СЕМИНАР
«Как нам обустроить первичную медико-санитарную помощь в России?»
ГУ ВШЭ 25 ноября 2008 г.

Якобсон Л.И. – первый проректор ГУ ВШЭ. Добрый день. Заседания нашего семинара стали для меня уже настолько привычными, что я не всегда помню, что аудитория частично обновляется**.** Думаю, что заседание у нас будет очень интересным и поэтому, возможно, длительным, что определяется и характером темы и докладчиком. Тема звучит почти как у покойного Александра Исаевича Солженицына - «Как нам обустроить первичную медико-санитарную помощь в России?». Возможно, более сложного вопроса и нет в здравоохранении. Докладчик не нуждается в длительном представлении. Игоря Николаевича Денисова все, кто причастен к здравоохранению в стране, знают и не только в самой отрасли, но и за ее пределами. Игорь Николаевич работал руководителем медицинских ВУЗов и в Союзном Министерстве здравоохранения и возглавлял его. Пожалуйста, Игорь Николаевич.

Денисов И.Н. – проректор ММА им. Сеченова. Многоуважаемый Лев Ильич, уважаемые участники нашей встречи. Во-первых, мне бы хотелось высказать признательность организаторам данного семинара за то, что мы смогли собраться, чтобы обсудить действительно один из основных вопросов системы здравоохранения любой страны – оказание первичной медико-санитарной помощи.

Мне бы хотелось начать свою презентацию, как мы ее начали на недавнем съезде врачей общей практики, - словами Артура Шопенгауэра, который, как мне кажется, очень правильно и образно сказал: «Здоровье до того перевешивает все остальные блага жизни, что поистине здоровый нищий счастливей больного короля».

Не случайно 2008 год Всемирной организацией здравоохранения был объявлен годом «первичной медико-санитарной помощи». Это

не только символическая поддержка и стимул для реализации задач, которые стоят перед различными государствами, но и дань тому, что на сегодняшний день альтернативы первичной медико-санитарной помощи не существует. В докладе представителя ВОЗ на конференции, которая прошла немногим более месяца назад (традиционно она собралась в Казахстане, в Алма-Ате), отмечалось: «Первичная медико-санитарная помощь сегодня важней, чем когда-либо». И все попытки сегодня нивелировать значимость первичного звена здравоохранения ничем не обоснованы. Как бы не развивалась специализированная медицинская помощь, какой бы она не была – более или менее развитой в той или иной стране - все-таки альтернативы оказанию первичной медико-санитарной помощи на сегодняшний день не существует. И мировое сообщество спустя 30 лет после Алма-Атинской конференции единодушно это подтвердило.

Поэтому в той концепции, которая была принята, есть четыре позиции. Одна из этих позиций следующая: для оказания первичной медико-санитарной помощи требуются бригады врачей и сестер, имеющих современную специальную подготовку. При этом неприемлемо, чтобы первичная медико-санитарная помощь была синонимом непрофессиональной низко технологичной помощи. Сегодня в любой стране существует четкое убеждение: чтобы хирургу, офтальмологу, нейрохирургу и т.д. стать профессионалом, нужны годы. Но почему-то у нас в стране мы убеждены в другом и продолжаем оказывать первичную медико-санитарную помощь силами людей, которые после окончания института проходят в лучшем случае двухгодичную ординатуру, а чаще всего одногодичную интернатуру. И мы считаем, что для оказания качественной первичной помощи этого вполне достаточно.

Вторая позиция. Она также принята единодушно. Первичная медико-санитарная помощь должна быть обеспечена надлежащими ресурсами и инвестициями, гарантировать лучшее соотношение цены и качества. При этом неприемлемо, чтобы в странах с низкими доходами первичная медико-санитарная помощь финансировалась за счет наличных платежей. Это понятно и нам. Профессор Рошаль постоянно выступает за это. Нельзя, уважаемые

коллеги, при всем том, что происходит в российском здравоохранении, сводить первичную помощь к платной медицине. Это недопустимо.

Смещение акцентов на оказание стационарной помощи, что произошло в нашей стране, привело к тому, что амбулаторно-поликлиническая помощь стала одной из слабых и проблемных служб в здравоохранении. В настоящее время она оказывается одновременно многими специалистами. В их числе огромная армия участковых терапевтов, врачей общей практики, участковых педиатров.

Что нам не удалось сделать за последние 10 лет? Нам не удалось сократить число больных, направляемых в стационар. Сегодня в нашей стране, в зависимости от территории или региона, от 30 до 40% всех пациентов прямым ходом направляются в стационары. В среднем в мире количество лиц, направляемых для лечения в стационары, находится на уровне 16%. Нам не удалось исключить дублирование обследования больных в поликлиниках и стационарах. На сегодняшний день, каким бы идеальным не было обследование пациента в поликлинике, любой стационар при поступлении пациента повторяет все обследования. При этом расходуется колоссальное количество средств. Кроме того, нам не удалось сократить число вызовов скорой медицинской помощи.

Что происходит сегодня с врачебным сообществом? Отрасль здравоохранения это не лодка без руля и ветрил, которая плывет по течению. Процесс подготовки и расстановки кадров должен быть управляемым, каким он был у нас раньше. Сегодня управляемость расстановкой кадров потеряна. Какую статистику мы сегодня имеем? Число штатных должностей врачей увеличилось за последнее десятилетие на 7,2%, в том числе работающих в стационарах - на 15,9%. А в поликлинических учреждениях уменьшилось на 3,2%. Численность узких специалистов в стационаре и поликлинике практически сравнялась. Я бы это понял, если бы при этом улучшилось качество оказания помощи в поликлиниках. Но ведь этого не происходит. Сегодня узкие специалисты в поликлиниках оказывают помощь, которая может

оказываться квалифицированно подготовленным врачом первичного звена в подавляющем большинстве случаев.

Почему мы говорим, что первичная медико-санитарная помощь – это проблемная зона в здравоохранении? Потому что нет притока врачебных и сестринских кадров. Зайдите в любую поликлинику. Мы уже давно отошли от того, что с врачом в кабинете работает медсестра. Сегодня в мире соотношение врач/медсестра составляет 1 к 3. Три сестры на одного врача. А что у нас? Одна сестра на три врачебных кабинета. И функции сестры сводятся к тому, чтобы носить амбулаторные карты из регистратуры в кабинет врача. Это не медицинская функция, а диспетчерская. Нет притока врачебных и сестринских кадров, нет мотивации к улучшению ситуации, утеряно целостное восприятие пациента. Им занимаются различные специалисты и фактически никто в конечном итоге не отвечает за состояние здоровья пациента.

Как на сегодняшний день выглядит ситуация? В конце прошлого года в России в 45 участковых больницах и 94 амбулаториях не было ни одного врача. 56 сельских больниц и 94 врачебных амбулаторий совсем не укомплектованы врачами. Я хочу привести и другие цифры. Как выглядит муниципальная система здравоохранения при том количестве врачей, которых мы сегодня выпускаем? Сегодня в муниципальных учреждениях имеются вакансии 20 тысяч врачебных должностей. Мы говорим о необходимости уменьшения нагрузки на врача. На сегодняшний день в поликлинике, по нормативным документам, в зависимости от специальности врача, эта нагрузка должна колебаться от 1500 до 1800 человек. Но по данным Федерального регистра на каждом четвертом участке численность населения составляет более 3000 человек, прикрепленных к одному врачу. В Москве, где действуют пять высших учебных медицинских заведений, на каждом третьем участке численность прикрепленного контингента превышает 3500 человек. Как можно оказать квалифицированную помощь, когда численность прикрепленного контингента почти в 2 раза превышает установленные нормативы?!

В российском здравоохранении не определены «маршруты» или потоки движения пациентов. Вследствие хаотичного движения

пациентов от одного кабинета к другому растут нагрузки на приемы узких специалистов, учащаются направления в стационары, вызовы скорой помощи. 42% опрошенных характеризуют уровень обслуживания своей районной поликлиники как плохой или очень плохой. Мы впервые получили такой высокий процент отрицательной оценки. В целом это определяет и экономическую неэффективность существующей системы.

Много дискуссий ведется о месте врача общей практики, о его взаимоотношениях с другими специалистами. Ни один врач общей практики не заменит ни одного специалиста. Необходимо закончить эти все ненужные дискуссии. За плечами многих здесь присутствующих не год, а десятилетия самостоятельной работы. Многие из нас начинали не в каких-то идеальных условиях, а прошли ту систему, когда люди работали в первичной системе здравоохранения. Но все-таки, чем же врач общей практики отличается от участкового терапевта? Даже не периодом подготовки - двухгодичная ординатура или годичная интернатура – нет. Он отличается тем, что участковый терапевт работает на синдром боли. Заболело что-то у человека, тогда он обращается к врачу. А задача врача общей практики – профилактическая составляющая здоровья здорового человека. У нас, к большому сожалению, культура, если хотите, здорового образа жизни находится пока еще в зачаточном состоянии.

Мы считаем, что подготовка врачей в качественном отношении по программе, которая включает, помимо чисто лечебных аспектов, аспекты здорового образа жизни, – это двухгодичная ординатура, что позволит не на словах, а на деле реально осуществить индивидуальный подход к человеку, лечить больного, а не только проявление его болезни.

Вот четыре постулата, на чем базируется врач общей практики.

Первый – это семейно ориентированный подход. Семья – это социум. Не надо утверждать, что если в семье имеется неблагополучие, касается ли оно материальных факторов или моральных или еще каких-то чисто житейских аспектов, что это не

отражается на основах жизнедеятельности этой семьи. Конечно, отражается.

Второе - ориентация на профилактику и здоровый образ жизни.

Третье и самое главное – непрерывность наблюдения.

Четвертое - расширение объемов медицинской помощи.

Я еще раз подчеркиваю – этого нет ни в одной программе ни у нас, ни за рубежом - чтобы врач общей практики заменил любого специалиста.

Что сегодня представляет собой общая практика? Год назад у нас было около 8 тысяч таких врачей. Сейчас это количество увеличилось. Врачи общей практики по составу выглядят предпочтительнее: пенсионеры среди них составляют 11%, в то время как среди участковых терапевтов – 23%. В рамках национального проекта «Здоровье» прошли подготовку около 5000 специалистов. 94% врачей общей практики имеют сертификат специалиста.

Общее число обследований на одного пациента на участках врачей общей практики в 7 раз меньше, чем в целом по поликлинике. Почему? Потому, что участковый терапевт направляет от одного консультанта к другому и каждый назначает определенное количество дополнительных обследований. Поэтому лечение у врача общей практики в 3-3,5 раза дешевле, чем у других специалистов. А если в отделении общей врачебной практики при групповой практике еще имеются дневные стационары, то тогда разница в себестоимости лечения больного становится еще более значительной.

Что же сегодня нужно сделать в первичной системе здравоохранения? Следует, чего бы это не стоило, отказаться от действующих гонорарных методов оплаты за фактически оказанные услуги. Особенно от оплаты фактического числа посещений. Врач должен получать заработную плату за качество работы, за состояние здоровья, за качество проведенного лечения,

но не за число принятых пациентов. Нужно разумно использовать повышающие коэффициенты для участковых терапевтов. Не сразу люди становятся профессионалами. Если врач освоил какую-то методику, то эти коэффициенты должны постепенно повышаться, чтобы расширялась сфера оказываемых им медицинских услуг.

Разрабатывается закон о государственных гарантиях медицинской помощи. Он должен конкретизировать государственные гарантии по объемам, видам, условиям, порядку оказания медицинской помощи. И мы должны, чего бы это не стоило, обеспечить, как записано у нас в Конституции, чтобы первичная медико-санитарная помощь осталась бесплатной и осуществлялась по стандартам, протоколам ее оказания вне зависимости от места ее предоставления.

Кто сегодня у нас руководит «маршрутом» пациента в поликлинике? Человек, который сидит в регистратуре, который не имеет не только специального образования, но и среднего медицинского образования. А ведь необходима жесткая система направления пациента с одного уровня оказания медицинской помощи на другой. Далеко не безразлично, к какому специалисту будет направлен больной, это должны осуществлять квалифицированные и подготовленные люди для рационализации движения потока пациента, особенно в системе ОМС.

Врач формируется в системе послевузовского профессионального образования, студент учится по учебникам. Что должно быть критерием качества ведения больных в практическом здравоохранении? Мы говорили об этом на последнем съезде врачей. Министерство здравоохранения и социального развития провело совещание с главными специалистами. Стало ясно, что практикующие врачи в стране должны руководствоваться клиническими рекомендациями и протоколами ведения больных. Это в подавляющем числе случаев у нас отсутствует. Чаще всего врач продолжает лечить пациента по наитию, по своему опыту. С этим тоже нужно считаться. Но все-таки единый подход обеспечивается протоколами и клиническими рекомендациями, которые должны быть едиными для страны.

Более сложная позиция – это система последипломной подготовки. Что нам, уважаемые коллеги, необходимо менять? Думаю, что мы должны изменить существующую систему послевузовской профессиональной подготовки. Давайте вещи называть своими именами. Сегодня никто, практически, не в состоянии на пять недель – это 144 учебных часа – покинуть свое рабочее место, чтобы повысить профессиональную подготовку. А это надо делать раз в пять лет, хотя информация обновляется фактически ежегодно. Что нужно сделать, чтобы эта система заработала так, как это принято?

Первое. Сократить продолжительность очного обучения. Нельзя практикующего врача отрывать на срок больше недели. Это связано и с проживанием и с местом работы, которое врач оставляет на длительное время.

Второе. Введение, как это принято во всем мире, накопительной системы кредитов. По той концепции, которая сейчас разрабатывается, мы оставляем, чтобы у врачей не было путаницы, 144 часа подготовки, но превращаем их в 144 кредита. Если эти кредиты разделить условно на 5, то получается 25-30 кредитов, которые врач должен набирать ежегодно. Это различные семинары, лекции, съезды научных обществ. Посмотрите, как проходят съезды различных специалистов, какую информацию люди получают. Различные выставки, связанные с медициной. Это все источники информации. Это повышение квалификации. Другое дело, что этот процесс должен быть управляемым. Поэтому система накопительных кредитов, принятая в подавляющем большинстве государств, должна в ближайшие годы стать доминирующей при аттестации врачей. Если это сделать сложно, то сохраняется возможность пройти переподготовку в традиционной форме, но это потребует значительно больших усилий.

И последнее, что на сегодняшний день у нас не решено, но давно существует во всем мире. Мы имеем дистанционные технологии, но они не имеют права гражданства. Нужно, чтобы в ближайшее время мы занялись этим вопросом и решили это так, как принято в подавляющем большинстве государств. Даже тестовые экзамены за рубежом сдаются через Интернет. Я был приятно удивлен, когда

один из сотрудников моей кафедры принес мне сертификат из Финляндии. Он принял участие в тестировании и ему прислали сертификат. Пожалуйста, через Интернет люди могут повышать свою квалификацию.

Мы договорились, что сегодня участковая служба существует, она себя оправдала. Но ее надо наполнять новым содержанием. Этого нельзя сделать за год или за два, для этого требуется время. Должны учиться наши врачи, должны учиться мы сами для того, чтобы уровень и наша компетентность соответствовала тем реалиям и требованиям, которые предъявляет общество.

Каковы пути решения? Регионы сильно отличаются друг от друга. Завтра мне придется лететь в Челябинск, где проходит зональное совещание специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Причем это не только врачи общей практики, там собираются все люди, которые работают именно в первичной системе здравоохранения. Поэтому на каждой территории должна быть своя программа поэтапного перехода к врачам общей практики. Но не надо ставить задачу, чтобы завтра все врачи стали врачами общей практики. Такого быть не должно, потому что каждый врач сам выстраивает определенную траекторию карьерного роста.

Должны быть разработаны протоколы и стандарты ведения больных. Плановые госпитализации и консультации должны быть только по направлениям участковых терапевтов и врачей общей практики.

Конечно, коллеги, нужно вещи называть своими именами, помимо стетофонендоскопа и аппарата Рива - Рочи должно быть и надлежащие оборудование наших врачебных кабинетов, чтобы повысит разрешающую способность специалистов.

На сегодняшний день Министерство здравоохранения и Ассоциация врачей общей практики готовят проект Приказа о порядке деятельности врача общей практики. Он будет обсуждаться всеми профессиональными сообществами. Я думаю, что мы сможем придти к консенсусу, потому что врач общей

практики - это не решение всех проблем в первичной системе здравоохранения. Он должен работать в реально существующих условиях, иметь свой «коридор» показаний и противопоказаний для своей профессиональной деятельности.

Я бы хотел закончить словами очень уважаемого во всем мировом сообществе политика Уинстона Черчеля, который очень образно и хорошо сказал: «Лучший способ оставаться последовательным – это меняться вместе с обстоятельствами». Жизнь идет, она наступает нам на пятки и мы должны принимать правильные управленческие и методически оправданные решения. Благодарю за внимание.

Якобсон Л.И. Большое спасибо Игорь Николаевич, на мой взгляд, очень всеохватывающий доклад. Наверняка есть желание задать вопросы, но меня попросили дать сначала слово дискуссантам, а потом уже задавать вопросы всем троим. Может быть, стоит сделать исключение для вопросов просто уточняющих что-то, для вопросов на понимание. Пожалуйста.

Гришин В.В. – **помощник Председателя Счетной палаты**
Игорь Николаевич, у Вас был слайд по учреждениям. Какие должны быть учреждения?

Денисов И.Н. - Здесь я должен сказать, что это не плод нашей фантазии, а я дословно эти 4 позиции привожу из итоговых материалов конференции, посвященной 30-летию Алма-атинской конференции по первичной медико-санитарной помощи. Это дословный перевод на русский язык. Это первый критерий. Учреждения по оказанию первичной медико-санитарной помощи являются тем местом, куда люди приходят с широким кругом проблем. Это наша сеть первичной медико-санитарной помощи.

Рошаль Л.М. - председатель Комиссии Общественной Палаты по вопросам здравоохранения.
Уточняющий вопрос можно? Видите ли Вы отличие в терминах «врач общей практики» и «семейный доктор»? Это первый вопрос. Второй – как Вы называете участкового терапевта, который прошел специализацию и получил корочки врача общей практики и

работает в поликлинике? Чем, с вашей точки зрения, врач общей практики, работающий на селе, отличается от врача, который работает в городской поликлинике?

Денисов И.Н. Уважаемый Леонид Михайлович, речь идет о том, что каждый врач с высшим образованием может иметь несколько сертификатов. Большинство врачей общей практики, которые нами сегодня подготовлены, начинали свою профессиональную деятельность как участковые терапевты. А потом проходили дополнительную подготовку по программе общая врачебная практика, где помимо чисто терапевтических дисциплин они занимались изучением смежных дисциплин и профилактикой, направленной на охрану здоровья пациентов. В этом их принципиальное различие. Каждый врач может иметь несколько сертификатов. На сегодняшний день, я официально это говорю, в России идет подготовка только врача общей практики. Семейного врача, с учетом международной номенклатуры, мы не готовим, потому что семейный врач за рубежом наблюдает не только взрослых пациентов, но и детей. Мы этого избегаем. У нас имеется цикл педиатрии, но он касается в основном здорового образа жизни ребенка. Помочь родителям в правильном воспитании и охране здоровья ребенка. Лечением детей, особенно раннего возраста, в России у нас врачи общей практики не занимаются.

Рошаль Л. М. Но я все же к этой формулировке врача общей практике. За рубежом – это тот человек, который лечит и взрослых и детей – General Practice. У нас разница формулировки врача общей практики и General Practice – это наша выдумка или международный опыт?

Денисов И.Н. Когда в 1992 году формировался 237-й приказ об общей врачебной практике, мы не случайно наименование «семейный врач» поставили в скобки, тем самым, подчеркнув, что для того, чтобы получить статус семейного врача нужна дополнительная подготовка. В тех учебных программах и планах, которые существуют, это нашло свое отражение.

Рошаль Л.М. Значит того доктора общей практики, который работает сегодня на селе, - мы не называем семейным доктором. Он не имеет право лечить детей?

Денисов И.Н. Сегодня того доктора, который работает на селе, мы семейным доктором не называем. И у нас такого никогда и не было в учебных планах, но врач общей практики, который работает на селе, осуществляет методический и медицинский контроль за развитием детей в любом возрасте.

Якобсон Л.И. Коллеги, мне кажется, всем понятно, что здесь спор не о терминах. У нас будет еще возможность сегодня подискуссировать. Для этого мы и собрались.

Рошаль Л.М. Я просто для того, чтобы знать, о чем мы говорим.

Якобсон Л.И. Конечно. Сейчас я хочу предоставить слово первому из наших дискусантов. Видите, здесь мы тоже международный опыт используем – дискуссантов назначили.

Шейман И.М.-Профессор кафедры государственного управления и экономики общественного сектора ГУ-ВШЭ.
Уважаемые коллеги, я продолжу ту тему, которую начал многоуважаемый Игорь Николаевич и попытаюсь сказать о нашем видении тех шагов, которые надо предпринять на среднесрочную и долгосрочную перспективу.

Якобсон Л.И. Я прошу прощения. Коллеги, я понимаю, что и тема и интереснейший доклад уже вызвали дискуссию, но нам всем интересно знать, что думает и говорит каждый. Не надо ограничиваться такими локальными обсуждениями, у каждого будет возможность высказаться, а этим мы мешаем дискуссанту.

Шейман И.М. Я постараюсь собрать в систему те шаги, которые нужно предпринять на среднесрочную перспективу, подчеркиваю, для массового, не штучного, а массового перехода на модель врача общей практики. В любом деле надо начинать с определения цели. Я решил посмотреть на эту проблему глазами простого гражданина, который не знает всех тонкостей и различий между

врачом общей практики, семейным врачом, участковым терапевтом. И задал себе вопрос – что мне нужно от врача первичного звена? Неважно, как он называется. Мне нужно три вещи.

Первое – это установление диагноза и качественное лечение в пределах компетенции врача первичного звена.

Второе – это расширение функции этого врача. Не хочу я дважды стоять в очереди. У меня был случай, когда в ухо попала вода. Участковый врач замахал руками и сказал, что он не имеет право этого делать. Нужно отстоять еще одну очередь. Откуда у нас эти очереди к узким специалистам? Во многом в силу того, что участковый врач очень мало может делать сам.

Третье и самое главное – повышение ответственности за мое здоровье. Что это означает? Это означает внимание ко мне как к здоровому человеку, включая профилактические мероприятия. Это внимание включает много вещей, вплоть до того, что этот врач должен иногда прийти ко мне домой и выпить со мной чашку чая, как в чеховских пьесах, поговорить о здоровье, моих привычках, моей семье и т.д. Это означает совет врача, как лоцмана в безбрежном море медицинских технологий и узких специальностей. Ведь мы, когда заболеваем, вступаем в состояние легкой паники, не зная к кому обратиться. Вот именно этот врач должен меня направить к нужному узкому специалисту на следующий этап оказания медицинской помощи. Кроме того, он должен координировать эту помощь и обеспечивать ее преемственность. Для этого врач первичного звена, как минимум, должен знать, где я лечусь и какую помощь получаю. Где бы я не лечился – в частной клинике или государственной больнице за пределами моего постоянного проживания, информация о лечении должна концентрироваться у этого врача.

Ответственность за мое здоровье должна быть персонифицированной. Только выбранной мной врач первичного звена отвечает за мое здоровье. Только он один! А с кем он делит эту ответственность, это его профессиональное дело.

Отвечает ли модель участкового врача этим ожиданиям? Безусловно, нет. Повторю немного вслед за Игорем Николаевичем. Опять же эта триада: качество, расширение функций, повышение ответственности. Нет качества и сегодня мы сталкиваемся с очень негативным явлением, когда пациенты, особенно в крупных городах, буквально игнорируют этого врача. По данным РОСНО пятилетней давности, 35% планово госпитализированных больных в крупных городах в пределах предшествующих 3-х месяцев до госпитализации вообще не лечились и не обращались к врачу первичного звена. Нарушается многоуровневая система оказания помощи. Сейчас, думаю, эта цифра еще выше.

Ограничены функции участкового врача. У нас, как минимум, 30% первичных посещений направляются на следующий этап, в то время как в Европе это 3-8%. Наконец, участковый врач не мотивирован в повышении ответственности и гонит вал посещений.

Наши ожидания связаны с врачом общей практики. Какова реальность? Здесь я немного поспорил бы с Игорем Николаевичем. Он назвал очень красиво свой доклад – «Врач общей практики от становления к развитию». Я бы все-таки сказал – от эмбрионального состоянии к становлению. Прежде всего, у нас полная «каша» в нормативных документах. Нет четкого определения различных типов врачей первичного звена. Доминирует представление, что врач общей практики нужен только в сельской местности. И после серии обсуждений разных взглядов в Министерстве здравоохранения возобладала все-таки именно эта позиция. Игорь Николаевич, Вы упомянули, что новый Приказ сейчас готовится, думаю, что, скорее всего, эта позиция сохранится.

Между тем нужна стратегия перехода к модели врача общей практики в массовом масштабе. Сегодня в среднем крупном регионе ежегодно готовится 20-30 врачей общей практики. Создаются единичные офисы таких врачей - некие «потемкинские деревни», которые показывают приезжающим начальникам. И этим все ограничивается. Обеспеченность врачами общей практики в России составляет 0,54 на 1000 жителей. Это более чем на порядок ниже средней цифры по ЕС – там 8 врачей. Мы сегодня по этому

показателю в 5-8 раз отстаем не только от Прибалтики, но и от Молдовы, Узбекистана, Киргизстана.

Все страны Центральной и Восточной Европы за 8-10 лет (Игорь Николаевич, это иллюстрация к вашему тезису) перешли от участкового врача к врачу общей практики. Когда разговариваешь с людьми из этих стран, выясняется, что никаких революций для этого не нужно. Просто нужна осмысленная стратегия постепенного перехода к врачу общей практики, но в массовом масштабе.

Я хочу представить 7 пунктов этой стратегии. Попытаюсь ответить на вопрос, как обеспечить массовый переход на модель врача общей практики в пределах 8-10 лет. Все эти идеи витают в воздухе, многое я повторю вслед за докладчиком, но попытаюсь предать этому некоторую системность.

Первое и самое главное. Изменить работу участковой службы, приблизив ее к модели врача общей практики. Мое глубокое убеждение состоит в том, что новая модель должна вызревать среди участковых терапевтов и участковых педиатров в равной мере. Необходимо отказаться от штучного подхода в подготовке врачей общей практики и перейти к массовой их подготовке. Сделать акцент не на новые практики, не на новые капитальные вложения, не на «варягов», а на то, что у нас сегодня реально существует. То есть делать это на базе действующей сети поликлиник, как это уже делают во многих городах Московской области. Здесь присутствуют представители города Ступино, они сегодня нам об этом расскажут. И это уже не «потемкинские деревни», это уже серьезно.

Необходимо организовать массовое переобучение участковых врачей по 2-3-х летним программам без отрыва от работы. Нас с Евгением Григорьевичем Ясиным как-то пригласили очень богатые люди, которые собираются создавать свою собственную медицинскую сеть, и очень много нам рассказывали, сколько они хотят потратить на строительство и оборудование. Евгений Григорьевич очень мудро сказал тогда: в людей надо вкладывать, а не в железки.

По приоритетному национальному проекту на переподготовку участковых врачей, по моей оценке, заложено 40 тыс рублей в расчете на одного. Сколько нужно добавить, сказать не могу, но, наверняка, суммы вполне подъемные. И самое главное, с чем я абсолютно согласен с Игорем Николаевичем, акцент в этом переобучении должен быть на постепенное освоение функций узких специалистов.

Второе. Проводить аттестацию участковых врачей за каждый этап освоения ими функции узких специалистов. Как экономист, я часто сталкивался с ситуацией, когда есть экономически мотивированный врач, который хочет расширять круг своих функций. Например, в Калужской области действует система «поликлиника-фондодержатель», которая создает сильные стимулы к тому, чтобы участковый терапевт оказывал услуги не только в пределах своей специальности, но и брался за некоторые функции узких специалистов. Но он не имеет на это права! Ему тюрьма грозит, если что-то случится при оказании услуг, которые за ним не «записаны». Поэтому он вынужден больного отправлять в другую клинику даже в тех случаях, когда может самостоятельно оказать ему нужную помощь и когда понимает, что каждое такое направление – это потеря его дохода.

Идеальная модель врача общей практики – это конечная точка переобучения. Не все дойдут до нее. Вполне возможно, что врач первичного звена будет осваивать только некоторые функции, например, ЛОР-специалиста, невропатолога. Но и это движение вперед. Это лучше, чем то, что сегодня имеем. Аттестация за каждый этап, каждый модуль обучений позволит приблизиться к идеальной модели врача общей практики.

Третье. Не форсировать процесс создания семейного врача. Леонид Михайлович, это я к вам обращаюсь. Исторически сложилось, что у нас разделено обслуживание детей и взрослых. Есть мощная педиатрическая служба. Зачем все это ставить под сомнение? Разве для педиатрии не актуальны те же самые проблемы, которые существуют при обслуживании взрослых? То же самое – необходимость расширения функций, повышения ответственности

и т.д. Вполне возможно формирование детского и взрослого врача общей практики, но при этом должна быть какая-то общая линия на их кооперацию - на то, чтобы делать предметом работы семью в целом. Для этого уже есть организационные формы, которые в 90-х годах в ряде регионов апробировались, типа акушерско-педиатрических- терапевтических комплексов - АПТК.

В связи с этим, я хочу сказать о том же, о чем Леонид Михайлович задавал свои вопросы. Мне кажется, что многие наши проблемы, непонимание друг друга идут от того самого 287-го приказа, который поставил знак равенства между врачом общей практики и семейным врачом. Это не одно и то же! Нельзя их рассматривать, как абсолютно равнозначных субъектов. Если вы спросите наших коллег в других странах, кто их обслуживает, кто их детей обслуживает, то это далеко не всегда один врач. Вполне возможен врач общей практики, который не является семейным врачом. Эту путаницу надо вывести из нормативных документов. Она сильно осложняет модернизацию первичной помощи: ведь если обучающийся участковый врач не становится семейным врачом (предположим, не хочет), то он не является врачом общей практики

Четвертое. Полностью согласен с Игорем Николаевиче, что нужно платить участковым врачам за *приближение* к модели врача общей практики. Должно быть повышение базового оклада за расширение функций. Плюс к этому, переменная часть, где возможны разные подходы. Мы когда-нибудь отдельно поговорим об этих подходах.

Пятое. Еще один спорный вопрос. Совершенно очевидно, что какая-то хозяйственная самостоятельность первичного звена должна быть. На мой взгляд, начинать нужно с того, чтобы формировать его автономию в составе действующего амбулаторно-поликлинического учреждения. Формы достаточно хорошо известны - выделение отделения участковых врачей и врачей общей практики, то есть свой субсчет, свой аналитический учет и свой доход. Ряд регионов уже идет по этому пути.

Шестое. Есть вопрос, по которому тоже очень много споров. Нужно ли выделение врачей общей практики из состава амбулаторно-поликлинического учреждения? Мне кажется, что

сейчас мы еще не можем ответить на этот вопрос однозначно, не пройдя определенные этапы, поскольку действуют совершенно разнонаправленные факторы. С одной стороны мы знаем, что главврач поликлиники склонен поддерживать зарабатывающие подразделения, а таковыми являются прежде всего узкие специалисты. Мы это проходили с объединенными больницами, знаем эту практику. Знаем также, что любой внутренний хозрасчет, любые внутренние схемы имеют затухающий эффект. С другой стороны, действует противоположный фактор - технология современной медицины требует кооперации врачей разных специальностей. В ряде постсоветских стран, например, в Восточной Германии, в начале 90-х годов поликлиники преобразовывались в сеть независимых врачебных практик, причем иногда это делалось принудительно. Но потом начинали действовать технологические факторы, диктующие необходимость более тесного сотрудничества врачей. Стало возникать что-то вроде поликлиник, но на качественно иной основе – при экономической независимости отдельных индивидуальных и групповых практик.

Словом, однозначного ответа здесь нет и, скорее всего, нужно апробировать на пилотной основе модель выделения отдельных врачебных практик из состава поликлиник, посмотреть ее плюсы и минусы. Причем совсем не обязательно на частной основе. Значительно более реалистична модель муниципального учреждения.

Седьмое. Формирование новых субъектов - муниципальных и частных практик, то есть их создание с «чистого листа». Я убежден в том, что это дополняющая, второстепенная стратегия по отношению к стратегии переобучения уже имеющихся врачей и формирования врачей общей практики в составе поликлиники. Но помочь становлению независимых врачей, безусловно, нужно. Инструменты такой поддержки осваиваются многими регионами. Например, в Пермском крае действуют «бизнес-инкубаторы», в которых помогают врачам освоить многие хозяйственные функции.

Последнее направление – это расширение возможности выбора врача первичного звена. Возвращаюсь к обычному гражданину – что ему нужно? Думаю, что, помимо сказанного, еще и

возможность выбора врача первичного звена. Поэтому нужен некий «Юрьев день», когда пациент может перерегистрироваться к другому врачу. Нужно не просто допустить такую возможность, а сознательно ее формировать – проводить периодические кампании по перерегистрации пациентов. И не просто кампании, а нужна информация о деятельности каждого врача: какая детская смертность, какая смертность на дому, какая частота вызова скорой медицинской помощи и т.д. Тогда, как потенциальный потребитель, я действительно буду иметь основания для выбора.

Примерные рубежи реализации этой стратегии. Если сегодня соотношение врачей общей практики к общему числу врачей первичного звена составляет 10%, то, через 5 лет этот показатель может составить 40%, а через 10-12 лет 80-90%.

Последние два заключительных замечания. Мне кажется, что нужна согласованная позиция по врачу общей практики в готовящейся Концепции развития здравоохранения до 2020 года. Пока, по моим сведениям, она отсутствует. Может быть, кто-то из присутствующих располагает другой информацией.

Второе – нужна федеральная программа массового перехода к модели врача общей практики. Я не думаю, что региональные программы могут решить эти проблемы. Нужен общий федеральный вектор изменений и нужны деньги. Спасибо за внимание.

Якобсон Л.И. Спасибо большое, Игорь Михайлович. Сейчас я хочу передать слово еще одному заранее назначенному дискуссанту. На этот раз практику. Пожалуйста.

Евдаков В.А. – Главврач ГП №224 г. Москвы.
Добрый день, уважаемые коллеги. Блестящие, как обычно, два предыдущих выступления. Игоря Николаевича я слушаю не первый раз и каждый раз с огромным удовольствием, потому что это не только энтузиаст этого дела, это глубокий знаток и очень серьезный специалист, с ним всегда очень приятно встречаться на любых форумах. Игорь Михайлович, будучи профессиональным экономистом, сегодня выступил в роли профессионального

организатора здравоохранения. Мнения «со стороны» бывают очень интересны и совершенно неожиданные для нас.

Моя задача значительно проще, чем первых двух докладчиков. Я руководитель учреждения практического здравоохранения - Московской городской поликлиники. Я, скорее всего, не буду говорить о каких-то серьезных новациях. А выражу свое отношение к тому, что я услышал и от Игоря Николаевича и от Игоря Михайловича. Вопрос, который мы уже не первый раз обсуждаем на разных уровнях, достаточно серьезно и подробно. Тем не менее, сегодняшнее обсуждение, это уже другой уровень, это уже другой виток. Мне было очень интересно в очередной раз услышать что такое врач общей практики и какое его принципиальное отличие от сегодняшнего участкового терапевта. Это врач, который нацелен на здоровье, это врач, который занимается профилактикой и укреплением здоровья населения. Мы сегодня обсуждаем много тем, связанных с реформированием здравоохранения, с улучшением структуры оказания медицинской помощи, с доступностью и качеством. В конечном счете, все реформирования должны сводиться к одному – как мы можем лучше помочь нашему человеку в плане улучшения его здоровья.

Может ли система здравоохранения улучшить здоровье населения? Я помню пионеров этого разделения - в зависимости от здоровья или от других разных факторов – одним из них был присутствующий здесь профессор Комаров, который писал много лет назад, что от здравоохранения всего лишь на 10-12% зависит здоровье. Сегодня это другие цифры – 25-30-35%. Посмотрите структуру смертности.

Первый тезис, который Игорь Николаевич критиковал. Мы говорим, что врач общей практики должен работать на селе. Почему? Потому что он обладает рядом смежных специальностей и заменяет отсутствующих специалистов. Отнюдь не самая главная задача врача общей практики. Врач общей практики – это впервые появившаяся в нашем здравоохранении фигура, которая занимается не только диагнозом и лечением, чему его учили, а он занимается профилактикой и укреплением здоровья.

Что нас угнетает больше всего в высоких показателях смертности? Это сверхсмертность мужчин трудоспособного возраста. Где живут эти мужчины – только в селах? Отнюдь. Они живут в малых и больших городах. Следовательно, врач, который занимается здоровьем, не должен работать только в сельской местности и не должны мы его готовить только для сельской местности. Мы его должны готовить для всей страны.

Должен отметить несколько потребительское отношение к врачу общей практики. На самом деле, это живой человек со своими проблемами и интересами. С чем я, как главный врач, столкнулся при подготовке врачей общей практики. Врачи нашей поликлиники готовились на кафедре Игоря Николаевича. Месяц учились, месяц готовились, месяц учились, месяц готовились. Должен сказать, что такая система подготовки нас не очень устраивает. Пока он учится, вместо него кто-то работает. Вернулся на участок, ситуация изменилась. Ему все должны помочь, чтобы он вышел из этой ситуации. Сегодняшнее предложение Игоря Михайловича - принципиально новый взгляд на подготовку врача общей практики. Мы говорим о том, что врач общей практики нужен всей стране, а не только селу. Какое время нужно, чтобы подготовить или переподготовить те 30 тысяч участковых терапевтов, которые работают в нашей системе? Значительное время. Мы забудем, когда мы начинали, когда закончим эту переподготовку. Нужно этот процесс ускорить. Сегодня прозвучало реальное конкретное предложение. Как практик, организатор здравоохранения, я двумя руками голосую за это предложение.

Сегодня идет поиск медицинского работника, который будет заниматься здоровьем человека. Может уролог заниматься здоровьем человека? Нет. Может офтальмолог? Нет. Даже терапевт сегодня превратился в узкого специалиста по лечению заболеваний внутренних органов. Он не широкий специалист. С введением ОМС погибли все профилактические «телодвижения» участкового терапевта. Чуть лучше дела в педиатрии, но ненамного. Я много работал с педиатрами, и они тоже говорят о том, что им нужен педиатр, владеющий смежными специальностями.

Аккредитация врачей. Все мы разные. Кто-то больше любит хирургию, кто-то офтальмологию и т.д. Когда мы готовим врача общей практики, не исключено, что мы не должны его готовить по всему списку и всему перечню смежных специальностей. Надо учитывать предпочтения, желания и возможности каждого врача. Аккредитацию проводить именно по тем специальностям и платить ему за ту работу, которую он может делать.

Что сегодня тормозит внедрение врача общей практики и интеграцию его в практическое здравоохранение? Самое главное, на мой взгляд, – это препятствие со стороны руководителей органов и учреждений здравоохранения на местах. Я одновременно занимаюсь преподавательской работой. Три часа с главными врачами беседовали, обсуждали врача общей практики – что это, как организовывать, зачем это нужно? Стоим на перекуре, спрашиваю, будут ли заниматься этой проблемой? Говорят, нет. Почему? Не хочу. Возникает синдром авокадо - Вы любите авокадо? Нет. Вы его пробовали? Нет, но все равно не люблю. Вот этот тормоз, негативизм, нежелание суетиться, нежелание что-то новое делать, на мой взгляд, является очень существенным тормозом.

Мы с Игорем Николаевичем, как-то обсуждая эту тему, говорили, что в сертификационные циклы организаторов здравоохранения всех уровней нужно обязательно включать тему «Реформирование первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики». Люди хотя бы знали, что это такое. Мы говорим об информационной асимметрии между пациентом и врачом. Да у нас в системе здравоохранения сплошная информационная ассиметрия!

Я хочу поблагодарить организаторов этого семинара за очень серьезную постановку. Игорь Николаевич правильно сказал, что в сегодняшнем здравоохранении нет более важного вопроса. Если наши семинары могут дать какую-то полезную информацию Министерству здравоохранения для принятия соответствующего решения на соответствующем уровне, тогда такой семинар очень важен. Недавно Леонид Михайлович в Общественной палате

проводил семинар или слушание на эту же тему. Были очень интересные доклады.

Здесь коснулись вопроса терминологии – что такое семейный врач, что такое врач общей практики. Наверное, за рубежом это одно и тоже. В нашей стране – это разные понятия. Мне кажется, что семейный врач – это трудно достижимое дело для врача общей практики, который должен потратить много лет учебы, набираясь опыта и пота, чтобы в конечном итоге стать семейным врачом. Эти все движения должны, на мой взгляд, идти как во взрослой медицине, так и в педиатрии. Мне кажется, это усилит позицию и тех и других. Благодарю за внимание.

Рошаль Л.М. Можно спросить? Сколько у Вас в поликлинике врачей общей практики?

Евдаков В.А. Шесть.

Рошаль Л.М. Сколько участков?

Евдаков В.А. Участков 12.

Якобсон Л.И. Леонид Михайлович уже начал задавать вопросы, и мы сейчас к ним переходим. Каждый раз мне довольно трудно добиться того, чтобы сначала шли вопросы, а потом уже комментарии. Я догадываюсь, что комментарии будут вплетаться в вопросы. Поэтому я хочу мягко призвать к следующему. Мы ни в коем случае не табуируем дискуссию, но чтобы двигаться дальше, я бы призвал вот к чему. В обществе к этой теме относятся по-разному и здесь собравшиеся относятся по-разному, но я предлагаю с самого начала констатировать следующее. Если какая-то из моих констатаций окажется неверной, поправьте меня.

Первое. Здесь нет никого, кто хотел бы внедрять новое, ломая нечто через колено. Поэтому не надо друг другу доказывать, что не надо ломать. Здесь есть сторонники того, чтобы ломать, насиловать, а не выращивать? Надеюсь, что нет. Вопрос в другом – надо выращивать или выращивать не надо.

Второе. По-моему, нет сторонников того, чтобы переходить в новое состояние скачком. Игорь Михайлович говорил о 10-12 годах. Если договоримся, что выращивать все-таки стоит, будем обсуждать - 12, 20 лет понадобится или 8. Поэтому не будем друг другу доказывать, что скачок невозможен.

Третье. Это самое главное. Когда я говорю, что в нашем обществе, а иногда и в государственном аппарате есть сторонники разных взглядов, я имею в виду в том числе и то, что кое-кто таким образом хочет сэкономить на здравоохранении. Подозреваю, что среди присутствующих таких нет. Все три докладчика разными словами об этом говорили. Мы рассматриваем целесообразность или нецелесообразность такого выращивания под одним единственным углом зрения – что это даст здравоохранению и здоровью населения. Давайте об этом договоримся. Конечно, считать затраты надо, но речь не идет о том, чтобы сэкономить, речь идет о том, чтобы с помощью тех средств, которые есть и которых должно быть больше, добиться максимального улучшения здоровья населения. С врачом общей практики или без врача общей практики – это предмет дискуссии. Но повторяю, вопрос не в том, чтобы разогнать специалистов и на этом пополнить бюджет и заткнуть какую-то дыру. Может быть, я не прав и несколько оптимистичен в отношении некоторого базового консенсуса, но давайте принимать во внимание, что, наверное, мы все-таки находимся не на диаметральных позициях.

Кривошеев Г.Г.- Вице-президент Российской медицинской ассоциации.
Скажите, пожалуйста, каким образом должен заработать пусковой механизм, чтобы это все поехало, чтобы пациент захотел лечиться и наблюдаться у семейного врача, врача общей практики. Чтобы врач захотел быть семейным врачом или врачом общей практики, а руководитель здравоохранения одобрительно на него смотрел и во всем помогал. Где такой пусковой механизм?

Шейман И.М. Я не буду говорить о деталях. На мой взгляд, таким пусковым механизмом должна стать федеральная программа развития общей врачебной практики. Нужен ясный вектор

развития, нужны деньги, по-моему, не такие уж большие. По моим наблюдениям, от того, как формулируется общая стратегия, многое зависит в регионах. Вспомните программу Государственных гарантий, впервые принятую в 1998 г. До этого были споры, есть ли лишние койки или нет, разумны объемы стационарной помощи или чрезмерны. Вышла программа, которая по недоразумению называется государственными гарантиями, и эта программа установила четкий вектор оптимизации сети, оптимизации объемов помощи. Это был пусковой механизм, чтобы регионы начали работать в этом направлении. Все споры сразу исчезли. Люди стали ориентироваться на федеральные показатели нормативов объемов и стали оптимизировать структуру оказания помощи. Вот то же самое и здесь нужно. Согласовать все позиции, просчитать эту программу, сделать ставку на массовое переобучение почти всех врачей первичного звена. Продумать вопрос оплаты медицинской помощи, чтобы был стимул к освоению каждой дополнительной функции. Врач должен точно знать, за что он получит дополнительную оплату. Это и будет пусковым механизмом. Ничего сложного здесь нет, ничего нового мы не придумываем.

Кривошеев Г.Г. У меня возник второй вопрос. Игорь Михайлович, без заинтересованности пациента и врача, сколько бы федеральных и региональных программ мы не создавали, ничего не происходит. Вы профессиональный экономист, в отличие от нас, врачей, у вас идет преподавание экономической психологии.

Шейман И.М. Согласен с вами. Мотивация пациента и мотивация врача очень важны. Сначала о мотивации врача. Действительно, не надо ломать через колено. Не все должны стать врачами общей практики. Пусть будет 5-6 категорий – участковый врач первой категории или наоборот 5-ой категории. Но каждый участковый врач должен переучиться и расширить круг своих функций. Чтобы ускорить этот процесс, платить участковому врачу нужно за приближение к модели врача общей практики. Именно за приближение! Не ждать, когда он освоит полный курс у Игоря Николаевича, а доплачивать за дополнительную компетенцию, пусть даже небольшую. Плюс к этому, должна быть система показателей оценки деятельности каждой из этих категорий врачей – по ней оценивать процесс и результаты деятельности. И платить

за это. Элементы такой системы оплаты существуют в ряде регионов.

Мотивация пациентов? Пока нам, пациентам, не предоставят информацию, что врач общей практики имеет более высокие показатели своей деятельности, мы, конечно, будем безразличны. Что нас не устраивает в участковом враче мы примерно знаем, а вот что обещает нам врач общей практики пока не знаем совсем. Игорь Николаевич не устает утверждать, что показатели деятельности врача общей практики всегда выше, чем участкового врача. Если это поднять на уровень серьезного пиара, то мы, пациенты, естественно на это отреагируем.

Якобсон Л.И. Можно я задам вопрос от имени пациента? О чем, собственно говоря, идет речь, кроме того, что врач, как бы он не назывался, должен уметь больше, чем он умеет сегодня.

Денисов И.Н. На мой взгляд, вопрос не в бровь, а в глаз. На сегодняшний день в здравоохранении России самым слабым звеном оказалась первичная медико-санитарная помощь. Где у нас сегодня нет дефицита врачебных кадров: дерматология, урология, стоматология, фармация и т.д. Но во все времена, причем не только в здравоохранении, есть специальности неудобные для профессионала, а общество постоянно испытывает в этих специальностях дефицит. Условия, в которых сегодня работает участковый терапевт, несравнимы ни по тяжести, ни по напряженности с работой ни одного узкого специалиста. Работа участкового врача состоит из двух частей: прием в кабинете и посещение на дому. И эти посещения он осуществляет в любую погоду, проходя по участку пешком и т.д. Поэтому престиж специальности низок, и с этим надо считаться. Именно поэтому в свое время зарплату врачам общей практики на одну тарифную ставку было запрограммировано сделать выше, чем обычному специалисту. За счет чего? Мы преследовали только одну цель – этот врач обладает большей разрешающей способностью и за это он должен больше получать. Главная черта такого врача - он должен нести персональную ответственность за популяцию людей, которая к нему прикреплена. Трагедия состоит сегодня в том, что среди москвичей половина не посещают своего врача. 30%

пациентов госпитализируется без предварительного наблюдения. Поэтому сегодня важна культура оказания медицинской помощи, и это не только медицинская проблема.

Мне очень импонирует ваш вопрос. Это проблема социальная, проблема взросления общества. И в конечном итоге это проблема отношения каждого из нас к состоянию своего здоровья. Сегодня общество не задумывается над поддержанием своего здоровья на надлежащем уровне. Вот для чего нужен человек, который должен управлять этой популяцией людей, которая к нему прикреплена. Эта функция - не в разрешающем чисто медицинском коридоре, это - общечеловеческая ценность, которая формирует культуру поведения человека завтрашнего дня.

Евдаков В.А. Я добавлю к ответу Игоря Николаевича. Вы задали очень серьезный вопрос, чем отличается? Там, где заканчивает работу участковый терапевт, там начинает работать врач общей практики. Сегодня мы в Москве проводим программу целевого выявления сердечно-сосудистых заболеваний. Конечная цель этой программы выявить больного и взять его под диспансерное наблюдение. Все. Дальше для участкового врача ничего не меняется, а мы считаем, что выполнили свою задачу. И вот здесь начинает работать врач общей практики. Он смотрит факторы риска, он знает, как их выявить, он корригирует их медикаментозным способом, он ведет школу здоровья для больных с выявленным сердечно-сосудистым заболеванием. Он занимается здоровьем и его коррекцией, формированием здорового образа жизни. Участковый терапевт к этому не готов и не занимается этим.

Рошаль Л.М. Минуточку. Вы так резко говорите. Вы прочитайте, пожалуйста, функциональные обязанности терапевта. Все что Вы говорили, там все это есть. Это просто краткое замечание.

Евдаков В.А. В функциональных обязанностях это есть, но он не знает и не умеет это делать.

Якобсон Л.И. Коллеги, я, наверное, неправильно себя веду, отнимая хлеб у других желающих задать вопрос. Но я действительно хочу, чтобы мы продвинулись, и сознательно задаю

вопрос от имени пациента. В обществе как воспринимают проблему? Видят две альтернативы, причем больше первую – завтра не будет хирургов, урологов, педиатров, а будет всезнайка, не знающий толком ничего, отвечающий на все вопросы. И другая альтернатива – в том же кабинете будет сидеть такой же участковый терапевт, но только он будет намного более квалифицированным. Мы об этом ведем речь или о чем-то другом? Мне кажется, очень важно в дискуссии – он будет больше уметь, у вас не будет меньше возможностей, просто врач, к которому вы придете, сможет для вас сделать больше, чем сегодня делает Мария Ивановна. Если в этом сухой остаток спора, то мне кажется, он может вестись несколько иначе.

Другой вопрос, что переход к врачу общей практики – это не экономия, а значительное увеличение затрат. Кто с этим не согласен, за борт дискуссии. А вот как лучше использовать эти затраты, об этом будем спорить. Теперь другие вопросы, пожалуйста.

Гришин В.В. Помощник председателя Счетной палаты. Один вопрос, как бывшего врача. Игорь Николаевич, скажите, пожалуйста, у меня в дипломе написано – врач, лечебное дело. Я врач общей практики? Я окончил институт с отличием, знаю прекрасно терапию, акушерство и гинекологию, хирургию, оперировал даже. Я врач общей практики?

Денисов И.Н. Нет. Вы не врач общей практики. Сегодня во всем мире принята определенная система, и к счастью Россия не является исключением из этой системы, где абсолютно на всех уровнях власти узаконено, что диплом о высшем медицинском образовании – это свидетельство получения высшего медицинского образования, но не врачевания. Для того, чтобы стать специалистом, существует три системы подготовки: вузовская, интернатура или ординатура и непрерывное профессиональное развитие. Вы - носитель диплома врача.

Гришин В.В. Все правильно. Игорь Николаевич, я спрашиваю не про формальность, я прошел интернатуру, у меня – лечебное дело

написано. Я про суть. Я владею тремя специальностями. Я врач общей практики или нет?

Денисов И.Н. Нет. Вы - не врач общей практики. Для того, чтобы стать врачом общей практики, плюс к диплому, Вы должны пройти двухгодичную ординатуру и только после этого, Вы получаете сертификат и допуск.

Якобсон Л.И. Пожалуйста еще вопросы. Нет вопросов?

Боярский С.Н. ММА им. Сеченова.
Вопрос к Игорю Михайловичу в связи с реализацией концепции первичной медико-санитарной помощи. Первичная медицинская помощь относится к муниципальному уровню здравоохранения и завязана на местное самоуправление, а Вы говорите о федеральной программе. Как это соотносится? И вторая часть вопроса в том, что на периферии возникает масса проблем у врача, в частности жилищная проблема. Поэтому на периферию никто не едет. Насколько я знаю, ни в одной стране мира проблема первичного звена с мотивацией людей не решена. Как, по вашему мнению, это соотносится с федеральным решением этой проблемы.

Шейман И.М. Простите, мы для этого в Федерацию и объединились, чтобы сообща решать наши проблемы, для этого существует федеральное министерство и прочие федеральные институты. Я не очень понимаю, почему такой вопрос возник, когда мы находимся в центре реализации приоритетного национального проекта, который касается первичного звена, находящегося, как Вы справедливо заметили, в ведении муниципальных властей. Под федеральной программой мы понимаем прежде всего четкое определение тех направлений, по которым надо действовать регионам и муниципальным образованиям. Под федеральной программой мы понимаем и деньги. А вопрос денег это уже предмет кооперации разных уровней власти, и все это достаточно апробированные механизмы и я не вижу в этом никакого противоречия.

Якобсон Л.И. Противоречия действительно нет. Просто так устроены вообще федеральные целевые программы. А сейчас Нелли Борисовна хочет задать вопрос.

Найговзина Н.Б. **Директор департамента социальной политики Правительства РФ.**
У меня вопрос к докладчикам. Скажите, пожалуйста, организационно-экономическая модель участкового врача-терапевта, участкового врача-педиатра, семейного врача, врача общей практики должна иметь единые принципы построения или разные? Способы оплаты медицинской помощи одни и те же? Способы формирования оплаты труда – это многоуровневая система или разные системы?

Шейман И.М. Очень хороший вопрос, имеющий много аспектов. Скажу об экономической модели. Однозначно можно сказать, что принцип оплаты деятельности врачей первичного звена – будь это врач общей практики, семейный врач или участковый врач – должен быть единым. Их услуги должны возмещаться на подушевой основе, то есть по числу обслуживаемых пациентов. Только такой подход нацеливает их на снижение числа больных людей. Это может быть подушевой норматив на собственную деятельность таких врачей, а может быть норматив на другие виды медицинской помощи – подход, известный как фондодержание. А вот стимулирующие надбавки, точнее, показатели для таких надбавок, должны быть разными – в зависимости от содержания деятельности и конкретных функций разных типов врачей первичного звена. Участковый врач в значительно меньшей мере, чем врач общей практики, ведет постоянное наблюдение за пациентами. Он слабо влияет на показатели госпитализации пациентов и вызовы скорой помощи по сравнению с врачом общей практики, а тем более по сравнению с семейным врачом. Это необходимо учесть при построении показателей для поощрения.

Если врач общей практики работает в составе поликлиники, то действует вполне определенный тип экономических отношений, характеризуемый словом, которое мы раньше использовали, - «хозрасчет». Это некое взаимодействие разных звеньев в составе поликлиники – врачей первичного звена, узких специалистов и

параклинической службы. Если же он действует как самостоятельное юридическое лицо, то модель оценки и оплаты его деятельности может существенно отличаться от модели, принятой в поликлинике. То же самое в отношении семейного врача. Другая система оценки, другая система показателей.

Якобсон Л.И. Еще есть вопросы? Пожалуйста.

Жемчугов В.Е. Врач. Вопрос к Игорю Николаевичу. Не считаете ли Вы, что можно и нужно вспомнить хорошее понятие - земский врач, которое объединяло все, как мне кажется, что мы сейчас обсуждали.

Денисов И.Н. Земский врач действительно работал в первичном муниципальном звене здравоохранения. Я бы хотел коснуться способов оплаты. Трагедия нашего сегодняшнего медицинского сообщества, давайте вещи называть своими именами, что все врачи, будь то врачи, работающие в первичном звене, будь то врачи, работающие в стационарах (я имею в виду государственную систему здравоохранения), имеют фиксированный оклад, который практически не меняется от профессиональной деятельности специалиста. У нас появилось в стране такое обидное понятие, которого за рубежом вообще не могут представить, - неоперирующий хирург. Как можно быть хирургом и за год не сделать ни одной операции? Заниматься только консультированием. То же самое у нас произошло в первичном звене здравоохранения. Ведь система здравоохранения Семашко задумывалась совершенно по-иному. Земский врач нес персональную ответственность за состояние здоровья прикрепленного контингента. Сегодня ни один участковый терапевт не отвечает за это. Участковый терапевт считает, что ему работать лучше, если к нему на прием за год человек ни разу не пришел. И он к нему сам не пойдет и не пошлет сестру. Не поинтересуется, почему к нему человек не пришел. Врач общей практики - это социальная личность, которая отвечает за прикрепленную популяцию людей, и спрос с него, оценка труда этого специалиста должны быть совершенно иными.

Сейчас медицинские учреждения госсектора переходят на новую систему оплаты. Неделю назад мы обсуждали условия оплаты труда ректора. Посмотрите, какие критерии там возникают. И ректор сегодня, чтобы сохранить свою заработную плату, будет думать о тех последствиях, которые несут его действия. Точно также и врач, получая популяцию людей, неважно тысяча это человек или две тысячи, должен понимать: чем он лучше наблюдает за своим населением, тем больше получит.

Якобсон Л.И. Можно опять я задам вопрос от имени пациента? Представим себе, что нам удалось заинтересовать врача, сегодняшнего участкового врача, в том, чтобы он заботился о здоровье пациента. Я выскажу гипотезу, как вы к ней отнесетесь. Допустим, участковый врач сам будет стараться узнать больше о своих пациентах, читать специальную литературу, посещать семинары и глядишь, лет через десять мы увидим, что это вот тот самый врач общей практики.

Шейман И.М. Именно об этом я и говорил! Только немножко подтолкнуть этот процесс надо. Вы очень четко все сформулировали.

Сиротко И.И. Главный терапевт министерства здравоохранения и соцразвития Самарской области.
У меня два маленьких вопроса к Валерьяну Алексеевичу и возможен определенный «мостик» к Игорю Николаевичу. Валерьян Алексеевич, Вы пойдете на прием к врачу общей практики, который пять дней проучился офтальмологии и лорпаталогии? Вы все время говорили, что врач общей практики это акцент на здоровье. А участковый терапевт это не акцент на здоровье? А может быть, нам не нужны врачи общей практики в городе? Может быть, нам лучше уменьшить число прикрепленного населения на 500 человек и оставить нормального участкового врача с функциями поддержания здоровья, при этом увеличить число узких специалистов, а на селе оставить врача общей практики? Может такой вариант лучше? Мы оставим земских врачей и оставим участковых терапевтов и специалистов. Вопрос, конечно, дискуссионный, потому что в сельском здравоохранении нет выбора, а в городском такой выбор есть.

Евдаков В.А. Вопросы не новые и я сразу сошлюсь на ваш же собственный опыт. Я имею в виду Самарский опыт. Дело в том, что, конечно, к врачу, который пять дней проходил офтальмологию я не пойду. Но в 19-й поликлинике Самары я видел, как одинаково идут пациенты и к участковому терапевту и к врачу общей практики. Я спрашивал пациентов: «Вы идете к врачу общей практики. Вас сначала осматривает сестра. Вас не коробит, что первично принимает сестра, а не врач?». Я видел понимание и удивительное изменение менталитета со стороны больных. Я думаю, что они уже шли к опытным врачам. Что касается установки на здоровье. Вы понимаете, к сожалению, это наша беда. Наше здравоохранение ориентировано на больного человека. Нас в институте учат, как ставить диагноз, как лечить больного. А как оценить здоровье и его поддержать – это остается на втором плане. 35% времени врача общей практики отводится на профилактику и укрепление здоровья пациента. Понимаете, это другой менталитет. Это не просто владение смежными специальностями, это другая парадигма, другое отношение к человеку.

Сиротко И. И. Я хочу напомнить коллеге, что он проходил такой предмет, как социальная гигиена и организация здравоохранения, в котором учили как раз организации здорового образа жизни.

Евдаков В.А. Тогда учили. Сейчас практически этому уже не учат.

Какоткин И.Ю. Министерство здравоохранения и соцразвития. Начальник отдела организации первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи.
Уважаемые коллеги, на мой взгляд, такое суждение, что появится такая палочка-выручалочка в виде врача общей практики, не соответствует действительности.

Якобсон Л.И. Извините, но сейчас идут вопросы, а комментарии потом. Я хочу принять два последних вопроса, чтобы перейти к дискуссии. Пожалуйста.

Гришин В.В. Валерьян Алексеевич, я работаю у вас врачом общей практики. Хожу по участку, занимаюсь профилактикой. У меня на

приеме 5 человек, потому что я обошел по домам много молодых здоровых. Сколько вы мне заплатите? Я дал на участке всем проболеть, выдал всем больничные листы, у меня на участке уменьшилась заболеваемость через год.

Евдаков В.А. Игорь Михайлович уже отвечал на этот вопрос. Я должен, как руководитель, проследить, овладели ли вы навыками офтальмолога. Овладели и оказываете услуги – я доплачиваю вам 10%. Овладели навыками уролога, оказываете услуги, я доплачиваю еще 10%. Это должно быть подтверждено документами. Когда вы все это делаете, следующий уровень оценки - это показатель здоровья пациентов на вашем участке.

Якобсон Л.И. Последний вопрос, пожалуйста.

Пиддэ А.Л. **Российская академия государственной службы.** У меня вопрос Валерьяну Алексеевичу. Я, может быть, ослышался или вы оговорились, что первичный прием ведет медицинская сестра. В соответствии с нашей медицинской практикой, медицинская сестра не может вести прием. Может быть, фельдшер ведет?

Якобсон Л.И. Это доврачебный осмотр, это даже я, не будучи врачом, знаю. Пожалуйста.

Михайлов Л.А. **Генеральный секретарь «Российское медицинское общество».**
Уважаемый Игорь Михайлович, Вы в своем выступлении выделили два пункта – качество и ответственность. Какими Вы видите механизмы обеспечения этого?

Шейман И.М. На этот вопрос коротко не ответишь, если говорить об экономической стороне. Мы собираемся по этому вопросу провести специальный семинар. Отвечу в самой общей форме. Правильную систему оплаты, ориентирующую на ответственность и качество, нужно строить таким образом, чтобы количество пролитого пота и объем хождения по участку не определяло ту сумму денег, которую получает врач общей практики. Ключевой принцип – платить не за конкретные услуги, а тем более не за

посещения, а за результаты. Показателей результатов может быть много, они достаточно хорошо разработаны и апробированы. Игорь Николаевич, на мой взгяд, абсолютно правильно говорил о том, что нужно отказаться от гонорарного принципа оплаты и переходить на подушевой принцип оплаты. В подушевой норматив финансирования можно включать какие-то суммы, которые не являются оплатой сегодняшнего врача, как он сегодня сложился. И эти суммы будут стимулом к расширению его функций. А расширение функций – это другой врач, это – врач более образованный, лучше ориентированный на комплексное ведение пациента. Вот вам главные составляющие качества и ответственности. Словом, это большой серьезный разговор и мы к нему обязательно вернемся.

Якобсон Л.И. Заканчиваем с вопросами и приступаем к дискуссии. Пожалуйста.

Какоткин И.Ю. Как я уже начал говорить, я считаю, что всеобщее введение врача общей практики не будет палочкой- выручалочкой. Чтобы понять ход реформы и для чего нам надо реформироваться, нам нужно понять, что не устраивает общество в настоящее время в первичном звене.

Первое. Население нужно поделить на городское и сельское. Городское население недовольно низкой доступностью медицинской помощи, связанной с длительным временем ожидания врача, подчас нарушением медицинской этики, деонтологии. А сельское население, как правило, недовольно тем, что у них де-факто нет возможности выбора специалиста, потому что из-за социальных проблем в ряде субъектов не укомплектовано первичное звено, т.е. недоступна медицинская помощь. На мой взгляд, чтобы решить эти вопросы на уровне города, можно принять такие меры, как разукрупнение участков. Если сейчас норматив 1700 человек, то можно снизить это количество.

Второе. Почему участковый терапевт так загружен? На нем выписка рецептов, измерение давления, он ходит по больным, выписанным из стационара, после визита скорой помощи. Часть врачебных функций целесообразно переложить на средних

медицинских работников. Но при современном соотношении врач/медсестра это сделать невозможно. Нам нужно увеличивать количество среднего медицинского персонала.

Третье. В России отсутствует служба патронажа взрослых, которые выписались из стационара, на дому. Было бы целесообразно организовать такую службу по примеру других стран. Это снизит нагрузку на участкового врача и повысит удовлетворенность населения в работе участкового врача.

Четвертое. Автоматизация работы участкового врача, которая повысила бы эффективность его работы.

Кроме того, я бы хотел сделать несколько ремарок. Здесь прозвучало суждение, что первичное звено, это исключительно муниципальное здравоохранение. Должен сказать, что первичное звено есть еще и в федеральных учреждениях. Второе суждение, что врачи первичного звена не занимаются в настоящее время медицинской профилактикой – это не соответствует действительности. Они вовлечены и в дополнительную диспансеризацию и в углубленный медосмотр. В 2007 году первичным звеном в ходе углубленных медосмотров и диспансеризации было выявлено 900 тысяч случаев новых заболеваний. За 9 месяцев этого года было выявлено более 400 тысяч случаев впервые поставленных диагнозов. Спасибо.

Якобсон Л.И. Пожалуйста.

Каменев А.В.
Уважаемые коллеги, я хотел бы остановиться на кардинальных вопросах, которые, к сожалению, мы сегодня не услышали. При входе было объявление - 16 лет Высшей школы экономики, с чем мы ее поздравляем. И 16 лет назад у нас началась попытка внедрения врачей общей практики в России. До сих пор это ничем существенным не закончилось. Даже в таком большом городе, как Рязань, есть один врач общей практики на всю область. Я хочу рассмотреть правовой статус врача, который оказывает первичную медико-санитарную помощь. Если мы говорим об оказании такой помощи в условиях государственно-муниципальной системы, то

врач, как субъект отношений в системе, вторичен. Он лишен тех прав, которые декларируются, которые он обязан иметь. Какие права у врача? Первое – это профессиональная автономия. Она заключается в свободе врача, его независимости от администратора. Этой свободы, вы знаете, практически нет, она сильно придавлена. Второе – это экономическая свобода. Возможность врача самому определять те финансовые потоки, которые приходят к нему с пациентом, – определять, что потратить на развитие инфраструктуры, что на свою собственную зарплату и т.д. Третье – это ответственность. Уважаемые коллеги, если врач не несет ответственность за своего больного, то, извините меня, это нонсенс. У нас этого, к сожалению, нет. В 1992 году, когда начиналась работа по созданию модели врача общей практики, многое предусматривалось в законах. И на сегодняшний день это актуально. Я хочу сказать, что основа основ в этих законах было право собственности врача, как субъекта отношений, в виде частной практики. И эти законы никто не отменял.

Якобсон Л.И. В 1992 году в законе было установлено, что врач общей практики есть врач частнопрактикующий?!

Каменев А.В. Да. Я даже могу сказать, как там установлено. Положением о враче общей практики (семейном враче), утвержденном Приказом Минздрава от 26 августа 1992 года предусматривается, что врач общей практики (семейный врач) может осуществлять свою деятельность в порядке частной практики. Более того, хочу сказать, что в этом же приказе было сказано следующее: необходимость внедрения новых принципов оказания первичной медико-санитарной помощи населению – основой ее является врач общей практики – связана с адаптацией отрасли к условиям рыночной экономики. Вот это ключ, который может нам многое дать. Врач, который задавлен вопросами экономическими, финансовыми, кадровыми, хорошо работать не может. Он не справится. Для этого 2 года назад была создана национальная саморегулируемая организация частной системы здравоохранения. Нелли Борисовна, наверное, помнит, Мы с Вами консультировались по этому вопросу. Эта организация существует. Врач, являясь членом этой организации, делегирует ей свои функции по управлению финансами, кадрами, по правовой защите.

Если начинает работать такая связка, то происходит удивительная вещь. Исчезает то, что всех нас сейчас очень волнует, – коррупционное давление. Появляется рациональный медицинский «маршрут» пациента.

Что хочу добавить? Мы сейчас говорим об очередях. Ведь вся «серая» оплата в здравоохранении идет за очереди. Никакие сегодняшние предложения не включают механизм защиты от этого. Если врач работает вне системы, как частнопрактикующий, и передает пациента, как в Германии – «доктор Мюллер, прошу принять моего пациента», то исчезают эти очереди, исчезает гигантская возможность коррупции. Словом, если мы не будем рассматривать врача общей практики, как субъекта частнопрактикующего, то все проблемы останутся. Спасибо.

Якобсон Л.И. Пожалуйста.

Линденбратен А.Л. Заместитель директора Национального института общественного здоровья.
У меня впечатление, что дискуссии как таковой пока еще нет, а из тех трех вопросов, которые Лев Ильич обозначил, в основном идет разговор – как обустроить. Я бы хотел все-таки создать видимость дискуссии и вернуться к предыдущему вопросу – а нужно ли? Я хочу в порядке примера или информации к этому вопросу поделиться результатами, я бы сказал, неформального и даже непреднамеренного социологического исследования. Дело в том, что ко мне, как к врачу, имеющему высшее медицинское образование и всякие ученые степени и звания, которые создают иллюзию того, что у меня есть еще и знания какие-то медицинские, регулярно обращаются многочисленные друзья, знакомые родственники, которые спрашивают совета, к кому обратиться, где лучше. Во всей этой сплошной выборочной совокупности не было еще ни одного случая, когда кто-то искал врача общей практики. Каждый раз спрашивают узкого специалиста. У меня тогда возникает вопрос, а нужен ли действительно врач общей практики? Сам с собою дискутируя, я думаю, что может быть в данной ситуации я его функции и выполняю. Игорь Николаевич, отвечая на вопрос Владимира Вадимовича, очень четко объяснил – э, нет!

Хотя у меня точно такой же диплом по специальности «лечебное дело» и меня всему учили. Но не «моги».

Я очень люблю слушать Игоря Николаевича, его доклады всегда замечательно иллюстрированы и всегда он подбирает замечательные афоризмы и выражения. Я вспомнил еще один афоризм, если память не изменяет, он принадлежит Тимирязеву – каждый человек должен знать все о чем-нибудь и что-нибудь обо всем. Любой специалист, он потому и специалист-лечебник, клиницист, что он знает все о чем-нибудь (о той специальности, в которой работает) и что-нибудь обо всем, но в рамках полученного им образования. И я пытаюсь теперь ответить на вопрос, может быть действительно врач этот нужен. Что врач общей практики знает что-нибудь обо всем, я не сомневаюсь. Но как четко сформулировать, о чем он знает все. Вот что это все? Это внутренние болезни? Нет. Еще офтальмология и т.д. Мне не понятно. Он знает все о медицине? Но, уважаемые коллеги, это риторический вопрос, но можно ли все знать о медицине сегодня? Да по одной узкой специальности сегодня такой колоссальный объем знаний.

Мне очень импонирует вопрос, который прозвучал у Льва Ильича. Почему друзья, родственники обращаются к нам? Потому что нужен хороший специалист. Неважно, как он называется. Поэтому третий вопрос, как нам обустроить, мне кажется, должен быть несколько видоизменен. Ни как нам обустроить врача общей практики, а как нам обустроить возможность доступной и качественной медицинской помощи населению.

Здесь говорилось о несиловом, не «через колено» внедрении врача общей практики. Но Игорь Михайлович говорит «надо подтолкнуть». Игорь Николаевич говорит «только по направлению врача общей практики можно осуществить госпитализацию». Это разве не силовые методы? Ну, может быть не «через колено», но административные методы. Так может быть надо сегодня больше уделить внимания тому, как создать условия. Через ту же мотивацию, через образование, подготовку. Чтобы действительно у нас через 8-10 лет был доступен качественный врач. И меня не волнует, какая табличка висит у него на дверях. Спасибо большое.

Якобсон Л.И. Пожалуйста.

Саверский А.В. **Президент «Лиги пациентов».**
Я с огромным интересом слушал докладчиков и ждал этой дискуссии. Она давно в стране идет, но сегодня все мы понимаем, что это немного другой уровень. Я постарался абстрагироваться от тех представлений, которые у меня были, когда я сюда шел, и посмотрел глазами пациента на все. Игорь Николаевич с Игорем Михайловичем достаточно убедительно показывают, что речь, конечно, идет о замене участкового терапевта врачом общей практики в интересах пациента. Речь идет о более высокой квалификации, потому что врачи больше учатся, это другой уровень организации труда, это другой уровень управления пациентом в системе здравоохранения, чего нам очень не хватает. И это, конечно, профилактика и привязка доходов этого врача к здоровью его пациентов. Простите, но это другая система здравоохранения. И мы должны это понимать. Речь идет, конечно же, о глубокой реформе.

Здесь я не могу не сказать об экономике. Игорь Николаевич немного оговорился, сказав, что 37% пациентов попадают в стационары, а во всем мире, только 16%. Есть другие цифры. У нас 60% денег идет в стационар, а в Европе – в среднем 40%. Я называю этот эффект инвалидизацией страны. Потому что, извините, в отсутствии нормального профилактического амбулаторно-поликлинического звена мы доводим пациента до стационара, где начинаем его не лечить, а спасать. Он становится инвалидом, и мы опять платим. Вот это все надо посчитать. Думаю, что на этом фоне все затраты на создание врача общей практики в массовом масштабе, о которых сегодня говорили, будут ничтожны.

Поэтому мне кажется, не должно быть никаких сомнений, что переход к врачу общей практики – это интерес государства. Тогда мы должны говорить о том, что государство обязано создать условия для врача общей практики. Это другой уровень здравоохранения. И я пока вижу только одну серьезную проблему – столкновение двух корпораций: педиатрии и врача общей практики. Как решать эту проблему, я не знаю. Спасибо.

Якобсон Л.И. Кто еще хотел бы выступить? Пожалуйста.

Муниципальное здравоохранение Ступинский район. Председатель Московской областной ассоциации врачей общей практики (не представился).
Прежде всего, я хочу сказать, что модель внедрения врачей общей практики в Ступинском районе реализована полностью. У нас нет участковых терапевтов уже 10 лет. Мы имеем первый опыт и первые результаты. Почему мы внедряем новую модель в нашем районе? Потому что на сегодняшний день первичная помощь муниципального здравоохранения не удовлетворяет никого. Посмотрите, участковый терапевт – функции широкие, но лицензионные требования сегодня таковы, что он может лечить только терапевтическую патологию. Что сегодня из себя представляют участковые терапевты? Они не вооружены сегодня ничем, кроме фонендоскопа и аппарата Рива-Рочи. Я здесь совершенно согласен, что только с дипломом «лечебное дело» врач не врачует сегодня, не владеет технологией врачевания. У нас нет управления «маршрутом» пациентов, у нас нет единого лечащего врача. В стационаре единый лечащей врач есть, мы знаем кто ответственный. В амбулаторно-поликлиническом звене нет единого лечащего врача и нет диспетчера, поэтому огромные очереди. Люди нам благодарны не только за то, что мы их лечим, но и за то, что мы указываем им, где можно продолжить лечение у узкого специалиста. Это первая позиция, которая нас подтолкнула к формированию модели врача общей практики.

Второе. Сегодняшний узкий специалист – это не настоящий специалист. Что такое кардиолог, который сидит в кабинете и не может поставить диагноз без функциональной диагностики? Он не владеет эхокардиографией, он даже не может расшифровать электрокардиограмму. Это не специалист. Он удовлетворяется рутиной. Он выполняет объемы помощи за счет рутины. Мы сегодня получим специалиста, который отберет эту рутину, который реализует диплом «лечебное дело» именно на этапе первичной врачебной помощи. Во всем мире 80% медицинской помощи оказывается первичной медико-санитарной помощью.

Почему именно терапевт стал участковым врачом? Наверное, терапевтическая патология сегодня решающая. Но неврология у нас стоит на втором месте, глазные болезни выходят на 3-4 место. Многопрофильного специалиста, который бы оказывал первичную медико-санитарную помощь, у нас сегодня нет. Это и порождает проблемы. Больной идет к специалисту, который удовлетворяется рутиной, ничего не делает для повышения своей квалификации. В результате больной, который нуждается в квалифицированной помощи, отправляется в стационар. В стационаре он не является профильным, заполняя коечный фонд. Вот этот дефект муниципального здравоохранения у нас ликвидирован. Мы получили эффект.

Нужен ли нашей системе здравоохранения врач общей практики? Парадокс состоит в том, что не нужен. Система теряет экономически. Сегодняшняя модель финансирования такова, что чем больше больных, чем больше госпитализированных, тем больше мы получаем денег, тем нам выгоднее. Все разговоры о профилактике - это пустая профанация. Профилактикой никто не заинтересован заниматься – это невыгодно. Если сейчас участковый терапевт займется профилактикой, уменьшит посещения, снизит госпитализацию, то он не будет выполнять объемы помощи. Это самое главное. У меня все.

Жемчугов В.Е. – Практикующий врач.

Видя здесь доктора Гришина, не могу не сказать о карточках оплаты, потому что глубоко поддерживаю эту систему. Мне кажется, проблема состоит в том, как обеспечить оплату по труду. Короче говоря, сдельщину. Получается очень интересная возможность. Представим участок, где есть 2000 человек, они где-то работают или получают пенсию. Приходят деньги в фонд обязательного страхования или через страховые компании или от учреждений. Пусть они приходят на карточный счет пациента, размер счета можно обсуждать. Сам пациент определяет, куда ему идти: к врачу общей практики или к специалисту крупной столичной клиники. Где он оставит свои деньги - это его личное дело. Но если на этом участке никто год не болеет, то часть этих денег непременно должна остаться местному участковому доктору, как бы он не назывался. Я специально от этого ухожу. А большая

часть этих денег должна остаться самому пациенту, потому что доктор не будет приходить к нему и делать с ним зарядку и принимать контрастный душ и т.д. А пациент к концу года переведет с этой карточки денежки на свой счет и сможет купить новый костюм, а жене сапоги. Вот такая примерно карточная система оплаты. Я намеренно утрирую, но считаю, что такая модель будет жизненной. Спасибо.

Лаврищева Г.А. Начальник управления здравоохранения Ступинского района.

Хочу добавить к тому, что сказал мой заместитель. У нас создалось несколько моделей врачей общей практики. Очень хорошо сказал Игорь Михайлович, надо ли ломать то, что есть. Мы ничего не сломали из того, что у нас существовало в муниципальном здравоохранении. На базе существующих лечебных учреждений, а их у нас по первичной медицинской помощи 18, создали везде врачей общей практики. Существенно отличаются некоторые моменты, связанные с сельским и городским здравоохранением. Тут затронули вопрос по узким специалистам. Мы опять же абсолютно ничего не ломаем. Наши узкие специалисты на сегодняшний день получили возможность предоставлять квалифицированную медицинскую помощь. Рутина от них ушла. Открыли в поликлинике отделение амбулаторной хирургии, прекрасное отделение. Все специалисты там оперируют – офтальмологи, отоларингологи, онкологи. Это меньшие затраты. После введения института врача общей практики у нас снизились обращения на скорую помощь.

У нас есть врачи общей практики с предоставлением помощи круглосуточно, они взяли «неотложку» на себя. В первый год после внедрения этой системы на 23% снизились обращения на скорую помощь. Это тоже снижение затрат. В 2 раза снизилась госпитализация в круглосуточные стационары. При всех общеврачебных практиках у нас есть стационары дневные. У наших врачей уже совершенно другой менталитет. Ни один из 47 действующих врачей общей практики уже не вернется к прежней терапевтической участковой работе.

Еще такой момент. Мы одновременно поменяли соотношение врач/сестра. У нас на одного врача две медицинские сестры. Она не проводит доврачебный прием. Она разгружает доктора от несвойственной врачу рутинной работы. Если у кого-то возник интерес посмотреть, как работает эта система, я приглашаю в Ступино.

Зарплата базовая формируется по основным принципам, а переменная часть формируется по тем показателям, которые мы утвердили. Вот напротив меня сидит зам. по поликлинике. Ежемесячно заведующие подводят оценку деятельности каждого врачебного участка, применяем стимулирующие выплаты и применяем премиальные по итогам за квартал. Средняя заработная плата более 30 тысяч рублей.

Рошаль Л.М. Какое число участков у вас?

Лаврищева Г.А. У нас всего 47 врачей общей практики.

Рошаль Л.М. Нет. Сколько всего в районе терапевтических участков?

Лаврищева Г.А. Нет сейчас терапевтических участков, Леонид Михайлович.

Рошаль Л.М. И все 100% и ни одного терапевтического участка нет? Сколько больных ведет каждый врач общей практики?

Лаврищева Г.А. Прикрепление от 1500 до 1800 человек.

Рошаль Л.М. Это то же самое, что участковый врач. Один в один. У вас врачи общей практики детей ведут?

Лаврищева Г.А. В сельской местности, да. В городе у нас есть прекрасная поликлиника, которую мы не собираемся не реконструировать, не уничтожать. Она у нас работает и предоставляет медицинскую помощь детскому населению в полном объеме.

Рошаль Л.М. Сколько у вас участков на селе, сколько в городе?

Лаврищева Г.А. На селе 15 и 32 в городе.

Рошаль Л.М. Спасибо.

Стародубов В.И. Директор НИИ организации и информации здравоохранения.
Выступление руководителя здравоохранения Ступинского района меня немножко успокоило. Мы еще можем пятилетку обсуждать, а люди на местах делают, что им положено делать. Я бы начал с того, что продолжил мысль Александра Леонидовича Линденбратена: кто-то знает очень многое, но поверхностно, а кто-то знает достаточно углубленно, но в ограниченной области. Как пациент, я заинтересован попасть к специалисту, который знает углубленно и если нужно, у него прооперироваться. Но как организатор здравоохранения я прекрасно понимаю, что мы не можем прикрепить специалиста к каждому человеку, чтобы он наблюдал у него слуховой аппарат. И самое главное, кто-то должен произвести отбор этих больных? Сам больной себе диагноз не поставит. Где «отсевочное» звено, которое должны пройти пациенты, чтобы попасть к нужному специалисту? Мы что мировой опыт не знаем? Как хотите назовите врача первичной помощи – участковый терапевт, участковый педиатр, семейный врач, врач общей практики – но мы хотим, чтобы он был подготовлен по очень многим аспектам знаний в области медицины, и определял тот «маршрут», который человек должен пройти.

В 90-х годах была единая тарифная сетка. Куда поместить врача общей практики? Мы же должны стимулировать его, чтобы врачи переходили в эту категорию, овладевали новыми знаниями. Придумали новое звание - врач общей практики, посмотрели мировой опыт. Перевили этого врача в другой разряд тарифной сетки, дали дополнительные три дня отпуска, дали две сестры вместо одной. Вот в чем проблема-то была. А называйте его хоть участковым терапевтом, участковым педиатром, не в этом суть. Здесь в начале дискуссии говорилось, что мы готовы идти к врачу, который хорошо подготовлен. Экономические и моральные стимулы как раз были направлены на то, чтобы врачей заставить

переходить в категорию врачей общей практики и при этом к нему предъявлялись определенные требования.

Но не только в этом проблема. Проблема врачей общей практики возникла еще 15 лет назад. Приведу пример. Врач, педиатр по образованию, работала в поселке лесозаготовителей и была единственным врачом на 100 км вокруг. Ее подготовили по многим специальностям. Она была удовлетворена своей работой и ее показатели говорили о том, что работа по такой модели может осуществляться во всей России. За это время число таких врачей возросло до 7,5 тысяч. Но я приведу еще несколько цифр. У нас врачебных терапевтических участков 45 тысяч, на которых работает 40 тысяч врачей. У нас 29 тысяч педиатрических участков, на которых работает 28 тысяч специалистов. Если мы помножим на нормативы, которые есть, то у нас 40 миллионов человек останутся без медицинского обслуживания. А если помножим на участки, то 30 миллионов человек остаются без медицинской помощи. Даже те меры, которые государство приняло, чтобы заинтересовать врачей первичного звена, не дали того результата, который мы ожидали. На первом этапе приток шел, сейчас по 1000 человек в год добавляется. Но это связано не только с фактическим притоком врачей, а с открытием вакансий. Можно разукрупнять участки, но финансисты денег на разукрупнение не дают. Это еще одна проблема, которая нуждается в решении.

Я не нагнетаю ситуацию, в ряде субъектов у нас достаточно далеко продвинулись в этом отношении. Я просто хотел бы поддержать ту мысль, которую высказал Игорь Михайлович. Может быть, не все на нее обратили внимание и, может быть, он ее не очень акцентировал – нужно создать моральный и материальный стимул для постепенного перехода врача в то состояние, которое называется врач общей практики, имея в виду его более высокую квалификацию. Стимулы эти он четко обозначил. Нужно обеспечить этапность. 1-ая, 2-ая, 3-я категории здесь уже не подходят, надо какие-то другие названия придумать, как взяли из мирового опыта термин «врач общей практики». Надо придумать какие-то этапы, чтобы дать возможность врачам повышать свою квалификацию и переходить в то состояние, которое востребовано

обществом. А государство должно материально стимулировать этот процесс. Спасибо.

Якобсон Л.И. Спасибо Владимир Иванович. Хочет кто-нибудь еще выступить? Пожалуйста.

Рошаль Л.М. Я хотел еще спросить про Ступино. Какой процент совместительства? И какова укомплектованность?

Лаврищева Г.А. Укомплектованность 100%, (**Рошаль Л.М**.- Сказка), совместительство только в отдельных редких случаях. У нас врачам общей практики дополнительно разрешается получать первичную специализацию по другим направлениям – кардиология, неврология для того, чтобы они в групповой практике (у нас есть и такая) дополняли друг друга.

Шейман И.М. По мере освоения новых функций этими врачами, потребность в узких специалистах меняется?

Лаврищева Г.А. Нет. У нас функция самого узкого специалиста поменялась в поликлинике. Дело в том, что когда они стали сдавать первые годовые отчеты после введения врача общей практики, то выяснилось, что у них не стало пациентов. На 30% уменьшились приемы. На сегодняшний день они в поликлинике имеют возможность совершенно по-другому предоставлять свою квалифицированную специализированную помощь. Кроме того, я уже говорила, что снизился процент госпитализации в круглосуточные стационары. Он снизился именно в профильные отделения.

Шейман И.М. А Вы не рассматривали вопрос о возможности перевода узких специалистов в штат стационара с тем, чтобы они одновременно оказывали стационарную помощь и вели амбулаторный прием?

Лаврищева Г.А У нас в районе работает целевая комплексная программа, которая предусматривает создание клинико-диагностического центра на базе существующей поликлиники в городе, поэтому это само собой будет решаться.

Рошаль Л.М. Я сначала про формальные вещи. Когда я услышал Игоря Михайловича, что надо переходить массово к врачам общей практики и потом переводить всех врачей общей практики на частнопрактикующие рельсы, я подумал - Так! В нашей стране! Я очень внимательно отношусь к экономистам. Карл Маркс, экономист, перевернул весь мир. Когда я слушаю экономистов, то думаю, во что все это выльется для страны, даже с экономической точки зрения.

Я возвращаюсь к первому своему вопросу – что вы понимаете под врачом общей практики, что вы понимаете под семейным врачом? Этот мой вопрос основан на моем личном опыте. Я сидел на приеме в Америке у врачей общей практик, я сидел на приеме в Германии у врачей общей практики, я сидел в Англии на приеме у врачей общей практики, я сидел во Франции на приеме у врачей общей практике. Я знаю, что такое врач общей практики в их понимании. General Practice – это тот, кто ведет одновременно взрослых и детей. На западе вы не найдете ни одного General Practice, который ведет только взрослых, такого не существует. Если вы посмотрите основополагающие документы, которые выпущены у нас, то увидите, как описан врач общей практики. Это тот врач, кто ведет одновременно и взрослых и детей. Поэтому не надо, скажу, как детский доктор, пудрить мозги. Когда мы говорим, что у нас в стране 7 тысяч врачей общей практики, мы пудрим мозги не только себе, но и Президенту. У нас нет в стране 7 тысяч врачей общей практики в этом понимании. У нас есть те врачи, которые работают на селе и ведут одновременно и взрослых и детей. Вот это называется врачи общей практики. А кого же мы тогда готовим? Кто это те, которые работают в поликлиниках? Это участковые терапевты высшей квалификации, которые прошли дополнительную переподготовку. Но это не в терминологии «врач общей практики». Полезно это? Да полезно. Мы сейчас думаем, что и педиатров надо также готовить. И получать они должны гораздо больше, чем те, кто не хочет повышать свою квалификацию. Это совсем неплохо.

Когда мы говорим семейный доктор, то этот доктор никакого отношения к нашему практическому государственному

здравоохранению не имеет. У нас семейный доктор – это ваш частнопрактикующий доктор, который обслуживает миллионеров или очень богатых людей. Они напрямую ему платят, и он является их семейным доктором. У нас штанов не хватит, чтобы в государственных учреждениях были семейные врачи.

И маленькая ремарка. Когда мы говорим, что мы оканчиваем медицинский институт, получаем диплом и не можем работать участковым врачом – это маразм! Я окончил педиатрический факультет и в первый же год пошел работать участковым педиатром. Это что плохо? Сотни людей так идут работать. Кто все выдумал это? Значит, у нас плохо работают ВУЗы, надо пересматривать программы, надо вернуться к субординатуре. Надо дать тем, кто выходит из института навыки, чтобы они могли работать. Практически в институте мы готовим врачей общей практики. Мы на педиатрическом факультете проходим взрослую терапию, общую хирургию, госпитальную хирургию. Мы же все это проходим. Почему говорят из детских врачей легче готовить врачей общей практики? Потому что детский врач – это общий плюс еще детский врач, по нашей совершенно замечательной советской системе подготовки. И все и никаких проблем здесь нет.

Знаете, мне иногда хочется голову подставить под холодный душ и подумать, что происходит? Ведь все началось еще в 92 году, когда пришел Всемирный банк, который пришел не только к нам в Россию, империалисты, и ВОЗ пришел и сказал – сломайте все. То же самое сказали в Армении, теперь они плачут, в Грузии, в Прибалтике. Мы сейчас будем проводить Европейский педиатрический конгресс и мы придумали, что там сделаем круглый стол. Пригласим западных специалистов и российских педиатров. Две системы – одна цель. Система подготовки педиатрических кадров и система работы. Мы где-то должны сказать, что советская система и структура здравоохранения одна из лучших в мире. Это сказал ВОЗ в своих решениях.

Предложенная система наполнения знаниями участкового терапевта, это замечательно, это хорошая идея. Но она никакого отношения не имеет к термину «врач общей практики». В Иваново прошла недавно конференция, на которой мы обсуждали вопросы

муниципального здравоохранения. И там мы обсудили терминологию, и в решении записано, что те терапевты, которые работают в поликлиниках и прошли специализацию по повышению квалификации, – это участковые терапевты высшей квалификации. Конечно, каждый из нас хотел бы иметь индивидуального, прекрасного, замечательного доктора. Но где в государственной системе взять столько врачей добрых и квалифицированных?! Даже сегодня, если бы каждому участковому терапевту создали бы условия, а не загнали бы систему в грязь. Если бы на участке было не 3000 человек, а меньше. Знаете, сколько в 4-ом Управлении было? 800, и все долго жили и хорошо работали. Мы сделали 1700 – хуже, но все-таки не 3000. Когда врачу выполнять все функциональные работы?

Так что я благодарю за приглашение и думаю, что все наше российское здравоохранение надо перевести в систему 4-го Управления. И все будет нормально без всяких врачей общей практики.

Якобсон Л.И. Я не могу не сказать. Не помню сейчас цифр, но когда они открылись в начале 90-х годов, я считал, какая доля расходов на советское здравоохранение шла через 4-е Управление. Порядка четверти. Так что всех не удастся охватить. Пожалуйста.

Найговзина Н.Б. Директор Департамента социальной политики Правительства РФ.

Уважаемые коллеги, позвольте с вами поделиться не только знаниями, но и личными ощущениями и эмоциями по поводу работы участковой службы. 65% россиян не удовлетворены медицинской помощью, прежде всего работой участковой службы. Мое знакомство с проблемой врача общей практики началось с семинара, который проводил у нас Всемирный банк в 95 году. Я пришла из практического здравоохранения и остро восприняла рекомендации по разрушению наших поликлиник. Мне тогда тоже казалось, что наше здравоохранение самое лучшее. При этом у меня уже был 6-летний опыт работы со специалистами Великобритании, я их систему уже знала. Действительно, рекомендации по разрушению поликлиник меня тогда сильно профессионально задели, и я написала две статьи на эту тему в 96 году. И те ощущения, которые у

меня были по пониманию участковой службы, за эти годы в целом не изменились, хотя по ряду позиций все-таки восприятие трансформировалось.

Мне кажется, что полную аналогию врача общей практики за рубежом и в нашей стране проводить нельзя. Нужно учитывать историю отечественного здравоохранения. У нас был земский врач, это идеальный врач общей практики, семейный врач. Потом в отечественном советском здравоохранении появился участковый врач. Этот врач в номенклатуре специальностей по своим функциям умел многое. Потом в российском здравоохранении наступил этап развития специализированной помощи, подготовки узких специалистов. Участковый врач трансформировался в терапевта. Все это складывалось десятилетиями, а потом пришла идея о враче общей практики.

Должен ли врач общей практики быть индивидуальным предпринимателем, либо он может работать в разных формах? Думаю, что он может работать в поликлинике, он может действовать как индивидуальная практика без юридического лица, он может работать в составе групповой практики, что, несомненно, трансформирует содержание его деятельности. Мне кажется, что врач общей практики это не только структура, но еще и определенный набор функций. Когда врач из участкового терапевта, приобретая ряд функций специалиста, становится настоящим участковым врачом. Он может посмотреть и больного с инсультом и другими жалобами - в зависимости от того, какую подготовку получил. Кроме того, я, как педиатр, убеждена, что такая трансформация должна коснуться и педиатров, когда они приобретают ряд функций специалистов, чтобы не гонять ребенка по поликлинике из-за каждого пустяка.

Поэтому в нашем здравоохранении могут существовать несколько моделей - от индивидуальной практики до групповой практики в поликлинике, причем с разными функциями. Но для этого нужно развивать нормативную базу.

Можно ли это сделать в условиях тарифной сетки? Владимир Иванович сказал, что сделать это было очень трудно. Нужна новая

система оплаты труда. Сейчас с 1 декабря она внедряется на федеральном уровне и субъекты федерации вправе внедрять новые системы оплаты труда в силу своих полномочий. И в новых системах оплаты труда нужно формировать и экономическую модель врача общей практики, участкового врача, потому что организационная основа у нас прописана, а экономической части нет. Если человек не будет получать должную оплату за свой труд и у него не будет траектории карьерного роста, то у него не будет и мотивации для повышения своей квалификации.

Поэтому, мне кажется, сейчас настал тот момент, когда нормативная база по организации работы участковой службы должна совершенствоваться. Для этого сейчас есть все предпосылки и ими надо воспользоваться. Семинары на эту тему можно продолжать и далее, потому что мы не обсудили сегодня очень много технических вопросов достижения ожидаемого результата. А то, что образованием у нас удовлетворены 60%, а здравоохранением не удовлетворены 65%, нас должно очень настораживать. Спасибо.

Рошаль Л.М. Можно справку приведу одну. Будет интересно. В рамках комиссии по здравоохранению Общественной палаты создана группа, которая работает вместе с нами и называется «Синопсис. Маркетинг для медицины». Мы провели работу по опросу врачей общей практики. 82 опрошенных врача общей практики отметили, что испытывают проблемы в процессе работы: много ложных вызовов, много бумажной работы, плохой автотранспорт, недостаточное финансирование, нет техподдержки, проблема с лекарственным обеспечением, отсутствие литературы, большой объем нагрузки, загруженность приема, нет помощника. Необходимость получения медицинской помощи, возможность госпитализации, наличие узких специалистов, низкая зарплата, нет стимулов работы, отсутствие четкой нормативной базы, недостаточно осознанное отношение пациентов к своему здоровью.

Это первая справка. Вторая справка. Я хочу вам зачитать краткое заключение заседания комиссии по здравоохранению Общественной палаты, которое проводилось в присутствии депутатов Государственной Думы, Счетной палаты, РАМН, ста экспертов по России с опросом регионов. «Эксперты единодушно признали, что

основным местом работы врача общей практики (в том понимании, которое я сказал) являются сельские районы и небольшие поселения, отдаленные от поликлиник». Мы четко разграничили, что такое врач общей практики, который ведет и взрослых и детей, и что такое участковый терапевт, допустим высшей категории. Есть другая формулировка, пожалуйста.

Якобсон Л.И. Спасибо Леонид Михайлович. Я думаю можно завершать. У нас состоялась длительная и горячая дискуссия, наверняка, не последняя. Мне кажется, в ходе нее мы забыли, как обозначена тема сегодняшнего семинара. Там нет слова «врач общей практики», там совсем другие слова «Как нам обустроить первичную медико-санитарную помощь в России?». Мне кажется, что ответ на этот вопрос был дан в докладах.

Первое. Требуется заинтересованность тех, кто работает в первичной медицинской помощи, как их не называй, в улучшении здоровья обслуживаемого населения, а не только в лечении. Для этого нужен комплекс изменений в организации и экономике здравоохранения, которые побочным результатом будут иметь заинтересованность врача расширять свой кругозор, повышать квалификацию, узнавать что-то новое.

Второе. Тот врач, к которому приходит пациент, должен, как минимум, полноценно диагностировать его состояние. Даже не лечить, а диагностировать. Чтобы врач это мог реально делать, нужно, чтобы он был вооружен технически, чтобы с ним работала медсестра, а лучше две, и многое другое еще нужно.

С этим, наверное, все согласны. А дальше начинаются вопросы, которые Нелли Борисовна назвала техническими. Они, конечно, не технические, но они второго порядка. Позволю себе сказать, что, наверное, в ближайшее время, все-таки, как правило, у нас будет раздельное обслуживание взрослых и детей. Возможно, где-то у нас будут экспериментировать, ничего плохого в этом нет. Ликвидация педиатрической службы на обозримую перспективу, безусловно, не стоит в повестке дня.

Следующий вопрос. Место врачей частной практики. Вот решительно не согласен с тем, что мы, ну даже в длительной перспективе, массово откажемся от поликлиник и будут у нас сплошь врачи частной практики. Но дать такую возможность – почему же нет? А какая будет доля? Это уже следующий круг дискуссий.

Поэтому мне кажется, что в понимании того, как обустроить первичную медико-санитарную помощь, у нас есть большая степень согласия и значительное продвижение. Если мы продвинемся по тем позициям, по которым есть согласие, дай нам Бог, дойти до того, что главными для нас станут вопросы второго порядка. У нас сейчас много работы над тем, чтобы решать вопросы первого порядка. Большое спасибо.