

Министру здравоохранения
Российской Федерации
Член-корреспонденту РАН,
д.м.н., профессору
В.И.Скворцовой

Глубокоуважаемая Вероника Игоревна!

Это письмо – не точка зрения лично Михаила Эльянова, а аккумуляция мнений большого числа специалистов, которые регулярно высказываются в письмах, опросах, на конференциях и т.д.

Мы выражаем свою глубокую озабоченность состоянием дел в сфере развития цифрового здравоохранения Российской Федерации.

В России есть все условия для создания системы цифрового здравоохранения, и мы ни в чем не уступаем другим странам по возможностям:

- Информационные технологии для здравоохранения в нашей стране развиваются более 60 лет. Накоплен огромный опыт. Более 600 компьютерных систем 200 российских фирм. Уровень разработок не ниже, а иногда и выше зарубежных.
- Наличие административного ресурса на самом высшем уровне.
- Преодолен психологический барьер при работе медработников при работе с медицинскими компьютерными системами. Принципиально изменилось отношение медицинских работников и руководителей здравоохранения всех уровней.

Однако достигнутый уровень цифровизации практического российского здравоохранения несопоставим с затратами последних 8 лет - 45-50 млрд. руб. с начала финансирования создания ЕГИСЗ. Безусловно, этому есть многие причины, в т.ч. и объективные. Но главная из них – **катастрофически низкий уровень управления в этой сфере, обусловленный некомпетентностью и безответственностью двух непосредственных руководителей цифровизации российского здравоохранения - Директора Департамента ИТ и связи (ДИТиС) Минздрава России Е.Л. Бойко и главного (и по названию и по статусу) ИТ-специалиста - Замдиректора по ИТ ЦНИИОиЗ Минздрава России (профильного НИИ Минздрава) и одновременно - Главного внештатного специалиста Минздрава России по внедрению современных информационных систем в здравоохранении Т.В.Зарубиной.**

Безусловно, многие проблемы достались им по наследству. С 2008 года поменялось четыре руководителя ДИТиС. Мы и раньше неоднократно говорили и писали о нерешенных вопросах, о том, что надо делать в первую очередь, но вместо способности и готовности решать накопившиеся и возникающие проблемы сегодня мы наблюдаем:

- Некомпетентность, доходящую до откровенного невежества.
- Безразличие к реальным результатам своей деятельности.
- Безответственность.
- Демонстративное нежелание и боязнь сотрудничать с экспертным сообществом.

Мы неоднократно пытались выстроить конструктивный диалог, но эти попытки ни к чему не привели. **Конкретизация и аргументация выше сказанного - в прил. 1.**

Своими действиями вышеуказанные сотрудники дискредитируют и Министра, и Министерство в целом. Если ситуация кардинально не изменится, Минздраву будет очень трудно отвести от себя обвинения в нерациональном использовании средств и срыве сроков. Мы прекрасно понимаем всю масштабность и сложность стоящих перед Минздравом и лично перед Вами задач, и не считаем правильным, что ситуация еще большие усложняется из-за некачественной работы конкретных исполнителей, обязанных решать проблемы, а не искусственно создавать новые.

Прошу Вас, уважаемая Вероника Игоревна, назначить встречу руководства Минздрава с представителями экспертного сообщества и другими заинтересованными сторонами, на которой предлагаю обсудить первоочередные меры по улучшению ситуации:

1. Возобновление работы Экспертного совета Минздрава по вопросам использования ИКТ в системе здравоохранения. Принятие нового положения об Экспертном совете (он практически готов).
2. Разработка перечня первоочередных документов (нормативных и методических) без которых невозможен реальный переход к цифровому здравоохранению.
3. Разработка программы первоочередных задач цифрового здравоохранения.
4. Создание системы стандартизации и интероперабельности МИС. Без этого комплексная цифровизация – абсолютная химера, т.к. взаимодействие десятков различных систем без четкого прописывания алгоритмов и протоколов их взаимодействия в принципе невозможно. Финансирование Минздравом работ по стандартизации и информатизации отдельной строкой
5. Выделение Минздравом России неснижаемых квот (не менее 5% от бюджета на ИТ) на разработку нормативного и методического обеспечения.
6. Выделение Минздравом России неснижаемых квот (не менее 10% от бюджета на ИТ) на разработку прикладных ИТ-систем, в которых

использование ИТ дает максимальный социально-экономический эффект (например, скрининговые системы, системы для обработки и анализа ЭКГ, системы работы с изображениями и т.д.).

7. Обсуждение предложений профессионального сообщества по выполнению майских Указов Президента Российской Федерации, в той части, которая находится в сфере компетенции сообщества.
8. Обсуждение иных вопросов, связанных с развитием цифрового здравоохранения Российской Федерации.



М.М.Эльянов
Президент АРМИТ (Ассоциация
Развития Медицинских
Информационных Технологий), к.т.н.
Руководитель рабочей группы
Экспертного совета Минздрава России
по использованию ИКТ в системе
здравоохранения
8-916-628-59-46, info@armit.ru
www.armit.ru

28.08.2018

Приложение 1

С чем конкретно мы не согласны

1. ЕГИСЗ превратилась в высоко затратный долгострой. Результаты не соответствуют огромным затратам (около 50.000.000.000 за 2011-2017 годы). По данным ОНФ только 10% врачей дали положительную оценку ЕГИСЗ (2017 г.). Иллюзия общего благополучного состояния дел в цифровом здравоохранении создается за счет небольшого числа передовых медицинских организаций.

2. Во многих случаях ответственность перекладывается на регионы. Каждый регион должен сам изобретать правила информатизации. Вместо того, чтобы разработать типовые документы, а затем предложить регионам утвердить уточненные с учетом региональных условий документы, всем 85 регионам предлагается все делать самостоятельно и с нуля. А что потом делать со всем этим «зоопарком» при создании ЕГИСЗ - ЕДИНОЙ (!) государственной информационной системы в сфере здравоохранения? А сколько это потребует денег? А сколько времени?

Один из самых ярких примеров: «Методические рекомендации Минздрава по обеспечению функциональных возможностей Региональных медицинских информационных систем (РМИС)» от 23.06.2016, где сказано, что **на уровне региона** должен быть подготовлен единый открытый стандарт обмена данными между РМИС и медицинской информационной системой медорганизации (МИС МО). «Данный стандарт должен поддерживаться всеми используемыми в регионе МИС МО, которые взаимодействуют с РМИС» (п.14.1, поз. 1). С точки зрения профессионалов это положение – полный бред и свидетельство полного профессионального невежества и Бойко, и Зарубиной. Это примерно то же самое, что создавая единую железнодорожную систему страны, предоставить каждому региону возможность определять ширину колеи, напряжение в электросетях, высоту платформ и т.д.

Особенно возмущает в этой истории то, что, даже, после того, как мы сообщили уважаемой Елена Львовна о единодушной позиции специалистов, согласно которой подобные стандарты изначально должны готовиться на федеральном уровне (т.е. по распоряжению Минздрава), а уже потом направляться в регионы. (Причем, как выяснилось, и сама Директор ДИТиС эту точку зрения разделяет). Однако, вместо того, чтобы внести изменения в ведомственный документ (что никакого труда не составляет), она оставила все, как есть – «пусть расхлебывают те, кому интересно». А ведь этот документ для ЕГИСЗ - принципиальный!

Похожая ситуация сейчас наблюдается и в вопросе использования на территории субъекта РФ электронных рецептов

3. Низкое качество подготовки документов. Многочисленные ошибки и нелепицы. Вот примеры из программного документа «План мероприятий ("Дорожная карта") по развитию Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в 2015-2018 гг.» - <http://www.rosminzdrav.ru/informatizacia-zdravoohranenia>.

- «Процент цифрового диагностического медицинского оборудования, обеспечивающего передачу результатов исследований в прикладные компоненты регионального сегмента ЕГИСЗ в соответствии с утвержденным в субъекте Российской Федерации регламентом» (п. 34) должен составлять 20%, в 2015 г., 30% - в 2016 г. 50%, в 2017 г., и 100% - в 2018 г. При этом авторы документа определили, что сам «регламент передачи цифровым диагностическим медицинским оборудованием, эксплуатируемым в медицинских организациях субъекта Российской Федерации, результатов исследований в прикладные компоненты регионального сегмента ЕГИСЗ» (п. 30)

должен быть утвержден в 2016 г. (т.е. реально лишь к 2017 году). Кстати, приближается конец 2018 года. Кто-нибудь видел это регламент? Кто-нибудь видел эти победные 100%? А ведь за несколько месяцев эти пункты не выполнишь.

- «Внедрен федеральный сервис системы поддержки принятия врачебных решений (СППВР) в прикладных системах ЕГИСЗ» (п.40, Выполнение – 2018г.). Мне кажется, что люди, которые писали этот пункт довольно слабо представляют, о чем они говорят. Конечно, если подразумевается, что эти системы, умножая 2 на 2, получают 4, а не 5, то проблем нет. Но, если мы имеем в виду реальные СППВР, то это очень сложные и неоднозначные задачи. Даже, если бы ДИТиС в совокупности с ЦНИИОиЗ, начиная от уборщиц, состояли исключительно из нобелевских лауреатов, то и в этом случае были бы большие сомнения в возможности решения этой задачи за несколько лет. Конец 2018 года на за горами; и где же это «чудо» - СППВР? Сама идея, что можно сделать такой сервис для целого комплекса сложнейших и разнообразнейших задач (лабораторные исследования, радиология, функциональная диагностика, управление и т.д.) лично мне представляется абсолютно дилетантской. А, если учесть, что и с несравнимо менее сложными задачами не могут справиться по несколько лет, то включение этого пункта с указанными сроками – заведомый обман.
- И таких примеров много.

4. Нежелание тиражировать удачный региональный опыт информатизации, опыт передовых медицинских организаций. Стремление за бюджетные деньги без конца изобретать велосипед. Полное безразличие к лучшим отечественным разработкам, в т.ч. - к телемедицинским, о любви к которым сейчас везде так любят говорить.

5. Через несколько дней после принятия 242-ФЗ Президент РФ отдает распоряжение о подготовке к 30.09.2017 пакета первоочередных нормативных актов. Однако, спустя практически год, из 15 документов приняты лишь меньше половины. Но и большая часть из них практически не готова к реальному применению. При этом надо отметить, что за 2 года подготовки 242-ФЗ Минздрав потратил на ЕГИСЗ более 2-х млрд. руб. Одного процента этой суммы было бы достаточно для разработки пакета необходимых нормативных и актов.

6. Реализация практически всех основных направлений цифровизации, определенных в ФЗ-242, заблокировано отсутствием ключевых нормативных документов. До сих пор надлежащим образом не определен статус электронного документооборота, что в принципе исключает широкий переход к цифровому здравоохранению.

7. Широкое внедрение Электронная медицинская карта (ЭМК) фактически блокируется. Пакет нормативных документов по ЭМК,

переданных в Экспертный совет Минздрава по ИКТ еще в октябре 2015, положен «под сукно», несмотря на прямое указание заместителя министра Н.А.Хоровой. А, ведь, по мнению многих специалистов ЭМК – важнейший компонент ЕГИСЗ, без которого смысл ЕГИСЗ просто теряется.

8. Отсутствует методическое обоснование архитектуры и состава ЕГИСЗ. Нет никаких, даже, самых, что называется, лежащих на поверхности ориентиров: Сколько должно создаваться АРМ в медицинских организациях в зависимости от мощности медицинской организации, сменности, задач и т.д. , какие программы предстоит подключить к ЕГИСЗ и какую информацию надо от них получать и т.д. Кстати, в ближайшее время предстоит начать обновление средств вычислительной техники, установленной на начальном этапе. Начнется новый дорогостоящий этап гадания на кофейной гуще?

9. Нет документов, регламентирующих работу ИТ-службы медицинских организаций. Последний такой документов был принят Минздравом в 1986 г. (!). Работа в этом направлении откровенно саботируется.

10. Наука полностью исключена из действительной программы действий (а не дежурной болтовни) ДИТиС и ЦНИИОиЗ.

11. За 8 лет не создана система мониторинга создания ЕГИСЗ:

- Невозможно оценить реальную динамику оснащения средствами вычислительной техники и интернетом медорганизаций, городов, регионов.
- Нет статистики используемых в стране МИС, нет системы **объективной** оценки их соответствия утвержденным требованиям.
- Нет систематизированной информации по формам ИТ-поддержки медорганизаций (численность собственного персонала, передача на аутсорсинг и т.д.), что не позволяет облегчить и оптимизировать развитие и сопровождение ИТ в медорганизации. И многое, многое другое.

Отсутствие объективного мониторинга выгодно в первую очередь тем, кому реально отчитываться нечем – с высоких и прочих трибун можно без конца рассказывать одни и те же сказки, не очень согласующиеся с реальностью.

12. Мы неоднократно (последний раз в декабре 2016 г.) направляли совершенно конкретные предложения по созданию компьютерных систем многопрофильного скрининга - для раннего выявления широкого круга социально значимых заболеваний (онкологических, кардиологических и др.). Для выполнения этой работы имеется все необходимое: есть очень четкая минздравовская постановка задачи, есть огромный задел еще с советских

времен, есть многочисленные и качественные современные наработки, которые в сочетании с телемедицинскими технологиями могут дать колоссальный эффект при относительно небольших вложениях средств. Но ни Бойко, ни Зарубиной это неинтересно. А Президенту России в отличие от них тема профилактики интересна (Указ Президента РФ от 07.05.2018 "О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года"). И мы должны ориентироваться на его точку зрения.

13. Экспертное сообщество практически полностью отстранено от принятия управленческих решений и оценки их применения. Экспертный совет (ЭС) Минздрава по использованию ИКТ в системе здравоохранения разогнан Е.Л.Бойко и Т.В. Зарубиной: последнее его заседание состоялось в октябре 2015 года. Обе чиновницы, судя по всему, панически боятся любых реальных обсуждений. Полагаю, что это объясняется двумя причинами:

- Желание максимально снизить уровень сложности решаемых задач, чтобы потом было проще отчитаться об их выполнении.
- Нежелание демонстрировать свою некомпетентность при открытых и равноправных обсуждениях с профессионалами.

Если бы, например, проект 242-ФЗ хотя бы один раз обсуждался на ЭС Минздрава, продолжающийся до сих пор процесс доводки и подзаконных актов закона многократно сократился бы.

Кстати, весной 2016 Елена Львовна попробовала организовать трансформацию ЭС, в целях повышения эффективности его работы, на что приглашенные члены совета (и я в т.ч.) с энтузиазмом откликнулись. Однако, очень быстро выяснилось, что планируется не создание более работоспособного ЭС Минздрава, а создание Персонального ЭС при лично Е.Л.Бойко. Его члены отбирались бы лично Е.Л., отчитывались бы перед Е.Л., и итоговые решения, естественно, принимались бы исключительно лично Е.Л. Т.е. руководство Минздрава будет слышать не мнение экспертного сообщества, и с учетом его принимать те или иные решения (как это было, или хотя бы, декларировалось до этого), а исключительно мнение все той же Е.Л. Правда, после вопроса, а на каком законном основании одна часть ЭС (7 или 8 человек) отстранит оставшуюся часть членов (более 20 чел.), утвержденных приказом Министра, дискуссия быстро увяла и перешла в эндшпиль с предложением обдумать на дому радужные перспективы. Но поскольку слишком наивных не нашлось (все, видимо, быстро сообразили, что потом могут и их так же «сократить»), на этом все и заглохло, продемонстрировав в очередной раз могучие организационные способности

Е.Л. На том сей балаган и завершился. Хотя недавно стало ясно, что Е.Л. не отказалась от идеи преобразовать ЭС Минздрава в личный ЭС.

14. Ни у Главного внештатного специалиста (ГВС) по внедрению современных информационных систем в здравоохранении Т.В.Зарубиной, ни у возглавляемой ею [Профильной комиссии Минздрава по внедрению современных информационных систем в здравоохранении](#), нет не то, что сайта, нет, даже, странички в интернете, где бы систематически отражалась их деятельность (планы, результаты, основные документы и т.д.). Где же о них можно узнать? А может быть, конкретных результатов попросту нет?

Согласно положению «заседания Профильной комиссии проводятся по мере необходимости, но не реже 2-х раз в год». С 29.06.2016 прошло ровно два года, но ни одного заседания не состоялось. По крайней мере, никаких упоминаний об этом в интернете я обнаружить не смог. А учитывая, что перед этим (в конце 2015 г.) она совместными усилиями с уважаемой Е.Л.Бойко (Директором ДИТиС Минздрава) утробила и Экспертный совет Минздрава по ИКТ (будучи его сопредседателем) – см. п.14, то можно смело сказать, что с задачей ликвидации взаимодействия Минздрава и экспертного сообщества уважаемая Т.В. на данный момент справилась полностью.

15. Общаться с г-жой Бойко можно теперь только через экспедицию Минздрава. Письма, направляемые по электронной почте на ее адрес и на официальный адрес Департамента, не являются достаточным основанием для рассмотрения Еленой Львовной (факт, неоднократно подтвержденный и ею, и ее сотрудниками). Видимо, таким своеобразным способом уважаемая Е.Л. выражает свое отношение к движению России в сторону цифровизации.

Этот грустный список можно продолжать и продолжать.

Михаил Эльянов

Президент АРМИТ, к.т.н.

Руководитель рабочей группы Экспертного совета Минздрава по использованию ИКТ в системе здравоохранения