

ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ФОРУМ
16–18 ИЮНЯ 2011

Деловой обед
РОЖДЕНИЕ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ
Технологии, расширяющие горизонты

17 июня 2011 г. — 13:30–14:15, ПЕПСИКО КАФЕ

Санкт-Петербург, Россия
2011

Выступление главного акушера-гинеколога Департамента здравоохранения
г. Москвы Марка Курцера

Модератор:

Уважаемые гости, добрый день. Вас приветствуют Международный экономический форум и компания PepsiCo в Cafe PepsiCo. Мы благодарны организаторам Форума за то, что компании PepsiCo оказана большая честь, и сегодня этот бизнес-обед проходит в нашем кафе. Мы просим вас занимать свои места. Меня попросили объявить нашего главного гостя и ведущего и обосновали это так: «Ты же большой и видный мужчина». Трудно с этим спорить, как трудно спорить и с тем, что тема нашего бизнес-обеда одинаково интересна как женщинам, так и мужчинам. Поэтому для меня тоже большая честь пригласить на нашу импровизированную сцену профессора, доктора медицинских наук, человека, с именем которого живут тысячи и тысячи женщин как в городе Москве, так и в других городах нашей страны. Главный акушер-гинеколог департамента здравоохранения города Москва Марк Курцер. Мы начинаем.

М. Курцер:

Уважаемые коллеги! Во-первых, я очень благодарен организаторам Форума за возможность выступить. Для меня это предложение было достаточно неожиданным, я удивился. Но, посоветовавшись с коллегами, часть из которых здесь присутствует, я решил принять участие в Форуме. Я подготовил небольшую презентацию и попытаюсь со своей позиции — это будет взгляд врача, взгляд организатора в здравоохранении — ответить на вопросы, связанные с рождением нового поколения.

Итак, о расширении экономических горизонтов. Я взял этот термин из основного тезиса Форума и приписал уже ту часть доклада, о которой я должен говорить. Это задачи нового поколения.

Как связана экономика с численностью населения и наоборот? Успехи экономики всегда приводят к увеличению численности населения. Ниже я скажу, за счет чего увеличивается численность населения. При этом

численность населения, то есть налогоплательщиков, также дает стимул к развитию экономики.

Общая определяющая тенденция экономики — это увеличение спроса на человеческий капитал, создание рабочих мест. Одна из задач лидера — создать благоприятные условия для увеличения численности населения. Как это можно осуществить? За счет миграции. В этом я не специалист. Миграционные процессы будут обсуждать на отдельной панели: они очень сложны, не всегда благополучны, не всегда приносят здоровье. При определенных миграционных процессах возникают социально опасные заболевания: туберкулез, вредные привычки и так далее. Существует такой термин как естественное движение населения, определяющий смертность и рождаемость. Если смертность превалирует над рождаемостью, то речь идет об отрицательном движении, об убыли населения. Если рождаемость превалирует над смертностью, то это говорит о приросте населения. В своем докладе я буду говорить о том, что можно сделать, чтобы создать естественное движение населения, прирост населения.

В Российской Федерации делается очень многое. Это материнский капитал, родовые сертификаты, национальный проект «Здоровье», где для диагностики наследственных и врожденных заболеваний (гипотериоз и других) проводятся специальные скрининги. Этот проект, как мне кажется, действует не на всей территории России, но точно действует в Москве. Это бесплатное лекарственное обеспечение и так далее. Отдельно хотел бы обратить внимание на налоговые льготы: на федеральный закон, который был принят в конце декабря 2010 года и который освобождает от налога на прибыль учреждения, занимающиеся медицинской деятельностью. К сожалению, закон еще до конца не введен в действие, но мы надеемся, что он будет принят уже с поправками, и, наконец, Министерство

здравоохранения предоставит Правительству России перечень медицинской деятельности, и закон начнет действовать.

Какова сегодняшняя тенденция рождаемости на территории России? На этом слайде я показываю те данные, которые мы получили от Минздравсоцразвития. Как видите, прирост составляет 20%. Это достаточно большой прирост. Если бы мы показали тенденцию в 80-е–2000-е годы, то динамика была бы отрицательной. Здесь вы видите динамику положительную. В Москве динамика еще выше. Обратите внимание, что это может происходить или за счет лучшей экономической ситуации, или, может быть, за счет миграционных процессов, которые также влияют на Москву как на мегаполис. Но если в России прирост составил 20%, то в Москве прирост рождаемости, количество родов увеличились на 35,3%. При этом наши пациенты меняются. На этой диаграмме показано, что увеличивается количество повторных родов. Прежде в России бывало увеличение первых родов, и большинство семей были однопородными.

Эта новая тенденция очень интересна: она показывает и экономическую ситуацию, и зрелость общества. Обратите внимание на очень любопытный процесс: более 10 тысяч семей, а значит, 20 тысяч человек, родили третьего. Если их сложить, получится примерно 12–13 тысяч повторных родов. Это очень хорошая тенденция.

Следующая тенденция — увеличение возраста. Может быть, она существует только в Москве, а в других регионах, особенно на юге нашей страны, возможно, имеет место обратная тенденция, но у наших пациентов увеличивается возраст, и, в связи с этим, увеличивается экстрагенитальная патология, соматическая патология. Существует слоган, что нет здоровых, а есть только недообследованные. Но мы все чаще регистрируем людей по 32 учетной форме Минздравсоцразвития, и это

говорит о том, что количество проблем со здоровьем у наших пациентов увеличивается.

Увеличивается количество многоплодных беременностей. С этим связаны вспомогательные репродуктивные технологии ЭКО (экстракорпорального оплодотворения).

Обратите внимание, что всегда, что бы ни происходило с экономикой, мальчиков рождается больше, чем девочек. И только после 40 лет количество женского населения значительно превалирует над количеством мужского населения.

Последний слайд показывает, что количество кесаревых сечений, хирургических вмешательств в процессе оказания медицинской помощи также увеличивается.

Какие же факторы влияют на принятие решения о рождении ребенка, на что и как можно воздействовать? Можно ли добиться этого только освобождением от налогов медицинских учреждений? Мне кажется, нельзя. Я бы сделал три шага, которые могут повлиять на увеличение рождаемости, увеличение многодетных семей.

Первое — это институт семьи. Я хочу сказать, что должны быть примеры в самой семье: религиозная традиция, соответствующее отношение к детям. Социально-экономические факторы — это прописные истины. Очень важно создать модным условия для многодетности. Здесь присутствует, например, отец пятерых детей, который мог бы явиться примером. Это очень хорошо и похвально. В конце моего выступления мы еще раз его представим. Задача государства, коллектива, всего общества — сделать многодетность модной.

Далее, нельзя забывать и о медицинских аспектах, хотя я поставил их на третье место. Речь идет о безопасности, безболезненности, о прозрачности, доброжелательности в отношении к пациентам.

Наконец, к вопросу о том, как правильно проводить инвестиции. Я не остановлюсь на первых двух шагах, потому что они не входят в мою профессиональную деятельность и мне сложно судить, но у нас запланирована панель, где будут представители и организаторы здравоохранения. В ней будет принимать участие Валентина Ивановна Матвиенко. Может быть, там этот вопрос будет более широко обсуждаться. Я хотел бы остановиться на конкретных инвестициях в здравоохранение. Существуют три этапа инвестиций. Причем когда мы начинаем инвестиции (например, решили построить новый центр), мы должны помнить, что существуют еще два не менее важных этапа в инвестициях. Если мы о них забудем, можно потерпеть фиаско.

Следующий пункт — строение современной клиники. Я показал на слайдах новое, большое, красивое, я бы сказал, даже успешное здание и маленькое старое (хотя ремонт старых тоже имеет большие перспективы). Сегодня так выглядят современный родильный зал, современные палаты, безопасные, комфортные, даже элегантные. Я не буду вдаваться в разговор об альтернативных родах, но у нас есть пациенты, которые предпочитают рождение детей в воде. В частности, у меня была пациентка, которая работала партнером в Ernst & Young; она выбрала именно такой вариант рождения ребенка. Мы как организаторы медицинской помощи должны понимать, что не можем говорить таким пациентам «нет» и отказывать им в медицинской помощи, отправлять их во внебольничные условия.

На следующем слайде — строящаяся больница в деревне Лапино как доказательство новых инвестиций.

Несколько слов о современных технологиях (второй этап). Мы решили инвестировать деньги в строительство новой больницы, построили новый госпиталь или отреставрировали старый госпиталь. Но если туда не войдут новые технологии, здание останется старым и пациенты не будут

предпочитать нашу больницу, как и в том случае, если мы получим больше осложнений или не будем справляться, и летальность или заболеваемость останутся на прежнем уровне. Здесь я показываю, с чего все начинается. Это стадия морулы, это эмбрион. Здесь я демонстрирую данные о количестве циклов ЭКО, данные о которых мы позаимствовали в РАРЧ — Российской ассоциации репродукции человека. Большую часть циклов пациенты оплачивают сами, государство поддерживает их частично. Это счастливые супружеские пары, в которых родились 50 тысяч детей. Здесь я показываю современные технологии, когда для генетического исследования отрывается одна клетка от эмбриона. Наше молекулярное отделение в Москве имеет договоры с клиниками в других регионах, часть которых представлена работой непосредственно с нами, часть только отдает анализы. Эти клетки мы отправляем в Москву с помощью DHL, проводим генетический анализ, и уже более здоровый или абсолютно здоровый от приобретенных или от наследственных заболеваний плод переносится в полость матки, рождается здоровый ребенок.

На этом слайде мы показываем опыт Москвы по диагностике болезни Дауна. Это инвестиции, которые были сделаны в пренатальную диагностику, биохимический и ультразвуковой скрининг и пренатальную диагностику амниоцентеза (это биопсия, когда исследуется кусочек плаценты, делается генетический анализ). Обратите внимание, что в Москве увеличилось количество родов, но 0,08% детей рождались с болезнью Дауна. Нам удалось снизить этот показатель практически в два раза. При этом большинство семей отказываются от больных детей, и ответственность падает на государство, а расходы на содержание одного ребенка составляют примерно 800 тысяч рублей в год. Таким образом, проведение этого скрининга окупается с лихвой.

На следующем слайде представлены возможности ультразвуковой диагностики, магнитная томография. Здесь видна опухоль мозга у плода на

сроке 16–18 недель. В таких случаях, для фетоскопии, когда пациентом является плод, мы применяем эндоскопические операции. Такие операции проводятся у нас в клинике. Вот виден плод, пуповина, ножки, ручки, здесь двойня. Это фето-фетальный синдром, когда один плод обкрадывает другого, забирает у него кровь, и тогда возможна либо гибель одного, либо гибель обоих плодов. Здесь производится коагуляция по внутренней стороне плаценты. И велика вероятность, что оба ребенка после такой операции родятся здоровыми. Один из плодов, со стороны которого производится операция, мешает конечностями. Эта сложнейшая операция производится в России, но все оборудование, к сожалению, импортное. Подобные операции имеют большой успех и позволяют сохранить две жизни.

На следующем слайде видно, что Москва заставляет нас заниматься и другими проблемами: пациенты не могут добраться до нашего центра, стоят в пробках. Мы вынуждены заниматься дистанционным обследованием. Сейчас дежурным врачом является дежурный администратор по сайту. Мы выдаем мониторы, и пациенты начинают обследовать себя самостоятельно, в домашних условиях или на даче, и передают информацию к нам на сервер. Дежурный администратор обследует пациентов и дает заключение о состоянии их здоровья, о том, требует ли состояние плода дополнительного обследования, госпитализации и так далее.

На следующем слайде наш пациент — это плод, который весит 700 граммов, ему всего 26 недель. Есть все шансы, что этот ребенок останется не только живым, но и здоровым.

Вернемся к первой части моего доклада, в которой я говорил про инвестиции. Необходимо либо строить, развивать новые методики самостоятельно, либо приобретать и развивать у себя те методики, которые имеют большой опыт и хороший эффект на Западе или даже на

Востоке. В некоторых странах с развивающейся экономикой тоже достигнуты хорошие результаты. Но эти два компонента — ничто, если мы не будем понимать, что нам нужно готовить кадры. Что это значит? Кадры должны быть максимально готовы, они должны *уметь* работать. Я боюсь, что в некоторых нацпроектах, перинатальных центрах, скажем, в центрах высокотехнологичной медицины, может быть куплено оборудование, но может не оказаться персонала, который способен лечить те же заболевания адекватно, в тех же объемах и теми же методами.

На слайде представлена информация о том, как у нас обстоит дело с последипломной подготовкой. На этом слайде я показал, как в России готовятся по профессии «акушерство и гинекология». Это занимает всего два года, через два года мы студента выпускаем, и в 25 лет он является дипломированным специалистом и может работать самостоятельно. В Европе и в Северной Америке подготовка такого специалиста занимает в два раза больше времени. Может быть, наша молодежь более талантлива или у нас лучше высшее медицинское образование, в нем не существует никакой коррупции, и наши студенты очень хорошо и честно готовятся к экзаменам...

Теперь о количестве врачей. Например, в Москве зарегистрировано и работает 2730 акушеров-гинекологов. Если взять факультет Imperial или UCL, медицинский факультет в Лондоне, там набор составляет 60–70 человек ежегодно. У нас каждый из медицинских университетов — первый, второй и третий — берет до тысячи человек ежегодно. И количество врачей у нас, при той нагрузке, которая предполагается на врача, при отсутствии достаточной компьютеризации, поражает.

Необходимо, конечно, поднимать престиж профессии. Можете ли вы сейчас вспомнить, кто из ваших знакомых поступает в медицинский институт? Например, в моей семье дети решили пойти по другому пути. Мы должны работать над программами, над личными качествами врача.

Большое значение имеет и роль лидера, руководителя. Он у нас по-прежнему называется главным врачом, ведется дискуссия, назначать ли его главным врачом или директором, должен ли он быть медиком. Я знаю некоторые медицинские компании, где очень эффективными являются руководители не-медики. На Западе существуют даже факультеты медицинского менеджмента. Отрицательную роль играют и неграмотное формирование команды, и неграмотное решение вопросов, и некомпетентность врача. Врачебная ошибка может перечеркнуть все инвестиции, все новое оборудование, которое было куплено, на которое были потрачены деньги, может сыграть свою роль и неэффективность управления медицинским персоналом.

Мы сделали клип, который поможет стимулировать внутри коллектива стремление заниматься подготовкой, с детства воспитывать желание стать врачом и, в результате, привлекать в медицину наших лучших детей.

Из зала:

Вы говорили об ЭКО как о вспомогательной процедуре. Некоторые совершенно здоровые люди считают, что после определенного возраста было бы хорошо зачать ребенка с помощью ЭКО, чтобы выбрать самую здоровую клетку и получить совершенного ребенка. Скажите, эта стратегия — что-то исключительное или сейчас это тенденция?

М. Курцер:

Спасибо за вопрос. Конечно, в идеале это наша мечта: запретить половую жизнь, чтобы все роды наступали через ЭКО. Это, конечно, наша мечта. Что неправильно, поскольку ведущей всегда должна быть естественная технология, а не вспомогательная. Но в некоторых ситуациях пары прибегают к этому способу по разным причинам. Что их мотивирует? Причины могут быть разными. Хорошо это или плохо? У нас еще не

накоплен достаточный опыт, чтобы рекомендовать ЭКО к широкому применению. Но могу сказать, что на сегодняшний момент у меня есть доклад, полностью посвященный ЭКО, и я делю показания к его применению на классические — когда есть бесплодие, и другие показания — когда есть различные заболевания. Помимо традиционных муковисцидоза, гемофилии, селекции пола бывают и другие причины. В частности, в нашей клинике есть семейная пара: у женщины рак молочной железы, передающийся по наследству. Сегодня имеется возможность диагностики гена, вызывающего рак молочной железы. Если к нам приходит пара с такой проблемой, если в семье женское население погибло или получило инвалидность, мы можем перенести эмбрион, который не будет болеть раком молочной железы. Те же работы сейчас идут по гиперхолестеринемии, по ранним инсультам, инфарктам и так далее. Теоретически это возможно, но практически на сегодняшний день мы не даем таких рекомендаций, и каждая семья решает отдельно.

Ю. Крестинский:

Марк Аркадьевич, спасибо за содержательный доклад. Меня зовут Юрий Крестинский, я представляю Институт развития общественного здравоохранения. У меня несколько вопросов. Первый вопрос: какова сегодня доля частных медицинских учреждений в службе родовспоможения? И как сегодня делится бюджет по России в целом и в Москве в частности? Что оплатит государство и что оплачивают непосредственно граждане?

М. Курцер:

Я могу рассказать про Москву. В Москве на сегодняшний день существует двухканальное финансирование — по бюджету обязательного медицинского страхования (ОМС) и по бюджетному финансированию. С

января 2012 года вступает в действие закон и вводится одноканальное финансирование. Я думаю, завтра мы будем это обсуждать. При одноканальном финансировании возможна подача на госзаказ и некоммерческими учреждениями. До 1 января 2012 года у нас ни одно лечебное учреждение не работало в родовспоможении ни с деньгами ОМС, ни с бюджетными деньгами. Процент оказания акушерской помощи — порядка 3% от общей помощи. Из 38 родильных домов и стационаров, имеющих федеральную и муниципальную собственность, только три акушерских стационара имеют частные лицензии. Это чуть больше — 10%. В объеме медицинской помощи это 3–3,2%. Фонд ОМС не финансирует. Сегодня в Москве все родовспоможение находится на бюджете, и только с 1 января предусматривается возможность привлечения и частных услуг.

Ю. Крестинский:

Когда я говорил о бюджете, я имел в виду общий объем денег, не бюджет государства.

М. Курцер:

Я могу сказать только про помощь.

Ю. Крестинский:

Понятно, спасибо.

Из зала:

Марк Аркадьевич, последние несколько лет у нас идет демографический подъем, и Вы прекрасно понимаете, что в ближайшие восемь лет мы упадем в демографическую яму. Это вполне обоснованно, потому что сейчас рождает поколение середины 80-х, самое многочисленное поколение еще советского периода. Если говорить про Санкт-Петербург, в 1985 году

было 85 тысяч родов, в 1993 — 31,5 тысяча родов. Соответственно, в Петербурге мы уже в первые пять месяцев почувствовали спад рождаемости. За пять месяцев 0,3% от 2010, а за май по сравнению с маем 2010 года это уже 9,5%. Как Вы думаете, какие методы компенсации могут быть использованы государством? Ведь это чрезвычайно важная государственная задача.

М. Курцер:

В Москве у нас еще не произошло снижения, но за первые месяцы у нас нет никакого увеличения. Я могу сказать только следующее. На одном из слайдов, когда я разбирал возможности стимулирования, я выделил 3 группы: семья, государственная политика и медицинская помощь. Теоретически, можно запланировать, в рамках государственной программы, бюджетное финансирование дополнительных циклов ЭКО. Но их незначительное число. На миллион родов в России приходится 150–160 тысяч таких родов. Поэтому вопрос комплексный, и он может решаться только всеми вместе — не только врачами, но и, скажем, руководителями территорий, корпораций. В Москве был опыт, когда проводили конкурс на лучшую организацию для матерей, которая создавала максимальные условия для того, чтобы карьера женщины не мешала рождению ребенка.

Из зала:

Вы как раз говорили, что карьера женщины не должна мешать рождению ребенка. У меня в связи с этим вопрос: как Вы относитесь к суррогатному материнству?

М. Курцер:

Если оно делается по показаниям, то очень хорошо. У нас совсем недавно была пациентка, у которой вследствие заболевания удалена матка. Ей 28

лет. Она не может родить ребенка, и ее ребенка вынашивала суррогатная мать. В Москве очень много родственного суррогатного материнства, когда бабушка вынашивает ребенка, если у мамы есть противопоказания: например, онкологические заболевания и прочие. Если приходит двадцатилетняя пациентка, которая вышла замуж полгода назад и спрашивает, нельзя ли ей поучаствовать в программе суррогатного материнства, то ей надо идти к психиатру.

Модератор:

Пожалуйста, еще вопросы.

Из зала:

Марк Аркадьевич, Вы прекрасно знаете, что организация родов — чрезвычайно дорогостоящая вещь в связи со стоимостью инфраструктуры, подготовкой персонала и так далее. Реально рынок частного акушерства существует, наверное, в Москве и немного в Санкт-Петербурге. Я только что разговаривал с коллегами из Самары, у них убытки, и они собираются закрываться.

М. Курцер:

Я был в процветающем родильном доме в Тольятти. Я год с ними не общался, но они были очень успешны. Может быть, у Вас более точные данные в связи с кризисом, но есть частные родильные дома.

Из зала:

Какую роль частных инвесторов Вы видите в акушерстве, не только в Москве, но и в Российской Федерации?

М. Курцер:

В этом направлении делается очень многое. На настоящий момент государство сделало очень правильные шаги. Оно проводит реформу в медицине. Помимо того, что эта реформа направлена на одноканальное финансирование, она разграничивает учреждения и выделяет казенные, бюджетные и автономные. Казенные нельзя трогать, и они должны остаться в структуре государства навсегда (к примеру, больница для ВИЧ-инфицированных пациентов). А у бюджетных и автономных учреждений немного другая форма работы, она не столь существенна. Но каждое из них будет получать деньги в зависимости от подушевого финансирования: сколько человек они вылечили, за столько и получают.

Государство подходит к тому, что будет сформирована реальная цена родов. Будут учитываться амортизация здания и помещения, стоимость помещения, что никогда не учитывалось в стоимости продукта, и сегодня в связи с этим возможны изменения рынка. Если сложится реальная форма оплаты, то придут инвесторы, которые просчитают, сколько стоят роды. И после этого начнут инвестировать. И государству от этого было бы огромное облегчение. Оно бы не занималось руководством, строительством и прочим. Оно бы только выбирало площадки для строительства, приходил бы инвестор и дальше бы уже отвечал, а государство бы контролировало с помощью лицензионной, налоговой деятельности работу этих медицинских предприятий. Это теоретически. Практически пока все это не сформируется, вопрос для инвесторов будет достаточно сложным, но возможным.

Из зала:

Позволяют ли современные технологии планировать пол ребенка? И, если да, каково Ваше отношение к этому?

М. Курцер:

В ряде государств это называется селекцией пола. Да, позволяют. В ряде государств это запрещено. В европейских государствах, в Израиле, в России это разрешено, и на сегодняшний день к нам приходят пациенты. Правда, у меня за все это время было только две семьи, у которых было шесть мальчиков, и они хотели во что бы то ни стало родить девочку, обычно случается наоборот. Я считаю, что этого нельзя запрещать. Более того, даже при чисто половом принципе разделения детей, это все равно даст возможность появиться на свет новому человеку, новой личности, и мы должны это только приветствовать.

Модератор:

Уважаемые коллеги, есть еще вопросы?

Р. Бобро:

Рита Бобро, компания Мерск.

Марк Аркадьевич, у меня к Вам вопрос такого характера. Очень часто врачи-гинекологи годами лечат бесплодие и вовремя не отправляют женщину к нужному специалисту. Есть ли возможность решить эту проблему на законодательном уровне?

М. Курцер:

Спасибо за вопрос. Появилось много медицинских вопросов.

Да, это большая проблема, но она может решаться не на законодательном уровне. Мы не можем на каждое заболевание принять по закону: один закон на грипп, другой на бесплодие, третий закон принять на плоскостопие. У наших законодателей не хватит на это рабочего времени, это невозможно. Но обратите внимание: в своем докладе я сказал, что большое значение имеет подготовка кадров и профессионализм, не говоря уже о честности по отношению к пациентам, потому что Вы правы. Иногда

приходят пациенты, которым 40 лет и у которых уже нет фолликулярного аппарата, он исчерпан. Они только приходят к нам, а мы говорим, что не можем помочь, потому что «у вас нет яйцеклеток». Да, Вы правы. Но, на мой взгляд, основной путь здесь — профессиональная подготовка.

Р. Бобро:

Когда я говорила о законодательстве, я имела в виду стандарты. Допустим, если у пары в течение двух лет нет ребенка...

М. Курцер:

В рекомендациях о порядке оказания медицинской помощи (порядок мы теперь назвали по-другому) это указано. Но всегда существует альтернатива. Нельзя написать, что в 35 или 37 лет нужно сразу делать ЭКО. Это неправильно. Мы не можем себе такое позволить. Врач должен обследовать пациентку.

Ко мне перед отъездом приезжал сын Верлинского. И он сказал, что все везде устроено по-разному. Например, в Санкт-Петербурге помощь новорожденным отличается от помощи в Москве. Для новорожденных в Санкт-Петербурге сделали одну большую реанимацию, которая занимается эвакуацией больных детей из родильных домов. В Москве мы в каждом родильном доме открыли по детской реанимации. Над нами превалирует дорожная ситуация в городе, мы не можем себе позволить, чтобы из-за этого страдали или погибали дети. Но вот, например, что сделал покойный Верлинский-отец. Он открыл лабораторию ЭКО без клинической части. У него была только лаборатория, которая занималась дроблением — и все. И его эмбриологи ездили по всем гинекологам, и каждый гинеколог в Чикаго имел возможность забрать и отдать яйцеклетку. И у них не было проблем с возрастом и прочими факторами.

А мы пошли по другому пути — Москва, Санкт-Петербург и все. Мы сделали неотъемлемой частью лаборатории ЭКО клиническую часть. И за счет этого, конечно, существует противостояние врачей, которые владеют этой методикой, и тех, которые не владеют. Нужно идти по тому пути, при котором обслуживать будет лаборатория. Нужно делать более доступным обслуживание по месту жительства, и чтобы женщины в женских консультациях имели доступ к так называемым технологичным методам лечения. Это позволит разрешить возникший конфликт. Но я говорю чисто теоретически.

Модератор:

Еще вопросы, коллеги?

М. Курцер:

Спасибо за вопросы, спасибо большое за внимание.

Модератор:

Выступал главный акушер-гинеколог департамента Москвы Марк Курцер.

Спасибо за Ваше выступление. Спасибо за прекрасные вопросы.

На этом наш деловой обед завершен. Программа Петербургского форума продолжается. Приглашаем вас посещать наше кафе. Спасибо большое.