минпромторг постоянно непрерывно, в общем-то, и особенно в первое время, очень хорошо сработал с точки зрения протекционизма и поддержки производителей отечественных, которые готовы замещать дефектуру на рынке медицинских изделий. Это первое.

Второе. Правительство сработало, с точки зрения расширения возможностей регуляторики. И благодаря изменению, постановление правительства новое вышло, изменение регуляторики регистрации, упрощению регистрации, ускорению регистрационных процедур. Тем самым, возможность производителям, которые не присутствовали на российском рынке, в том числе иностранным производителям, в общем-то, зайти на рынок со своими изделиями и заместить те изделия, которые по разным причинам, в том числе и санкционным, уменьшается количество.

Хотя, в общем-то, и западные, и американские компании заявляют и декларируют, что они не собираются уходить с рынка. И на сегодня мы это видим, видим присутствие этих компаний, мы видим присутствие и той номенклатуры, которая сегодня есть. Но, безусловно, логистические цепочки усложняются. Безусловно, если мы говорим, например, про *in vitro*, про большой блок, большой рынок изделий для *in vitro* диагностики,



связанной с расходными материалами, связанной с тест-системами. Понятно, что мы видим усложнение поставок, или удлинение сроков поставки и так далее. Но, тем не менее, мы на сегодня истинной такой дефектуры не фиксируем.

Конечно, Китай в этом плане очень серьезный игрок для Российской Федерации, и объем поставляемой продукции по медицинским изделиям возрос более чем в десять раз. Да, уменьшились западноевропейские поставки, но это компенсировалось тут же за счет рынка Китая. Более того, они прошли процедуры, они зарегистрированы на территории России. И они замещают сегодня те звенья, которые традиционно, например, занимали западноевропейские игроки. И мы видим это сегодня. И, более того, продукция, которая поставляется – медицинские изделия, – они проходят соответствующую систему регистрационных процедур, соответствующую систему испытаний, и, в общем-то, они подтверждают требования по безопасности и требования по клинической эффективности таких медицинских изделий.

Поэтому, безусловно, сегодня это время вызова для рынка, это вызовы для производителей и вызовы, в общем-то, для того, как меняется облик рынка медизделий в России. Что говорить про отечественных производителей, – для них это шанс. И благодаря мерам протекционизма, которые сегодня создает Минпромторг, мы видим, в разы увеличивается номенклатура изделий, которые сегодня обращаются. В разы увеличивается количество поставляемых медицинских изделий. Мы видим, что изделия совершенствуются и технологически развиваются, и это объективная реальность, и с этой реальностью нужно считаться.

И я уверен, что спустя два-три года наши отечественные производители будут, что называется, в общем-то, достойно представлены на отечественном рынке с достойной номенклатурой продукции, с достойным, в общем-то, перечнем этих изделий, и, в общем-то, я уверен, что конкуренция в этом плане будет возрастать. И отечественные производители, для них это шанс. Нужно еще и так воспринимать этот вызов.

**Гузель Улумбекова:** Это очень хорошо. Но вы помните, когда мы в прошлом году сидели на оргздраве, по-моему, концерн производителей медицинских изделий сказал, что, вы знаете, основные комплектующие у нас идут с Запада...

**Игорь Иванов:** Да. У нас многих технологий не было. И вообще-то...

**Гузель Улумбекова:** Вот эту проблему мы собирались как-то преодолевать?

**Игорь Иванов:** Об этом и говорю. Конечно, технологический разрыв нужно сокращать. И это, конечно, задача Минпромторга. Но в конечном итоге задача, например, нашего института при проведении различных испытаний подтвердить безопасность изделия, которое будет применяться при оказании медпомощи. Ведь в конечном итоге пациенту важно, чтобы все, что с ним будет происходить в медорганизации, все, что он будет применять, было безопасным и клинически эффективным. И поэтому вот это задача

государства. Задача государства – обеспечить обращение безопасных и эффективных медицинских изделий...

**Гузель Улумбекова:** И плюс заказать, плюс изготовить внутри. Это наш суверенитет.

**Игорь Иванов:** Безусловно, конечно, и в этом плане, суммарно, понимаете? И мне кажется, что сегодня время, по крайней мере, из того, что я могу свое личное мнение сказать, сегодня, наконец, с одной стороны регулятор в лице Росздравнадзора. С другой стороны, производители (и отечественные, и импортные, я абсолютно могу точно сказать, и импортные и отечественные производители), в режиме диалога, в режиме общения снимают, во-первых, напряжение, когда есть дефектура. Во-вторых, обсуждают те процедуры, которые можно упростить без потери безопасности, без потери подтверждения качества и эффективности. И сегодня эффективный диалог наконец-то начался.

**Гузель Улумбекова:** Очень хорошо.

**Игорь Иванов:** И мне кажется, это очень хороший такой урок всем нам.

**Гузель Улумбекова:** Очень хорошо, спасибо вам большое. Я единственное что, коллеги, могу сказать. Я недавно выступала на конгрессе «Цифровая медицина», и туда пришли производители российского ПО, которые хотят зайти на рынок здравоохранения. Я с удивлением, один из них подходит: «А вы знаете, мы делаем ПО для германского оборудования, которое затем покупается в системе здравоохранения». То есть мы его полностью начинаем, все программное обеспечение делаем здесь, в России. Потом отправляем в Германию, а из Германии уже готовое у нас физиологическое оборудование приходит.

И они, кстати, мне говорят: «А как нам прийти в Минздрав и сказать, что это мы половину вот...» Я говорю: «Ну, уж идите как-то». Вот такие есть у нас производители. И это внушает оптимизм.

**Игорь Иванов:** Вы знаете, у нас не производители есть. У нас Кулибины есть. У нас есть Кулибины, которые, к сожалению, и это, мне кажется, такая общая проблема и боль. Можно иметь классные изобретения, но не иметь возможности и не уметь конвертировать это в производство. У нас замечательные изобретения. И если мы сейчас посмотрим разработки, которые сегодня есть МИЦов, у федеральных центров ведущих клинических, которые есть у наших производителей, у нас масса разработок. Но они, к сожалению, не конвертируются в промышленный масштаб, в тиражируемый масштаб, в масштаб, который бы удовлетворял и был значимым, заметным игроком на рынке. А Кулибиных у нас много, это правда.

**Гузель Улумбекова:** Да, сейчас, извините, пожалуйста, мы еще вернемся к вопросам, я предоставляю аудитории возможность задать вопросы. Спасибо огромное. Борис Валентинович, наверное, к вам сейчас. Конечно, натиск передовых технологий, цифровых технологий, конечно, благо. Я же понимаю, цифровые технологии – это благо. Но такое

благо для нас, для врачей, такое, немножко отсроченное, потому что врачи жалуются на неудобные интерфейсы. Медицинские организации говорят: «А где мне взять специалистов, которые будут у нас информатизацией управлять? А где мне взять деньги на операционные расходы?»

То есть на данном этапе мы должны понимать: да, у нас блестящая нормативная база. Вот это я, кстати, читала с большим удовольствием. Прекрасная нормативная база. А я знакома и с зарубежной нормативной базой. Но как все-таки сделать, чтобы вот это цифровое благо действительно стало цифровым благом? Что надо делать в нашей системе здравоохранения, чтобы она действительно по цифровому трансформировалась? Пожалуйста, вам слово.

**Борис Зингерман:** Да, спасибо большое. Я думаю, что вы очень важное слово сказали в преамбуле нашей сессии. Меня зовут Борис Зингерман, я являюсь руководителем...

**Гузель Улумбекова:** Я представляла...

**Борис Зингерман:** Я просто расскажу. Я являюсь руководителем Ассоциации поставщиков и пользователей искусственного интеллекта в медицине. То есть наша ассоциация объединяет те компании, которые разрабатывают специализированные решения в области именно искусственного интеллекта в медицине. Наверное, не менее важно то, что у меня личный опыт цифровизации здравоохранения 40 лет. То есть фактически это весь тот период, когда компьютеры, хоть в каком виде, начали вступать в нашу жизнь, и до сегодняшнего дня.

И мы видим, какой колоссальный прогресс в цифровизации, компьютеризации. Но очень важно сказать, что за весь этот период название того, чем мы занимаемся, оно многократно менялось, и это была компьютеризация, информатизация, цифровизация, цифровой контур. Каждый раз появлялось какое-нибудь новое название, под которое делались какие-то новые проекты. Но то слово, которое вы сказали в преамбуле нашей сессии, это было слово «цифровая трансформация».

В какой-то момент, когда это слово впервые проявилось, мы все немножко похихикали, решив, что это как бы новый термин. А потом один мой коллега мне объяснил одну очень важную вещь, чем отличается цифровая трансформация от цифровизации. Когда мы говорим о цифровизации, это означает, что мы новые цифровые технологии внедряем в старые технологические процессы. То есть мы берем те процессы, которые существуют, и пытаемся в них внести компьютеры.

И последние годы все предыдущие, мы двигались именно по этому пути. То есть мы как бы очень активно, Минздрав, начиная с 2010 года, обеспечивал так называемую базовую информатизацию. Если в начале нулевых годов мы все понимали, что главная проблема это отсутствие компьютеров, серверов, сетей связи, оборудования. То сегодня этой проблемы нет. Сегодня на каждом столе у каждого медицинского работника стоит компьютер, который эти медицинские работники яростно ненавидят.

Причем это не только наша проблема. В нашей стране мы еще об этом говорим довольно тихо. А вот, скажем, за рубежом крупнейшие международные журналы печатают статьи с опросами медицинского персонала, в которых речь идет о том, что компьютеризация – главный фактор выгорания врачей. Реально. А, собственно говоря, что происходит?

То есть мы фактически ту же медицинскую документацию, те же медицинские процессы, которые были приспособлены, не знаю, 100 лет назад, вот рукописный материал, мы переводим в компьютерный вид. И иногда в соответствии с недоработанными нормативной документацией вообще вынуждаем врачей к двойной работе. То есть что-то написать на бумажке, что-то внести в компьютер.

Потому что здесь мы должны поблагодарить Минздрав, в работе которого мы тоже принимали участие. Наконец, вышел указ Минздрава два года назад, который придал легитимности электронным медицинским документам. Мы очень старались, совместно разрабатывали этот приказ. Мне кажется, он будет играть довольно важную роль именно для устранения вот этой двойной бухгалтерии – рукописной и цифровой.

Но при этом мы сохраняем все ту же историю. То есть была медицинская карта, Мы ее пытаемся запихнуть в компьютер в виде тех же форм, которые 50 лет разрабатывал Минздрав. У нас есть в рамках медицинской карты форматы документов, разработанные в 1980 году. То есть основной массив документов был разработан в 1980 году, медицинских. И мы пытаемся их как-то электронизовать, запихнуть в компьютер, сделать из них электронную медицинскую карту. И все это процессы цифровизации.

А когда мы говорим о цифровой трансформации, то мы приходим к новой истории. То есть мы пытаемся внедрить в здравоохранение те технологии и те процессы, которые без цифровых технологий просто были невозможны, не существовали раньше. И в этом плане как бы мы сегодня сделали колоссальный рывок, потому что вот этот мой не самый новый мобильный телефон, который лежит почти у каждого в кармане, сегодня в 100 раз мощнее всего вычислительного центра Минздрава РСФСР, который начинал работать 40 лет назад.

И у нас у каждого пациента лежит в кармане мощнейший агрегат, с помощью которого мы можем перестраивать систему здравоохранения. И перестройка системы здравоохранения должна быть ориентирована на те процессы, ориентированные на пациента, которые просто без вот этих коммуникационных возможностей раньше не существовали. Поэтому сегодня мы должны очень детально говорить о телемедицинских технологиях, о технологиях дистанционного мониторинга и ведения пациента.

Кстати, в отношении дистанционного мониторинга один из ключевых цифровых проектов Минздрава сегодня, – это персональные медицинские помощники. Это один из проектов-маяков, который именно развивается во всех сегментах нашей экономики, но в медицине это проект именно персональные медицинские помощники. То есть это система постоянного дистанционного мониторинга и ведения пациентов. Естественно, вначале мы

начинаем с хронических, с ключевых нозологий, то есть, в первую очередь, это артериальное давление и сахарный диабет.

То есть предполагается, что к 2030 году порядка 30 млн человек будет находиться на постоянном врачебном мониторинге с помощью средств коммуникации, мобильных телефонов, специальных устройств, которыми пациенты будут пользоваться дома – тонометры, глюкометры. И сегодня просто рынок вот этих устройств, и я надеюсь, наши коллеги очень активно принимают участие в их регистрации. Но, на самом деле, довольно большая проблема связана с тем, что мы активно используем приборы, которые и не надо регистрировать.

Сегодня мы, например, с очень многими организациями говорим о том, что необходимо, например, регистрировать активность человека после операции или в ходе лечебного процесса. И в этом вопросе какие-нибудь фитнес-браслеты, совершенно не являющиеся медицинскими изделиями, могут являться очень важным подспорьем. Мы, например, сейчас подключаем. Или, например, новые технологии, которые сегодня появляются.

Например, я хочу упомянуть один наш проект, это последние два слова, из серии, касающиеся темы, которой мы сегодня касались. Этот проект, который мы делали при поддержке Сколково, называется COVID REHAB. И это система дистанционной реабилитации пациентов, переболевших COVID. Когда мы поняли в 2020 году, что специалистов по реабилитации пациентов после COVID практически не существует, была разработана программа Московским центром реабилитации и курортологии. Выяснилось, что как-то ее надо донести до населения.

И мы сделали платформу, с помощью которой в таком дистанционном формате в групповых занятиях на сегодняшний день 4,5 тысячи пациентов прошли дистанционную реабилитацию. Причем из 400 населенных пунктов нашей страны. Москва – только 30%. А так, когда мы анализировали географический состав пациентов, которые у нас проходили реабилитацию, нам попадались населенные пункты в таких местах, где я вообще не представлял, что есть интернет. А, в общем, там не только интернет есть, но у людей есть мобильный телефон, который перед собой можно поставить и заниматься с инструктором из Москвы или из Самары, проходя дистанционную реабилитацию. И это все, собственно.

**Гузель Улумбекова:** Борис Валентинович, конечно, завораживающая перспектива, что пациент сможет, мы его состояние мониторить. Но я знаете, что надеюсь, Людмила Ивановна? Вот бумажных библиотек у нас ни в одной медицинской организации в стране, даже в богатой Москве, нет. Дай бог, будут электронные. И мы над этим работаем. Дай бог, будут электронные, раз уж бумажными мы не смогли обеспечить наши медицинские организации.

**Борис Зингерман:** Но мы здесь должны сказать, я думаю, что это такой пас следующему докладчику, что мы должны сегодня работать над библиотеками электронными не только для врачей, но и для пациентов.

**Гузель Улумбекова:** Обязательно! Для медсестер тоже. Ведь тоже же, не лечат, а уходом занимаются, участвуют в процессе, конечно. Я каждый раз думаю, как хорошо, что есть такие специалисты. А сейчас передаю слово Яну Владимировичу.

Ян Владимирович, мы с вами настоящие боевые товарищи. Мы вместе с Яном Владимировичем, чтобы все знали, и Дума тоже, бились за увеличение оплаты труда медицинских работников. Правда, Фадеев Валерий Александрович, тоже показал себя настоящим бойцом, что для меня, который возглавляет совет СПЧ, вот мы. Но сейчас у нас новая задача, и перед вами поставлена тоже эта задача. Вчера вышел указ президента, так он называется, «Об оказании помощи защитникам отечества», то есть ветеранам боевых действий.

Я прочитала этот приказ, там все, в основном, возлагается на социальную службу. И чего-то как-то я медицины там нашей очень мало увидела. То ли тихо сидела наша медицина, во всех других странах, а я изучала и Америку, и Великобританию, опыт, когда мы дружили, естественно. У них там все в основе медицинская помощь. Скажите, что бы вы добавили в дальнейшем в реализации деятельности этой реабилитации наших ветеранов боевых действий? Какие проблемы, риски нам придется преодолевать на этом пути? Пожалуйста, Ян Владимирович.

**Ян Власов:** Вообще, самая благодарная тема, это самая то, которая еще новая, не одеванная. Поэтому, спасибо. Поговорим о том, о чем мы не говорили. Дело в том, что история, связанная с реабилитацией и помощью людей, прошедших СВО, по большому счету, началась еще осенью. Об этом стали вести речь и кулуарно, и в системе здравоохранения, социальной защиты.

И тогда мы, собственно говоря, впервые услышали и слова президента, что нам необходимо создать некоторые некие учреждения, которые будут, с одной стороны, заниматься реабилитацией, и опять же, некоей реабилитацией, в широком смысле этого слова. С другой стороны, было отдельно выведено лекарственное обеспечение. И вот в этой части у нас получилось как бы понимание, что этим должен заниматься Минздрав, хотя при ближайшем рассмотрении стало понятно, что здесь и обеспечение и техническими средствами реабилитации, здесь и образование, и переобучение, и протезно-ортопедические истории.

То есть, на самом деле, воз и маленькая тележка того, что к Минздраву-то отношения никакого и не имеет. Но, тем не менее, основные взгляды и надежды были связаны именно с работой Министерства здравоохранения и, насколько я знаю, коллеги из Минздрава достаточно тоже понимали свою ответственность, и, по большому счету, всю работу с Минобороны проводили они. И вопрос, который мы задавали на первом заседании по этой тематике в Администрации Президента, это как раз вопрос был связан о бесшовности передачи пациента из Министерства обороны в ведение гражданской медицины. Тогда мы понимали, что до тех пор, пока человек не комиссован, не демобилизован, он, в общем-то, в системе здравоохранения гражданской не получает помощи.

В связи с тем, что сегодня эта тема приобрела совершенно иное звучание, и уже понятно, что за форма будет этим заниматься. Что это фонд, это раз. Потом, по указу мы с вами увидели, что этот фонд должен иметь совершенно обширные полномочия, и, я извиняюсь, он похож на маленькое ведомство, размером практически с правительство. То, здесь стоит вопрос о концепции. Какова концепции работы этого подразделения, так скажем. Где его место в сложившейся системе отношений исполнительной власти.

И откровенно говоря, сейчас нам приходится больше исходить из неких основ и баз того, что мы уже имеем. Сегодня много было сказано. То есть речь идет о том, что у нас есть понимание о том, как должна, допустим, обеспечиваться система здравоохранения минно-взрывная травма. Или это политравма. Или это сочетанная травма. Какой мы собираемся шифр привязать к этой истории? Это система здравоохранения, и без нее здесь никуда не денешься.

Если мы понимаем, что у нас, грубо говоря, 90% это минно-взрывная травма, то мы понимаем, что и поверхность, соответственно, поражения очень высока и инфицирована. Какие специалисты? То есть мы понимаем, что это полидисциплинарная история. Мы понимаем, что нам понадобится порядка 10-15-ти разных специалистов, которые работали бы на одном пациенте. Причем используя те технологии, которые, допустим, есть у Вишневого, которые есть в ВМА, которые должны быть переведены и в гражданский опыт.

И на сегодняшний день структуры такой помощи, например, кроме как в специализированных учреждениях, может быть, где-то и ФМБА, может быть, в федеральных учреждениях Министерства здравоохранения, но, по большому счету, мы не знаем. Поэтому нам нужно, во-первых, определиться с форматом клинических рекомендаций. Надо понять, кто из главных специалистов в каком виде должны работать с этими документами. Нам надо понимать, каким образом происходит оплата этих мероприятий.

Да, мы понимаем, что у нас есть более широкий подход к реабилитации, к медицинской реабилитации, потому что я понимаю, что пришлось в медицинскую реабилитацию включить то, что раньше медицинской реабилитацией, собственно, и не являлось. Но, спасибо за это, потому что Министерство труда и социального развития на редкость ригидная структура, на мой взгляд, и ожидать от нее каких-то активных движений без специального, что называется, воздействия, пока сложно.

Но, тем не менее, обращаю ваше внимание на то, что Министерство здравоохранения взяло на себя функцию расширить показания, связанные с медицинской реабилитацией. Это позволит, в том числе, изменить и тарифы. Тариф оказания медицинской помощи по ФОМС. В том числе, туда вошли тарифы, на достаточно серьезный вид деятельности, связанный с обеспечением пациентов в тяжелом состоянии, скажем так, так называемые спинальные пациенты, длительного пребывания и так далее. Там, извините, курс месячный

больше 400 тысяч стоит, это раз. И второе, он не ограничивается месяцем. То есть его можно закрыть, и дальше продолжать и далее вести этого пациента.

На самом деле, я не ожидал, что мы можем принимать такие серьезные решения, и я благодарен тем, кто участвовал в этом процессе. Это действительно здорово. Но создает ли нам это возможность сегодня сделать единую систему? Вот о чем сегодня говорилось. У нас цифровизация есть? Как-то есть. У нас приказы есть нужные? В общем, есть. Мы можем работать с лекарственным обеспечением? Да, можем. Мы можем работать с техническими средствами реабилитации и, условно, с медицинскими назначениями? Да, можем.

Значит, нам что надо сделать? Нам надо создать единую систему. Но можем ли мы сейчас создать эту систему, в том формате, который нам предложил президент? А у нас что, есть выбор? Мы должны создавать эту систему.

Вы говорите, там мало медицины. Там не мало медицины. Она является, то есть мы же не видим воздух, но мы же им дышим. Там то же самое. Медицина там является тем эфиром, который заполняет весь этот документ.

**Гузель Улумбекова:** Что не сможет сделать социалка.

**Ян Власов:** Да. Но вы видите, что в попечительском совете есть и министр здравоохранения, и Министерство социальной защиты, там много кто есть, как вы видите. Устройство самого фонда дает тоже определенного рода мысли. То есть мы видим, что, с одной стороны, эта структура действительно фондовая. Мы видим наблюдательный совет, который имеет уровень стратегического планирования. Мы видим попечительский совет, который, по большому счету, является исполнителем всей этой стратегии. И мы видим экспертный совет, который формирует профессиональный подход к любому движению.

Дальше мы видим, что в каждом субъекте должна находиться структура, которая бы приземляла эти решения. Фактически модель, которая была принята на федеральном уровне, она должна входить в регионы. Опять же, наполнением будем заниматься фактически мы с вами. Это Минздрав, это Минсоц, это Минпромторг. То есть все, в общем-то, известные товарищи. А дальше на какой площадке придется договариваться? Это площадка фонда, по большому счету. И я подозреваю, что ближайшие два месяца это вопрос, связанный с новой концепцией.

И не забываем одну вещь. У нас потихонечку происходит подготовка к принятию закона по реабилитации. И закон по реабилитации, он должен будет иметь уже приземление вот та этот опыт. То есть предыдущего опыта реабилитационных технологий уже недостаточно. Вопрос комплексной реабилитации придется обкатывать здесь. И поэтому нам надо очень четко подойти к пониманию того, а всех ли мы собрали экспертов, которые могут нам дать вот эти блоки реабилитации?

Вопрос, связанный с психосоциальной реабилитацией вообще сейчас уходит в сторону. Вопрос, связанный с образованием, обучением, переобучением, с реабилитационным



потенциалом, он находится вообще немного в стороне. И у меня это вызывает определенную тревогу.

И следующее, это вопрос, связанный с протезно-ортопедическими историями. Это болезненная тема. Мы понимаем, что у нас сейчас протезно-ортопедическими предприятиями, понятно, с одной стороны, у нас занимается Минпромторг и Минцсозащита. С другой стороны, мы видим, что у нас на сегодняшний день обсуждается вопрос передачи всех мощностей по протезированию, механических, что называется, в одни руки, что является угрозой срыва протезирования на территории Российской Федерации, с нашей точки зрения.

При этом, так как они добиваются еще и принятия решения по одному поставщику, то вопрос, связанный с бионическим, условно говоря, с так называемыми бионическими высокотехнологическими протезами, он уходит в сторону. И мы опять остаемся на немцах, на британцах. А свои мощности, которые тоже есть, например, «Росэнергия», да? «Роскосмос», который собирает, который делает нижние конечности, который говорит: мы можем, но помогите нам. Минпромторг почему-то им не помогает. Мне кажется, что нам надо привлечь к их этому вниманию.

Но учитывая, что тема была не подготовлена, так как президент только вчера все подписал, я извиняюсь за длительный разговор. Спасибо.

**Гузель Улумбекова:** Ян Владимирович, спасибо большое. Я вообще, коллеги, всегда радуюсь, потому что то, что сегодня я от вас всех услышала, во-первых, когда говорят умные люди, это интересно. Во-вторых, когда говорят равнодушные люди, и которые понимают, что они делают, это очень важно. И сейчас, в завершение, я хочу предоставить слово финансисту.

Евгений Вячеславович, вы знаете, все равно я против вашей идеи. Но я знаю, а вдруг, они какую-то копейку притащат нам в здравоохранение? Я против персонализации, потому что я за солидарность, вы понимаете в способах финансирования. Но все-таки расскажите, я вам даю четыре минутки.

**Евгений Костырин:** Четыре минуты будет маловато, но я попробую уложиться. Гузель Эрнстовна, вы знаете, что в споре рождается истина, поэтому наши споры с вами должны привести нас к пониманию того, что же для нашего финансирования, для здравоохранения будет лучше. Поэтому поскольку у нас экономический форум, то я, позвольте, остановлюсь на проблемах экономических. В частности, на финансировании здравоохранения. И на предложении решений этих проблем с использованием медицинских накопительных счетов.

И позвольте, тоже с вами не соглашусь потому, что у нас часто говорят, довольно много здесь даже в зале говорили о том, что у нас медицина бесплатная. Я все-таки с вами здесь не соглашусь. Я, более того, скажу, что медицина не была, нет, и не будет никогда бесплатной. Более того, существующая система финансирования здравоохранения в

Российской Федерации не эффективна, и принуждает думающих работающих граждан и собственников предприятий уходить в тень. Поскольку существующая в настоящее время ситуация с перечислениями в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования не мотивирует работающих граждан к высокопроизводительному труду.

Так, размер отчислений в Федеральный фонд ОМС для Москвы составляет 66 тысяч рублей, вы можете видеть на слайде. А расход на медицинское обслуживание, в среднем на одного москвича, меньше в два с половиной раза. То есть составляет всего 28 тысяч рублей. Более того, территориальные фонды за неработающих граждан тоже недоплачивают. По Москве порядка 5 тысяч рублей, по стране в целом порядка 8 тысяч рублей. И мы по всем регионам рассмотрели, практически везде, конечно, недофинансирование.

Здесь на слайде тоже размеры отчислений в Федеральный фонд ОМС в среднем по России 36 тысяч рублей, а расход на медицинское обслуживание в два раза меньше. То есть 19 тысяч рублей. И самое большое расхождение, порядка трех, это Ленинградская область. Есть в Республике Алтай, там у них расходы на медицинское обслуживание чуть превышают размер отчислений, но это такой уникальный случай. Во всех остальных регионах такая же ситуация.

Более того, по нашим оценкам, в России более 29 млн граждан трудоспособного возраста, а это 35% всего трудоспособного населения России, находятся в тени и не делают никаких отчислений в Федеральный фонд ОМС. При этом они получают такое же медицинское обслуживание, как и все граждане России. А что значит, не делают отчисления? Или они просто не оформляются на работу, либо оформляют на минимальную заработную плату, с которой делают отчисления, а все остальное в конвертах.

При этом серая заработная плата выгодна и для работника, поскольку, как правило, зарплата чуть выше, и для работодателя, поскольку это позволяет снизить себестоимость продукции и обрести некие конкурентные преимущества.

Что мы предлагаем. Мы предлагаем медицинские накопительные счета, которые впервые были предложены в Соединенных Штатах Америки в 1970-х годах. Но наибольшее развитие эта система получила в Сингапуре, который, освободившись, от колониальной зависимости в 1965 году, изучив все существующие системы финансирования на тот момент в мире, причем Соединенные Штаты Америки они тоже взяли за основу. Они планомерно последовательно в 1984 году начали внедрять медицинские накопительные счета, как один из основных источников финансирования здравоохранения своей страны.

Китай. Поскольку Сингапур и США это сейчас список недружественных стран, поэтому Китай. Тоже медицинские накопительные счета в качестве пилотного проекта начал внедрять в 1994 году в двух городах – Чженьцзяне и Цзюцзяне, на тот момент общей численностью 5 млн человек. При этом пилотный проект был признан успешным. И уже в 1998 году, то есть всего спустя четыре года, система была распространена на всю

территорию страны решением Госсовета КНР о создании системы базового медицинского страхования работников городской местности.

Соответственно, уже в 2016 году примерно 300 млн городского населения Китая имели медицинский накопительный счет. Что важно. За три года они добились того, что в 2001 году уже у них был устранен дефицит средств, направляемых на здравоохранение, и к 2016 году уже профицит составил порядка 324 млрд юаней, что эквивалентно 50,5 млрд долларов. К концу 2021 года число людей, застрахованных по базовому медицинскому страхованию, составляет 95% населения страны. И это ни много, ни мало, 1,364 млрд человек. Более того, к 2021 году накопленный профицит составил большее 3,6 трлн юаней. То есть на наши деньги это порядка 30 трлн рублей.

Что это дает. Это дало то, что уже на четвертой сессии XIII Всекитайского собрания народных представителей было принято решение установить минимальный период внесения взносов на финансирование здравоохранения Китая: для мужчины 25 лет, для женщин 20 лет. Это позволит китайским предприятиям в будущем значительно сократить себестоимость производимой продукции, товаров, работ услуг. А поскольку средства на медицинском накопительном счете размещаются в промышленно-коммерческом банке, это аналог Сбербанка, если сравнить. То Китай обладает огромными долгосрочными дешевыми финансовыми ресурсами для развития своей экономики.

Что мы предлагаем. Мы предлагаем минимальные изменения в существующую систему финансирования системы здравоохранения отечественной, то есть часть средств направить на медицинские накопительные счета, которые находятся на депозитах в банке и напрямую поступают в медицинские организации. Поскольку принципиальное отличие медицинских накопительных счетов заключается в том, что деньги поступают не в общий фонд, а потом распределяются между гражданами, а напрямую, то есть без посредников, на медицинские счета граждан, которые работают на предприятиях.

И это приводит к тому, что граждане, действительно заинтересованные в росте заработной платы, поскольку чем больше заработная плата, тем больше средств накапливается на медицинском накопительном счете. Соответственно, больше средств на здравоохранение, на медицину, на медицинское обслуживание. И что самое главное, к заботе о своем здоровье. То есть меньше болеешь, меньше расходуя с медицинского накопительного счета, соответственно, больше остаток, больше средств накапливается. Причем забота о здоровье становится не какой-то формальной, не на словах, а действительно на деле, и на экономической основе.

И буквально несколько слов еще о принципах ведения медицинских накопительных счетов. Я уже сказал, что они потребуют минимальных изменений. Какие это принципы. На всех без исключения граждан России заводится именной медицинский накопительный счет в уполномоченных банках. На детей – с момента их рождения. И одновременно выпускаются личные платежные медицинские карты МИР. Вы показывали телефоном, им можно точно также оплачивать. Сейчас современные технологии позволяют отслеживать счета в банках.

Точно также можно привязать этот счет и точно также отслеживать свои расходы на здравоохранение.

По действующим нормативам у нас 5,1% заработной платы. Из них 3,2% поступает на ИМНС, а 1,9% – в резервный фонд, медицинский фонд на софинансирование граждан с низкой заработной платой и разных других категорий граждан, – пенсионеров, детей и так далее. Дальше каждый гражданин России получает медицинское обеспечение вне зависимости от места его нахождения, места пребывания. Предлагается ИМНС граждан размещать в банках под государственным контролем. Это может быть Сбербанк, Внешторгбанк, Внешэкономбанк.

Далее, кроме обязательных отчислений средства могут пополняться из собственных личных средств. Расходы только на медицинское обслуживание, это важно. И в случае смерти владельца медицинский накопительный счет передается по наследству, то есть это является собственностью гражданина. По организации. Поликлиники, больницы такого перехода практически не заметят, поскольку...

**Гузель Улумбекова:** Заметят! Заметят, Евгений Вячеславович.

**Евгений Костырин:** Поскольку переход, сейчас они финансируются по душевому принципу, то при переходе на ИМНС поликлиники точно также будут финансироваться, и средства будут поступать с ИМНС в безакцептном порядке. То есть в случае, если гражданину потребовалась медицинская помощь, то она должна быть в любом случае оказана, и потом оплачена с медицинского накопительного счета. Если средств недостаточно, то они поступают из резервного фонда ОМС, а в последующем, при накоплении на медицинских накопительных счетах, опять возвращаются обратно в Федеральный фонд ОМС.

**Гузель Улумбекова:** Спасибо большое.

**Евгений Костырин:** Да, сейчас последнее.

**Гузель Улумбекова:** Семь минут уже.

**Евгений Костырин:** Вот здесь на слайде показаны результаты моделирования. То есть просто в двух словах хотел сказать, что мы посчитали по всем категориям граждан, по неработающим, по детям, по пенсионерам, по всем субъектам Российской Федерации, по всем категориям в субъектах Российской Федерации. Везде средств на медицинском счете будет достаточно на медицинское обслуживание в рамках всех существующих нормативов, которые есть.

**Гузель Улумбекова:** Спасибо вам большое, Евгений Вячеславович, спасибо...

**Евгений Костырин:** Уже последний слайд, на самом деле. Экономический эффект. В первый год это 378 млрд рублей. Структура экономического эффекта есть. Она перед глазами. То есть это снижение затрат территориальных бюджетов ОМС за счет выхода работающих граждан из тени. Снижение затрат территориальных бюджетов ОМС на пенсионеров, поскольку они сами накопят на своих ИМНС средства на медицинское обслуживание в

рамках на период дожития, в рамках существующих нормативов. И накопленных средств на ИМНС.

И уже через 20 лет у нас средства на ИМНС достигнут 18,4 трлн рублей, что эквивалентно, сопоставимо с годовым бюджетом России. Эти средства могут пойти на увеличение заработной платы врачей, на...

**Гузель Улумбекова:** Вот 20 лет мы точно не доживем, Евгений Вячеславович...

**Евгений Костырин:** В 35 лет уже 3 трлн рублей, пожалуйста, можно и быстрее.

**Гузель Улумбекова:** Я даже не уверена, что при такой... Евгений Вячеславович, знаете, я после оптимизации, которую нам Научно-исследовательский институт МИФИ при Минфине, которую Высшая школа экономики, я не доверяю финансистам. И вы знаете, я в заключение на ваш документ, поскольку у меня «Справедливая Россия» в Думе, я плюнула на все. Четыре дня, не поднимая головы, я писала заключение на тот документ, который вы предложили. И оно отрицательное.

Давайте мы сейчас сначала решим базовые проблемы нашей системы здравоохранения, то есть добавим деньги, централизованное финансирование, лекарства. Восстановим производство медицинской фармацевтической промышленности, реабилитацию для наших ветеранов боевых действий сделаем, цифровизацию внедрим. У нас же сейчас в медицинских организациях, ведь, Борис Валентинович, у нас же там у многих денег на операционные расходы не хватает. А вы нам про счета. Поэтому давайте чуть попозже вернемся.

**Евгений Костырин:** Хорошо. Гузель Эрнстовна, а разве не является финансирование здравоохранения базовой проблемой, с которой все должно начинаться?

*(выкрики из зала хором)*

**Гузель Улумбекова:** Вот видите, что народ говорит? А ведь не медики говорят. У нас сейчас на предыдущей секции, кстати, на пленарном, вы же были на пленарном. Там что обсуждалось?

И вот Абел Гезевич говорил в своей статье последней. Блестящая статья! Что пока мы не поднимем оплату труда наших граждан до уровня сопоставимого хотя бы с новыми странами Евросоюза, а это в полтора раза больше, чем сегодня в текущих деньгах, то нечего обсуждать никакие решения, когда с зарплаты что-то куда-то будет на какой-то индивидуальный счет. Вот поднимите, товарищи финансово-экономический блок, нам оплату труда, тогда и вернемся к вашему вопросу.

На этой замечательной ноте я хочу сказать, что, товарищи финансисты, экономисты, я понимаю, форум экономический, дайте нам денег системе здравоохранения, мы разберемся. Все, точка! Спасибо всем за внимание. Спасибо большое. Да, пожалуйста. Только коротко. Вопрос – одна минута. Конкретно вопрос, без комментариев.

**Женщина:** Город Сочи, город-курорт, всесоюзная здравница. Сейчас генплан, и в заказе на генплан на город Сочи Минздрав. То есть он остается вообще курортом у нас? Входит в систему здравоохранения?

**Гузель Улумбекова:** Другими словами, кому будут принадлежать санаторно-курортные учреждения.

**Женщина:** Они сейчас переводят в туристическую сферу, и это будет кто-то зарабатывать деньги на бывших санаториях, вообще, все-все-все.

**Гузель Улумбекова:** То есть вопрос, будут ли у нас... Понятно, спасибо большое...

**Женщина:** Если этими курортами кто-то занимается, то, пожалуйста, телефончик, и мы будем с ними тогда взаимодействовать и по городу Сочи, и по Крыму.

**Людмила Летникова:** В Минздраве есть целый департамент, который занимается медицинским обеспечением, в том числе, санаторно-курортным лечением. И госзадание на санаторно-курортное лечение может доводиться, независимо от форм собственности этого санатория. То есть у нас есть медицинские, допустим, клиники частные, которые работают в системе ОМС. У нас есть также и санатории, которые могут работать за счет федеральных средств страны. Поэтому неважно, чьей они принадлежности.

А постановление правительства по развитию санаторно-курортного комплекса Сочи Минздрав рассматривал, согласовывал, вносил изменения. Без Минздрава не прошло.

**Гузель Улумбекова:** Спасибо большое. Спасибо, уважаемые коллеги...

**Женщина:** Еще можно?

**Гузель Улумбекова:** Сейчас, извините, в частном порядке. Нас просто из зала сейчас просят в шесть часов...

**Женщина:** Вы знаете, я сейчас занимаюсь.. Московское правительство отделяет себе там...

**Гузель Улумбекова:** Вот это не наш вопрос. У нас, к сожалению, Москвы здесь нет. Давайте я попробую вам ответить в частном порядке?

**Женщина:** Вот все, что чуть-чуть могу, говорит, заплатишь. А то, что делается бесплатно, знаете, это такой...

**Гузель Улумбекова:** Спасибо. Спасибо, уважаемые коллеги. Спасибо.

(аплодисменты)