

Протокол № 26

заседания Общественного Совета при Министерстве здравоохранения
Калининградской области

Кабинет 203

Дата проведения: 03.04.2019 года

Время проведения: 14.00 – 16.30

Тема: «О медицинской помощи нефрологического профиля взрослому и детскому населению Калининградской области».

Повестка заседания:

1 вопрос. О медицинской помощи нефрологического профиля взрослому и детскому населению Калининградской области. Вопросы гемодиализа, оплаты проезда на гемодиализ, доступности трансплантации, обеспечения лекарственными препаратами.

Докладчики:

Горенштейн Татьяна Александровна – главный внештатный специалист нефролог
Министерства здравоохранения Калининградской области до 10 мин.

Литвиненко Ирина Анатольевна – врач нефролог, заведующая приемным
отделением ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области»
до 10 мин.

Горецкая Галина Романовна – президент Калининградского регионального
отделения Межрегиональной общественной организации нефрологических
пациентов «НЕФРО-ЛИГА» до 10 мин.

Обсуждение по первому вопросу.

Члены Общественного Совета и приглашенные до 20 мин.

2 вопрос. Об организации лекарственного обеспечения граждан льготных
категорий в 2019 году на территории Калининградской области.

Докладчики:

Башанкаев Эренджен Николаевич – начальник департамента лекарственного обеспечения и информационных технологий Министерства здравоохранения Калининградской области до 10 мин.

Решин Сергей Викторович – исполняющий обязанности директора ГКУ «Калининградская областная фармацевтическая компания» до 5 мин.

Обсуждение по второму вопросу.

Члены Общественного Совета и приглашенные до 20 мин.

3 вопрос. Разное

Подготовка проекта решения заседания Общественного совета.

Секретарь общественного совета до 10 мин.

Присутствовали:

1. Перцева Галина Николаевна – представитель КРОО «Представляющая интересы людей, затронутых проблемой ВИЧ и других социально значимых заболеваний», председатель Общественного Совета.
2. Дубова Ольга Александровна – региональный представитель КРО ВООГ «Содействие».
3. Клявина Елена Ивановна – исполнительный директор Калининградского регионального объединения Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест».
4. Коляда Марина Владимировна – директор автономной некоммерческой организации «Проект Парус».
5. Лагутинская София Владимировна – директор Благотворительного центра детского больничного и социального волонтерства «Верю в чудо».
6. Петешова Лидия Ивановна – президент Калининградской региональной организации Общероссийской благотворительной общественной организации инвалидов «Всероссийское общество гемофилии».
7. Попович Элеонора Сергеевна – член Калининградской региональной общественной организации «Благополучие семьи».
8. Российский Сергей Владимирович – председатель Калининградской областной организации Общероссийской общественной организации «Всероссийское общество инвалидов», член Общественной палаты Калининградской области.
9. Серых Татьяна Николаевна – эксперт Национальной медицинской палаты Российской Федерации.
10. Яковлева Ирина Владосовна – председатель КРОО «Дети – инвалиды больные сахарным диабетом».

Приглашенные:

1. Башанкаев Эренджен Николаевич – начальник департамента лекарственного обеспечения и информационных технологий Министерства здравоохранения Калининградской области.
2. Борода Иоланта Григорьевна – ООО медицинский центр «Эскулап», заведующая отделением.
3. Васильева Людмила Михайловна – член Общественного совета при Калининградской областной Думе.
4. Горенштейн Татьяна Александровна – главный внештатный специалист нефролог Министерства здравоохранения Калининградской области.
5. Горецкая Галина Романовна – президент Калининградского регионального отделения Межрегиональной общественной организации нефрологических пациентов «НЕФРО-ЛИГА».
6. Груничева Татьяна Павловна – Советник Губернатора Калининградской области.
7. Друдэ Татьяна Васильевна – заведующая нефрологическим отделением ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области».
8. Зарипова Инна Вячеславовна – заведующая отделением диализа ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области».
9. Кисарь Лидия Вячеславовна – заместитель начальника департамента лекарственного обеспечения Министерства здравоохранения Калининградской области. Начальник лекарственного отдела.
10. Литвиненко Ирина Анатольевна – нефролог, заведующая приёмным отделением ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области».
11. Литвинов Михаил Павлович – заместитель директора ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр Калининградской области».
12. Маляров Александр Михайлович – главный врач ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области».
13. Польский Дмитрий Григорьевич – генеральный директор ООО «Лечебно-профилактическое учреждение «Амбулаторный Диализный Центр» (Черняховск).
14. Решин Сергей Викторович – и. о. директора ГКУ «Калининградская областная фармацевтическая компания».
15. Тихонов Александр Эдуардович – и. о. главного врача ОП ООО «Б.Браун Авитум Руссланд Клиникс».

Ход заседания:

1 вопрос. Горенштейн Т.А. рассказала о ситуации и возможностях медицинской помощи нефрологического профиля взрослому населению Калининградской области. Также осветила вопросы гемодиализа, оплаты проезда на гемодиализ, доступности трансплантации, обеспечения лекарственными препаратами.

Нефрологическая служба одна из сложных служб Калининградской области.

Лечение больных, находящихся на хроническом программном гемодиализе, в Калининградской области осуществляется:

- в отделении диализа в ГБУЗ «ОКБ КО» (с 1992 г.),
- ООО «Б.Браун Авитум Руссланд Клиникс» (с 2011г.),
- 2 центра ООО «Медицинский центр Эскулап» (с 2015 г., с 2018 г.),
- амбулаторный диализный центр в г. Черняховске (с 2015 г.).

За 2018 год проведено **42087** гемодиализов **287** пациентам (из них 181 процедура гемодиализа 40 больным с ОПП) и амбулаторного перитонеального диализа 4 пациентам (**1463** суток перитонеального диализа).

Из общего количества проведенных процедур гемодиализа **2277** проведено для стационарных больных, что составляет 56,6% от общего числа гемодиализов и 54,3% от числа гемодиализов, проведенных по поводу хронической почечной недостаточности.

Летальность от ХБП составила 11,65%, что на 2,6 % ниже, чем в предыдущем году. Для сравнения по РФ от 2-27 % .

О трансплантации:

В 2018 году на учете и под наблюдением у главного нефролога находилось **59** пациентов: 41 пациент с трансплантированной почкой (40 взрослых и 1 ребенок до 18 лет). Также, в 2018 году **4** пациентам проведена трансплантация почки (1 родственная, 2 больных с трансплантацией почки переехали на ПМЖ в г. Калининград) в федеральных центрах г. Москвы.

Под наблюдением на сегодняшний день находятся:

4 пациента с трансплантированным сердцем,
2 ребенка после пересадки костного мозга,
12 пациентов с пересаженной печенью.

Для пациентов совместно с общественной организацией пациентов «НЕФРО-ЛИГА» **проводятся Школы по темам:**

- Секреты гемодиализа
- Диета при хронической болезни почек, особенности при 1-5 стадии ХБП.
- Особенности гипотензивной терапии у больных с заболеваниями почек
- Наблюдение пациентов после трансплантации почки»
- Вторичный гиперпаратиреоз и по другим темам.

Далее Татьяна Александровна озвучила предложения по улучшению качества медицинской помощи по профилю «Нефрология».

Некоторые из перечисленных мероприятий уже запланированы на текущий год.

Перцева Г.Н. задала вопросы: Достаточно ли врачей нефрологов? Есть ли документ по маршрутизации пациентов? Знают ли врачи-терапевты в поликлиниках, в каких случаях направлять пациентов к нефрологу? Выезжают ли специалисты в область? Своевременно ли пациенты попадают к специалисту, или бывают запущенные случаи? Трудно ли попасть на трансплантацию? Есть ли проблемы с лекарственным обеспечением, как решаются?

Горенштейн Т. А. ответила на поставленные вопросы. Врачей нефрологов достаточно. В районы были направлены информационные письма о маршрутизации к нефрологу. Для выездов составляется план, согласно которого специалисты выезжают в область.

Нефролог осуществляет прием в консультативной поликлинике КОКБ пять дней в неделю.

Пациенты, желающие выполнить трансплантацию, направляются в Федеральные центры, вносятся в «лист ожидания». Родственная трансплантация осуществляется достаточно быстро, т.к. не надо ждать донора.

Проблемы с лекарственным обеспечением в основном касаются пациентов, перенесших трансплантацию и находящихся на оригинальном препарате. Такие вопросы решаются через врачебную комиссию. В прошлом году были проблемы с лекарственными препаратами.

Груничева Т.П. задала вопросы: В чем проблема с маршрутизацией в центры диализа? Нужна ли помощь Министерства здравоохранения и общественного Совета в плане организации тренингов и школ для врачей нефрологов и терапевтов, пациентов?

Горенштейн Т.А.: Есть проблема неравномерного распределения наших пациентов по центрам диализа.

Тренинги и школы – это планируемые мероприятия, которые проводятся, в том числе, совместно с общественной организацией «НЕФРО-ЛИГА».

Перцева Г.Н. попросила **Друдэ Т.В.** дополнить информацию о ситуации в нефрологии Калининградской области.

Друдэ Т.В. сообщила: в Областной клинической больнице функционирует нефрологическое отделение на 25 мест, в котором проходят лечение как нефрологические пациенты, так и больные с другими сложными заболеваниями, есть хороший опыт лечения таких пациентов.

Но существует проблема со сложными лабораторными морфологическими исследованиями, которые осуществляются в НИИ нефрологии в Санкт-Петербурге. Мы поддерживаем с ними контакт. В настоящее время туда направляются ежегодно примерно 15 человек, в основном это люди молодого возраста. Но

проблема в том, что эти исследования не входят в систему ОМС и пациенты вынуждены сами их оплачивать. Но благодаря таким исследованиям своевременно устанавливается диагноз и проводится успешное лечение.

Ежегодно в районы области мы рассылаем информационные письма с алгоритмом исследования, для своевременного обнаружения нефрологических проблем. К сожалению, это выполняется не всегда. Консультативный приём раньше нефролог осуществлял три раза в неделю, сейчас каждый день, но он очень загружен, в основном к нему попадают пациенты из Калининграда и очень редко из отдаленных районов.

Выезды осуществляются в отдаленные районы очень редко. Районы: Озерск, Краснознаменск, Нестеров, Неман крайне редко направляют больных к нефрологу. Когда со стороны районов есть просьбы, специалисты выезжают, но некоторые районы не вызывают нефрологов.

Груничева Т.П. предложила проявить инициативу и самим организовывать выездные консультирования в отдаленные районы области.

Перцева Г.Н. спросила, почему анализы биопсии и т.д. не могут выполняться на базе наших лабораторий?

Друдэ Т.В. ответила: необходимо специальное дорогостоящее оборудование, реагенты, и что очень важно, качество расшифровки материала должно проводиться специалистами, делающими это регулярно, такие специалисты есть только в Санкт-Петербурге и Москве.

Зарипова И.В. озвучила проблему старого оборудования в отделении диализа КОКБ, также есть жалобы на лекарственное обеспечение, как стационаров, так и амбулатории. Необходима регулярность, недостаточно препаратов железа и кальция.

Башанкаев Э.Н. прокомментировал: в конце 2018 года были приняты меры по закупкам недостающих препаратов.

Лекарственный отдел открыт к сотрудничеству, готовы оперативно получать информацию по новым пациентам, увеличению дозировки и т.д., чтобы своевременно принимать меры по обеспечению.

Российский С.В. задал вопрос: Что можно сделать, чтобы диализные пациенты не ходили часто в поликлинику, т.к. для них это очень тяжело, а получали бы препараты непосредственно в диализном центре?

Зарипова И.В. дополнила, что пора расширить список препаратов и добавить современные эффективные препараты, которые внесены в перечень ЖНЛВП, наши врачи обращались с таким предложением к министру, но, к сожалению, результата нет. Есть заявки от специалиста в Минздрав, отказа нет, но и препаратов тоже нет.

Горецкая Г.Р. отметила, что раньше наш регион закупал инновационные препараты, такие как цинакалцет, по списку и это был большой плюс. Сейчас препарат доступен всем нуждающимся пациентам. Но наше министерство не закупает современные эффективные препараты для лечения гиперфосфатемии и осложнений вторичного гиперпаратиреоза, которые в последнее время вошли в список ЖНВЛП, не смотря на рекомендации специалистов и предоставленные списки пациентов по персональному обеспечению.

Башанкаев Э.Н. предложил использовать площадку общественного Совета для оперативного взаимодействия и решения таких вопросов.

Решин С.В. сообщил, что сейчас ведется серьезная работа с ТФОМС по решению проблемы выдачи препаратов в диализном центре, без обращения в поликлинику. Есть сдвиги, но нам нужна поддержка ТФОМС, работа ведется.

Перцева Г.Н. отметила: у нас сейчас работают три частных диализных центра и это большое подспорье для диализных пациентов.

Польский Д.Г. рассказал о работе диализного центра в г. Черняховске.

Диализный центр в Черняховске открылся в мае 2015 года, что сняло социальную напряженность для диализных пациентов востока области. Но мы столкнулись с тем, что некоторые пациенты продолжали ездить в Калининград, чтобы не потерять компенсацию на проезд. Сейчас эта проблема уже снижается.

Так как мы выполняем процедуру диализа амбулаторно, то возникает необходимость отправлять людей с осложнениями в областную клиническую больницу. Соответственно возникает вопрос нехватки расходных материалов для создания или реконструкции сосудистого доступа. Эта проблема носит системный характер уже несколько лет.

Что касается положительного опыта: по собственной инициативе, совместно с Центром медпрофилактики и общественной организацией «НЕФРО-ЛИГА» проводим скрининги, акции для жителей области. При необходимости рекомендуем поход к нефрологу. Практикуются гостевые процедуры автоматического перитониального диализа для приезжающих в регион.

Тихонов А.Э. на примере конкретной пациентки показал, что препараты разных российских производителей имеют различную эффективность, соответственно и качество. Предложил поддерживать тех производителей, которые выпускают более качественные препараты.

Также затронул проблему отсутствия в списке ЖНЛВП препаратов для внутривенного введения, которые можно вводить во время процедуры гемодиализа, что обеспечивает большую эффективность.

Башанкаев Э.Н. разъяснил, что в случаях неэффективности препарата оформляется карта нежелательных реакций и передается в Росздравнадзор.

Для решения вопроса о внесении внутривенных препаратов в список ЖНЛВП Эренджен Николаевич рекомендовал написать обращение в ежегодную комиссию на федеральном уровне с предложением о внесении этих препаратов.

Литвиненко И.А. рассказала о детской нефрологической службе.

Доступность к детскому нефрологу хорошая. Педиатрическое отделение № 2 ГБУЗ ДОБ рассчитано на 40 коек. Из них:

- 15 коек кардиологического профиля,
- 10 коек ревматологического профиля,
- 10 коек нефрологического профиля,
- 5 коек педиатрического профиля.

Существуют проблемы с диагностикой заболеваний почек, т.к. задействованы другие органы, отсутствует яркая симптоматика. Также есть сложности с выхаживанием деток после трансплантации.

Горецкая Г.Р. рассказала о работе общественной организации «НЕФРО-ЛИГА», текущих проблемах и внесла предложения по их решению:

Проблемы:

1. Внедрение современных методов лечения минерально-костных нарушений при хронической болезни почек (осложнений вторичного гиперпаратиреоза (ВГПТ) и гиперфосфатемии) у диализных пациентов. Калининградская область была одним из немногих регионов, который начал закупать циникалцет для лечения ВГПТ, как только ЛП вошёл в перечень ЖНВЛП. С закупкой новейших инновационных препаратов последних лет годы ситуация критическая. Несмотря на то, что гл. внешт. специалист подаёт персонализированный список, закупок нет. Препараты: парикальцитол (ТН земплар), севеламер (ТН ренагель), комплекс бэтта-железа (Ш) оксигидроксидасахароды, крахмала (ТН вельфоро).

2. Гепатит С значительно ухудшает состояние пациентов с хронической болезнью почек, получающих лечение диализом. Заражение произошло внутрибольничным путем, поэтому этим людям необходимо предоставлять лечение в первоочередном порядке, используя региональный бюджет по ОМС. Необходимо учитывать объем препаратов для лечения гепатитов при планировании бюджета области на следующий год, увеличивая его последовательно из года в год.

3. Пациенты с диабетом – ещё одна уязвимая категория диализных пациентов.

Предложения:

1. Включить пациентов диализа в первоочередную категорию, после детей, которых обеспечить инсулиновой помпой и расходными материалами, а пациентов,

у которых она есть, расходными материалами. Эти меры позволят решить основную задачу – улучшить качество и увеличить продолжительность жизни пациентов диализа.

2.Совершенствование системы лекарственного обеспечения.

С целью бесперебойного обеспечения:

- пациентов диализа лекарственными препаратами необходимо скорейшее введение КСГ ds18.002.2 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ».

- довести до сведения руководителей ЛПУ, что для лечения хронических заболеваний указанным категориям граждан рецепты на лекарственные препараты могут выписываться на курс лечения до 90 дней. (в ред. Приказа Минздрава России от 30.06.2015 № 386н).

3.Обеспечить мониторинг безопасности лекарственных средств, применяемых у данной группы: пациентов диализа, и у пациентов после трансплантации органов с целью отслеживания побочных эффектов и своевременного принятия мер по оптимизации лекарственной терапии.

4.Сосудистый доступ для гемодиализа – большая тема. Не зря говорят, что фистула – это второе сердце пациента диализа. Обеспечить закупку расходных материалов для создания или реконструкции сосудистого доступа.

5.Разработать маршрутизацию пациентов.

Транспортировка на диализ. По транспортировке пациентов от места проживания до места проведения процедур диализа, относящихся к маломобильным группам и требующих транспортировку, в т.ч. в лежачем положении, необходимо принятие решения.

6.Наблюдение пациентов после трансплантации органов

Лабораторный мониторинг эффективности применения препаратов для профилактики отторжения трансплантата, коррекции иммуносупрессивной терапии. Необходимо направить разъяснение руководителям ЛПУ о способах оплаты этого исследования.

7.Наладить маршрутизацию пациентов с целью минимизации нахождения пациентов в медицинской организации для обеспечения минимального контакта с больными ОРВИ и гриппом.

8.Диспансеризация. Пациенты после трансплантации органов, в соответствии со стандартом медико-санитарной помощи при наличии трансплантированной почки (Приказ МЗ РФ от 28.12.2012 №1575н) и трансплантированной печени, трансплантированного сердца нуждаются в проведении обследований (лабораторные, инструментальные методы исследования). Кроме того, приём иммуносупрессии увеличивает риск развития рака кожи. В нашей области закуплено оборудование, которое позволяет провести диагностику. Необходимо организовать прохождение исследований всеми пациентами после трансплантации органов.

Необходима программа профилактического осмотра (более углубленного, чем диспансеризация) родственных доноров. Люди, которые пожертвовали почку или часть печени для спасения своего близкого, нуждаются в заботе и контроле состояния здоровья.

9.Заместительная почечная терапия

Создание в регионе условий для здоровой конкуренции в сфере оказания диализной помощи и развития всех методов заместительной почечной терапии: перитониального диализа, гемодиализа и трансплантации почки. Пока у нас явный уклон в сторону ГД. Развивать применение перитонеального диализа в качестве заместительной почечной терапии, как метода первого выбора, особенно с перспективой на трансплантацию.

Несколько лет назад Минздравом РФ была разработана «дорожная карта» по развитию трансплантации почки в регионах и рекомендовано при наличии, как минимум 200 пациентов диализа, развивать трансплантацию почки.

10.Выявление пациентов с ХБП

Проведение скрининга на выявление хронической болезни почек. Разработка, внедрение и ведение Регистра больных ХБП, ведение мониторинга заболеваемости ХБП, что позволит, благодаря применению современных препаратов, обеспечить продление ранних стадий ХБП, замедление прогрессирования заболевания на поздних стадиях и добиться существенного улучшения показателей инвалидизации и смертности при ХБП, а также добиться существенного экономического эффекта для здравоохранения путем снижения затрат на лечение осложнений.

11.Рассмотреть целесообразность открытия (меж)районных нефрологических кабинетов (первичный прием).

С целью раннего выявления заболеваний почек проводить регулярные выезды нефрологов в районы области.

12.Просветительское направление

Подготовка и проведение научно-практических конференций, семинаров и школ по вопросам нефрологии.

Повышение знаний врачей, среднего медицинского и иного персонала о происхождении, течении, профилактике и лечении нефрологических заболеваний (лекции, специальные тренинги и др.).

Проведение обучения пациентов с ХБП и их родственников в школе здоровья методам профилактики ХБП, мероприятиям по ведению здорового образа жизни и рациональному диетическому питанию.

Организация на базе лечебно-профилактических учреждений области школ для больных с заболеваниями почек, включать образовательный модуль о ХБП в рамках школ для больных СД, АГ и страдающих избыточным весом.

Подготовка, издание и распространение для различных групп населения санитарно-просветительных материалов (памятки, листовки, буклеты) по профилактике заболеваний почек, здоровому образу жизни.

В завершении выступления, Горецкая Г.Р. представила предложения для резолюции Совета:

С целью совершенствования системы оказания медицинской помощи больным с хронической болезнью почек (ХБП) на территории Калининградской области **рекомендовать** Министерству здравоохранения Калининградской области создать постоянно действующую рабочую группу с участием представителей министерства здравоохранения, ТФОМС, главного внештатного нефролога, руководителей

отделений диализа и нефрологии, центров диализа, с включением представителей МООНП «НЕФРО-ЛИГА», ВОИ и других заинтересованных ведомств с целью разработки и внедрения мер по раннему выявлению, лечению, внедрению методов торможения прогрессирования и профилактики хронических заболеваний почек.

Как итог работы рабочей группы – создание ведомственной целевой программы «Совершенствование системы профилактики, диагностики и лечения хронических болезней почек в Калининградской области».

В обсуждении приняли участие *Перцева Г.Н., Башанкаев Э.Н., Российский С.В., Польский Д.Г., Груничева Т.П., Решин С.В.*

2 вопрос. Башанкаев Э.Н. рассказал об организации лекарственного обеспечения граждан льготных категорий в 2019 году на территории Калининградской области.

До конца 2018 года были произведены закупки лекарственных препаратов. Чтобы снизить риск задержки препаратов по онкологии больной будет проходить лечение в областной больнице. Ведется тесное взаимодействие с врачами-онкологами области, стараемся оперативно получать информацию и производить экстренные закупки.

Эренджен Николаевич отметил, что в этом году количество обращений на Горячую линию по сравнению с 2018 годом существенно снизилось.

Литвинов М.П. предложил создать регистр пациентов с ХБП по группам риска.

Башанкаев Э.Н. поддержал предложение. Программа АСЛОН в режиме реального времени дает возможность видеть всю картину: кому, сколько и когда отпущено препаратов и т.д. Соответственно оперативно принимать решения.

Решин С.В. сообщил, что все закупки проводились строго по заявкам. Закупки на 2019 год в большей части уже завершены, некоторые еще находятся в процессе.

В связи с тем, что некоторые препараты поставляются частями, соответственно, чтобы обеспечить всех пациентов на текущий день, некоторые препараты выдаются только на 1 месяц, чтобы хватило до следующей поставки.

Все препараты закупаются в соответствии с представленными заявками.

В обсуждении приняли участие *Перцева Г.Н., Башанкаев Э.Н., Российский С.В., Польский Д.Г., Груничева Т.П., Горецкая Г.Р., Яковлева И.В., Решин С.В., Литвинов М.П.*

3 вопрос. Литвинов М.П. сообщил об организации проведения общественного контроля «горячей линии» Министерства здравоохранения Калининградской области.

На «Горячей линии» Министерства здравоохранения Калининградской области осуществляется общественный контроль группой лиц, которые не относятся к общественным организациям в сфере здравоохранения. Эта группа формируется и курируется двумя членами областной Думы 6-го созыва.

Контроль осуществляется с предвзятым отношением, некорректной формой поведения, мешающей работе «Горячей линии» (громкие разговоры и т.д.).

Освещение вопросов, поступающих на «Горячую линию» осуществляется с явно негативным отношением.

В связи с этим, опираясь на законодательство Калининградской области, Министерство здравоохранения намерено отказать этой группе людей в предоставлении доступа на «Горячую линию» для осуществления общественного контроля по следующим основаниям:

Согласно закону Калининградской области от 05.07.2017 года № 93 «Об общественном контроле в Калининградской области» (Принят Калининградской областной Думой 29.06.2017 г.):

Статья 4. Субъекты общественного контроля

1. Субъектами общественного контроля являются:

- 1) Общественная палата Калининградской области;
- 2) Общественные палаты (советы) муниципальных образований Калининградской области;
- 3) Общественные советы при Калининградской областной Думе, при исполнительных органах государственной власти Калининградской области.

2. Для осуществления общественного контроля в случаях и порядке, которые предусмотрены законодательством Российской Федерации, могут создаваться:

- 1) общественные наблюдательные комиссии;
- 2) общественные инспекции;
- 3) группы общественного контроля;
- 4) иные организационные структуры общественного контроля.

На этом основании Министерство здравоохранения планирует отказывать этой группе, до оформления своих полномочий и организации своей деятельности в соответствии с Законом в качестве субъекта общественного контроля.

Васильева Л.М. прокомментировала: комиссии по общественному контролю создаются для создания диалога между структурами, для достижения положительного результата для населения, но не для развития конфронтации.

Перцева Г.Н. поблагодарила всех участников заседания за содержательные доклады и выступления.

Все предложения будут приняты к сведению. Необходимо обсуждение с ТФОМС, Министерством социальной политики, больницами и пациентами на площадке Совета.

Члены Общественного Совета решили:

1. По вопросам медицинской помощи нефрологического профиля взрослому и детскому населению Калининградской области, принять к сведению все представленные доклады.
2. Рекомендовать Министерству здравоохранения Калининградской области рассмотреть предложение о создании рабочей группы с участием представителей Министерства здравоохранения, ТФОМС, главного внештатного нефролога, представителей общественных организаций и других заинтересованных ведомств с целью разработки и внедрения мер по раннему выявлению, лечению и профилактике хронических заболеваний почек.
3. Информацию об организации лекарственного обеспечения граждан льготных категорий в 2019 году на территории Калининградской области принять к сведению.
4. Принять к сведению информацию Литвинова М.П. об организации проведения общественного контроля «горячей линии» Министерства здравоохранения Калининградской области.

Председатель Общественного Совета



/ Г.Н.Перцева /

Секретарь Общественного Совета



/ О.А.Дубова /