

ФЕДЕРАЛЬНОЕ СОБРАНИЕ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ДУМА

## МАТЕРИАЛЫ

парламентских слушаний и «круглых столов»,  
проведенных Комитетом Государственной Думы  
по охране здоровья в период осенней сессии  
2013 года и весенней сессии 2014 года

Издание Государственной Думы  
Москва • 2014

**Под общей редакцией  
председателя Комитета Государственной Думы  
по охране здоровья С. В. Калашникова**

**С. В. Калашников**, председатель  
Комитета Государственной Думы по охране здоровья,  
**И. Ю. Селезнев**, руководитель аппарата  
Комитета Государственной Думы по охране здоровья,  
**М. В. Авраменко, Е. В. Сайдадь, А. С. Яновский**,  
заместители руководителя аппарата  
Комитета Государственной Думы по охране здоровья,  
**Г. Ю. Носырева**, главный советник аппарата  
Комитета Государственной Думы по охране здоровья,  
**С. В. Воробьев**, ведущий советник аппарата  
Комитета Государственной Думы по охране здоровья,  
**С. С. Коршиков**, советник аппарата  
Комитета Государственной Думы по охране здоровья,  
**Е. Н. Анохин, Г. А. Буянова**, главные консультанты  
Комитета Государственной Думы по охране здоровья,  
**Л. И. Сорокина**, ведущий специалист 2 разряда  
Комитета Государственной Думы по охране здоровья.

**М-34** **Материалы** парламентских слушаний и «круглых столов», проведенных Комитетом Государственной Думы по охране здоровья в период осенней сессии 2013 года и весенней сессии 2014 года. — М.: Издание Государственной Думы (электронное), 2014. — 419 с.

В настоящем издании собраны материалы парламентских слушаний и «круглых столов», проведенных по инициативе Комитета Государственной Думы по охране здоровья. В мероприятиях приняли участие депутаты Государственной Думы, члены Совета Федерации, Представители Администрации Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Министерства финансов Российской Федерации, Министерства экономического развития Российской Федерации, Министерства образования и науки Российской Федерации, Общественной палаты Российской Федерации, научно-исследовательских и лечебных учреждений, средств массовой информации.

Издание предназначено для депутатов Государственной Думы, членов Совета Федерации, членов Общественной палаты Российской Федерации, для законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации, специалистов в области здравоохранения, политики, общественных организаций, научных и образовательных учреждений.

УДК 610:34  
ББК 51.1(2)+67.621.15

**СТЕНОГРАММА**  
**парламентских слушаний Комитета Государственной Думы**  
**по охране здоровья на тему**  
**«Здоровый образ жизни и профилактика**  
**неинфекционных заболеваний как основной фактор увеличения**  
**продолжительности жизни населения»**

*Здание Государственной Думы. Малый зал.*  
*17 октября 2013 года. 10 часов 30 минут.*

*Председательствует первый заместитель председателя*  
*Комитета Государственной Думы по охране здоровья*  
*Н. Ф. Герасименко*

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, сегодня мы проводим парламентские слушания по очень актуальной тематике — «Здоровый образ жизни и профилактика инфекционных заболеваний как основной фактор увеличения продолжительности жизни нашего населения».

Я хотел бы поблагодарить заместителя Председателя Государственной Думы Сергея Владимировича Железняк и передать ему слово. Сергей Владимирович активно занимается этой тематикой и участвует во всех мероприятиях, которые проводятся совместно с Министерством здравоохранения, с другими органами, на разных площадках.

Пожалуйста, Сергей Владимирович.

**Железняк С. В.** Спасибо большое.

Уважаемый Николай Фёдорович (Герасименко. — *Прим. ред.*), уважаемые коллеги! Я думаю, что для присутствующих нет необходимости комментировать постулат о том, что здоровье и потенциал человека — это основной стратегический ресурс, который есть у любого государства, в том числе и у Российской Федерации. И во многом именно вокруг здоровья человека и строятся все аспекты, связанные с качеством жизни.

Но до последнего момента у нас здравоохранение было здравоохранением болезней, а не здравоохранением, которое направлено на профилактику и предотвращение заболеваний. И, конечно же, усилия по профилактике вредных привычек и стимулированию к здоровому образу жизни, активному участию в жизни человека

были поняты далеко не сразу. Более того, после развала Советского Союза получилось так, что мы оказались в центре внимания всех тех видов товаров, которые постепенно ограничивались и даже изгонялись с рынков других стран. Именно поэтому и табакокурение, и наркомания, и злоупотребление алкогольными напитками начали просто уничтожать население России.

Поэтому важно сейчас не только законодательно пресекать аспекты, связанные со снижением иммунитета и с появлением хронических заболеваний у людей, но и активно поддерживать те общественные организации, те усилия гражданского общества, которые направлены на профилактику заболеваний, на стимулирование к спорту, к активной жизненной позиции. И в этой связи я благодарен не только всем, кто с нами сотрудничает, но и всем тем, кто неравнодушен к этой проблеме.

Уверен, что вопросы, связанные с профилактикой неинфекционных заболеваний, которые сегодня находятся в центре рассмотрения парламентских слушаний, действительно, являются определяющим фактором увеличения продолжительности жизни наших граждан. А в этой связи у нас, конечно, сейчас есть успехи, но они гораздо скромнее, чем в большинстве других стран. И это серьёзно влияет на социальную политику государства и на вопросы, связанные с активным долголетием, с реализацией интеллектуального, творческого потенциала наших граждан.

Так что у нас ещё впереди очень много нерешённых вопросов. И я очень надеюсь, что благодаря энтузиастам, благодаря существующему на сегодня пониманию органов государственной власти, мы здесь сможем сделать достаточно много.

При этом не надо считать, что этот процесс будет происходить безболезненно. Потому что, к сожалению, и плохие, и вредные привычки — это тоже привычки. От них очень сложно отказываться. Вы знаете, какой был резонанс в обществе, когда мы принимали антитабачное законодательство, каких только в смертных грехах нас не обвиняли.

Это поразительно, но было достаточно серьёзное сопротивление и тогда, когда мы усиливали ответственность за продажу алкоголя несовершеннолетним, и нас обвиняли в том, что мы убиваем малый и средний бизнес, в том, что мы не даем развиваться нашим регионам. Да о каком развитии может идти речь, если этот бизнес

строится на человеческих пороках, если этот бизнес убивает наших граждан, прежде всего молодёжь?

И в этой работе мы тоже очень рассчитываем на активную поддержку и сотрудничество с общественными организациями, так как нам необходимо формирование достаточно активного общественного мнения, в котором просто неприемлемы пороки и привычки, негативно влияющие на жизнь и здоровье людей.

Также я хочу сказать, что в условиях нашей страны, несомненно, нужно использовать все современные технологии и диагностики мониторинга, скрининга для того, чтобы как можно раньше понимать риск возникновения тех или иных неинфекционных заболеваний. И в этом отношении мы также сейчас начали активно действовать, в том числе активно поддерживаем проекты по телемедицине, по ранней диагностике, по проектам, связанным с мобильными диагностическими центрами, с развитием и оснащением ФАП — со всеми проектами, которые помогут нашему гражданину в любой точке России получать качественные услуги — и не только по лечению, но и по диагностированию и по профилактике болезней.

Надеюсь, что сегодня здесь прозвучат профессиональные мнения и суждения как о тех нормах, которые уже есть в действующем законодательстве, так и о тех предложениях, которые находятся на рассмотрении в Государственной Думе.

Отдельно хотел бы сказать, что у нас сейчас в Думе находится на рассмотрении ещё один резонансный закон — Федеральный закон № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения», и у Правительства Российской Федерации, которое вносило этот законопроект, есть стремление расширить круг организаций разных форм собственности, которые могли бы оказывать социальные услуги, в том числе и по вопросам, связанным со здравоохранением. Но при этом наша задача — сделать так, чтобы эти услуги были качественные, чтобы была гарантия качества оказания этих услуг, чтобы был общественный мониторинг осуществления этих услуг, чтобы этими изменениями законодательства не воспользовались мошенники. И я надеюсь, что это тоже будет одним из направлений дискуссий, которая сегодня здесь состоится.

Ну, и конечно, я хочу всем пожелать здоровья, добра и благополучия вашим близким и хочу сказать, что каждый из нас — это тоже

пример, который активно показывает наше соотношение со здоровым образом жизни.

Поэтому — начинаем с себя, продвигаем в общество, и в результате, я надеюсь, многое получится. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Сергей Владимирович.

Уважаемые коллеги, с приветствием от Министерства здравоохранения Российской Федерации выступит Статс-секретарь — заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации Костенников Дмитрий Вячеславович.

**Костенников Д. В.** Спасибо, Николай Фёдорович. Уважаемые участники парламентских слушаний, сегодня мы обсуждаем очень важную тему — без преувеличения, — которая касается или должна касаться, по крайней мере, каждого жителя нашей страны. Почему?

Потому что, во-первых, здоровье — это главный личный ресурс.

Во-вторых, здоровье каждого — это здоровье всего нашего общества.

По подтвержденным данным Всемирной организации здравоохранения: здоровье человека и продолжительность его жизни только на 10 процентов зависит от того, что ему дали его родители, от наследственных факторов, 20 процентов — это состояние внешней среды, 10 процентов — это состояние здравоохранения и качество медицинской помощи, а 60 процентов — это стиль его жизни, приверженность к здоровому образу жизни или наоборот — наличие деструктивных форм поведения. Причём в структуре смертности на факторы, связанные с деструктивным поведением — злоупотребление алкоголем, наркотиками, курение, избыточное нерациональное питание, низкая физическая активность, — приходится до 30 процентов случаев.

Девять из десяти смертей лиц в возрасте до 60 лет происходят по причине неинфекционных заболеваний, которые связаны как раз с перечисленными факторами — формами саморазрушающего поведения.

При этом ещё следует принимать во внимание, что увеличение средней продолжительности жизни на один год даёт прирост ВВП на 4 процента. Это опять-таки подтверждённые данные по анализу, проведённому Всемирной организацией здравоохранения более чем по 100 странам.

К тому же нужно принимать во внимание, что продление продолжительности жизни на один год здравоохранительными мерами, вложениями в здравоохранение обходится чрезвычайно дорого. И каждый следующий год обходится всё дороже и дороже, потому что требуются всё более серьёзные капиталовложения. Гораздо эффективнее распорядиться тем ресурсом каждого человека и общества в целом, которые есть в нашем распоряжении.

Есть ли понимание всех этих обстоятельств на государственном уровне? Конечно, есть. Перед настоящими слушаниями я посмотрел несколько посланий Президента Российской Федерации, и, по крайней мере, с 2005 года в них постоянно присутствует тезис о том, что формирование установок на здоровый образ жизни, на профилактику — это одно из важнейших направлений государственной политики.

Прежде всего, эта государственная политика выражается в законодательстве, которым определяются основные задачи, нормативные рамки и условия их решения, ставятся приоритеты и определяются ресурсное обеспечение.

Основным законом, по которому профилактика в сфере охраны заявлена как приоритет национальной политики, конечно, является принятый в 2011 году Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации».

С целью формирования здорового образа жизни и здоровья населения принят целый ряд концептуальных документов (на самом деле, их десятки — не хочу их перечислять).

В Министерстве здравоохранения постоянно ведётся мониторинг этой нормативной базы, как и в любой другой сфере, она нуждается в постоянном отслеживании, в постоянной модернизации.

Надеюсь, что результаты сегодняшних парламентских слушаний станут той базой, на основе которой появятся дополнительные предложения по совершенствованию этой нормативной и правовой базы, по совершенствованию тех мер, которые принимает государство в целях формирования установки на здоровый образ жизни и — главное — создания условий для того, чтобы все эти устремления мы смогли претворить в жизнь.

Поэтому пожелаю конструктивной работы. Спасибо.

**Железняк С. В.** А сейчас я прошу выступить с докладом Николая Фёдоровича Герасименко, первого заместителя председателя

профильного Комитета Государственной Думы по охране здоровья и, наверное, одного из главных энтузиастов здорового образа жизни и профилактики.

**Герасименко Н. Ф.** Включите, пожалуйста, презентацию.

Уважаемые участники парламентских слушаний, я показываю этот слайд уже примерно шесть лет. Это была низшая точка — в 2005 году, когда у нас были худшие показатели по смертности, наблюдалась самая низкая численность населения, и достигалась самая низкая продолжительность жизни. Вот, 2005 год — 64 года.

И тогда были определены довольно амбициозные цели: к 2020 году достичь средней продолжительности жизни до 75 лет, снизить смертность до десяти человек на тысячу и увеличить население до 145 миллионов. Это вошло в Концепцию развития здравоохранения и в Концепцию демографической политики Российской Федерации.

Следующий слайд. Тоже известная таблица — структура смертности. Она тоже уже лет семь или восемь показывает примерно одно и то же: 56 процентов — это смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, это называется везде сверхсмертностью, онкология, затем болезни пищеварения, болезни органов дыхания... И суммарно неинфекционные заболевания занимают в структуре смертности 85 процентов.

Следующий слайд.

Какие главные вызовы системы здравоохранения? Демографические вызовы. Это, прежде всего, снижение численности трудоспособного населения. Опять же, у нас смертность трудоспособного населения превышает европейскую примерно почти в четыре раза. И у нас примерно 30 процентов населения умирает, не дожив до пенсионного возраста — именно трудоспособного населения. И смертность эта — от предотвратимых причин, как раз от сердечно-сосудистых заболеваний нового образования. При этом рост заболеваемости с 1990 года увеличился в полтора раза.

Что нас ещё ожидает в перспективе? Это старение населения. Оно уже происходит, поэтому надо быть готовыми. Европа уже разработала концепцию: за старость без болезней. У нас, к сожалению, когда человек приходит в поликлинику, и ему старше 60 лет, то слышит: зачем ты пришёл? Вроде уже естественное состояние такое. И нездоровый образ жизни. К сожалению, нездоровый образ



жизни у нас культивируется средствами массовой информации, которые очень активно показывают чипсы, разные колбасы, пепси-колы и так далее, с упоением показывают это общество сторонников курения, которые пытаются вносить поправки в законодательство... В фильмах показывают процесс курения. Сейчас, кстати говоря, в законе предусмотрены штрафы за показ курения в фильмах. Буквально вчера приняты уже изменения о штрафах, притом серьёзных штрафах, за демонстрацию этих фильмов. При этом, если всё-таки демонстрация курения в фильме есть, допустим, по сюжету курение неизбежно, эти кадры обязательно должны сопровождаться социальной рекламой о вреде курения.

Тем не менее, у нас как бы сложился национальный образ жизни и поведения — именно нездоровый поведенческий характер. Создаётся такое впечатление, что русский человек — это пьющий, курящий, ленивый человек, который ещё и много ест. И по количеству населения с избыточным весом мы, к сожалению, уже вышли на второе «почётное» место в мире.

Следующий слайд.

Это тоже слайд известный, о нём говорили. У нас почему-то всё — смертность, инвалидность, рождаемость и так далее — всё возлагается на здравоохранение, хотя это абсолютно неправильно. Это, в общем-то, зависит от государства, от многих факторов. Генетика — 15–20 процентов, окружающая среда — 20–25 процентов. Если мы не фторируем воду, то к 40 годам у людей — кариес зубов, зубы выпадают. Если не используется йодированная соль, у детей развивается недостаточность йода, они заболевают болезнями щитовидной железы. И так далее, не буду перечислять. То есть необходим контроль за качеством продуктов и другие меры.

И самое важное, конечно, — это образ жизни, 50–55 процентов. То есть мы сами представляем, что мы из себя есть. И я хочу сказать, что нужно не просто вести здоровый образ жизни. Нужно отказаться от лежания на диване, нужно бороться с собой, нужно не пользоваться лифтом, ходить больше пешком. Плюс велосипед, плавание. Это нагрузка. А у нас образ жизни какой? На диване полежал, телевизор посмотрел, с пивом чипсы, колбаски поел, и так далее — всё время лежим. Заболел, пришёл: «Вы меня вылечите?».

Следующий слайд.

И в концепции развития здравоохранения основные направления выделены — формирование здорового образа жизни и гарантированное обеспечение населения медицинской помощью.

Следующий слайд.

Вот известный указ Президента Российской Федерации: обеспечить к 2018 году продолжительность жизни до 74 лет, снижение смертности от болезней системы кровообращения — до 650 человек на 100 тысяч, злокачественных заболеваний — до 192. Кстати, эти цифры уже скорректированы в программе «Развитие здравоохранения» в сторону их снижения, смягчения. Это тоже вопрос, который имеет под собой основу, так что можно о нём говорить. Но самое главное — это обеспечит дальнейшую работу по формированию здорового образа жизни.

Следующий слайд.

Приоритет профилактики утверждён везде. В апреле 2011 года у нас состоялась первая глобальная, министерская конференция по здоровому образу жизни, потом была также по Всемирной организации ООН, и уже на правительственном уровне все активно поддержали именно приоритет профилактики.

Следующий.

Приоритет профилактики у нас задекларирован в Федеральном законе № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья», статья 4. Когда я писал этот слайд, ещё не было программы, не было финансирования. В настоящее время об этом, я думаю, Сергей Анатольевич (Бойцов. — *Прим. ред.*) скажет. В программе развития здравоохранения пунктом номер 1 идёт именно профилактика, и заложены серьёзные механизмы финансирования — если не ошибаюсь, до 2020 года чуть ли не 1,5 триллиона, — но сейчас идёт небольшая корректировка в связи со снижением финансирования бюджета здравоохранения, как и многих других направлений.

Следующий слайд.

Вот для чего мы эти парламентские слушания проводим, прежде всего? У нас, в основном, за последние лет 30 сформировалась лечебная, чисто лечебная, направленность здравоохранения. То есть все действия здравоохранения: министерств, регионов, государства и так далее — всё было нацелено на улучшение только организации медицинской помощи и инфраструктуры. Это нужно. Это доказали Национальный проект «Здоровье», государственная программа

«Модернизация здравоохранения», построено много федеральных высокотехнологических центров, проведена реконструкция многих больниц в субъектах Российской Федерации, созданы сосудистые центры, работает онкологическая программа и так далее. Очень много сделано. Сейчас уже завершилась эта программа. Впервые были такие деньги выделены в России на модернизацию здравоохранения, информатизацию, сейчас ещё и на программу «Земский доктор». Но всё это направлено, я подчёркиваю, на лечебную инфраструктуру.

Следующий слайд.

И у нас получилась вот такая пирамида, и на самом верху у нас ВМП. Количество квот увеличили почти в 8 раз. На втором месте — лечение и профилактика: это стационары, поликлиники. И только внизу — первичная профилактика и здоровый образ жизни. Хотя на самом деле пирамиду надо переворачивать, чтобы у нас в основе лежал здоровый образ жизни и первичная профилактика.

Почему я об этом тоже говорю? Несмотря на колоссальные вложения, реального улучшения качества медицинской помощи у нас нет. Количество заболеваний не только не снизилось, а наоборот выросло. А по-другому и быть не могло! Потому что мы совершенно не влияем ни на внешние факторы окружающей среды (об этом тоже будут говорить), ни на здоровый образ жизни. Сейчас только начали влиять, действительно, принятием законов о борьбе с курением, с чрезмерным употреблением алкоголя, по борьбе с употреблением наркотиков, и затем — закона о качестве питания. И только сейчас уже начали об этом активно все говорить.

Следующий слайд.

Очень важное новое направление, которое уже во всём мире сейчас эффективно идёт, — это медицина будущего и медицина четырёх «П». Оно базируется на тех же факторах, которые я показывал на слайде, в том числе и генетических факторах, — это предсказательная медицина, профилактика, медицина персонализированная, и при активном участии пациента. Но я на этом останавливаться не буду. Я думаю, следующие докладчики выступят более детально по этим вопросам.

Следующий слайд.

Мы прекрасно понимаем, что одними только парламентскими слушаниями, одними конференциями невозможно сразу изменить

мышление. Легче построить самый большой центр, чем изменить мышление. Поэтому мы, Государственная Дума, Комитет по охране здоровья, Комитет по науке и наукоёмким технологиям — Валерий Александрович Черешнев здесь сидит, — мы вместе с Министерством здравоохранения Российской Федерации и с другими организациями проводим межрегиональные форумы по формированию как раз этого направления — профилактике неинфекционных заболеваний, формированию здорового образа жизни. Мы приглашаем руководителей, губернаторов, руководителей здравоохранения, международных экспертов именно для того, чтобы возникло понимание важности этого направления как основы для снижения заболеваемости.

И такие форумы уже были проведены в Казани и Екатеринбурге. Третий форум состоится у нас в Москве, мы проводим его вместе с Экспоцентром. Это будет 9–10 декабря. Будут показаны новейшие технологии по профилактике.

Многие участники, которые здесь есть, работают в Оргкомитете, вчера мы собирались...

Следующий слайд. И здесь очень важно привлечь частно-государственное партнёрство, оно становится особенно актуально, потому что в бюджете всё-таки денег немного. И одна из больших площадок, которая будет на этом форуме, — это взаимодействие власти и бизнеса именно по профилактике и социальной ответственности за здоровье своих сотрудников.

Спасибо большое.

Кстати, время у нас ограничено, мы должны в 12.45 закончить, так как в 13.00 — заседание комитета. Поэтому выступления прошу концентрировать по основным направлениям, о которых не говорилось.

**Железняк С. В.** Спасибо большое.

Прошу выступить с докладом Виктора Александровича Тутельяна, директора Научно-исследовательского института питания медицинских наук, Заслуженного деятеля науки Российской Федерации главного учёного секретаря Российской академии наук.

**Тутельян В. А.** Уважаемый президиум, уважаемые члены парламентских слушаний! Я хочу сразу не согласиться с предыдущим докладчиком, то есть с Николаем Фёдоровичем.

Я думаю, что правильно именно то, что законодательная власть взялась активно и серьёзно заниматься этой проблемой. Она должна быть тем паровозом, вагонами которого являются и Министерство здравоохранения Российской Федерации, и Российская академия медицинских наук, и Российская академия наук, и два комитета — Комитет Государственной Думы по охране здоровья и Комитет Государственной Думы по науке и наукоёмким технологиям — вместе. Подчёркиваю, что это очень наукоёмкое направление, и именно передовые успехи науки могут помочь здравоохранению и всему народу сохранить и улучшить качество жизни.

Я повторяю, на слайдах, которые показывал Николай Фёдорович (Герасименко. — *Прим. ред.*), вы видели, что, конечно, на первом месте стоит профилактика. И это поняли все. И слайд опять-таки показывает, что нужно перевернуть и мышление — и мышление врача, и мышление каждого человека — для того, чтобы люди начали вести здоровый образ жизни. И первичная профилактика даст наибольший эффект и снизит бремя затрат на здравоохранение.

Верхний ВМП — это дорогостоящее и весьма обременительное здравоохранение для всего бюджета государства. И это мы знали, мы об этом говорили. Это парадигма отечественной медицины, но до реализации дело не доходило. Я думаю, если именно законодательная ветвь власти — Государственная Дума Российской Федерации — поднимет это знамя профилактической медицины, то мы достигнем успеха.

Но это международные требования, понимаете? Этим начали заниматься, когда Всемирная организация здравоохранения, декларация Первой Глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям, политическая декларация Генеральной Ассамблеи ООН подчеркнули, что только профилактика может изменить положение, снизить бремя расходов и повысить качество жизни и здоровья населения планеты. Обратились ко всем. Примечательно, что именно в Москве, в нашем Министерстве здравоохранения подняли этот вопрос. Определённые успехи России послужили тому, что конференция проходила в Москве в апреле 2011 года.

Вы видите, что во всех этих документах написано, что один из основных факторов — это здоровое питание. Основы государственной политики в области здорового питания приняты,

утверждены и Президентом, и Правительством Российской Федерации. Неслучайно, что Указ Президента России от 7 мая 2012 года — один из первых о здравоохранении, о здоровом образе жизни и здоровом питании, и затем — поручение Правительству Российской Федерации разработать этот документ — Основы государственной политики — и реализовывать его.

Основные задачи, которые там сформулированы: доступность пищевых продуктов для всех слоёв населения, высокое качество, безопасность пищевых продуктов, и третье — это пропаганда, образовательные программы. Посмотрите на этот слайд. Это неслучайно, что в здоровом образе жизни почти половина квот — на здоровое питание, и ещё почти треть — физическая активность: физкультура, спорт. А болезни, причиной которых в 30–50 процентов случаев является нарушение питания, — это те неинфекционные заболевания, которые ложатся бременем на нас. Это сердечно-сосудистые — 55 процентов, 58 процентов смертей — это ожирение, метаболический синдром, сахарный диабет второго типа, инвалидизация в связи с этим и огромные затраты, остеопороз, подагра, ряд онкологических заболеваний. Здоровое питание может предотвратить 80 процентов инфарктов миокарда, инсультов и сахарного диабета.

Преыдущие докладчики уже говорили о том, что у нас по телевизору, наверное, нет ни одного канала, нет ни одной передачи, где нас не пугают, что нас травят. Но очень важно, чтобы это прозвучало именно из уст наших законодателей, что на самом деле безопасность пищи находится под строгим контролем государства, за неё несут ответственность производители, и только уже криминал, явный криминал, и наша с вами неготовность могут здесь создать какие-то проблемы. Это работает. И у нас нет ни грандиозных вспышек токсикоинфекций, как и нет никаких других проявлений отравлений и прочих инфекционных заболеваний.

Но — за что отвечаю я, когда дело касается меня и моей семьи? Это структура питания. Никто, ни Министерство здравоохранения, никакие другие органы. Я иду в магазин, я покупаю продукты, я их ем. Нет плохих продуктов, есть частота и количество их потребления. Например, яблоки — здоровый продукт? Да, конечно. Но через две недели на яблочном рационе мы помрём. Сливочное масло — это опасный, ужасный продукт, но если ты паутинкой чёрный свежий хлеб помажешь маслом и съешь — одно удовольствие.

Но паутинкой и один раз, допустим, в два дня. Поэтому всё это надо понимать, и опять-таки, от законодателей должны быть направлены жёсткие импульсы населению: занимайтесь своим здоровьем и отвечайте за него сами. И необходимо создать определённое поле, стимулирующее полезные движения и, наоборот, отягощающее жизнь тех, кто не соблюдает это.

Любое нарушение законов природы — это потеря здоровья или смерть. Первое — это соответствие энергозатрат калорийности нашего рациона, и второй закон: мы должны получать с пищей порядка 170 химических соединений. Будем недополучать, будем болеть, если это недополучение будет очень выраженным, мы можем умереть. Откуда мы можем получить их? Из огромного количества, из бесконечности продуктов, можно из саранчи, можно, наверное, и из скорпионов. Где-то едят же их. И это тоже те же белки, жиры, углеводы, те же аминокислоты. Но есть традиции, структура сельского хозяйства, и самое главное — мы должны, как врачи, как биологи, дать каждому человеку то, что находится в левой части этой таблицы.

Мы должны понимать, что питание сопровождает нас всю жизнь, что здоровым питанием мы должны заниматься с — нет, не рождения — с зарождения жизни, даже немножко раньше. Потому что дефицит полезных веществ, допустим, в первые дни беременности, когда женщина ещё ничего не знает, а тем более мужчина, о том, что там что-то уже есть, может нанести удар по плоду, и этот удар может быть смертельным, это может быть внутриутробное уродство. Один витамин — фолиевая кислота. А мы смотрим, у 50 процентов в первом триместре беременности женщин дефицит фолиевой кислоты. Каков риск внутриутробной гибели плода, маловесных детей и прочего?

Первый год жизни. Вот сейчас доказательная медицина показала, что первые три месяца правильного кормления ребёнка — это здоровье на всю оставшуюся жизнь. Нарушения в первый год жизни дают в 40 лет те заболевания, о которых мы говорили.

Прослеживается очень чёткая законодательная связь. Наверное, мы должны здесь решить, что ребёнок в первый год жизни, несмотря на карман родителей, на возможности, должен получить всё, что ему нужно. Дорого, может быть, но если это нужно ребёнку именно в этом возрасте, он должен это получить.

И мы должны и систему создать, и определённые законодательные инициативы. Потому что больно смотреть, когда ты приходишь в магазин, стоишь в очереди, перед тобой женщина покупает, ты видишь, что она не то покупает для ребёнка. А если начинаешь говорить, что нужно другое купить, оказывается, то, что нужно, — дорого. Не должно быть такого. Мы, Российская академия медицинских наук, научное сообщество, готовы дать необходимые рекомендации, но мы должны обеспечить это через законы и на федеральном уровне, на региональном уровне. Это будущее нации. Это наше с вами будущее.

Вот наша реалья. 15 тысяч человек ежегодно обследуем разными методами. Найденные нарушения — это избыточное потребление энергии из пищи, избыточное потребление жиров, холестерина и сплошной дефицит микронутриентов, то есть витаминов, некоторых минеральных веществ, биологически активных веществ. Последствия — рост ожирения среди населения и детей, в том числе, и дефицит микронутриентов. Для всех развитых стран — это снижение резистентности, устойчивости к неблагоприятным факторам окружающей среды.

Посмотрите, ожирение как растёт. Это по всем регионам. Вы видите, что в некоторых регионах, допустим, в Московской области, почти 35 процентов населения уже имеет ожирение, я не говорю об избыточной массе тела. А в среднем по России — почти 25 процентов.

Посмотрите, прямая зависимость: потребление жира. А с чем мы получаем жир? Прежде всего, это мясные продукты: колбасы, сосиски, мы их любим — это же быстро, вкусно. Но там 30 процентов жира в скрытой форме. И когда мы в магазине просим колбасу без жира, то обманываем сами себя — там 30 процентов жира.

Вот потребление жира и новообразования. Потребление жира и сердечно-сосудистые заболевания. Прямая зависимость.

Вот мы с вами выступаем за благо цивилизации. Установили, что наш рацион должен быть 2000 килокалорий, плюс — минус. Но надо снизить энергетическую плотность рациона. То есть мы должны есть меньше — по объёму, по калорийности. Но пища должна быть полноценной по составу. Значит надо решать какие-то проблемы с пищевой промышленностью, подстегнуть природу.



Вот мы говорим о безопасности. Вы посмотрите, один только Роспотребнадзор имеет повсеместно в России три уровня систем, включая самые последние достижения, например, масс-спектрометрию, и может определять то, что может быть потенциально опасно для нашего здоровья, и они это делают. Это разные методы, которые позволяют определить биологически активные соединения, это все на вооружении, это почти как ракетная техника самого высокого уровня. Это работает на определение безопасности и качества со стороны государственного надзора.

Вот это — методы. Мы можем в любом продукте, в любом количестве определить его содержание, например, если туда положен белок растительный белок, а нам говорят, что это мясные продукты. Мы можем определить сорта рыбы, когда нам продают её как дорогую, а на самом деле это рыбная мелочь.

ГМО отталкивает нас от этого. Это уровень защиты наших границ, я не буду на них останавливаться. Разработана и с 1995 года работает самая мощная система оценки безопасности и контроля ГМО на нашем рынке. Мы отстали — у нас ноль гектаров под ГМО — мы отстали бесконечно. В мире уже этот показатель каждый год увеличивается на 10 процентов или 13, — в мире уже съедено 1,3 триллиона тонн этих продуктов.

Мы сейчас начинаем говорить о продуктах ГМО. И ни один продукт, как этот, не изучался так подробно с точки зрения безопасности. Есть много анализов, в том числе самые современные методы: протеомный анализ, метаболомный анализ на поколения.

Но вот нанотехнологии — новый вызов, и опять-таки опережающие технологии... Мы создали целый ряд документов, мы первыми в мире создали систему с нуля, и очень строгую, и в России она работает. Это методы определения наноматериалов, нанотехнологий. Эта мощная система контролирует даже те проекты, которые только предполагаются для финансирования, проводится предварительная их оценка безопасности.

Ранее я назвал слагаемые здорового питания: доступность, прилавков и уровень образования. А сейчас очень активно продвигается и на законодательном уровне такая позиция: давайте мы откажемся от всех биотехнологий, давайте будем производить органическую пищу, то есть откажемся от пестицидов, минеральных удобрений и так далее. Но никто не считает, насколько это разумно. Ну,

давайте это развивать, ради Бога, но во всех странах это 1–1,5 процента от общего производства.

Нельзя класть в одну корзину все яйца. Пусть будет биотехнология, пусть будет традиционная технология, пусть будет органическое производство, его надо постепенно развивать, а безопасность государство обеспечивает и создает. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Виктор Александрович.

Уважаемые коллеги, сейчас я слово передам для основного доклада профессору Бойцову Сергею Анатольевичу — директору ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России. Нам остаётся работать час, Сергей Анатольевич, вам 15 минут. Кроме того, здесь много представителей регионов. Если кто-то хочет выступить, рассказать об опыте работы региона, подавайте записки. Регламент выступления, с учётом того, что у нас мало времени остаётся, — не больше 3–5 минут. Сергей Анатольевич, извините, пожалуйста.

**Бойцов С. А.** Глубокоуважаемый Николай Фёдорович (Герасименко. — *Прим. ред.*), вот здесь первый слайд у меня не получился. Там должно было быть показано, что у нас, наконец-то, процесс депопуляции остановился. И вы знаете, что мы сейчас, фактически в течение двух лет, находимся в зоне нуля, нет роста популяции, но и нет, слава Богу, снижения.

Нижняя часть слайда показывает, что проблемы смертности в нашей стране, во-первых, начались отнюдь не в 1990 году, как это мы обычно говорим, а в 1965 году. И, в общем, смертность имела линейный рост. И фактически мы сейчас только-только начали съезжать с этой высокой горки.

И вторая позиция, которую я хотел бы здесь отметить: уровень смертности по причине сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране в 1965 году был примерно 260 человек на 100 тысяч населения. Это говорит о том, коллеги, что мы вполне можем достичь этих цифр. А сейчас, напомним, у нас уровень смертности на уровне 760 человек.

А здесь я хотел бы показать, что именно с 1965 года, когда в нашей стране смертность (красная линия) начала расти, в других странах: США, Японии, в странах Западной Европы — смертность и от ишемической болезни сердца (левая часть слайда),

и от инсульта (правая часть слайда) стала снижаться. И, в общем, она снизилась очень существенно, фактически в три-четыре раза. При этом обратите внимание, что на уровне 1965 года смертность от ишемической болезни сердца в Америке была в полтора раза выше, чем у нас.

Смертность снизилась за 9–10 лет на 21 процент. В таблице показано, что средний темп снижения — 3,2 процента в год. Много это или мало?

Страны ЕС снижали смертность со скоростью три процента в год, но они «съезжали» с гораздо меньшей высоты. Восточно-европейские страны, страны постсоветского пространства, в частности, например, Чехия, имеют больший темп снижения смертности. И это заставляет нас говорить о том, что мы сейчас делаем не всё, чтобы достичь необходимого уровня смертности.

За счёт чего снижалась смертность все эти годы? В первую очередь, — это, конечно, социально-экономическая стабилизация. И, в общем, подтверждением этому является наличие и очень жёсткой обратной пропорциональной зависимости между расходами на душу населения и расходами нацпроекта, с одной стороны, и динамикой смертности, с другой стороны. Здесь, подчёркиваю, даны не абсолютные значения, это ранговая корреляция по Спирмену. Прямая пропорциональная зависимость между снижением уровня курения, то есть потреблением табака, в нашей стране, и отсутствие какой-либо зависимости в плане динамики алкоголя.

Есть ещё одна очень важная зависимость, тоже обратная пропорциональная, очень сильная — чем больше продажи статинов, тем меньше уровень смертности. Чем больше продажа ингибиторов АПФ — средств, контролирующих артериальное давление, — тем меньше уровень смертности.

В целом, за счёт чего снижается смертность? Проведён анализ уже в 19 крупных популяциях. Суммарный результат написан вверху, показан, обведён красным. 56 процентов — снижение смертности в течение 20 лет примерно в два раза в среднем во всех этих популяциях обусловлено за счёт коррекции факторов риска, то есть за счёт здорового образа жизни. Лечебные меры — это порядка 39 процентов. Неопределённые факторы — около пяти-восьми процентов.

Мы тоже провели анализ в нашей стране — за счёт чего происходило снижение смертности за пределами социально-экономического блока. И если говорить о результатах, то на первое место выходит снижение популяционного уровня артериального давления, 47-процентный вклад. Все остальные факторы: снижение массы тела, курение, распространённость холестерина — примерно 15 процентов.

И, в общем, этот опыт, который уже закреплён в документах ВОЗ, может быть сейчас структурирован по трём основным направлениям. Первое — популяционная стратегия (это сиреневый овал), которая, главным образом, и позволяет добиться снижения смертности 50 процентов при минимальной затратности и эффективности примерно через пять-десять лет.

Второе — стратегия высокого риска. Для нашей страны она чрезвычайно актуальна, потому что у нас очень большая доля населения, не имеющего заболеваний, но имеющего по комбинации факторов риска высокий риск смерти. И это диспансеризация, профилактические осмотры, о чём мы поговорим чуть позже. Это примерно 20 процентов вкладов в снижение смертности. Весьма затратно. Примерно 20–30 процентов от общих затрат может быть. Эффект раньше — через три-четыре года.

Ну и то, о чём мы всё время говорим. В основном мы пока занимались лечебными мерами, это тоже очень важно. И ни в коем случае мы не должны забывать это направление. Это, в том числе, и вторичная профилактика. И сейчас опыт многих стран показывает, что у них значимость лечения возрастает, поскольку факторы риска уже прижаты. Так, например, произошло в Англии, последний анализ показал это.

Поэтому мы, борясь за профилактику, ни в коем случае не должны отнимать деньги от лечебно-диагностических мероприятий. Для того чтобы профилактические меры работали, должна быть создана, согласно Московской декларации, межведомственная основа для этой деятельности. По сути дела, это, по определению Министра здравоохранения России, единая профилактическая среда, включающая в себя не только систему здравоохранения, но и все министерства, ведомства и общественные структуры. И всё это действует под эгидой правительственной комиссии. Самое главное — чтобы это было смоделировано на уровне каждого субъекта Российской Федерации.

Николай Фёдорович (Герасименко. — *Прим. ред.*) уже анонсировал, что я буду говорить о госпрограмме «Развитие здравоохранения». Наше направление, наша подпрограмма, состоит из двух основных блоков. Первое — это развитие системы медицинской профилактики и формирование здорового образа жизни. Здесь основные направления — это эпидмониторинг, информационно-коммуникационная кампания и методология обеспечения условий для здорового образа жизни. Подчёркиваю, методология. Сама госпрограмма «Развитие здравоохранения» не включает действий на уровне межведомственного взаимодействия. Однако, когда мы говорим о таких программах на уровне субъекта Российской Федерации, там появляются возможности для такого механизма реализации. Ну, и если говорить о медицинском аспекте профилактики, — это, в первую очередь, диспансеризация, профосмотр, диспансерное наблюдение.

Региональные программы, о которых я уже говорил, созданы, их 83. Полтора года мы работали вместе с субъектами. Долго работали, несколько раз представители субъектов Федерации приезжали к нам, мы всё это обсуждали, и, тем не менее, недостатков очень много. Некорректно сформулированы цели, некорректно представлены индикаторы. Самое главное — 22 процента — отсутствует межведомственное сотрудничество. И очень слабым местом является отсутствие реального финансирования. Поэтому у нас есть очень сильная обеспокоенность по поводу эффективности и вообще возможности реализации региональных программ. Я считаю, что с точки зрения и общественного контроля, и контроля со стороны Государственной Думы, и контроля со стороны Минздрава, это одно из важнейших направлений.

Эпидмониторинг, о котором мы говорили, — две оси по вертикали и по горизонтали, с запада на восток, с севера на юг, те регионы, которые включены сейчас в исследование по изучению распространённости факторов риска. И вот таблица показывает, что те индикаторы, обозначенные в госпрограмме, которые были нами выбраны на экспертной основе, опираясь на данные 2002 года, должны быть изменены. Курение — 37 процентов, ожирение — 26 процентов, повышенное артериальное давление — 38 процентов, здесь нет изменений, 33,8 — это не гипертония, а повышенное давление. То есть гипертоники контролируют

давление, поэтому цифра снижается. Повышенный холестерин — 56 процентов. Низкая физическая активность оказалась меньше, чем мы думали, — 25 процентов. Повышенное потребление соли, как и предполагали. Дефицит фруктов и овощей, самая главная проблема — 44 процента только.

Информационно-коммуникационные кампании. Всё не перечисляю. Красными кружками обведено то, что работает плохо. Федеральное телевидение — фактически нет никакой социальной рекламы. Региональные каналы уже работают, и это неплохо. То, что на федеральных каналах идут передачи по здоровому образу жизни, это хорошо. И, в общем, они имеют свою правильную целевую аудиторию. Женщина-домохозяйка — системообразующая фигура в питании семьи. Напоминание совета через sms — тоже очень действенный механизм, как показывает практика наших западных коллег. И, кстати, у нас и в плане педиатрии тоже уже отработаны эти технологии. Надо подключать шире наших операторов мобильной связи.

Но одних информационных кампаний мало, надо обеспечить условия для здорового образа жизни. В первую очередь — это, конечно, совершенствование нормативно-правовой базы. Действительно, Дмитрий Вячеславович Костенников сказал, что очень много документов принято, не буду все перечислять. Но чего не хватает? Нам всё-таки надо более конкретно выработать технические регламенты по этикеткам, технические регламенты по содержанию соли в продуктах, технические регламенты по содержанию трансмера в жирных кислотах. Хотя мы понимаем, что за этим стоит гигантская работа, предполагающая реорганизацию, реструктуризацию производства.

Вопросы акцизного и налогового регулирования производства табачной продукции. Хотя закон и является мощным рычагом для этой позиции, но в общем сказать, что эффективно у него это получается, пока нельзя.

Ну и наконец, ещё раз о законе. Сейчас главная задача — чтобы закон у нас заработал. Для этого нужен мониторинг за реализацией закона. Николай Фёдорович (Герасименко. — *Прим. ред.*) уже говорил о том, что сейчас приняты важнейшие подзаконные инструменты в Кодекс об административных правонарушениях. И вовлечение всех структур, которые должны работать на территории

под «шапкой» этого закона, — это важнейшая задача и законодательных органов и, наверное, Минздрава тоже.

О медицинской профилактике. Структурный элемент — это центры медицинской профилактики, отделения и кабинеты. Они есть во всех поликлиниках. Участковые врачи — это наша главная армия, и центры здоровья, 500 центров здоровья.

Кадры. Понятно, что это врачебный персонал. Но красным цветом выделено то, что мы должны учить государственных служащих, руководителей учреждений, администраторов на уровне субъектов Российской Федерации, несмотря на то, что там текучка кадров. Но если они не будут «заражены» в хорошем смысле идеологией профилактики неинфекционных заболеваний, местные органы управления здравоохранения не сделают ничего.

И диспансеризация — это стратегия высокого риска. Для нашей страны она сверхактуальна, потому что 25 процентов нашего населения, не имея болезней, имеют высокую вероятность смерти. Это те самые случаи, когда говорят: был здоровый и крепкий мужчина, раз — и умер. Была красивая, сильная женщина — сгорела за два месяца от рака. Поэтому это одна из публичных целей Министерства здравоохранения России. И, в общем, она предполагает воздействие на четыре группы болезней, которые мы относим к категории неинфекционных.

Основные особенности уже хорошо озвучены, не буду детализировать. Скажу, что это до 23 миллионов человек в год. Возможно, в этом году и не получится эта цифра, потому что поздно начали, но на следующий год она абсолютно реалистична. Участковый принцип организации — медико-экономическое обоснование каждого метода, двухэтапный механизм.

Сейчас 27 регионов уже выполнили план более чем на 60 процентов. Их общий вклад в выполнение плана — 50 процентов. На их территории проживают около 8 миллионов человек. 34 региона — середняки, выполнение плана 30–60 процентов. Подлежат диспансеризации на этой территории 11 миллионов. Они и обеспечили 42-процентное выполнение плана. И 27 регионов — это, в общем, отстающие, план выполнен менее чем на 30 процентов, это те самые субъекты, которые вводят наш общий план в зону риска.

Нагрузка на терапевта — сейчас это главная проблема, которая дискутируется совершенно справедливо, поскольку начали

работать по ней поздно. И в некоторых регионах требуется до 10 дополнительных посещений в день на участкового терапевта. Но если будет всё идти правильно и если мы обеспечим нормальное отделение (кабинет) медицинской профилактики, то эта нагрузка будет максимум 2–3 дополнительных посещения. На следующий год это будет 1,8 посещения.

По поводу отделения (кабинета) медицинской профилактики. Это как в анекдоте про закон Мёрфи. Если два часа вы не можете включить новый прибор, попробуйте прочитать инструкцию. Точно так же, приезжаешь в регион: у нас бешеные очереди, не знаем, что делать. Хорошо. Давайте посмотрим. Есть отделение медицинской профилактики? Ну, как бы есть. Вот это «как бы» и является причиной. Потому что если есть машинка, организующая процесс, то и очередей не будет.

По возрасту. Больше всего боялись, что будет много пожилых, пока же их, наоборот, меньше, чем нам бы хотелось. На второй этап уходит 24 процента граждан после скрининга, это не так много. 9 процентов — это липиды, и 1,3 процента — это узкие методы исследования: гастроскопия, колоноскопия, то есть ресурсоёмкие методы. И, в общем, они оказались вполне работоспособными.

Сейчас главная задача — понять, насколько они экономически и в медицинском отношении эффективны. Поэтому мы уже приступили к этой работе, и до конца ноября мы её закончим.

Диспансеризация, главным образом, позволила выявить в разы большее количество случаев ишемической болезни сердца и подозрений на онкологические заболевания.

Группы здоровья. Я уже говорил, что 22 процента (красный цвет) — это высокий, очень высокий риск. Третья группа — это лица, нуждающиеся в динамическом наблюдении, то есть люди с болезнями. И, в общем, это настоящие болезни — это не только остеохондрозы (тут их нет в принципе, нет и дискинезии), болезни вен и так далее — это то, что требует наблюдения. Очень много для нашей страны, но никуда не денешься. Эти люди вынуждены принимать медикаменты.

Самый главный компонент диспансеризации — это то, что внутри неё «зашита» процедура профилактического консультирования, то есть коррекция факторов риска. Фактически, через диспансеризацию мы выводим популяционную стратегию на индивидуальный



уровень. По-моему, с точки зрения масштабности процесса, такого не было ещё ни в одной стране мира.

Результаты опроса граждан, как они относятся к диспансеризации. В основном, они узнают о диспансеризации в случае, когда приходят в поликлинику, — 34 процента, или же через почту, телефон, от своего участкового терапевта — 44 процента.

Чаще всего посещают поликлинику 2 раза, но порядка 40 процентов посещают поликлинику всё-таки 3 и больше раз — в основном, это центральная районная больница.

Работодатели сильно не мешают только в 12 процентах случаев. Диспансеризацию считают полезной 85 процентов, и 85 процентов же клянутся вести здоровый образ жизни.

Основные проблемы при проведении диспансеризации: позднее начало, лицензирование. Мы настаивали на лицензировании, потому что это был единственный механизм заставить сделать кабинеты медицинской профилактики, и то не везде удалось в полной мере.

Большая нагрузка... Про терапевта я уже говорил. Здесь главная проблема — дефицит врачей. Московская область, Тульская область: укомплектованность участковых терапевтов — меньше 50 процентов. Даже в Республике Татарстан, в Казани, — меньше 50 процентов. Екатеринбург, Свердловская область...

Недостаточный уровень подготовленности врачей и сотрудников отделений медицинской профилактики. Конечно, мы ещё не успели всех переучить — 40 тысяч человек надо переучить.

И неудачная форма отчётности. Мы это признаём. И будем её перестраивать.

И если диспансеризация сработает, то зелёная зона — профилактика в практике работы участкового терапевта — существенно расширится и дойдёт, как минимум, до 30–35 процентов. И это позволит достичь тех целей, которые поставлены диспансеризацией, — снижение смертности на каждом конкретном участке, а также добиться достижения индикаторов, которые обозначила государственная программа.

Благодарю за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо, Сергей Анатольевич.

Уважаемые коллеги, теперь мы переходим к выступлениям в режиме до пяти минут.

Первое слово предоставляется Самутину Николаю Михайловичу, заместителю директора ФГБУ «Научно-исследовательский

институт экологии человека и гигиены окружающей среды имени А. Н. Сысина» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Пожалуйста, Николай Михайлович, пять минут.

**Самутин Н. М.** Уважаемые коллеги, глубокоуважаемый президиум!

Вы знаете, мы сегодня собрались в этом зале, чтобы обсудить, прежде всего, профилактику неинфекционных заболеваний. И доклады предыдущих выступающих были очень интересными. Но мы, наш институт, учёные, хотели бы сегодня обратить внимание на то направление, которое я возглавляю, и всё-таки сравнить с периодами жизнедеятельности общества и заболеваемостью.

Так вот, за последние 20–30 лет нами выявлялся рост заболеваемости сердечно-сосудистой патологии. А сегодня к неинфекционным заболеваниям мы отнесли бы, прежде всего, наверное, посттравматическое стрессовое расстройство общества, населения, которое сегодня ощущаем в Российской Федерации.

Второе. Конечно, это и сахарный диабет, и сердечно-сосудистые заболевания. Вопросов нет.

Но я хотел бы сегодня сказать, что профиль нашего института, к слову, ведущего в России и за рубежом, — это изучение фундаментально-прикладных видов исследований: вода, воздух, почва, отходы. Это, наверное, те причины неинфекционных заболеваний, которые мы сегодня усматриваем.

Говоря о проблеме, первое — это медицинские отходы.

После первых исследований, практически 70 лет им не уделялось внимание. Куда же они уходили? На полигоны. Какие виды заболеваний сегодня прошли? Инфекционные? Неинфекционные?

Данная проблема на сегодня разрешается институтом, готовится приказ, сейчас он на рассмотрении. Но я, прежде всего, хотел бы сказать, что нужны документы не только фундаментально-прикладные, но и нормативно-правовые, законодательные документы, конечно, необходимо создание именно СанПиНов, тех документов, которые были бы понятны всем — от фельдшера далёкого региона до главного врача центральных больниц. Нужно понять, прежде всего, способы и методы обезвреживания и обеззараживания — откуда же идут инфекционные заболевания и неинфекционные.

На примере Уральского федерального округа мы посмотрели полностью по Ханты-Мансийскому автономному округу, сколько же у нас проходит таких обезвреживаний. Так вот,

в Ханты-Мансийском округе за последний год из 600 тонн было обезврежено только порядка 300 тонн. В Новосибирской области — обезврежено 60 тонн из 840, а в Тюменской области — только 20 тонн из 1350 тонн. То есть нет технологий.

Говоря об охране окружающей среды и здоровье населения, я приведу вам пример: более 400 тысяч нормативно-правовых документов принято в Российской Федерации. Как они работают сегодня и как привели к тем заболеваниям неинфекционного характера, которые, в общем-то, у нас есть?

По медицинским отходам — сразу скажу, что за последние годы, с 2005 по 2012, когда Министерство здравоохранения Российской Федерации стало ориентировать те институты, которые разрабатывают этот вопрос, — мы видим рост от 470 тысяч тонн до 1 миллиона 780 тысяч тонн. Это, прежде всего, приведение в соответствие отчётности, которая сегодня идёт.

Создание документов. Да, действительно, сегодня были документы, которые уже разработаны — это документы по «А», «Б», «В», «Г», «Д» классам опасности. Но мы сегодня разработали и документы по понятным классам — «Б» и «В», то есть это медицинские отходы опасные и чрезвычайно опасные.

То есть, безусловно, речь идёт о создании технологий, какие именно нужны технологии по утилизации и рекультивации обезвреживания данных видов отходов. В целом, в структуре отходов 37 процентов — это опасные отходы, класс «Б», и 4,9 — чрезвычайно опасные. Вот, наверное, на эти медицинские отходы мы и будем обращать внимание, разрабатывать пути реализации, переработки. Мы сразу же говорим, что утилизировать и переработать медицинские отходы нельзя в принципе, так как количественное заражение медицинского персонала получается намного больше.

Вопрос, который я ставил — обезвреживание и обеззараживание, — конечно, нужно рассматривать сегодня. Особенно то, что в лечебных учреждениях должны всё-таки находиться те аппараты и оборудование, которые обеззараживали бы данные медицинские отходы для последующего полного обезвреживания.

И вот мы расскажем вам о технологических процессах, которые мы оценивали последние три года, после чего и разработали пилотный вариант — опять же в Уральском федеральном округе — по сжиганию медицинских отходов, температурный режим от 850 до 900,

вторая стадия — до 1200, и третья — до 1500 градусов с последующим охлаждением. Другими словами, где подлежит непосредственной утилизации данный вид отхода? На спецполигонах. Вот сегодня готовится документ, где будут даны такие определения, как полигоны для твёрдых бытовых, для промышленных отходов, спецполигоны...

Простая технологическая площадка была разработана нашим институтом в Уральском федеральном округе. Всего же их сегодня у нас три: в Сургуте, Тюмени и Новосибирске. Привлечены институты: Пермский национальный институт, РГУ нефти и газа имени И. М. Губкина, Томский, Тюменский. Создана специальная аппаратура: две печи, раскаленные до 1500 градусов, что даёт возможность для полной утилизации и обезвреживания. Идёт сокращение исходной массы до 90–95 процентов, и здесь мы уже говорим о 100 процентах обезвреживания условно патогенных, патогенных микроорганизмов.

Выводы. Первое — действительно, происходит образование отходов класса «Б» и «В» в лечебных учреждениях.

Второе — это установка во всех лечебных учреждениях, поликлиниках, стационарах, больницах аппаратуры для обезвреживания, обеззараживания, для последующего полного обезвреживания.

Второй вопрос, о котором я хотел вам рассказать, — вопрос о промышленных отходах, которые являются основной причиной возникновения неинфекционных заболеваний. Промышленность. Сегодня мы имеем 194 территории, находящиеся в кризисном экологическом состоянии. Вот эти территории и влияют, прежде всего, на неинфекционную заболеваемость.

В Российском государственном институте имени Губкина создана специальная кафедра промышленной безопасности, которая стала авангардом. Она занимается промышленными отходами, которые воздействуют на здоровье населения через воду, воздух, почву.

По Российской Федерации рост отходов промышленности, за 2010 и 2012 год, мы видим, идёт до 5 миллиардов тонн. Использование отходов — до 45–46 процентов, а вот их обезвреживание — 0,4–0,5 процента, и это главная причина, если говорить о неинфекционной заболеваемости — накопление токсикантов, новых химических соединений, а их накапливается более 150 тысяч, в одном только Ханты-Мансийском округе более 1,5 тысячи новых химических соединений

образуется при нефтебуровых отходах. «Нефть любой ценой» — такой лозунг был у этой отрасли, но его время прошло. Время прошло, но последствия мы ощущаем до сих пор.

В водоохраных зонах при полном отсутствии какой-либо технологии зарываются миллионы тонн отходов. Технологий по утилизации и обезвреживанию нет. Что же получается? В водоохраной зоне появляются новые химические соединения, токсиканты, тяжелые металлы, не связанные, подвижные, и новые химические соединения.

Проблема, в общем-то, в экспертной оценке полигонов. У нас на всех полигонах, которые создавались, целлофановая пленка, которая, как правило, травмировалась при строительстве, при наполнении полигонов отходами вступала в реакцию, и все токсиканты входили туда.

**Председательствующий.** У вас весь доклад посвящен только отходам? Потому что нас интересует, в каком состоянии в России находится вода?

**Самутин Н. М.** Воздух, почва.

**Председательствующий.** Воздух, которым мы дышим? В каком он состоянии? Вы всё-таки немного остановитесь на воде: какие есть основные проблемы — фторируется или не фторируется, сколько у нас пригодной воды, сколько вообще непригодной и так далее.

И в отношении атмосферного воздуха тоже — загазованность, загрязненность и так далее. У нас же этими проблемами вообще никто не занимается.

**Самутин Н. М.** Вы знаете, это настолько сложный вопрос, что даже наш институт вам не ответит на него.

Сколько сегодня заражённых источников, это ещё можно считать, там мы можем сказать по экологическим катастрофам, которые сегодня происходят — по новым химическим соединениям, по новым химическим элементам, тяжёлым металлам — это можно.

Уважаемые коллеги, я отвечу на вопрос про воду.

Здесь, прежде всего, нужно изучить имеющиеся источники — поверхностные воды, которые изучает, в основном, и за которые отвечает Министерство природных ресурсов, и питьевое водоснабжение, которое, в общем-то, находится в плачевном состоянии.

Как же оно может находиться сегодня в достойном состоянии? Когда при промышленных отходах, например, Уральского

федерального округа — я данный регион изучаю в течение трёх-четырёх лет и поэтому по нему говорю — почти 100 процентов отработанных буровых отходов, которые относятся ко второму классу опасности, закачиваются в пластовые воды.

Ведь это, прежде всего, это всё идёт в артезианские воды! Полимеры — группа низкой биоразлагаемости, новые химические соединения, тяжёлые металлы.

Да, действительно, сегодня есть программа, в которой мы участвуем, программа Министерства природных ресурсов Российской Федерации по проведению эколого-гигиенической экспертной оценки тех водоёмов, и думаю, что в течение двух-трёх лет мы данный вопрос изучим и вам расскажем.

В отношении изучения...

**Председательствующий.** То есть сейчас вы ничего не можете сказать?

**Самутин Н. М.** Сегодня этот вопрос находится в стадии изучения, и чёткой, точной оценки нельзя дать.

Также по отходам. Почему, например, сегодня актуален вопрос по воде? Вот вы говорите, нужно дать оценку. На сегодня только в Ханты-Мансийском округе, по всем отчётным данным, значится 1 миллион 800 тонн нефтебуровых отходов!

Так вот, если изучить количество проходки — 13 километров в год — и непосредственно сечения трубы, то получается 8 миллионов тонн. А обезвреживаются только 150 тысяч тонн.

Где же остальные? Токсичные отходы просто закапывают! Выделяются чистые лесные территории, где закапываются токсичные отходы, а затем эти территории насаждают ивовыми веточками, и их обратно принимает государство. И такие технологии утверждают...

Конечно, несоответствие законодательства, нормативно-правовой, законодательной базы — это основной вопрос...

**Председательствующий.** Николай Михайлович, по воздуху скажите.

**Самутин Н. М.** Всё-таки идёт у нас работа над Федеральным законом № 89-ФЗ.

Три основных направления, которые изучает наш институт: вода, воздух, почва...

**Председательствующий.** Я понимаю. Вы результат скажите.

**Самутин Н. М.** Я сегодня не готов вам полностью о воздухе говорить, потому что мой раздел — это сточные воды, промышленные отходы.

**Председательствующий.** Понятно. Тогда вот что: никто не может сказать о состоянии воздуха, и неизвестно положение с экологически чистыми почвами. У нас идёт много разговоров, что мы выращиваем экологически чистые продукты и готовы накормить мир, но ведь мы даже не знаем, а какие же земли экологически чистые. Правильно?

**Самутин Н. М.** Я вам отвечу на вопрос про экологически чистые земли. Экологически чистые земли характеризуются предельно допустимыми концентрациями различных элементов.

Так вот, по промышленной экологии: опять же два-три региона, о которых мы говорим, согласно исследованию, проведённому методом научно-исследовательских работ, — данные работы за последние 30 лет в Ханты-Мансийском, Уральском федеральном округе не проводились, это промышленные регионы.

**Председательствующий.** Нет, я имею в виду сельхозрегионы.

**Самутин Н. М.** Да, мы участвуем... Ставропольский край изучали. На заседании Совета Федерации, наверное, вы слышали выступление. Исследование проводится расчётным методом.

**Председательствующий.** Нет. Методику не надо. Там чистые территории или нет?

**Самутин Н. М.** Как они могут быть чистыми, когда исследования проводятся расчётным методом?

Если говорю, что не проводилась научно-исследовательская работа предельно допустимых концентраций новых химических соединений, тяжёлых металлов, нефтезагрязнённых земель тех производств, которые находятся на Российской Федерации...

**Председательствующий.** Понятно.

**Самутин Н. М.** В настоящее время они не могут быть определёнными и конкретно вам выданы по данному направлению.

**Председательствующий.** Понятно. Спасибо, Николай Михайлович. Я скажу, что это очень полезное выступление в плане, что мы не знаем ничего по экологии, да? Вот и очень важный вопрос, который вы нам тогда сформулируете. Вы говорили о законодательной базе, да?

Сформулируйте нам в аспекте наших парламентских слушаний, на что обратить внимание. Будем работать тогда.

**Самутин Н. М.** Хорошо.

**Председательствующий.** Спасибо.

**Самутин Н. М.** Я думаю, что Федеральный закон №89-ФЗ будет спасительным. Если мы определимся в основных направлениях, создадим единую классификацию отходов. У нас сегодня несколько классификаций. Каждое министерство делает свой приказ: Министерство природных ресурсов предлагает пять классов опасности, которые не подтверждаются никакими физико-химическими исследованиями.

В медицине — четыре класса опасности. Наверное, класс опасности: вода, воздух.

**Председательствующий.** Спасибо, Николай Михайлович, мы уже в три раза перебрали время.

Трошина Екатерина Анатольевна, заместитель директора ФГБУ «Эндокринологический научный центр». Пожалуйста, Екатерина Анатольевна.

**Трошина Е. А.** Уважаемые члены президиума, уважаемые коллеги! Позвольте, я начну с предложения в проект рекомендаций парламентских слушаний сегодня. В части усовершенствования законодательной базы в области профилактики неинфекционных заболеваний предусмотреть законодательное регулирование профилактики заболеваний, связанных с дефицитом йода как одних из наиболее распространённых неинфекционных заболеваний.

Есть ли на сегодняшний день прогресс в профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода, спектр которых перед вами? Могу сказать, что он есть в той части, что мы знаем ситуацию, мы знаем распространённые заболевания, связанных с дефицитом йода и понимаем, как нужно с ними бороться.

На сегодняшний день нужна всего лишь политическая воля, чтобы преодолеть эту проблему. Скажу, что тот антитабачный закон, который сегодня уже упоминался и был принят, косвенно коснулся и йододефицитных заболеваний тоже, потому что курение усугубляет природный йодный дефицит, который испытываем все мы с вами. Так что в какой-то степени это тоже пошло на пользу.

Дефицит йода — это не только заболевание щитовидной железы, это, прежде всего, нарушение интеллекта. И когда мы говорим о том, что приверженность к здоровому образу жизни у наших людей низкая, мы можем говорить о том, что эта приверженность низкая



у людей, проживающих в условиях хронического йодного дефицита, который влияет на коэффициент интеллектуального развития.

На сегодняшний день только Россия и Украина из всех стран бывшего Советского Союза не имеют законодательного регулирования вопросов профилактики йододефицитных заболеваний.

Принятие закона о профилактике йододефицитных заболеваний выгодно как экономически, так и с медицинской точки зрения, безусловно, хотя бы в той части, что мы полностью ликвидируем эндемический кретинизм, который, к сожалению, регистрируется на территории нашей страны в последние 10 лет.

То постановление Правительства Российской Федерации, которое является основным нормативным документом, регламентирующим профилактические мероприятия, сделало колоссально много в том плане, что мы смогли оценить ситуацию.

Всемирная организация здравоохранения также проводит мониторинг ситуации в странах, в том числе в странах Центральной и Восточной Европы, бывшего Советского Союза. И вы видите, что в Российской Федерации потребление йодированной соли на уровне всего лишь порядка 30 процентов. У нас нет соответствующего закона. Многие страны мирового сообщества этот закон давно имеют, и он реализован.

Фактически, мы недополучаем оптимального количества йода с питанием. Как вывод: в специализированной эндокринологической помощи нуждается колоссальное количество как взрослых, так и, в первую очередь, детей. Причём йододефицитные заболевания абсолютно все предотвратимы при нормальном обеспечении йодом.

Вы видите число школьников с зубом. По данным эпидемиологических исследований, которые проводил Эндокринологический научный центр, по заданию Министерства здравоохранения. И нижний порог — 5 процентов — далеко превышен во многих регионах.

1999 год, 15 лет назад было сказано устами генерального директора Всемирной организации здравоохранения о том, какой триумф в здравоохранении будет, когда будут предотвращены заболевания, связанные с дефицитом йода.

За последние десятилетия в мире количество стран с дефицитом йода сократилось вдвое. Мы, к сожалению, не относимся к этой когорте стран.

И слайд, касающийся ВОЗ и Всемирного совета по борьбе с йододефицитными заболеваниями, демонстрирует число незащищённых от йододефицита новорождённых.

Смотрите, как много уважаемых людей, которые в разные годы могут и могли принимать решения, говорили о необходимости принятия соответствующего закона, да? Здесь разные годы: от 2006 до нынешнего.

И, естественно, делалось очень много, в первую очередь Комитетом по охране здоровья Государственной Думы. И вы видите очень нелёгкий путь законопроекта, который, к сожалению, пока не стал законом. Но это необходимо, поскольку вновь мы к этому возвращаемся. И вновь данные Единой межведомственной статистики говорят о том, что показатели заболеваемости зобом выше среднероссийских в 30 субъектах Российской Федерации. Это данные официальной статистики! Они, в общем-то, кричат.

Вы видите, что в план мероприятий по реализации основ государственной политики в области здорового питания, о чём сегодня упоминал и Николай Фёдорович (Герасименко. — *Прим. ред.*), и Виктор Александрович (Тутельян. — *Прим. ред.*), включены меры, которые опять-таки оценят обеспеченность, в том числе, и йодом населения нашей страны. И эта оценка должна повлечь за собой принятие соответствующих мер.

Президент Российской академии медицинских наук академик Иван Иванович Дедов также поддерживает принятие соответствующего закона. И мы, в общем-то, готовы включаться в эту работу, мы и всегда этим занимались.

Ну, и заканчивая своё выступление, я просто хочу сделать небольшое отступление и вспомнить слова Марка Твена, который в своё время, путешествуя по Швейцарии, писал: «Я удовлетворён, я увидел главные достопримечательности Швейцарии — Монблан и зубатых, пора домой». 22-й год, старт непрерывной йодной профилактики в Швейцарии, принят закон, вся соль йодируется. В Швейцарии мы не увидим больше ни зубатых, ни кретинков. Для того чтобы увидеть пациентов с зобом, приходите на приём к нам, к эндокринологом — это пациент с вчерашнего моего приёма, пациентка, которая лечилась в нашем отделении. И иностранные коллеги приезжают к нам, чтобы посмотреть на такие формы зоба, которые, к сожалению, сегодня мы видим каждый день.

Всё, что мы делаем, мы делаем, по сути, ради будущего наших детей и для того, чтобы они могли реализоваться и с точки зрения качества интеллекта, и с точки зрения качества здоровья. Я думаю, мы должны принять соответствующий закон либо какие-то нормативные акты, но с этим, конечно, надо что-то делать.

Спасибо за внимание.

*(Аплодисменты.)*

**Председательствующий.** Екатерина Анатольевна, скажите, считали, сколько денег надо? Ведь не только одна политическая воля нужна, но и деньги. Рассчитывали?

**Трошина Е. А.** Естественно.

Если закон предусматривает йодирование соли, то на йодирование одного килограмма соли требуется две копейки.

**Председательствующий.** Ну, суммарно.

**Трошина Е. А.** Я подниму сумму, этот законопроект незатратный абсолютно. И на сайте Государственной Думы, в архивах, он есть, там есть экономические расчёты, он не затратен вообще.

**Председательствующий.** Хорошо, спасибо.

Следующей у нас была записана профессор, руководитель центра по отказу от табака НИИ пульмонологии ФМБА России Сахарова Галина Михайловна. Галина Михайловна, пожалуйста.

**Сахарова Г. М.** Уважаемый Николай Фёдорович (Герасименко. — *Прим. ред.*), Сергей Анатольевич (Бойцов. — *Прим. ред.*), уважаемые коллеги!

Я буду говорить о табаке — в общем-то, это моя тема. Но мне кажется, что всё-таки надо всегда говорить о табаке, несмотря на то, что, действительно, и уже много проведено конференций, и принят даже федеральный закон. Но как только мы перестаём говорить об этом, то всё громче и громче слышатся голоса защитников табачной промышленности, которые практически пропагандируют табакокурение и внедряют его в мозг подростков, молодёжи и в практически всего населения. Поэтому пока и не можем мы избавиться от этой зависимости, даже снизить распространённость табакокурения в нашей стране.

А между тем, табакокурение — это довольно-таки серьёзный фактор риска, об этом уже говорили. Я просто хочу привести результаты эпидемиологического исследования, которые проводились в Великобритании, вернее, группой английских врачей

по разным странам. И у нас у каждого есть популяционный риск смерти, преждевременной смерти, которая определяется многими причинами. И вот здесь показан вклад популяционного риска смерти от курения в возрасте от 35 до 69 лет. И вы видите, как чётко прослеживается связь снижения вклада табакокурения в популяционный риск смерти параллельно со снижением распространённости табакокурения.

Впервые доклад о вреде, вернее, о связи табакокурения с раком лёгкого был опубликован в 1953 году. И правительство Великобритании сразу начало борьбу против табака, и начали внедряться те меры, которые сейчас у нас уже тоже все прописаны в Федеральном законе № 15-ФЗ. И вы видите, как вот эта заштрихованная чёрная часть, означающая вклад табака в популяционный риск смерти в Великобритании, стала снижаться и к 2000 году уже достигла всего 6 процентов.

Те же исследования были проведены в Польше. Польша была страной социалистического лагеря. Но после распада Варшавского договора, где-то после вступления Польши в Европейский союз, в ней также начали внедряться все директивы Европейского союза. И вы видите, как с 90-х годов также начал снижаться вклад табака в популяционный риск смерти. Но, к сожалению, в нашей стране пока такого не происходит.

Таким образом, снижая распространённость потребления табака в стране, мы можем увеличивать продолжительность жизни. Но, к сожалению — опять же то, что связано с курением — даже человек, который ведёт здоровый образ жизни, который не пьёт, не курит, занимается физкультурой, его также может настигнуть преждевременная смерть.

В 2007 году было проведено исследование Европейского респираторного общества, Института исследования рака в Великобритании и Национального центра научных исследований Франции, и были выявлены смерти, связанные с пассивным курением, в 25 странах Европейского союза. И оказалось, что ежегодно умирало 79 тысяч человек, из них 7 тысяч смертей были вызваны пассивным курением на рабочих местах, и 72 тысячи смертей вызваны домашним пассивным курением. Безусловно, все эти смерти были в результате какого-то заболевания: болезнь сердца, инсульт, рак лёгкого, респираторное заболевание, но в результате этих

эпидемиологических исследований была установлена причина — это было просто пассивное курение.

И, конечно, этот факт вообще становится шокирующим, когда мы ещё раз вдумаемся, что это, в общем-то, были люди, которые старались вести здоровый образ жизни в нашем понимании, они пытались избегать эти факторы риска, но, к сожалению, общество не смогло обеспечить им его в полной мере.

Я просто хочу отдать свой голос за то, что сказал Николай Фёдорович (Герасименко. — *Прим. ред.*): мало просто научить человека заниматься физкультурой, не пить, не курить — надо создать условия. Должен быть здоровый воздух, здоровая вода, здоровое питание, здоровое жильё, что обязательно. И тогда, только тогда, мы действительно сможем снизить преждевременную смертность и продлить жизнь нашему населению.

Вот, собственно, всё, что я хотела сказать, потому что всё остальное уже было сказано нашими замечательными докладчиками. Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо, Галина Михайловна.

Слово предоставляется Кононову Николаю Васильевичу, вице-президенту лиги «Здоровье нации».

**Кононов Н. В.** Спасибо, Николай Фёдорович.

Я буквально три предложения внесу, так как, действительно, время ограничено.

Первое. Необходимо отразить в итоговых документах сегодняшних слушаний, что формирование здорового образа жизни должно носить, прежде всего, междисциплинарный и многоуровневый характер. Это сказано в Указе Президента Российской Федерации № 598. И «Лига здоровья нации» как раз уполномочена проводить общественный мониторинг, и указ обращён ко всему Правительству России, а не только к Минздраву. Поэтому все остальные министерства должны чётко понимать свою задачу в создании здорового образа жизни для человека.

Второе. Никто нам ничего не принесёт: и окружающую среду, и воздух, и почву — если это не будет делать каждый, то есть всё общество, и каждый человек, и государство в целом. Поэтому необходимо отразить в законе, что надо разграничить меру ответственности общества, государства и человека, тогда каждый будет понимать, что такое для него здоровье.

И третий аспект. «Лига здоровья нации» — это организация, которая работает 10 лет. И за это время провела много проектов, акций, программ, включая такие, как и «Здоровье населения», и «Россия без табака», и «Безалкогольная Россия», и «Марафон здоровья», и «Волна здоровья» во многих регионах России, и «Диабет время действовать!» почти во всех регионах России. Поэтому мы считаем, что сегодня — и это третий аспект, который я хотел бы отобразить на этой площадке, в этой аудитории — при обсуждении вопросов эффективной политики формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний, более важными вопросами являются вопросы методологии.

Давайте определимся с главным: на каких принципах должна строиться эффективная политика формирования здорового образа жизни? Тогда нам станет проще определить механизмы её реализации и, тем более, критерии её эффективности. Одним из них и главным, наверное, является критерий продолжительности жизни человека.

Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо, Николай Васильевич.

Слово предоставляется помощнику Министра здравоохранения Российской Федерации Клименко Татьяне Валентиновне, которая тоже очень активно работает с нами в этом направлении — по профилактике неинфекционных заболеваний и здоровому образу жизни. Пожалуйста, Татьяна Валентиновна.

**Клименко Т. В.** Уважаемый Николай Фёдорович (Герасименко. — *Прим. ред.*), уважаемые коллеги! Я хочу вас вернуть к названию сегодняшних парламентских слушаний: «Здоровый образ жизни и профилактика неинфекционных заболеваний». Вот всё, о чём сегодня говорилось, — это была медицинская профилактика неинфекционных заболеваний, и к здоровому образу жизни это имело весьма опосредованное отношение.

Вот тут было сказано о том, что профилактикой медицина никогда не занималась. Это всё-таки не так. Медицинская профилактика была всегда одним из важных аспектов деятельности, другой вопрос, что всегда ставился знак равенства между медицинской профилактикой и здоровым образом жизни, поэтому у нас здесь и не было серьёзных результатов. Мне кажется, сейчас впервые эти два понятия если не разведены, то разделены. Есть медицинская

профилактика — это оздоровление населения, — а есть здоровый образ жизни — это сохранение здоровья населения. Вот об этом, между прочим, сегодня практически никто ничего и не говорил, а это как раз самое новое направление, оно самое трудное, и оно межведомственное, потому что наш Министр здравоохранения говорит о том, что каждое ведомство имеет свой здравоохранительный сектор. Потому что для того чтобы здорово жить, не для того чтобы вылечиваться, а для того чтобы здорово жить и для того чтобы не заболеть, нам нужна соответствующая инфраструктура.

Между прочим, сегодня нет представителей тех ведомств, которые отвечают за спортивную инфраструктуру, за культурную инфраструктуру и так далее, а это очень важно. Между прочим, здорово жить — это здоровая экология, но мы с вами сегодня в докладе особенно ничего и не услышали об этой экологии. Здоровый образ жизни — это здоровое питание, но академик Тутельян нам сказал, что у нас всё в порядке с продуктами, у нас население неправильно питается. У нас неправильный рацион питания, избыточное питание, но с продуктами у нас всё нормально. Здоровый образ жизни — это безопасная социальная среда, с которой у нас тоже большие проблемы. И, наверное, представители силовых структур тоже должны принимать в этом участие. И самое главное, здоровый образ жизни — это умение здорово жить.

Вся наша стратегия основана на приставке «не». Нельзя пить, нельзя курить, нельзя много есть, нельзя это, нельзя это. А что можно? Кто этому научит наше население, кто научит эту мамочку, которая покупает не те продукты своему ребёнку? А ведь она их не покупает часто не только потому, что это дорого, как сказал академик Тутельян, а потому, что она не знает, что в сардельках 30 процентов жира и какой вред она наносит при этом своему ребёнку. Её этому не научили.

Поэтому я предлагаю всё-таки в рекомендациях наших слушаний, помимо обращения к Министерству здравоохранения Российской Федерации, всё-таки сделать обращение и ко всем другим профильным министрам. В первую очередь, к Министру образования — о том, что должны быть разработаны образовательные программы, начинающиеся с детского сада и школы, о навыках здорового образа жизни.

Когда-то проводился эксперимент в одном детском саду. Детишек не просто правильно кормили, а им стали рассказывать, почему их кормят так, а не иначе. Вы можете себе представить, через два месяца родители пришли в детский сад и сказали: научите нас, потому что дети стали настаивать на том, чтобы их кормили так, как их учили в детском саду. Поэтому такие образовательные программы обязательно должны быть.

Я думаю, что, наверное, всё-таки надо обратиться к руководителям средств массовой информации по поводу того, чтобы шла соответствующая пропаганда здорового образа жизни. И чтобы эта пропаганда шла опять не только через частицу «не» — что нельзя делать, — что у нас, кстати, тоже очень плохо делается, но и через частицу «за» — а что надо делать, и что полезно. Потому что без этих двух основных направлений первое, что выставлено сегодня в нашем названии — здоровый образ жизни, — у нас опять провалится. Потому что всё-таки были, я ещё раз повторяюсь, у нас были программы по профилактике. Но их основная ошибка была в том, что они были не системные, а компанейские. И вторая ошибка была в том, что ставился знак равенства — я ещё раз, с чего начала, тем и заканчиваю — между здоровым образом жизни и медицинской профилактикой. А это всё-таки разные вещи.

Поэтому, раз мы вывели сегодня на первое место здоровый образ жизни, давайте обратим на это внимание, давайте этим займёмся. Обращаюсь к Николаю Фёдоровичу (Герасименко. — *Прим. ред.*) по поводу того, что основной акцент должен быть сделан на здоровом образе жизни — при всей важности медицинской профилактики. Спасибо. (*Аплодисменты.*)

**Председательствующий.** Спасибо.

Только я хочу заметить, медицинская профилактика — это вторичная профилактика. И всё время она есть, она действует. Мы же здесь больше ведём речь о первичной профилактике. Это более широкое понятие, почему и говорим на эту тему. А первичная профилактика и здоровый образ жизни — это тоже несколько разные понятия. Здоровый образ жизни — это одно, первичная профилактика — несколько другое.

Что касается привлечения других ведомств — совершенно правильно был поднят вопрос. К сожалению, у нас ментальность... Что Министерство образования, что Министерство культуры...



Единственно, откликались у нас ещё из Министерства спорта, были представители на форумах, а вот сколько было предложений, чтобы Министерство культуры... Вот господин Мединский очень много выступает, говорит о разных вещах, но на то, что у нас в фильмах творится, то, что в театральных постановках даже курят, не обращает внимание. И Министерство образования, они больше заняты ЕГЭ и прочим. Конечно, всё это надо в резолюции записать. Татьяна Валентиновна, тогда сделайте свои предложения, и Галина Михайловна тоже. Мы это обязательно запишем.

Переходим в двухминутный режим — для тех, кто подал заявки. Сырцова Людмила Ефимовна, профессор, заведующая кафедрой общественного здравоохранения и профилактической медицины факультета послевузовского профессионального образования врачей ГБОУ ВПО «Первый МГМУ имени И. М. Сеченова», две минуты: о подготовке кадров немедицинских секторов.

**Сырцова Л. Е.** Уважаемый президиум, члены сессии, мне бы хотелось остановиться на вопросе, связанном с подготовкой кадров по этим аспектам. Потому что и в обучении, и в последипломном образовании, и в том, о чём говорила Татьяна Валентиновна (Клименко. — *Прим. ред.*), всё это как раз очень созвучно тому, что хотела бы сказать я.

В первую очередь, мы говорим о том, что обучение должно быть. В первую очередь, мы все ощущаем проблему разрыва между знаниями и навыками, который получает выпускник медицинских вузов, и тем, что требуется обществу и пациентам на приёме, и тем, что требуется нам, с точки зрения того, как осуществлять эти все профилактические программы. Потому что и мы учим на уровне знаний, и наши врачи — то же самое, мы разговаривали с ними, только на уровне знаний. Нужно же обучать умению, в первую очередь.

И сколько врачей нужно? Их очень мало. И правильно Татьяна Валентиновна говорила о том, что понятие «медицинская профилактика» в здравоохранении сводится к тому, что это только обучение медиков. А на самом деле надо влиять на то, как будет наказано предприятие... Работа на каждой территории зависит от политиков, от лиц, принимающих решение. А это далеко не всегда медики.

И вот на нашем факультете, в Первом МГМУ, мы открыли такую муниципальную школу подготовки специалистов — не медиков. Руководители всех до одного департамента обучались вопросам,

связанным не только со здоровым образом жизни. Правильно говорил Николай Фёдорович (Герасименко. — *Прим. ред.*), что сначала надо идеологию, методологию изложить, сначала надо изменить в головах отношение к этой проблеме, чтобы оно не было формальным. И мы получили очень хорошие результаты. И в настоящее время мы готовим вторую группу, мы уже готовим людей, не медиков, из тех, кто подал заявку на эту программу. И таких желающих очень много, потому что изменить образ жизни можно тогда, когда человек сам, осознанно это делает, а не по приказу.

Поэтому в этом отношении тот опыт, который мы имеем в Центре управления полётами, мне кажется, может быть повторён. Требуется изучение.

Но мы столкнулись с проблемами, в первую очередь, законодательными. Для того чтобы иметь право это делать, мы должны были научиться сами — это нормативная база.

Далее мне бы хотелось сказать о том, что мы все забываем, что непрерывное медицинское образование — это перспективное направление, и всех ориентируем на это. Но что может мотивировать врача получать непрерывное медицинское образование, участвовать в конференциях и других мероприятиях по вопросам профилактики? Фактически, сейчас за это оплата минимальная. Фактически, нет никакой системы поощрения за то, люди занимаются этим приоритетным направлением, и, следовательно, мы как-то должны выделить таких специалистов.

А до тех пор это будет носить формальный характер. Мы должны подумать о том, как нам мотивировать, как нам сделать, в том числе законодательную базу, в первую очередь, я бы попросила, для создания школ для немедицинских специалистов. Потому что мы не получаем ни лицензию, ни аккредитацию, и таким образом мы не можем поднять население на то, чтобы оно изучало эти вопросы.

**Председательствующий.** Спасибо. Только я хотел сказать, что здесь, Людмила Ефимовна, есть только законодательно, мы по каждому выступлению закон не пишем — это более серьёзные вещи, все эти вопросы надо решать с Министерством образования и с Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Следующее слово предоставляется Твороговой Надежде Дмитриевне, заведующей кафедрой педагогики и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Первый МГМУ имени И. М. Сеченова».

Надежда Дмитриевна, тоже две-три минуты, не более того. Мы должны уже подводить итоги.

**Творогова Н. Д.** Глубокоуважаемые коллеги, мне приятно здесь быть. Я хотела продолжить тему междисциплинарности.

Действительно, сейчас говорили об образе жизни, его надо разводить с другими понятиями. Образ жизни сейчас рассматривается как комплексная характеристика условий, с одной стороны, с другой стороны — особенности поведения человека.

Сегодня мы слышали о факторах, которые влияют на физическое здоровье человека. Но биопсихосоциальная модель здоровья, которая была предложена Всемирной организацией здравоохранения и записана в нашем законодательстве, говорит о биопсихосоциальном аспекте здоровья.

Я возглавляю отделение клинической психологии Первого МГМУ, доктор психологических наук. И если в качестве психологических факторов рассмотреть онкологическое заболевание, то на этот предмет проводилось очень много исследований в нашей стране, за рубежом, лонгитюдных, в рамках доказательной медицины. И там было показано, что психологическими мишенями для общественного здравоохранения — это, о чём сейчас говорила Людмила Ефимовна (Сырцова. — *Прим. ред.*), речь идёт не только о работе медиков, но и об общественном здравоохранении — в программах профилактики онкологических заболеваний являются такие свойства и состояния человека, как чрезмерная психологическая зависимость от других людей, пассивность, слабая способность в социально-приемлемых формах выражать свою эмоциональность, то есть подавление своих переживаний, депрессия, безнадёжность, тяжелейшая реакция на стресс и одиночество.

Для других заболеваний мы тоже находили доказанные психологические факторы в рамках психосоматической медицины, которые могут быть мишенями для психологических воздействий с целью профилактики этого заболевания. Потому что речь идёт не о том, что у пациентов возникают такие состояния, а именно было доказано, что это — группа риска — люди с таким состоянием, и потом есть большой риск возникновения у них, в частности, онкологического заболевания.

Далее. Мы говорили с вами также сегодня и о том, что придётся не только формировать у подрастающего поколения систему

здорового образа жизни, но самое интересное и самое сложное — это перестраивать, переорганизовывать поведение, перепрофилировать, переориентировать.

И вот здесь можно всё — рассказать, как вредно и плохо курение, можно рассказать, как хорошо заниматься спортом. И ничего не произойдёт. Или же человек будет бегать по дорожке, а у него будет мысль о том, как он отомстит своему коллеге. Принесёт ли это позитивный эффект с точки зрения психосоматической медицины? Я сомневаюсь. Хотя, впрочем, такие исследования были, и они много интересного показывают.

Нами было показано, что существуют психологические факторы, затрудняющие переход к здоровому образу жизни.

Во-первых, это индивидуальная система ценностей. Жил, жив и буду жить. Все так жили, и чего это я буду жить по-другому?

Второе. Недостаток необходимой для принятия тех или иных самостоятельных решений, непротиворечивой и надёжной информации, вызывающей доверие личности. То яйца можно есть, то яйца нельзя есть. То шоколад можно, то нет. А уж если говорить про психологию, то там вообще ногу сломаешь, потому что один психолог с экрана говорит: одно нужно делать, другой — другое, то есть стандартов нет — как работать с горем, виной, обидой, с другими токсичными эмоциями.

**Председательствующий.** Извините, я буду прерывать, потому что мы должны ещё принять резолюцию. Я назвал время. Спасибо большое.

К сожалению, мы уже не можем дальше предоставлять слово. Теперь мы переходим к обсуждению рекомендаций. Рекомендации, естественно, нуждаются в серьёзной доработке, поэтому я прошу вас высказаться по этому вопросу.

Предоставляю слово коллеге, члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Мурзабаевой Салие Шарифьяновне. Пожалуйста, Салия Шарифьяновна.

**Мурзабаева С. Ш.** Спасибо.

Уважаемые коллеги, конечно, мы все согласны с точкой зрения многих выступавших сегодня, в отношении междисциплинарного, межведомственного подхода к решению вопросов, которые мы сегодня обсуждаем. Безусловно, только усиление межведомственного взаимодействия сможет помочь не в решении, а в продвижении

обсуждаемых проблем. Поэтому, я думаю, предложения, касающиеся межведомственного взаимодействия, должны быть отражены в рекомендациях.

А, во-вторых, я думаю, мы все абсолютно согласны с предложениями Института эндокринологии. Я, как педиатр, конечно, абсолютно согласна и поддерживаю предложения. Я думаю, Николай Фёдорович (Герасименко. — *Прим. ред.*) тоже, как руководитель оргкомитета и как первый заместитель председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья, поддержит в отношении необходимости поднять проблему принятия закона о профилактике йододефицитных заболеваний и — с учётом мнения академика Тутуляна из Института питания — вопрос о поддержке грудного вскармливания. Потому что там много проблем, касающихся в том числе и рекламы детского питания, всё это должно быть отражено. В рамках концепции о здоровом питании всё это есть, но в плане тех вопросов, которые подлежат рассмотрению в Государственной Думе, я думаю, эти пункты мы тоже в рекомендациях должны отразить.

Но не могу не остановиться на роли Министерства здравоохранения, органов учреждения здравоохранения в плане усиления организации координации работы центров здоровья и центров медицинской профилактики.

Сергей Анатольевич (Бойцов. — *Прим. ред.*) подробно остановился на этом, но мы, все члены нашего комитета, депутаты Государственной Думы, работая в субъектах Федерации, видим, на самом деле идёт огромная работа по подготовке нормативно-правовых актов, которые проводятся Министерством здравоохранения Российской Федерации, к сожалению, конечно, они за все субъекты ответить не могут. Тем не менее, усиление координации необходимо. Потому что центры здоровья созданы с той целью, чтобы в первую очередь провести минимум обследований и дать рекомендации, в том числе, по образу жизни, который должен быть у молодого человека.

Что мы наблюдаем в регионах? Кто посещает центры здоровья? Кому делать нечего, кто в отпуске, у кого время есть. Ну, не в отпуске, а в основном люди пенсионного возраста. И сейчас, например, я, как депутат от Республики Башкортостан, в рамках партийного проекта «Качество жизни» регионального вместе

с молодогвардейцами решили сами взяться за эти центры здоровья. И сейчас работаем над организацией закрепления за каждым центром здоровья конкретных вузов, ссузов и так далее. То есть организационные вопросы на местах решаются не в том аспекте, в котором ставит свои задачи Минздрав. На самом деле, необходимо всё равно издать дополнительные методические разработки, пособия, указания для того, чтобы роль центров здоровья, роль центров медицинской профилактики и алгоритм их действий были конкретно расписаны. А пока получается так, что вроде как мы их обучаем, повышаем квалификацию, а на самом деле в регионах ситуация идёт, как говорит Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Игоревна Скворцова, не всегда в том направлении, которое мы ставим, а носит, к сожалению, формальный характер.

То же самое по диспансеризации. Наши избиратели нам задают вопросы. Хорошо, провели диспансеризацию. Кого нужно — оздоровили, кого нужно — прооперировали. А что дальше делать тем, которым необходимо санаторно-курортное лечение и прочее? Другими словами, я считаю, что вопросы, реабилитации, организации восстановительного лечения и так далее — это отдельный вопрос, не сегодняшняя тема.

Но, тем не менее, эти вопросы должны быть рассмотрены, комплексный подход должен быть: если начали диспансеризацию, то какова ее эффективность? Пока же в программе госгарантий на 2014 год Минздрав планирует нормативы на реабилитационную помощь, а в регионах нет коек восстановительного лечения, потому что они сидят в общем объёме, и главным врачам не выгодно эти объёмы отдавать на паллиативную помощь, на реабилитационную помощь, и они, сокращая количество коек, ни в какой степени оптимизацию и перепрофилирование не проводят, потому что это всё в рамках тех же денег, того же объёма и тех же нормативов.

Поэтому все равно Министерству здравоохранения, как бы ни было тяжело, в этом плане нужно проводить мониторинг, конечно, совместно с нами, потому что мы знаем ситуацию в субъектах.

И я предлагаю дополнительно прописать в пунктах, касающихся Министерства здравоохранения, именно усиление координации функций и роли центров здоровья, центров медицинской профилактики.

И ещё один аспект. Конечно, в своем докладе Николай Фёдорович (Герасименко. — *Прим. ред.*) сказал о роли общественных организаций. Вот есть, вы знаете, очень хороший фонд поддержки детей, где осуществляются социальные проекты, и он доказал эффективную роль общественных организаций различных социальных проектов. Если будут гранты, может быть, и нам, Николай Фёдорович — да, заканчиваю, — необходимо подумать о создании специального фонда, который бы тоже объявлял конкурс по грантам по формированию здорового образа жизни? Он же хорошо работает, и тогда мы можем на основании этих проектов конкретно поддерживать другие проекты.

И предлагаю все озвученные предложения включить в рекомендации. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо. Уважаемые коллеги, я хотел бы поблагодарить всех участников, тех, кто приехал, особенно из регионов. Конечно, мы ждали, что представители регионов выступят и поделятся опытом, но в целом были подняты очень важные проблемы. Хотя и некоторые вообще не озвучивались, это особенно касается окружающей среды, ещё ряда спектров. К сожалению, времени мало, и поэтому мы не успели выслушать всех. Я приношу извинения тем, кому не удалось выступить. Все предложения, которые нужно внести в рекомендации и доклады, передайте Галине Юрьевне. У нас ведётся стенограмма, и, когда проработаем резолюцию, я думаю, будем дальше продолжать работать.

У нас будут форумы, в частности, я уже говорил, что форум будет 9–10 декабря на базе Экспоцентра, и в дальнейшем будут проводиться эти форумы, в том числе и в регионах. Поэтому те, кто не выступил, дальше будут выступать и там. Спасибо всем большое.

**СТЕНОГРАММА**  
**«круглого стола» Комитета Государственной Думы**  
**по охране здоровья на тему «Государство и «Российский**  
**Красный Крест». Поиск оптимальных правовых механизмов**  
**сотрудничества и взаимодействия»**

*Здание Государственной Думы. Зал 830.*  
*6 ноября 2013 года. 14 часов.*

*Председательствует заместитель председателя Комитета*  
*Государственной Думы по охране здоровья О. А. Куликов*

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, прошу внимания! Спасибо, что вы пришли сегодня на наш «круглый стол». Это фактически второй «круглый стол» по теме Красного Креста, по его развитию, за историю российского парламентаризма, двадцатилетие которого мы будем отмечать в декабре этого года.

У нас приглашены 74 участника, зарегистрированы на текущий момент 59 человек, представлено 7 субъектов Российской Федерации. В нашем «круглом столе» принимают участие депутаты Государственной Думы, члены Совета Федерации, представители законодательной и исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Уважаемые коллеги, нам есть чем гордиться, есть чем гордиться в прошлом Красного Креста — и российского, и советского Красного Креста. И то, что мы сегодня с вами собрались, чтобы обсудить дальнейшую деятельность, говорит о том, что нам небезразлично и нынешнее состояние Красного Креста.

1854 год. Была организована община сестёр милосердия. Через некоторое время эти сёстры милосердия работали при обороне Севастополя, и руководил этой общиной великий российский хирург Пирогов. То есть это старейшее благотворительное общество России за всё время её истории.

В дальнейшем, в 1876 году, община была преобразована в Российское общество Красного Креста, но перед этим, в 1867 году императором Александром II был подписан устав общины. Вообще, повезло, наверное, Российскому обществу Красного Креста, потому что постоянно патронирует это общество, вплоть до Октябрьской революции, императрица — второе лицо государства. Был большой



бюджет, по нынешним временам просто колоссальный. Бюджет императорского общества Красного Креста составлял 18 миллионов тех рублей в месяц, то есть это десятки миллиардов, если перевести на современный номинал.

Была хорошая история и в советский период. Перед Великой Отечественной войной было подготовлено около 20 миллионов работников в сети Красного Креста, которые в дальнейшем работали и сёстрами милосердия, сдавали кровь в качестве доноров. И они стали основой того медицинского персонала, который работал в многочисленных госпиталях во время Великой Отечественной войны. А система здравоохранения позволяла возвращать в строй как никогда большое количество раненых и больных воинов нашей армии.

Сейчас потребность в милосердии, в благотворительности даже выше, чем тогда, потому что много неблагополучных семей, много граждан, которые находятся в трудной жизненной ситуации. У нас порядка 20 миллионов граждан работают в трудных и опасных условиях труда. Вообще, медицина ушла сейчас с производства, ушла из различных организаций, в том числе из учебных организаций, и нет сейчас представителей медицины, нет Красного Креста на предприятиях.

Напомню, что в советское время в обществе Красного Креста состояло около 100 миллионов человек, это было самое массовое общество Красного Креста в мире. На всех предприятиях, во всех вузах, школах были посты Красного Креста. Мне кажется, сейчас есть поле для приложения усилий Красного Креста. Это и помощь в реабилитации наркозависимых, и помощь в реабилитации от алкогольной зависимости, это и патронаж пенсионеров. У нас 37 миллионов пенсионеров и 13 миллионов инвалидов. Каждый третий пенсионер — одинокий человек, он тоже требует заботы. Каждый год без вести пропадают 100 тысяч человек. Если приложить усилия к поиску, а это также было в течение длительного периода полем деятельности Красного Креста, думаю, что мы можем воссоединить многие российские семьи.

Если вспомнить советский опыт, Красных Крест на предприятиях, в учебных заведениях занимался проведением Дней донора. Во время Дня донора собирались сотни литров донорской крови,

для того чтобы обеспечить ею наши медицинские учреждения, и дефицита донорской крови не было.

Также Красный Крест проводил дни здоровья.

Я думаю, что это как раз те направления, которые в настоящее время совершенно вакантны, и может взять современный Российский Красный Крест.

Уважаемые коллеги, вы сегодня поделитесь своим представлением о современном видении ситуации — какие преобразования требуются, какие у вас есть предложения к исполнительной власти, к законодательной власти. Вам розданы те предложения, рекомендации, которые должны войти в итоговый документ наших сегодняшних слушаний. Ведётся стенограмма. И прошу каждого выступающего внести свою лепту в развитие Красного Креста и предложить необходимые, по вашему мнению, рекомендации — и для всех ветвей власти, и для самого Красного Креста.

Нам нужно установить регламент. По правилам «круглых столов» и парламентских слушаний в Государственной Думе, пленарных докладчиков обычно порядка 3–4 человека, то есть по 7 минут на каждого. Но если председателю потребуется больше, думаю, мы, пойдем навстречу. Давайте начнем с 10 минут, и если вы скажете, что не укладываетесь в регламент, мы посоветуемся, и наверное, добавим время.

Общее время нашей работы — до 5 часов. После завершения пленарных слушаний мы ещё зарезервировали примерно полчаса для дебатов и для выступлений от микрофона, если это потребуется.

Значит, время нашей работы — до 17.30, максимально.

Тогда давайте начнем наш «круглый стол».

И первый выступающий — это Председатель Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест» Раиса Тимофеевна Лукутцова. Пожалуйста.

**Лукутцова Р. Т.** Спасибо, Олег Анатольевич.

Уважаемые коллеги, Общероссийская общественная организация «Российский Красный Крест», как правильно было сказано, является на сегодня старейшей и самой массовой гуманитарной благотворительной некоммерческой организацией.

Сегодня мы представлены 82 региональными отделениями. Эти структурные подразделения отвечают за практическое осуществление всего спектра нашей гуманитарной, благотворительной,

просветительной и учебно-методической деятельности в субъектах Российской Федерации. А они в свою очередь состоят из 985 местных отделений, которые осуществляют текущую повседневную краснокрестную работу.

Наша организация по своей сути — организация членская. На настоящий момент количество членов «Российского Красного Креста» превышает 500 тысяч человек. Конечно, эта цифра несопоставима с той цифрой, которую назвал Олег Анатольевич (Куликов. — *Прим. ред.*). Но нужно не забывать, что с тех далеких времен прошло очень много времени, сменились реалии.

Именно эти люди посредством закрепленных в уставе демократических процедур, через отлаженную и эффективную многоступенчатую систему выборных органов, решают все вопросы внутренней жизни РКК и руководят его деятельностью.

На 15 съезде РКК, который прошел в августе 2011 года, была утверждена новая редакция Устава «Российского Красного Креста», которая 11 ноября 2011 года прошла успешную экспертизу и государственную регистрацию в Министерстве юстиции Российской Федерации.

И я вам всем сегодня хочу доложить, что Устав «Российского Красного Креста» в международном краснокрестном движении среди 178 национальных обществ занял третье место.

Я немножко отойду от выступления. Справка, с которой ознакомилась я и мои коллеги на первом ряду, немножко привела нас в состояние недоумения. Здесь пишут, что устав вообще не соответствует...

Я думаю, что здесь, вероятно, присутствуют представители Министерства юстиции, которые дадут оценку действиям «Российского Красного Креста» в плане утверждения нашего устава.

На этом же съезде была принята и вступила в действие «Стратегия-2020» «Российского Красного Креста». Это долгосрочная программа действий нашего национального общества.

Я немножечко хотела бы остановиться на приоритетных задачах, которыми занимается наша организация. Прежде всего, это поддержание готовности к действиям в результате стихийных бедствий, техногенных катастроф и иных чрезвычайных ситуаций, в том числе обучение населения приемам и навыкам оказания

первой помощи, создание запасов предметов экстренной гуманитарной помощи, непосредственное реагирование на такие ситуации и участие в ликвидации их последствий.

Опять же — в справке сделан акцент на работу «Российского Красного Креста» по оказанию помощи пострадавшим при наводнении в Краснодарском крае. Мало того, что указаны неправильные цифры, причём разница — на миллионы. Указана цифра 813 миллионов рублей, хотя мы собрали 919 миллионов. Наверное, немножечко некомпетентный подход к той сумме, которую на сегодня собрал «Российский Красный Крест». В справке указано, что это не заслуга «Российского Красного Креста», а население само шло и делало пожертвования. Ну, извините, значит, население доверяет старейшей организации, если почти миллиард рублей пришёл на счёт Краснодарского регионального отделения.

Я дважды была в Сочи, на заслушивании речи о нашей деятельности Президентом Российской Федерации Владимиром Владимировичем Путиным, и хочу вам доложить — и это открытая информация, — что президент отметил положительный опыт работы «Российского Красного Креста».

Более того, председатель Краснодарского регионального отделения РКК представлен к государственной награде по инициативе администрации края. Если говорить о контакте с администрацией края, то, наверное, беда, которая случилась в Краснодаре, очень чётко подтвердила взаимоотношения «Российского Красного Креста» и государства. Мы, высшее руководство, неоднократно участвовали в работе оперативного штаба под руководством Губернатора Краснодарского края Александра Николаевича Ткачёва. Все вопросы по оказанию гуманитарной помощи были согласованы с руководством области, и, наверное, только благодаря такой слаженной работе, такому контакту, нам удалось реализовать такие большие суммы и оказать помощь пострадавшему населению.

Сейчас случилась вторая беда на Дальнем Востоке. Я хочу вас проинформировать, что на сегодня «Российский Красный Крест» собрал 250 миллионов рублей, это тоже немалая цифра, причём в Амурской области у нас нет председателя, председатель долго болеет и не может выполнять свои служебные обязанности.

Центральный аппарат «Российского Красного Креста» взял на себя эту работу.

Ну, наверное, вот эти факты говорят о том, что у «Российского Красного Креста» есть контакт с администрациями на местах, и причём этот контакт не на бумаге, и то, что оказывается такая помощь, — наверное, это хороший показатель.

Социальная помощь в форме ухода на дому за инвалидами и одинокими престарелыми людьми, программы помощи детям и подрастающему поколению, работа в сфере здравоохранения, пропаганда добровольного безвозмездного донорства, программы по пропаганде безопасности дорожного движения и снижению смертности на дорогах. Более подробную информацию о нашей работе мы обязательно предоставим, неоднократно предоставляли в Министерство здравоохранения, предоставим и в Государственную Думу. Поскольку организации исполнилось 146 лет, и за такой большой срок, конечно, у нас накоплен большой опыт работы.

Между тем, иногда от людей, мало осведомлённых, в адрес «Российского Красного Креста» раздаются упрёки в том, что он не оказывает такой масштабной и объёмной помощи нуждающемуся населению, какая имела место в советский период. При этом забывается, что в те времена «Российский Красный Крест» был частью государственной системы, за что неоднократно подвергался резкой критике со стороны Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца.

К сожалению, за последние 22 года, прошедшие с момента смены в нашей стране общественно-экономической формации, «Российский Красный Крест» получил из федерального бюджета только одно прямое целевое финансирование в виде субсидий по программе профилактики ВИЧ-инфекций. И вот в этом году, когда разыгрывались президентские гранты, мы тоже выиграли грант на сумму 7 миллионов рублей.

Россия и её национальное общество Красного Креста является неотъемлемой частью Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца. И ответственность по соблюдению Женевских конвенций и дополнительных протоколов к ним, а также основополагающих принципов Красного Креста и Красного Полумесяца возлагается не только на «Российский Красный

Крест», но и на государство, которое является гарантом неукоснительного следования принципам международного гуманитарного права.

Что касается организационного развития и укрепления потенциала, то я хотела бы сказать, что в жесточайших условиях наша организация не распалась, как многие другие общественные организации, не свела свою деятельность лишь к поддержанию на плаву собственных структур.

Напротив, «Российский Красный Крест» рассчитывает все эти годы только на свои силы, на свой организационный, кадровый и интеллектуальный потенциал, сумел сохранить практически во всех субъектах Российской Федерации свои региональные и местные отделения, их материальную базу, базу людских ресурсов, благодаря чему продолжает достойно выполнять свои общественные предназначения.

Я приведу несколько цифр. За последние 22 года за счёт средств, привлечённых из самых различных альтернативных, внебюджетных источников, «Российский Красный Крест» реализовал и продолжает реализовывать более 3,5 тысяч различных программ и проектов на общую сумму свыше 17 миллиардов рублей. Ну, я думаю, эта цифра тоже, наверное, говорит за себя.

При этом у нас сложились очень хорошие деловые, партнёрские отношения с рядом федеральных министерств. Здесь, прежде всего, следует выделить Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий.

Я являюсь членом общественного совета при МЧС России. Между нашей организацией и МЧС подписано соглашение, причём соглашение действует не только на бумаге. Как показали события в Краснодарском крае, на Дальнем Востоке соглашение работает на региональном уровне.

У нас есть много наработок по совершенствованию этого соглашения. Мы постоянно встречаемся с Министром по чрезвычайным ситуациям — установлен большой контакт. Наверное, все присутствующие помнят, что когда-то у «Российского Красного Креста» были санитарные дружины, санитарные посты, о которых здесь говорилось. И как раз как пример работы с этим министерством — они отошли к Министерству России по чрезвычайным ситуациям.

Но, несмотря на это, МЧС нашло нишу для «Российского Красного Креста», и сейчас мы плодотворно работаем.

Развиваются наши отношения и с Министерством внутренних дел Российской Федерации. Мы активно сотрудничаем с входящей в его состав службой ГИБДД — в рамках безопасного поведения на дорогах.

С Министерством иностранных дел Российской Федерации мы тесно и продуктивно сотрудничаем и в текущем режиме, и особенно в вопросе подготовки к международным конференциям Красного Креста и Красного Полумесяца.

«Российский Красный Крест» является членом Международной федерации (правления) Красного Креста и Красного Полумесяца. Но если я скажу, что из 187 стран членами правления является всего лишь 25 человек, и в это число входит руководство «Российского Красного Креста», который участвует в принятии решений международного уровня, я думаю, наверное, это престижно для нашей организации и для России в целом.

Благодаря совместной работе с Министерством иностранных дел, русский язык стал полноценным, пятым рабочим, языком Международной федерации Красного Креста и Красного Полумесяца.

В ноябре в Австралии состоится заседание Генеральной Ассамблеи ООН. И нам особенно приятно — и в этом нас поддерживают коллеги из национальных общин бывших стран СНГ, — что трансляция будет идти на русском языке. И инициатором этой работы стало Министерство иностранных дел Российской Федерации и «Российский Красный Крест».

Единственным министерством, с кем нам, к сожалению, до сих пор не удаётся наладить полное взаимопонимание и нормальную конструктивную работу, является, как ни странно, Министерство здравоохранения Российской Федерации. И это тем более печально, поскольку это самое близкое нам по профилю государственное ведомство.

Все наши инициативы и предложения по налаживанию партнёрских связей почему-то не находят взаимопонимания. Мы неоднократно представляли ответственным сотрудникам Минздрава документы, в которых было отражено наше видение по организации сотрудничества, в том числе и проект генерального

соглашения между нами, на основе которого мы могли бы совместно подготовить, а потом реализовывать различные программы и проекты.

Последний раз мы сделали это год назад, никакой реакции до сих пор нет. Когда я по телефону обратилась в Министерство здравоохранения, мне ответили, что проект соглашения проходит экспертизы в департаментах.

Но, я полагаю, что год — это, наверное, достаточное время для того, чтобы сделать какое-то заключение и написать ответ, пусть он будет отрицательным, но тем не менее такого ответа мы не дождались.

Учитывая ту роль, которую РКК мог бы сыграть в совместной работе по развитию в нашей стране системы массового добровольного, безвозмездного донорства, мы разработали и представили в Минздрав стратегию наших действий. По этой стратегии мы тоже не получили никакого ответа. Хотя до сих пор, несмотря на то, что наши отношения не закреплены соглашением, большинство регионов Российской Федерации, я имею в виду организации Красного Креста, проводят встречи доноров и реципиентов, проводят «огоньки», не имея даже финансирования, хотя потенциал у «Российского Красного Креста» велик.

У нас до сего времени находится единственный в стране архив почётных доноров Российской Федерации. И восстановление документов по этому архиву идёт на должном уровне. Очень много обращений. К нам обращается по 5–8 тысяч человек в год.

**Председательствующий.** Извините, Раиса Тимофеевна. Сколько вам ещё нужно времени?

**Лукутцова Р. Т.** Сейчас, я постараюсь...

**Председательствующий.** Постарайтесь за минуту уложиться.

**Лукутцова Р. Т.** За минуту, наверное, не уложусь. Вот буквально несколько...

Тогда, учитывая то, что нас заслушивают, я ещё бы хотела поднять такой вопрос: представители Минздрава в нарушении принципа единства предлагают создать в России ещё одну организацию «Красный Крест и Красный Полумесяц». Хотя мы получили разъяснение и из Министерства юстиции, и из Министерства иностранных дел, и из международной федерации, что в стране, по нашему уставу, может быть только одно национальное общество.



Теперь стоит вопрос... Нам пытаются настоятельно и совершенно бесосновательно навязать радикальные изменения правового статуса с общественного на общественно-государственный. При этом совершенно игнорируется тот факт, что такое изменение прямо нарушает ещё один основополагающий принцип международного движения независимости, который гласит, что национальное общество, оказывая государственным и муниципальным органам помощь в их гуманитарной деятельности, должно тем не менее сохранять автономию, чтобы иметь возможность действовать в соответствии с принципами Красного Креста.

И если говорить на бытовом уровне, мы знаем, в Сирии, в Америке, в России, везде появляется флаг Красного Креста и Красного Полумесяца как независимой организации. И, наверное, во время боевых действий на Северном Кавказе мы не смогли бы добиться многого, если бы мы не использовали свой флаг.

И, конечно, предложения мы подали в комитет. Я думаю, они рассмотрены.

И самый главный вопрос, который сегодня стоит перед нашей организацией, — это принятие закона «О Российском Красном Кресте».

Закон разработан. Он прошёл согласование на высшем коллегиальном органе Российского Красного Креста, правления. У нас есть экспертиза Международной федерации Красного Креста и Красного Полумесяца. Есть экспертиза Международного комитета Красного Креста. Следующий этап — мы будем направлять — нам ещё нужно провести одну независимую экспертизу — в профильные министерства, в Государственную Думу. Потому что у нас уже есть опыт работы, когда Госдума приняла закон (наверное, об этом все знают), и этот закон лёг на стол Бориса Николаевича Ельцина, но по каким-то причинам был отклонён.

Поэтому, пользуясь участием в этом «круглом столе», на котором присутствуют депутаты Государственной Думы, члены Совета Федерации, хочу сказать: нам очень важна ваша помощь, ваше понимание в принятии такого закона, потому что он расширит наши полномочия.

Ну, и дальше у меня — наши предложения.

И буквально две минуты: я всё-таки хотела бы вернуться к этой справке, которая представлена нашим коллегам.

Олег Анатольевич (Куликов. — *Прим. ред.*), нам, мне и моим коллегам, очень хотелось бы узнать автора этой справки, потому как справка составлена некомпетентно, отчасти представлена недо-стоверная информация, а отчасти...

**Председательствующий.** Раиса Тимофеевна, извините. У нас не площадка для таких заочных дебатов и дискуссий.

**Лукутцова Р. Т.** Хорошо-хорошо.

Так что, конечно, в справке просто всё... все факты искажены. И это, наверное, неправильно.

**Председательствующий.** Это всё войдёт в стенограмму.

**Лукутцова Р. Т.** Да, замечательно. Я это говорю со знанием дела, потому что учитывая всё то, что сделано Российским Красным Крестом, так перечеркнуть и написать, что наша организация находится в состоянии тяжёлого кризиса, — наверное, это неправильно.

Спасибо вам.

**Председательствующий.** Спасибо, Раиса Тимофеевна.

Слово предоставляется Фомину Игорю Вадимовичу, члену Совета Федерации.

Подготовиться Савенко Елене Ивановне.

Пожалуйста, Игорь Вадимович.

**Фомин И. В.** Уважаемый Олег Анатольевич, уважаемые коллеги!

Ряд членов Совета Федерации выступают за скорейшее принятие, как нам пояснила Раиса Тимофеевна (Лукутцова. — *Прим. ред.*), отдельного закона о регулировании деятельности Российского Красного Креста.

Сразу же хочу сказать вначале, что мы поддерживаем идею государственной общественной организации.

Попробую в своём небольшом докладе также изложить аргументы, почему именно мы выступаем за такую форму.

Общероссийская общественная организация «Российский Красный Крест» — одно из старейших неправительственных объединений России, занимающийся гуманитарной деятельностью.

«Российский Красный Крест» в качестве национального общества является полноправным членом Международной федерации и общества Красного Креста и Красного Полумесяца, в связи с чем Правительство Российской Федерации ежегодно выплачивает взнос в Федерацию международную в размере 500 тысяч швейцарских франков.

Созданный более 145 лет назад как общественная организация, в советский период «Российский Красный Крест» выполнял конкретные государственные задачи, обеспечивался кадрами и финансировался из государственного бюджета, а выборы руководства проходили по представлению и согласованию с органами государственной власти.

В принципе, сейчас Раиса Тимофеевна (Лукутцова. — *Прим. ред.*) сказала, что чисто общественный характер этой организации противоречит, в общем-то, системе деятельности Международного Красного креста. Ещё раз хочу подчеркнуть, что мы все прекрасно понимаем, что в советское время ничего независимого от России, от советского государства, не было. То есть однозначно была система и согласования, и контроля, и выделения средств из государственного бюджета, тем более в советское время вся международная деятельность, в общем-то, финансировалась за счёт государственного бюджета Советского Союза.

Тем не менее, конечно, такая форма существовала, и, в общем-то, в советское время Международный Красный Крест с этим мирился, как я понимаю. Однако некогда массовое общественное объединение граждан вокруг идеалов милосердия и гуманизма утратил свои традиционно сильные позиции в обществе и не выдерживает конкуренции как с активно развивающимися некоммерческими общественными организациями, волонтерскими движениями в России, так и с иностранными неправительственными организациями.

Следует отметить, что уже в 1998 году на пленуме «Российского Красного Креста» был признан факт кризиса общества. Отмечена необходимость возрождения последнего.

Участники пленума также одобрили генеральный план мероприятий по реорганизации Красного Креста. Однако принятый генеральный план частично, ну, во многом был не выполнен. Так, в мае 2012 года, по результатам проведённой Министерством юстиции Российской Федерации документарной проверки деятельности Российского Красного Креста, выявлено фактическое отсутствие региональных представительств общества во многих субъектах Российской Федерации. В 35 региональных отделениях «Российского Красного Креста» численность членов составляет менее 100 человек с тенденцией к дальнейшему сокращению.

В качестве примера приведу Ленинградскую область. Здесь на протяжении последних лет наблюдается отрицательная динамика в деятельности регионального отделения. Так, если объём средств, затраченных на благотворительные программы, в 2009 году составлял около 2 миллионов рублей, то в 2011–2013 годах отделение практически не осуществляло благотворительную деятельность из-за отсутствия программы и спонсорских средств.

По состоянию на 1 января 2013 года, добровольцами нашего отделения Ленинградской области являлось всего лишь 200 человек, что крайне мало для региона, численность населения которого составляет 1,8 миллиона человек.

Действительно, есть эффективно работающее в Ленинградской области районное отделение Российского Красного Креста, которое, однако, держится на энтузиазме их членов и председателей. Но в целом можно констатировать, что областное отделение работает недостаточно эффективно.

В апреле 2013 года на общественных слушаниях в Общественной палате на тему «О работе общественной благотворительной организации «Российский Красный Крест» было ещё раз заявлено, что современный «Российский Красный Крест» по-прежнему находится в состоянии глубокого кризиса. Мы все видим эту справку, все её прочитали. Действительно справка очень жёсткая и разгромная. Но я не буду её цитировать, потому что все, кто заинтересован в этом вопросе, можете прочитать.

Также есть очень много замечаний по международной деятельности «Российского Красного Креста». Надо отметить, что в советское время союз обществ Красного Креста и Красного Полумесяца Советского Союза содержал более 10 госпиталей за рубежом. На сегодня остаётся лишь один — это больница имени Балча «Российского Красного Креста» в Эфиопии, в Аддис-Абебе. Данная больница была создана в 1947 году и до настоящего времени является символом гуманитарного присутствия России в Центральной части Африки.

За время своего существования в период Советского Союза это было лучшее лечебное учреждение Аддис-Абебы и всего соседнего с Эфиопией региона. Финансирование госпиталя осуществлялось из советского бюджета в полном объёме через союз обществ Красного Креста и Красного Полумесяца Советского Союза.

Однако в настоящее время существуют очень большие проблемы с финансированием со стороны «Российского Красного Креста» указанного госпиталя. И данный госпиталь, в общем-то, коммерциализовался и оказывает большое количество платных услуг, что даже привело к недовольству со стороны эфиопских властей. И было даже соответствующее обсуждение, и для разрешения ситуации потребовалось вмешательство высшего политического руководства нашей страны.

В целях поиска путей и выхода из сложившейся кризисной ситуации была сформирована межведомственная рабочая группа по вопросам совершенствования деятельности общероссийской и общественной организации «Российский Красный Крест» с участием представителей федеральных органов исполнительной власти общественных организаций. Рабочей группой был проработан вопрос о привлечении «Российского Красного Креста» к следующим направлениям деятельности федеральных органов исполнительной власти: пропаганда безвозмездного донорства крови; пропаганда здорового образа жизни и профилактика социально-значимых заболеваний; реализация программ школьного курса ОБЖ по формированию культуры здорового безопасного образа жизни у детей; обучение населения оказанию само- и взаимопомощи в условиях стихийных бедствий, техногенных катастроф, террористических атак, иных чрезвычайных ситуаций, а также реагирование на эти чрезвычайные ситуации.

По той информации, которая доведена до нас, до членов Совета Федерации страны, Правительства Российской Федерации, соответствующих ведомств и министерств, отмечается, что работа по этим направлениям велась недостаточно активно. Ещё раз говорю, что это — по той информации, которую мы получили по всем четырём направлениям.

Позвольте привести некоторые факты, которые не могут не беспокоить. По данным Минюста России, основная часть помещений, закреплённых за «Российским Красным Крестом», на сегодняшний день сдаётся в аренду, а штат организации насчитывает 20 сотрудников. В ходе вышеупомянутой проверки Минюста России были выявлены систематические многократные нарушения, установленные законодательством Российской Федерации, обязательных требований к управлению имуществом и средствами организации.

Отсутствие ряда запрошенных финансовых документов, в том числе и по программам финансируемых зарубежных источников, недостоверность предоставленных отчётов позволяет усомниться в отношении целевого использования денежных средств «Российского Красного Креста», полученных на расчётные валютные счета организации.

Также здесь уже поднимался вопрос, связанный с ликвидацией последствий наводнения в Кубани. И Раиса Тимофеевна (Лукутцова. — *Прим. ред.*) уже эту информацию подробно озвучивала. Но я хочу отметить, что я бы так не подходил к вопросу, как вы. Почему население выбрало именно «Российский Красный Крест» в качестве, так скажем, основной организации по трансляции данной помощи на Кубань? Потому что население олицетворяет организацию, которую вы сейчас возглавляете, именно с тем самым Советским Красным Крестом, который очень давно существует, пользуется уважением у населения. Почему, например, эти деньги не перечисляются в какую-то организацию, вновь созданную? Понимаете? Наверняка такие организации появляются, которые могли заявить, что именно они будут специализированно заниматься данной помощью?

Поэтому, конечно, мы, все сидящие здесь, прочитали справку, в том числе представители Общественной палаты — действительно, там высказывается некое опасение. Почему — я вам уже сказал. Потому что, понимаете, когда организация заинтересована в поддержке государства, и ещё раз говорю, может быть, это делается не обязательно осознанно, но тем не менее, эта всё-таки та организация, которая зарекомендовала себя очень серьёзно в период Советского Союза, и население ей доверяет, население готово и проплачивать эти самые средства. Но с другой стороны, наверное, население нашей страны заинтересовано в жесточайшем контроле использования этих средств. Понимаете? Потому что именно с такими деньгами, о которых шла речь, 900 миллионов рублей, возникает очень высокий уровень ответственности. Потому что мы здесь все — люди достаточно компетентные и прекрасно понимаем, что такое закупка средств оказания помощи, что такое оптовые цены, как эта помощь может распределяться, насколько жёсткие требования, особенно массового характера, к выдаче этой помощи и так далее.

Поэтому, конечно, ещё раз подчёркиваю, что необходимо государству как можно активно вмешиваться в деятельность организации, входить во все ваши структуры и контролировать абсолютно досконально вашу деятельность.

Также следует отметить, что, по информации управления Федеральной налоговой службы по Москве, «Российскому Красному Кресту» были начислены пени, налоги, штрафы на общую сумму более 27 миллионов рублей за период с 2003 по 2006 год. Также важна, конечно, и позиция Международного комитета Красного Креста. По той информации, которая нам предоставило Правительство Российской Федерации, Международный Красный Крест высказывает озабоченность по поводу текущей деятельности «Российского Красного Креста». И поддерживает любые инициативы, системные инициативы Правительства Российской Федерации по реформированию и реорганизации «Российского Красного Креста» и рассматривает Россию как одного из постоянных доноров Международного Красного Креста.

Таким образом, перспективы развития «Российского Красного Креста» в существующем формате его деятельности представляются сомнительными. Причём речь следует вести не о повышении эффективности работы «Российского Красного Креста» и тем более не об отдельных кадровых решениях, а необходимо национальное возрождение Красного Креста.

Самой важной причиной нестабильности «Российского Красного Креста» является, по нашему мнению, отсутствие прочной современной правовой основы для деятельности «Российского Красного Креста». В современном мире Красный Крест стал своего рода брендом, и в большинстве государств национальные общества пользуются правовым статусом, отличным от других национальных гуманитарных организаций.

Поэтому, как я уже сказал в самом начале, требуется срочное принятие в Российской Федерации федерального закона о Российском обществе Красного креста. Опять же, мы выражаем наше мнение, ряда сенаторов. И концептуально наиболее приемлемым нам представляется путь преобразования «Российского Красного Креста» из общественной организации в общественно-государственную. Данное преобразование позволило бы оказывать содействие в реализации возложенных на «Российский Красный Крест»

государственных задач и предоставлять ему финансовую поддержку в рамках федеральных программ, в том числе и по пропаганде добровольного безвозмездного донорства и формирования здорового образа жизни, а также рекомендовать субъектам Российской Федерации обеспечивать сотрудничество с «Российским Красным Крестом» путём реализации региональных целевых программ, до-организовывать со стороны государства надлежащий контроль за деятельностью организации. Это всё немаловажно, потому что все мы знаем: если такая форма будет применена, безусловно, поддержка со стороны бюджета становится законной, легальной, подконтрольной и так далее. Естественно, она может быть увеличена. И плановая, да.

Одним из наиболее интересных примеров использования такой организационно-правовой формы является добровольное общество содействия армии, авиации и флоту — ДОСААФ. Объём ежегодных налоговых поступлений в ДОСААФ России составляет около 2,5 миллиардов рублей, объём именно налоговых поступлений, я ещё раз подчёркиваю. И превышает размер средств, получаемых обществом в виде субсидий из федерального бюджета.

В заключение следует отметить, что скорейшая перезагрузка деятельности «Российского Красного Креста», включая изменения в законодательных, идеологических, организационных основах его деятельности, является абсолютно оправданной, объективно назревшей государственной задачей. Мы все заинтересованы в возрождении былого могущества советского Красного Креста, и такая перезагрузка является задачей государственной важности, её решение требует от всех нас максимального участия и как можно более активной работы. Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо.

Уважаемые коллеги, напомним, что выступал Фомин Игорь Вадимович, член Совета Федерации.

Сейчас выступает Савенко Елена Ивановна, советник заместителя председателя правительства Амурской области.

Подготовиться Носову Виталию Валерьевичу. Пожалуйста.

**Савенко Е. И.** Уважаемый Олег Анатольевич, уважаемые коллеги!

Дату образования Амурского областного комитета Российского общества Красного Креста по документам установить не удалось.



Но достоверно известно, что с 1922 по 1932 годы в Амурской области действовали амурский губернский и амурский окружной комитеты Красного Креста, а с 1932 года — амурский областной комитет Красного Креста. Наиболее активный период в деятельности амурского комитета приходится на военный и послевоенный восстановительный периоды. В годы Великой Отечественной войны в области действовало 17 районных и городских комитетов. За военный период было подготовлено более 20 тысяч санитарных дружинниц, по нормативам «Готов к санитарной обороне» подготовлено около 40 тысяч человек, более 1500 медицинских сестёр, собрано 13 миллионов рублей на строительство эскадрильи самолётов «Хабаровский краснокрестовец». После окончания Великой Отечественной войны главными задачами организаций Красного Креста стали организационное укрепление первичных организаций, городских и районных комитетов, оказание помощи семьям фронтовиков, инвалидов войны, подготовка медицинских кадров. В 1957 году в Амурской области насчитывалось 22 районных и городских комитета общества Красного Креста, которыми принято в члены общества 2883 человека, создано 120 санитарных постов, 9 санитарных дружин, вовлечено в ряды доноров около 1000 человек. В 1986 году при областном комитете общества Красного Креста действовало уже 24 районных и городских комитета. В свою очередь они объединяли более 2 тысяч первичных организаций. И в целом по области в тот момент насчитывалось 388 тысяч членов общества, причём жителей общества... жителей Амурской области — 830, то есть достаточно большое количество членов. Плановое задание по членским взносам и билетам составляло 90 тысяч рублей, при этом реальные поступления значительно превышали план и составляли 150–170 тысяч рублей.

В этот период отмечается значительное укрепление материальной базы общества.

В 1991 году Амурский областной комитет Красного Креста был переименован в Амурское областное отделение общероссийской общественной организации «Российское общество Красного Креста».

Однако со второй половины 1990-х годов авторитет данной организации среди населения Амурской области стал резко снижаться, и к 2000 году в области осталось всего шесть районных и городских комитетов Красного Креста.

Постепенно начался процесс ликвидации первичных организаций, районных и городских комитетов на фоне спада финансовых поступлений, хотя работа по оказанию помощи пострадавшим от стихийных бедствий, военных действий, инвалидам, престарелым всё-таки ещё оставалась основной и главной задачей общества.

В целях недопущения окончательной самоликвидации организации в 2000 году Администрацией Амурской области была принята областная целевая программа о мерах по государственной поддержке гуманитарной деятельности Амурской региональной организации Красного Креста на 2001 и 2002 годы.

В рамках данной программы предусматривалось бюджетное софинансирование организации.

Однако эти меры не позволили реанимировать деятельность данной организации.

Из протокола заседания президиума организации, цитирую: «В области резко сократилось количество городских районных комитетов, в результате чего сократился штат, членство общества и сбор финансовых средств. Многие сотрудники работают на общественных началах. Основная часть финансовых средств уходит на арендную плату за помещения, оплату тепло- и электроэнергии, коммунальных услуг, содержание автотранспорта».

В итоге 15 апреля 2007 года на общем собрании амурского областного отделения общероссийской общественной организации было принято решение о ликвидации отделения.

На последнем заседании председатель амурского отделения Лященко Людмила Александровна констатировала: последние годы, 2005–2007, пришлось работать на общественных началах, фактически в единственном числе, члены президиума почти отстранились от работы Красного Креста. Несмотря на обращения к руководителям всех форм собственности и к жителям области, членские взносы за последние годы практически перестали поступать. Пожертвования непредсказуемы и не обеспечивают даже текущие расходы.

На протяжении последних шести лет в Амурской области не существует подразделений Красного Креста, как и нет подобных организаций. При этом нельзя сказать, что сегодня общество лишено социально-нравственных установок, таких, как гуманность, милосердие, человечность, которые являются основными принципами

существования общероссийской организации «Общество Красного Креста».

Скорее, наоборот, в последнее время эти черты, в целом характерные для здорового в моральном и нравственном аспекте общества, проявляются всё увереннее. Последнее доказательство этому — стихийное бедствие в Амурской области. Летом текущего года в Амурской области вследствие обильных проливных дождей произошло крупномасштабное наводнение, подверглось подтоплению 22 муниципальных образования, 126 населенных пунктов, 7444 жилых дома, пострадало население, более 36 тысяч человек, эвакуировано из мест затопления 16234 человека, общий ущерб составил более 40 миллиардов рублей.

Для ликвидации последствий в область поступили средства благотворительной помощи в общей сумме 16 миллионов рублей от физических и юридических лиц.

Благодаря гуманитарной помощи, которую десятками и сотнями тонн присылали и привозили практически из всех регионов Российской Федерации, а также работе волонтеров, область была обеспечена всем необходимым, чтобы создать пострадавшему населению условия жизнедеятельности в пределах нормативов.

Между тем, участие Всероссийской общественной организации «Общества Красного Креста» было ограничено двумя небольшими поставками гуманитарного груза от свердловского и хабаровского региональных отделений. Хотя, по нашему мнению, и я думаю, многие его поддержат, представители Всероссийской организации «Общество Красного Креста» с первых дней наводнения должны были находиться в Амурской области и выполнять свою основную функцию — оказывать помощь людям, пострадавшим от чрезвычайной ситуации, людям, попавшим в беду.

В заключение хочу выразить надежду, что история создания структурной сети Красного Креста в Приамурье, а также причины ее сворачивания в 90-х годах прошлого века и отсутствие признаков возобновления работы сегодня, помогут исправить сложившуюся ситуацию.

И я, представляя Амурскую область, также хочу выразить наше мнение, что мы поддерживаем создание не просто общественной организации, а государственно-общественной организации. То есть мы считаем необходимым усилить участие государства в работе

данной структуры, чтобы тем самым повысить эффективность работы данной организации.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Елена Ивановна.

Выступает Носов Виталий Валерьевич, председатель профсоюзной организации студентов ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России. Подготовиться Шойгу Юлии Сергеевне.

Пожалуйста.

**Носов В. В.** Уважаемые участники «круглого стола»! Я представляю Кубанский государственный медицинский университет. И сразу хочу сказать, что у нас в университете уже давно создана санитарная дружина, но она до этой трагедии носила больше патриотический характер. Мы участвовали в празднованиях, 9 мая поддерживали ветеранов и, конечно, принимали участие в городских и краевых конкурсах.

Но когда вечером 7 июля поступило распоряжение ректора срочно созвать санитарную дружину (я являюсь её командиром), мы не знали, что нам предстоит, и 8 июля в 6 утра мы выдвинулись в город Крымск.

Сначала, конечно, ректором были отобраны только добровольцы. У нас в санитарной дружине состоит порядка 50–60 человек. Поэтому, скажем, с масштабом трагедии и с тем, что мы там увидели, мы были незнакомы и к нему были морально и психологически не готовы.

В 8–9 утра мы прибыли в Крымск, расположились на базе районной центральной больницы и ждали распоряжений. Также утром приехало руководство из Министерства здравоохранения России и края, и начали нас организовывать.

Другими словами, за эти две недели, что мы там были, мы собрали, может быть, не так много помощи. С помощью наших студентов и их родителей мы собрали 3 тонны гуманитарной помощи и передали пострадавшим.

Но я хочу сказать, что очень нужно было, конечно, координировать свою работу, чтобы помощь поступала как раз в первые дни, когда люди в ней очень сильно нуждались. Мы оказывали помощь в работе в морге. Мы оказывали помощь в регистрации пострадавших. Учтите, что это первые часы и дни после трагедии, когда никто не мог найти родственников. Родители спасали детей ценой

своей жизни. Мы распределялись по детским садикам, для того чтобы найденных детей... А картина была, конечно, не очень, потому что максимум мы могли предоставить ребёнку памперс, ходунки. Брали гвоздь, прибивали к стене, ну и подвешивали прыгунки для ребёнка...

Но, скажу честно, дети не плакали, никто не волновался, все воспринимали это очень серьёзно. Конечно, у меня не было такой исторической справки. Спасибо, что вы рассказали про российский «Красный Крест». Когда меня пригласили на этот «круглый стол», я не смог вспомнить своих встреч с вашими представителями или какой-то помощи от вас за эти две недели.

Через две недели, когда уже армия подключилась, и наши услуги уже оказались не нужны, потому что в принципе сами по себе студенты уже были измотаны и морально подавлены, мы прекратили поездки туда. И хочется сказать, что от «Российского Красного Креста» никакой помощи в консолидации, в управлении, может быть, в каком-то наставничестве мы не получили.

Что хочется сказать? Вы знаете, учитывая то, что я прочитал в вашем уставе о ваших функциях, конечно, не Министр здравоохранения России лично вместе с ректором должна расставлять студентов Кубанского медицинского университета в те точки, которые были в тот момент самыми горячими. А так и произошло. Получается, что студенты, которым по 18–19 лет, абсолютно не знали, с каким контингентом возбуждённого взрослого населения они столкнутся.

Только представьте, что сидит студент первого-второго курса и записывает данные человека, который потерялся, и ему приходится принимать на себя и агрессию, и потенциальную угрозу, и крики: «Где мои родственники, где мои дети?». Понимаете? Это была ситуация, очень тяжёлая морально, которая, конечно, как замечал ректор нашего университета: если бы кто-нибудь бросил в этот народ спичку, был бы взрыв.

Поэтому хочется сказать, что вам никто не мешает прийти в университет, провести работу со студентами. Я возглавляю профком студентов, и за четыре года — я — студент четвёртого курса — ни одного занятия от вашей общественной организации у нас в университете не было. Мы на Кубани — единственный крупный Кубанский медицинский университет, у нас четыре тысячи студентов, которые в принципе, если бы вы организовали конференцию,

с удовольствием бы приобщились к этому процессу и, может быть, прошли обучение. Потому что у нас впоследствии было наводнение в Геленджике, потом в Новомихайловке, мы теперь организовали спасательный отряд, у нас очень активный наш заведующий кафедрой мобилизационной подготовки медицины катастроф, который сейчас переводит нашу санитарную дружину в отряд спасателей. Мы сейчас мечтаем, конечно, о том, чтобы у нас появился автобус, чтобы не было у нас микроавтобуса на 10 человек, потому что много желающих выехать даже не в «горячую точку», а элементарно в детский дом — отвезти подарки, у нас все желающие не помещаются.

Поэтому я хочу сказать, что на сегодняшний день мы, конечно, рады, что у нас такой сильный «Российский Красный Крест», но я хочу сказать, что мы от вас никакой информации не получали. Может быть, это изменится, очень бы хотелось на это надеяться.

Конечно, хотелось бы, чтобы у нас во время таких трагедий, а я по-другому не могу это назвать, потому что никак даже в течение года не смог этих людей стереть из своей головы, это всё ещё в памяти... И я вам скажу честно, что у нас даже в морге в течение недели работали студенты, они отмывали поступающие трупы, одевали, клали в гроб и выдавали родственникам. Я не думаю, что 18–20-летние ребята готовы к такому шоку. И потом, через неделю, когда мы уже закончили — это лето, июль, разложение, это инфекция, вакцинация — мы и вакцинировали и местное население, и сами себя. То есть получается, что мы уже рисковали, когда трупы начали разлагаться, и их уже нельзя было укладывать в гробы, мы укладывали их в целлофановые мешки. И это было...

Мне кажется, с этим должны были работать всё-таки профессионалы. Мне кажется, что это не задача волонтеров или студентов Кубанского медуниверситета, но это единственная работа, на которую, наверное, взрослых в тот момент не нашлось, потому что это были первые дни трагедии. И хочется сказать, что я видел представителей казачества, я видел представителей МЧС, пожарных. Я могу сказать, что я видел взрослых мужиков, которые были растеряны и не знали, что им делать. Но вот молодые девчата, студенты, они не терялись, и они справлялись с поставленной задачей. Поэтому хочу сказать, что мы будем и дальше развивать наш спасательный отряд, мы хотим больше заниматься именно в плане

самообучения. Мы будем просить, чтобы с нами занимались профессионалы, потому что это всё-таки общественная деятельность, она должна всё-таки стать общественно-государственной деятельностью. Потому что, как показали эти события — за последний год мы участвовали в ликвидации трёх таких техногенных катастроф (это и Новомихайловка, и потом было ещё несколько предупреждений, где нас уже держали, как говорится, как ребят, на которых можно положиться, скажу вам честно) ...

Нас немного, каждый день в Крымск мы отправляли 70 человек. Волонтеров, желающих поехать, было гораздо больше, перевезти всех было нереально. Хочется сказать, что те волонтеры, которые впоследствии стали приезжать в Крымск стихийно, они, конечно, только больше мешали, потому что мы ехали с конкретной целью, мы проводили очень много времени в пробках и не могли туда попасть, для того чтобы приступить к своей работе. Потому что у нас каждая бригада была расписана на определённые точки. Мы были и в отделении хирургии, неврологии, реабилитации. Наши студенты работали с детьми, в детских садиках, помогали на разборе завалов. И я хочу сказать, если вы хотите, вы можете спросить про студентов Кубанского меда, и мне будет не стыдно. Все скажут, что они работали хорошо, и нас вспоминают все добрым словом.

Поэтому 7 ноября, когда нас, всех волонтеров, поздравили грамотами, всех отметили, студентам было очень приятно. Конечно, нас ваша организация никак не отметила, хотя, я думаю, что все ребята сработали на отлично. И я хочу сказать спасибо тем, кто нам помогал, тем, кто про нас не забыл, потому что самое главное для студента — это, конечно, не материальная помощь, а это вот тот знак внимания — это грамота, это то, что его не забыли.

Про себя хочу сказать: мне никто ничего не дал, про меня забыли. Но я абсолютно не переживаю по этому поводу. Просто когда составляли списки, потом оказалось, все думали, что меня все включили. И я рад, что так и получилось, говорю — и слава Богу.

Поэтому я хочу сказать, что у нас в университете сейчас очень сплочённый коллектив, у нас очень сплочённый спасательный отряд. Мы мечтаем, чтобы у нас, как я уже сказал, появился какой-то транспорт. Поэтому поддержите, если можете, как в той сказке, где дед пришёл к бабке, говорит «Был сегодня у царя», она: «И что?» — «Ну, поговорили». — «И что, что попросил, дурак?»,

она спрашивает. «Ничего не попросил» — «Ну хоть бы корыто попросил».

Так я хотя бы хоть что-то попрошу. Поэтому спасибо большое за помощь. Вот я и отчитался.

Но я считаю, что всё-таки путь преобразования должен быть, чтобы это была общественно-государственная организация, потому что мы себя почувствовали по-настоящему защищёнными в тот момент, когда мы увидели, что стало больше представителей МЧС, стало больше военных, ребята приехали, профессионально стали разбирать завалы и, конечно, нас сменили.

Скажу честно: когда нас сменили профессионалы, и мы увидели, как это может действительно быть, когда организовано горячее питание, когда не надо кушать постоянно один и тот же паштет и одну и ту же булку. Конечно, такая работа должна проводиться именно с нами, студентами, как с будущими врачами, ведь, по-моему, мы — ваш оплот в плане того, что в такие минуты мы никогда вам не откажем, мы будем первыми.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Виталий Валерьевич.

Выступает Шойгу Юлия Сергеевна, директор Центра экстренной психологической помощи МЧС России. Следующим выступает Бабушкин Андрей Владимирович. Пожалуйста.

**Шойгу Ю. С.** Спасибо за возможность выступить и за предоставленное слово. Мы с вашего позволения разделимся пополам, мы будем кратки.

**Председательствующий.** Простите, вы подряд хотите выступить? Я уже объявил Бабушкина. Давайте тогда в разбивку.

**Шойгу Ю. С.** Хорошо, спасибо большое.

Я, пользуясь такой возможностью, хотела бы поговорить и обратиться внимание вот на какой аспект и... проблему, которую мы сегодня обсуждаем.

Как-то так получилось правильно, что я выступаю именно сейчас, потому что у меня — практически продолжение мысли предыдущего докладчика. В последнее время мы довольно много и долго уже занимаемся оказанием экстренной психологической помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях, имеем большой опыт работы в «горячих точках», в зоне чрезвычайных ситуаций.



В последнее время мы, конечно же, наблюдаем такую тенденцию: развивающийся уровень гражданского самосознания наших соотечественников, нашего общества порождает, с одной стороны, большое позитивное движение — это волонтерское добровольческое движение, — с другой стороны, те формы, в которых оно зачастую, видимо, за счёт молодости проявляется, не могут нас не настораживать.

Зачастую в зону чрезвычайной ситуации приезжает огромное количество волонтеров, как волонтеров, представляющих организации или отдельные образовательные учреждения, так и волонтеров, которые приезжают сами по себе просто так.

И процесс оказания экстренной психологической помощи в прямом смысле превращается в процесс причинения добра. Кто куда прибежал, кто что успел сделать, тот тем и занимается.

Нужно сказать, что процесс ликвидации последствий чрезвычайной ситуации — дело тонкое и профессиональное и, в том числе и оказание помощи тем людям, которые пострадали.

У нас зачастую получается некий прототип художественной самодетельности не самого высокого пошиба. И тем самым мы наносим больше вреда, чем пользы.

Я всегда привожу пример из медицины.

Волонтер не приходит в лечебное учреждение и не говорит: у меня есть полчаса, я готов провести операцию по удалению аппендицита. Пилот не рвётся за штурвал самолёта и говорит, что, в общем, сегодня я совершенно свободен и готов в рамках этой деятельности слетать до Красноярска и обратно.

А в области оказания психологической помощи каждый чувствует себя достаточно компетентным человеком, и поэтому у нас зачастую происходят такие ситуации, когда предоставляется явно неквалифицированная помощь. Есть люди, которые явно больны. Но есть и здоровая часть тех людей, которые приезжают с добрыми намерениями, с профессиональными навыками с желанием помочь, что самое главное. И то, чего нам всегда не хватает, и то, что мы хотели бы видеть, — это роль общественных организаций в консолидации этих усилий.

Мне бы очень хотелось отметить такую, очень важную, на мой взгляд, вещь. В документе, который я увидела — рекомендации Общественной палаты, — я увидела такой пункт: пересмотреть

позиции, цели и задачи Российского Красного Креста, определиться, в какой части деятельности он должен конкурировать с другими общественными организациями, а в какой выступать как партнёр государства.

Мне кажется, слово «конкуренция» здесь вообще неприемлемо. Мы все работаем в этой ситуации на нужды конкретного пострадавшего человека. Как только мы начинаем конкурировать, помощь наша становится неэффективной, усилия направлены в разные места.

Нам очень нужен партнёр в виде общественной организации, который бы помог в консолидации этих усилий. Причём партнёр, с которым можно было бы выстраивать отношения на условиях взаимодействия, а не на условиях конкуренции.

Мне представляется, что Красный Крест как раз мог бы быть такой организацией. К сожалению, в последних ситуациях, в которых мне довелось участвовать, такой организации не нашлось, и такой роли Красного Креста нам не удалось на себе почувствовать.

Для помощи в организации уходит достаточно большое количество ресурсов, отвлекается от непосредственных профессиональных обязанностей большое количество специалистов.

Поэтому — я не юрист, мне сложно высказываться по поводу формы устройства «Российского Красного Креста», — то, что такая организация необходима... и активная роль организации необходима для того, чтобы можно было осуществить взаимодействие и помочь нам в этой сфере деятельности. Ведь нам не нужно увеличивать количество психологов, которые находятся на месте, их, как правило, достаточно или даже больше, чем достаточно. Нам нужно сделать так, чтобы и профессиональные специалисты от нашего ведомства, которые приезжают на место, и специалисты, которые приезжают помогать по воле сердца, двигались в одном направлении.

И, конечно, нам бы хотелось видеть гораздо более активную роль Красного Креста, чем то, что мы наблюдали в тех ситуациях, в которых нам довелось работать.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Юлия Сергеевна.

Я так понимаю, сейчас Лебедева будет выступать.

Пожалуйста, Лебедева Ольга Владимировна, начальник управления медико-психологического обеспечения МЧС России.

**Лебедева О. В.** Спасибо большое.

Уважаемый Олег Анатольевич, уважаемые коллеги!

Я недолго задержу ваше время. Просто меня попросили выступить как представителя центрального аппарата руководящей и составной части МЧС по работе в чрезвычайных ситуациях. Я представляю медико-психологическое управление, то есть медицина и психология «в одном флаконе». Извините за выражение, но тем не менее это так.

Да, у нас есть взаимодействие с Красным Крестом. Но я бы о другом сейчас хотела сказать. Сначала скажу, что 10 октября приезжал к нам президент Международного Красного Креста Петер Маурер. У него была встреча с нашим Министром по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий Владимиром Андреевичем Пучковым. Очень активная встреча, на которой я присутствовала, естественно, и мы обсудили все возможные варианты взаимодействия, включая гуманитарную помощь и чрезвычайные ситуации, и решили организовать рабочую группу по принятию конкретных решений и механизмам этих взаимодействий. Завтра, 7 ноября, открывается международная конференция по гуманитарному разминированию в Академии гражданской защиты МЧС России, организованная нашим министерством совместно с представителями Международного комитета Красного Креста Международного Красного Креста. Конференция продлится 2 дня, будут активные слушания, выступления, я думаю, будет очень интересная программа.

С «Российским Красным Крестом» в 2011 году у нас было подписано соглашение о взаимодействии в чрезвычайных ситуациях. Дальше, я говорить буду за федеральную группировку, я думаю, что Юлия Сергеевна (Шойгу. — *Прим. ред.*) очень подробно рассказала наши проблемы, то есть мы — министерство достаточно прикладное, мы конкретно участвуем в чрезвычайных ситуациях, у нас есть конкретный комплекс взаимодействий с другими ведомствами и организациями и конкретный комплекс действий в определённых ситуациях. Сказать, что мы видели активную работу «Российского Красного Креста», я не могу — тут я грешу на отсутствие механизма взаимодействия, потому что — об этом тоже говорила Юлия Сергеевна — у нас не прописано, как это делать.

Если каждая организация будет самостоятельно работать и принимать свои собственные решения, конечно, мы больше получим зла, чем добра. На этом я, пожалуй, закончу моё выступление. Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо Ольга Владимировна.

Выступает Бабушкин Андрей Владимирович, председатель Попечительского Совета «Российского Красного Креста», член Совета при Президенте Российской Федерации по развитию гражданского общества и правам человека. Следующий — Гулин Анатолий Николаевич.

**Бабушкин А. В.** Уважаемые друзья, уважаемый Олег Анатольевич! Благодарю за предоставленное мне слово. В августе этого года я был избран председателем Попечительского Совета «Российского Красного Креста». Могу вам сказать, что к Красному Кресту я и до этого имел отношение. Здесь прозвучала информация о том, что Красный Крест финансировался в советские времена только из государственных источников. Я думаю, что это не достоверная информация. Я помню, ещё будучи ребенком, я выплачивал двухкопеечные взносы, и от нашей шестой школы города Пушкина сотню рублей ежемесячно собирали в фонд Красного Креста. Другими словами, это было действительно народное движение.

В 1990-е годы, когда наши города захлёстывала массовая детская беспризорность, по некоторым данным, численность беспризорников доходила до 2 миллионов человек, именно «Российский Красный Крест» стал инициатором борьбы с беспризорностью, именно он тогда создал первые группы волонтеров, выходивших на вокзалы, именно он добился того, что в 2003 году Президент Российской Федерации обратил внимание на эту проблему, затем вышел известный всем Указ Президента, и наконец, появились приюты и центры социальной адаптации для бездомных. Я хотел бы к этому добавить информацию о тех сторонах деятельности Красного Креста, которые, наверное, мало известны присутствующим. Во-первых, проблему беспризорников в 1990-е годы первым, как я уже сказал, обозначил именно Красный Крест. Второе — бездомными на сегодня являются примерно 3 миллиона россиян. Первым этот вопрос также поставил Красный Крест. Несколько дней назад завершилось формирование общественных наблюдательных комиссий по осуществлению общественного контроля

за местами принудительного содержания. Я должен вам доложить, что десятки выдвиженцев от региональных отделений Красного Креста стали членами этих самых общественных наблюдательных комиссий. У нас нет в стране ни одной общественной организации, ни большой, ни маленькой, которая имела бы столько членов общественных наблюдательных комиссий, сколько имеет Красный Крест. Здесь говорилось о том, что неизвестно, чем помог Красный Крест в Амурской области, — мол, две маленькие посылочки пришли. Вы знаете, у нас другая информация. Гуманитарная помощь людям, пострадавшим во время амурских наводнений, была оказана в сумме более 12 миллионов рублей. А вот другой известный пример: все слышали про палаточный лагерь для содержания нелегальных мигрантов в Гольяново. Все слышали про тяжелейшие условия, в которых эти люди находились почти месяц. Но мало кому известно, что наряду с МЧС именно Красный Крест откликнулся, узнав о бедственном положении, в котором были эти люди. Напомню, что это были вьетнамцы, которые не могли есть нашу российскую пищу, так как они привыкли к рису. И именно Красный Крест доставил рис и медикаменты и прочее. Я могу продолжить перечислять эти примеры. Но к чему я сейчас это начал говорить? Мне кажется, уважаемые коллеги, уважаемые друзья, что мы сегодня немножечко неправильно строим текущий разговор. Я помню, что, когда, например, обсуждали Пастернака, были выступления в духе «я Пастернака не читал, но могу сказать», но ведь были же и те, кто читал Пастернака...

Вот и сегодня у нас было уже четыре выступления в стиле «я не знаю, чем занимается Красный Крест». Так, может быть, вначале надо было предоставить слово тем десяткам и тысячам людей, общественным государственным деятелям, кто знает, чем занимается Красный Крест, кто может дать объективную оценку этой организации?

Красный Крест имеет уникальный правовой и гуманитарный статус. В чём он заключается? Он заключается в том, что это единственная общественная организация в мире, деятельность которой регулируется не только международным правом, но и межгосударственными соглашениями.

Мы с вами знаем, что ещё в 30-е годы прошлого века в Уголовном кодексе нашей страны появилась норма об уголовной

ответственности для лиц, которые выстрелили во время боевых действий по тому, на ком была форма или знак Красного Креста. Наверное, ни одна общественная организация мира на сегодняшний день не имеет такого рода защиты.

Здесь прозвучала идея о том, что члены Международного Красного Креста не в полной мере удовлетворены работой «Российского Красного Креста». А что это за члены, и в чём они не удовлетворены, к сожалению, здесь не прозвучало.

Здесь говорилось о том, что в Общественной палате была дана негативная оценка деятельности Красного Креста. Но, вы знаете, мероприятия в Общественной палате, с моей точки зрения, извините за прямоту, носили заказной характер, там тоже были подобраны люди, которые заранее имели негативную установку по отношению к Красному Кресту. Ну а руководство «Российского Красного Креста» организаторы действий в Общественной палате просто забыли пригласить. Официально руководство «Российского Красного Креста» на это мероприятие приглашено не было.

Если говорить о том, кто находится в кризисе: «Российский Красный Крест» или Общественная палата, то, вы знаете, по результатам этого мероприятия у меня сложилось впечатление, что, скорее, в кризисе находится Общественная палата. Такие мероприятия готовить нельзя: они чести Общественной палате не добавляют.

Историческая память... Здесь говорилось о том, что когда были собраны деньги для Крымска, и это почти миллиард рублей — хочу сообщить товарищу Носову: почти миллиард рублей был собран от равнодушных российских граждан, — действовала историческая память. Ну, это сомнительно, я видел, что это были за люди, в основном это были люди в возрасте до 30, у них памяти о Советском Красном Кресте, я думаю, быть всё-таки не могло.

А вот в справочке я вижу здесь ссылку на 247 миллионов рублей, выделенных в 2009 году, четыре года назад. Вы знаете, наверное, те, кто писал справку, просто не смотрят на себя со стороны. Это же позор — признаться в том, что государством за десять лет Красному Кресту были выделены деньги один единственный раз: всего 247 миллионов рублей. Это было четыре года назад. И они ещё могут говорить, что за эти 247 миллионов рублей Красный Крест почему-то не смог совершить чудо.

Я думаю, вполне естественно, что организация, которая не смогла получить стабильную государственную поддержку, в отличие, кстати говоря, от обществ Красного Креста большинства европейских стран, где наряду с деньгами доноров очень мощной всегда является государственная поддержка. И вряд ли где-нибудь во Франции или в Германии нам бы сказали, что мы четыре года назад дали — сколько там получается? 3 миллиона евро? 5 миллионов евро, да? Дали 5 или 6 миллионов евро, и вы за эти деньги не сделали чудо.

Здесь говорилось о том, что государству надо активнее вмешиваться в деятельность «Российского Красного Креста». Извините, это прямо противоречит идеологии нашего государства. Идеология нашего государства — это партнёрство между органами власти и гражданским обществом, а не превращение гражданского общества в послушного слугу государства. Я думаю, что там, где государство хочет увидеть гражданское общество в виде своего покорного слуги — такие страны мира есть: Серверная Корея, страны Центральной Африки, — но вряд ли с них надо брать пример.

500 тысяч швейцарских франков Россия даёт Международному Красному Кресту. Но мы можем сравнить эти деньги с теми деньгами, что были направлены на помощь жертвам наводнения на Дальнем Востоке — в общей сложности это 260 миллионов рублей, — и мы увидим, что всё-таки международная помощь из тех средств, что даёт Российская Федерация, — это всё-таки не самые главные деньги.

Прозвучала интересная цифра: с 2003 года пени, штрафы, недоимки составили 20 миллионов рублей. Вы знаете, я возглавляю маленькую общественную организацию — «Комитет за гражданские права». Мы занимаем офис размером поменьше, чем этот зал, и нам, крошечной организации, где десяток сотрудников, Москоммущество и прочие уважаемые люди, любящие получать деньги с общественных организаций, с 2003 года выставили счёт примерно на 10 миллионов рублей. То, что Красный Крест — большая, разветвлённая организация — всего за эти 10 лет получил счёт на 20 миллионов, знаете, наверное, это скорее... Да, тем более, мне подсказывают, здесь... наверное, это положительное явление, а не отрицательное. Проверьте любую общественную организацию, реально работающую, которая реально ведет деятельность,

а не просто была создана для отмывания денежных средств, там наверняка эти суммы будут на порядок выше.

По поводу общественно-государственной организации. Знаете, у меня есть четыре серьёзных возражения.

Первое: как я уже сказал, партнёрский характер отношений подразумевает, что решение по выбору формы организации — государственная, общественная, какая угодно — может быть принято только с согласия самого субъекта, в данной ситуации — «Российского Красного Креста».

Во-вторых: на сегодняшний день, пускай, допустим, в Ленинградской области всего 200 волонтеров, но в масштабах страны это десятки тысяч людей, безвозмездно работающих на волонтерской основе, и говорить о том, что мы хотим поменять форму — мы хотим вообще для вас придумать счастье, — при этом не спросив их самих, — наверное, это неправильно, это разрушение уже сложившейся самостоятельной базы. Ни в одной стране мира такой формы не существует.

Ну и хочу сказать, уважаемые друзья, что и советский Красный Крест не был общественно-государственной организацией, он был общественной организацией.

Давайте вспомним начало 1990-х годов. У нас таких организаций было несколько десятков. Помните Российский фонд культуры? Помните Российско-палестинское общество? Помните Российское географическое общество? Помните «Российский Детский фонд» Альберта Лиханова? Где сегодня эти организации? Мы слышим сегодня о них?

Если мы проведем анализ, то увидим, что сейчас примерно две трети этих организаций либо исчезли, либо впадают жалкое существование, имея 3–4 региональных отделения.

Какая была главная задача перед «Российским Красным Крестом» в начале 1990-х годов? Выжить. Почему выжить? Внятная социальная политика государства отсутствовала, государственная поддержка прекратилась, моральные и нравственные ценности общества рухнули, коммунистическая идеология рухнула, ну и наконец, появились десятки конкурирующих организаций с мощным зарубежным финансированием. Те же самые «Врачи без границ», решающие те же самые задачи.

И я полагаю, что мы с вами должны констатировать, что свою самую главную задачу — выжить, приобрести второе дыхание,



продолжить свою работу по оказанию помощи россиянам и повышению международного имиджа нашей страны, повышению доверия населения к нашей власти — «Российский Красный Крест» выполнил.

Но, заметьте, чем он отличается от зарубежных организаций? Если зарубежные организации во многом несли в себе некую политическую, идеологическую нагрузку, они пытались нам — ну, не навязать, но — привнести некоторые, может быть, не очень близкие нам ценности. «Российский Красный Крест» этого соблазна идеологизации и политизации избежал, то есть он смог выжить, не поступившись основными принципами движения Красного Креста.

Почему мы с вами сегодня об этом забываем? Почему мы не даем этому оценку?

Извините, что я долго выступаю, я буквально несколько слов хочу ещё сказать.

Я полагаю, что говорить о том, что вот где-то в Амурской области представители местных властей не смогли своевременно помочь Красному Кресту выжить, не смогли наладить сбор взносов, а виновата в этом Москва, наверное, это всё-таки неправильно. Наверное, всё-таки это равноценно переключиванию с большой головы на здоровую...

Мы с вами понимаем, что чудес никто совершить не может.

И конечно, то, что Минздрав — и мы с вами сегодня слышали эту информацию — должной помощи, к сожалению, Красному Кресту не оказывает и партнёрские отношения не выстраивает, я думаю, это можно объяснить тем, что он хочет выстроить с Красным Крестом отношения вертикали власти: мы наверху, а вы выполняете наши требования.

Я думаю, что это невозможно, это недостижимо, и никто не даст сделать этого — ни Президент Российской Федерации, ни Совет при Президенте Российской Федерации по развитию гражданского общества и правам человека. Этого не даст сделать та часть членов Общественной палаты, кого забыли пригласить на этот печальный «круглый стол», прошедший в апреле. Понимаете?

Я думаю, что мы должны всё-таки избавиться от иллюзий по поводу того, что Красный Крест можно построить, сказать: «а ну-ка, смирно, равняйся!», и Красный Крест сразу займет необходимую

позу, сразу выполнит необходимые команды и начнет выполнять чьи-то приказы.

Наверное, мы должны сейчас перевести этот разговор в конструктивное русло.

И я очень благодарен, и лично Олегу Анатольевичу Куликову, и другим коллегам, тем, кто сегодня выступал и выступит, за то, что они ставят этот вопрос — очень своевременный, очень правильный, — но я прошу вас всё-таки исходить из того, что Красный Крест есть самостоятельная организация, со своими ценностями — ценностями, привнесёнными из нашей истории до 1917 года, ценностями, выдержанными в годы советской власти.

Приведу один маленький пример. Здесь говорили про государственный характер Красного Креста. А вы знаете о том, что единственная организация... Когда в 1930-е годы, во времена разгула ГУЛАГа, кто-то из каких-то других организаций говорил «я хочу послать посылку политрепрессированным», за этим человеком сразу начинали слежку. Он сразу попадал в список — такая была форма № 16: «Лица, содействующие врагам народа», — и сразу по нему начиналось отслеживание.

Единственной организацией, которая легально могла помогать политрепрессированным в то время, был «Красный Крест». Это были ценности, привнесённые из предшествующей исторической эпохи. И то, что «Красный Крест» сегодня эти ценности сохранил, я думаю, это очень хорошо. И сейчас мы должны ценить это и стараться помочь «Красному Кресту».

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Андрей Владимирович.

Но хочу сказать, что Комитет Государственной Думы по охране здоровья, как и все другие комитеты, никогда не манипулирует «круглыми столами», никогда не подбирает докладчиков, которые выгодны кому-то или невыгодны. Все желающие могли прийти. Мы выслали много предложений. Все, кто записался, сегодня получают право выступить.

Кстати, по поводу упомянутого вами российско-палестинского общества. Может быть, вы про общество не знаете, а председателя, я думаю, все знают. Это Сергей Вадимович Степашин. И вчера это общество проводило «круглый стол» о положении христиан в странах Арабского Востока, в Палестине, в Сирии. И достаточно

интересный, массовый такой «круглый стол», думаю, тоже вызовет интерес в обществе.

Так, выступает Гулин Анатолий Николаевич, помощник Министра здравоохранения Российской Федерации. Следующий — Сидоркевич Сергей Владимирович.

**Гулин А. Н.** Уважаемый Олег Анатольевич, я представляю Министерство здравоохранения Российской Федерации. И, отвечая на вопрос уважаемого Андрея Владимировича (Бабушкина. — *Прим. ред.*), могу сказать: никто никого не собирается строить. Хотя, на наш взгляд, в общем-то, строить скоро будет некого, потому что, к великому сожалению, как говорят врачи — а я доктор, — динамика в развитии этого общества носит отрицательный характер. Общество стагнирует, и выступления здесь присутствующих — тому доказательство.

Да, наше министерство, как и МЧС, прикладного характера. Можно много говорить, но нужно больше делать, чем говорить. И когда возникают кризисные ситуации, конечно, нам хотелось бы видеть рядом с собой тех людей, которые реально действуют и реально делают, а не говорят.

И то, что выступала уважаемая Елена Ивановна Савенко, которая, как вы сказали, не владеет ситуацией... Она там плавала, по этому Дальнему Востоку, всё это время. Я-то знаю. И она, как никто, владеет ситуацией. Но это так, между делом.

**Лукутцова Р. Т.** Она всё время плавала в...

**Гулин А. Н.** Ну, может быть...

**Председательствующий.** Извините, товарищи. Это в дебатах — потом.

**Гулин А. Н.** Это в дебатах. Я же ничего не сказал в ваш адрес, Раиса Тимофеевна (Лукутцова. — *Прим. ред.*). Я просто сказал в защиту Елены Ивановны, которая, на наш взгляд, очень хорошо владеет ситуацией.

Мне довелось быть и в Крымске, в том числе, и сейчас я часто бываю в Абхазии, в Южной Осетии, выполняя поручения руководства. Я видел там, в Крымске, как работали волонтеры (и организованные волонтеры, и неорганизованные волонтеры, которые стояли там лагерем). И по утрам мы там проводили заседания штаба, с 8 утра мы распределяли силы и средства. И надо сказать, на эти заседания приходило очень много людей. Это были представители

МЧС, МВД, Министерства обороны, Минздрава, это были и волонтеры, это был и краевой штаб.

Но, к великому сожалению, при всём уважении к «Красному Кресту», а я там состоял в своё время, как и все, наверное, здесь присутствующие, ну не видел я там «Красного Креста», не видел этой эмблемы. Хотя на заседании Общественной палаты вы сказали, что они там были, что они там присутствовали. Ваш заместитель там была и сказала, что были они. Но мы их там не видели.

И когда мы ходили по домам Крымска, с нами рядом были представители очень многих ведомств и организаций, и депутатский корпус, в том числе. Мы проходили... По каждому дому прошли. Разносили аптечки, контактировали с людьми, спрашивали, что им нужно. Рядом с нами было много людей, и МЧС в том числе — и их психологи, и их сотрудники, — и ребята-студенты. Но не было там «Красного Креста». Хотя, на мой взгляд, оказание помощи непосредственно в очаге в кризисной ситуации, работа, непосредственный контакт с людьми — по-моему, это как раз ваша задача.

Довелось видеть такую форму работы, когда мы вынуждены были отреагировать. Там развернули кухню индусы, которые осуществляли питание населения. Они день или два работали там, наверное, Ольга Владимировна (Лебедева. — *Прим. ред.*) помнит. Мы привлекли Роспотребнадзор, потому что на их кухне была полная антисанитария, и их оттуда попросили. Но я почему-то сейчас подумал: наверное, задачей Красного Креста было развернуть там кухню, организовать питание и контактировать с людьми?

Да, деньги были собраны, и мы, может быть, неправильно сказали про 800 с чем-то миллионов. Там, оказывается, 913 миллионов рублей — это очень хорошо. 913, да, Раиса Тимофеевна? Даже 919 миллионов рублей! Но когда проводили «круглый стол» в Общественной палате, было очень много вопросов. Но, наверное, они не на пустом месте возникают, и, наверное, надо обратить внимание на справедливое распределение этой гуманитарной помощи. Ну, спасибо, что вы приобрели медицинское оборудование для лечебных учреждений, но, наверное, в большей степени надо было, чтобы в первые дни эта помощь пошла конкретным людям, которые в ней нуждались.

Я помню эту площадь перед кинотеатром, эту эмоциональную толпу, и там работали психологи МЧС, и из Минздрава люди

там были. И помню, когда они готовы были разорвать — извините меня за это слово, но это действительно было так, — любого представителя органа власти. Им нужно было, чтобы в первые дни организовали какие-то мероприятия, которые бы способствовали очистке дома. И волонтеры это делали, они очищали эти дома, в которых была масса ила, грязи. Людям нужно было помочь в денежном выражении, оказать какую-то финансовую помощь. Руководство края выделило по 10 тысяч рублей на человека, но было бы, наверное, неплохо, если бы все пострадавшие получили помощь и от вас. И самое главное — чтобы вы были там, чтобы ваши люди работали с пострадавшим населением в непосредственном контакте.

Что касается международной деятельности. Мне часто приходится, я ещё раз повторяю, бывать в Абхазии, в Южной Осетии. Я там часто вижу эмблему Красного Креста, но это международный комитет Красного Креста. И когда я посмотрел в Интернете сайт МКК, увидел, что они работают в содружестве с грузинским Красным Крестом. Мне почему-то обидно — почему же не с нашим? Я думаю, на это тоже надо обратить внимание, принять меры, чтобы этот вопрос решить.

Конечно, сейчас много говорилось о том, чтобы общество активнее работало в части санпросветработы, формирования сандружин, подготовки кадров для здравоохранения. Я работал главным врачом районной больницы, республиканской больницы, там были медсёстры, которые получили удостоверения и право работать на курсах, в своё время. Неплохо было бы, наверное, с учётом дефицита кадров обратить внимание вот на это тоже и вернуться к этой форме работы вместе с Минздравом.

Ну, и конечно, много вопросов прозвучало от волонтеров. Надо с ними контактировать, надо с ними работать. У нас масса общественных организаций, которые занимаются со студенчеством, с молодёжью, занимаются неформально. А здесь люди сами готовы работать. Надо идти в эти коллективы, брать их под крыло. Вы знаете, когда я делал обход молодёжного лагеря в Крымске, там было очень много неорганизованных волонтеров, они съехались со всей России — от Магадана до Калининграда. Я говорю: как вы сюда попали? С ребятами стал общаться. Они отвечают: мы списались по Интернету, узнали об этой беде, приехали сами, развернули палаточный лагерь. И здесь, конечно, Красному Кресту надо было

взять их под крыло, возглавить этот процесс, организовать его. Потому что, мне кажется, одно из основных направлений — организовать эту молодёжную среду, которая готова к милосердию, взять их в свои ряды. И они были готовы вступить в общество Красного Креста, если бы с ними поговорили. Это неформальная работа, но её надо делать.

Ну, конечно, были, наверное, в своё время какие-то возражения или недовольство формой работы Красного Креста в Советском Союзе, которые высказывал Международный Комитет Красного Креста. Но, тем не менее, эту организацию воспринимали, считались с ней. Я думаю, воспримут они и общественно-государственную форму работы, если таковая будет.

Ну и конечно, нужно подумать и поработать над федеральным законом об обществе. И неслучайно Игорь Вадимович (Фомин. — *Прим. ред.*) сейчас затронул эту тему. Ведь вы поймите правильно, никто никого не заказывает, просто люди обеспокоены сложившейся ситуацией. Все мы помним, какой был Красный Крест, и мы хотим, чтобы он стал таким же. Но сейчас мы вынуждены констатировать, что пока мы наблюдаем инерционные процессы, которые затухают, а инерцию в своё время, маховик этот был закручен давным-давно, но движение его сейчас, к великому сожалению, угасает.

Не хочется говорить, но, наверное, придётся — как в известном произведении Фомы Кемпийского «О подражании Христу»: «Sic transit gloria mundi». Кто не знает латыни, могу перевести: «Так проходит слава мирская». Хотелось бы, чтобы этого не случилось с нашим Красным Крестом.

Но после меня ещё, наверное, будут выступать. Извините за, может быть, несколько эмоциональное и резкое выступление. Но поверьте мне, оно идёт от чистого сердца и с искренним желанием помочь. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Анатолий Николаевич. Слово предоставляется Сидоркевичу Сергею Владимировичу, главному врачу ФГБУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии имени В. А. Алмазова».

Следующий — Прикулс Владислав Францевич.

**Сидоркевич С. В.** Дорогие участники «круглого стола»!

Учитывая дефицит времени, я постараюсь быть кратким. Я представляю «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии

имени В. А. Алмазова», город Санкт-Петербург. В Центре получают лечение стационарно более 23 тысяч человек, которым оказана специализированная высокотехнологичная медицинская помощь по 20 видам заболеваний, проведено более 12 тысяч серьёзных кардиохирургических операций, 70 трансплантаций сердца и костного мозга, принято более 3 тысяч родов в нашем перинатальном центре, из которых всего 4,6 процента — это нормальные роды. Всё это говорит о том, что у нас достаточно серьёзное многопрофильное заведение, и почти 9 тысяч человек в течение года нуждаются в переливании компонентов крови.

Нам повезло, что в структуре нашего центра имеется собственная станция переливания крови, которая заготавливает более 13 тонн крови и поэтому полностью обеспечивает свои потребности и ещё ряда федеральных учреждений города Санкт-Петербурга.

Вообще, в России более полутора миллиона человек ежегодно нуждаются в переливании компонентов крови по жизненным медицинским показаниям. Поэтому, соответственно, количество донорской крови, которое можем мы заготовить, возрастает с каждым годом, особенно учитывая риск тех всевозможных техногенных катастроф, в век которых мы, к сожалению, живём.

И обеспеченность России в донорах на тысячу населения в настоящий момент, конечно, недостаточна, и это всеми принято. И если в развитых странах мира показатель — 40–60 человек на тысячу населения, то в России, к сожалению, 18. Достичь этого уровня — это задача федеральной программы и федерального закона. В настоящий момент показатель — 14 человек на тысячу населения. Конечно, этого мало. Учитывая, ещё раз повторяю, всевозрастающую потребность компонентов крови.

Мне, к счастью, повезло. Я в службе крови работаю почти 25 лет. Когда я начинал, я застал работу советского Красного Креста — да, то время, когда Красным крестом велась вся агитационно-пропагандистская работа по привлечению доноров к участию в донации и спасению жизни человека.

Вообще, в 1957 году по инициативе Ленинградского и Московского комитетов Красного Креста — и мы все это знаем из истории — было начато безвозмездное донорское движение. И уже к 1985 году количество безвозмездных доноров в Советском Союзе составляло 14 миллионов. Сейчас, к сожалению, эта цифра меньше

2 миллионов. Но нуждаемость людей в переливании компонентов крови никак не уменьшается.

И, к сожалению, я застал и то время, когда Красный Крест практически прекратил свою работу по участию в донорском движении.

Вот я смотрю на молодёжь, спросил у Виталия (Носова. — *Прим. ред.*), что такое Красный Крест, донорство и так далее — он даже не слышал и не знает.

А мы с вами все прекрасно помним эти капельки крови, которые все с гордостью носили. Эти медали — бронзовые, серебряные, золотые, — которые Красный Крест вручал за 5, 10 и 15 кровотодач. И все это с гордостью носили, особенно молодёжь, да и люди любого возраста с гордостью носили капельки крови, эти медали Красного Креста, которые говорили о высокой гуманности и человеколюбии каждого, кто принимает участие в донорстве крови.

И вот когда решался вопрос о принятии Федерального Закона № 125-ФЗ, конечно, в первую очередь, Красный Крест должен был в этом принять активное участие — ещё в прошлом году. Было всем понятно, что вступление в силу этого закона несёт... некоторые проблемы. А учитывая полное отсутствие агитационно-пропагандистской работы, работники Службы крови столкнулись — в январе — с ситуацией, когда количество доноров начало резко падать. И затем в агитации донорского движения кто только ни принимал участие. И сотрудники Министерства здравоохранения России во главе с Министром сдавали кровь и это активно всем показывали. И были заседания Государственной Думы, которые проводились по проблемам донорства в России. И заседания Общественной палаты. И различные заседания на местах и Законодательных Собраний.

Вот я, например, неоднократно участвовал в работе Законодательного Собрания в Санкт-Петербурге. Все принимали активное участие в том, чтобы эту проблему как-то решить, заставить население развернуться лицом вот к выполнению такой, достаточно важной человеческой функции, как донорство, но действий Красного Креста, извините, в этом я не видел и не слышал о них.

И вообще за последние, наверное, лет 20 я не знаю, что такое Красный Крест и доноры. Правда, в этом году, надо сказать, Красный Крест начал себя проявлять. И дважды Санкт-Петербургское отделение Красного Креста проводило Дни донора на нашей Станции



переливания крови в рамках национального Дня донора. И вот дважды, в апреле и 9 сентября, мы видели представителей Красного Креста, которые привели в результате своей активной работы по 13 доноров на нашу Станцию переливания крови. И я впервые увидел, что Красный Крест стал изготавливать ту наглядную агитацию, которая раньше у них была. Буклеты под эгидой Красного Креста, значки «Я сдаю кровь! Я спасаю жизнь!». Но это было мизерное количество... Честно говоря, вообще на количество доноров и на привлечение их к активному участию в донации крови, конечно, это никак не повлияло.

И мы все прекрасно знаем — когда ездим к своим коллегам в ряд зарубежных стран — и видим, какая активная работа и какое активное участие в донации, в организации донорства, в пропаганде донорства принимают отделения Красного Креста этих стран. Вот справка: 75 процентов всей заготовленной крови в Германии — это Службы крови Немецкого Красного Креста. В Швейцарии кровь заготавливает только автономная ассоциация в рамках швейцарского Красного Креста.

В ряде городов, например, в Лондоне, Красный Крест издает два раза в месяц журнал «Донор», который опять же сотрудниками Красного Креста безвозмездно распространяется в различных местах массового скопления людей, начиная от супермаркетов, учебных заведений, крупных предприятий. Это конкретная работа. И мы всегда завидовали, почему у них Красный Крест такой? А почему мы эту помощь не ощущаем?

И хотелось бы, конечно, чтобы Красный Крест работу по агитации и пропаганде донорства довёл до цифры 500 тысяч человек. То есть каждый человек по одному привёл, и это уже 30 процентов всех доноров России. А если по два? И так далее.

Но, к сожалению, этого участия мы не наблюдаем, а хотелось бы, чтобы Красный Крест не только проводил массовые акции. В Германии Красный Крест проводит 130 массовых донорских безвозмездных акций. У нас — где эти акции Красного Креста? Хотелось бы, чтобы Красный Крест не только проводил такие массовые одноразовые акции, но и вёл планомерную агитационно-пропагандистскую работу, широкомасштабную. Чтобы Красный Крест возглавлял те волонтерские донорские движения, которые сейчас возникли стихийно во всех регионах, чтобы он их учил, чтобы

агитационно-пропагандистская работа велась со школы и высших учебных заведений. И, может быть, только тогда количество безвозмездных доноров в нашей стране будет увеличиваться, и мы достигнем хотя бы нормальных величин, которые позволят нашим людям выживать в любой критической ситуации.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Сергей Владимирович.

Выступает Прикулс Владислав Францевич, директор ГБУ «Психоневрологический интернат № 12» Департамента социальной защиты населения города Москвы.

Приготовиться Тарасову Вадиму Владимировичу.

**Прикулс В. Ф.** Уважаемый Олег Анатольевич, уважаемые коллеги!

Большое спасибо, что нам с коллегами как представителям самого обычного, рядового, на земле стоящего интерната удалось поучаствовать в таком интересном мероприятии. Я бы сказал, очень даже нескучном «круглом столе». И хотелось бы сказать, что, когда мне предложили поучаствовать в этой дискуссии, в этом «круглом столе», первое, о чём я подумал, — сделать красивую презентацию о том, как мы взаимодействуем с Красным Крестом, какие у нас есть красивые и интересные факты из нашей совместной работы. А так как до этого я занимался научной деятельностью — я доктор медицинских наук, — то сразу стал думать, какие подобрать слайды, какие подобрать события, какие моменты.

И, к сожалению, пришёл к тому, что подобрать-то, в общем-то, и нечего. Потому что я так же, как Виталий Валерьевич (Носов. — *Прим. ред.*), пока, к сожалению, с представителями Красного Креста в своём психоневрологическом интернате не познакомился. Ни в качестве гостей, ни в качестве участников каких-то мероприятий, ни в качестве волонтеров. Ни в каком качестве.

Хотя, с другой стороны, если судить по докладу Раисы Тимофеевны (Лукутцовой. — *Прим. ред.*), это серьезнейшая организация, самодостаточная организация, далеко не молодая, уже очень взрослая, 146-й год пошёл, и с большим международным опытом. Казалось бы, всё есть для того чтобы познакомиться с теми, кто, в общем-то, является потенциальными партнёрами по общему благородному делу.

Если посмотреть те бумаги, которые были подготовлены к данному «круглому столу», здесь есть материалы о Германском Красном

Кресте. «Российский Красный Крест», как уже было неоднократно сказано, активно занимается международной деятельностью, принимает активное участие в международной работе. Здесь написано одно из направлений, цель: защита и сокращение человеческих страданий, пропаганда здорового образа жизни. Пожилые, люди с ограниченными возможностями, нуждающиеся люди с личными социальными обстоятельствами и так далее.

В каждом психоневрологическом интернате есть — кто не знает, скажу, кто знает, напомним — отделение патронажа. Такие отделения занимаются с теми нашими гражданами, которые проживают в Москве и которые по ряду обстоятельств не могут себя обслужить, являются полностью несамостоятельными, недееспособными, но имеют родственников, которые не могут им помочь. Либо не имеют родственников вообще, либо относятся к категории малоимущих, либо страдают психическими заболеваниями. Таких очень много. И в начале нашего «круглого стола» Олег Анатольевич (Куликов. — *Прим. ред.*) приволил факты — какое огромное у нас количество и пенсионеров, и пожилых людей, и инвалидов. И вот патронажное отделение занимается патронажем данной группы населения.

Что такое патронажное отделение, например, в моём интернате? Это штат из 15 человек, которые обслуживают 50 человек, проживающих в городе Москве.

Подумаем сами, могут ли 15 человек штата максимально обслужить человека, который, скажем, не может практически полностью или полностью себя обслужить в домашних условиях и живёт самостоятельно? То есть с ним больше никого нет: ни родственников, ни друзей, ни знакомых. Этот человек по ряду обстоятельств не может сразу, по желанию, поступить в наше учреждение. Ни для кого не секрет, что, конечно, не хватает учреждений, что есть определённые очереди, есть определённые моменты, которые надо пройти, чтобы попасть в учреждение. Но, что делать — такие люди есть.

Поэтому в каждом, ну не в каждом, а во многих интернатах и ныне есть патронажные отделения, и мы стараемся максимально оказать этим людям все возможные услуги, которые только могут оказать наши сотрудники.

Однако те люди, которым мы оказываем помощь, нуждаются не в эпизодической помощи, а в постоянной — они нуждаются

в помощи сиделок, тех людей, которые будут находиться с ними максимально долго. Можем ли мы обеспечить их сиделками? Нет, конечно, не можем. Тогда, если мы обеспечим сиделками 2, 3 или 4, или 15 человек, остальные 35 или больше, относящихся к нашему интернату, уже не получают от нас помощь.

На сегодняшний день ниша, связанная с сиделками, занята в основном частными компаниями, и все эти услуги предоставляются, естественно, за деньги. Это платные услуги.

Возникает вопрос: могут ли наши малообеспеченные пациенты и те люди, о которых я вам говорил, обеспечить себя и заплатить сиделке?

Средняя стоимость услуг сиделки по Москве, скажем, — порядка полутора тысяч рублей в день. Это самый средний подход.

Если мы это умножим на количество дней в месяц, то получаем сумму, которая, в общем-то, не по карману тому контингенту, который мы обслуживаем.

Здесь, казалось бы, и должны мы, как говорила Юлия Сергеевна (Шойгу. — *Прим. ред.*), максимально консолидироваться с «Российским Красным Крестом», который знает эту работу, у которого есть волонтеры, у которого для этого есть все возможности. Но, работая, что директором детского дома-интерната, что потом директором психоневрологического интерната, я ни разу, к сожалению, не встречался с представителями «Российского Красного Креста».

Я слышал, что представители нашей сферы встречаются на праздниках, на каких-то общих мероприятиях, но, как директор интерната, я не встречался с ними ни разу, и никаких вопросов, замечаний, никакой реакции на то, чтобы нам помочь в чём-то, предложить своё видение вопроса, разработать какой-то алгоритм действия — ни разу такого при мне не было.

К нам приходят различные общественные организации. В детском учреждении приходило больше организаций, я бы сказал, даже в десятки раз больше, потому что это всё-таки дети, и поэтому на их проблемы реагируют больше.

Сейчас в нашем интернате взрослый контингент, очень взрослый. Я недавно поздравил с днем рождения 92-летнюю бабушку. Но общественные организации к нам приходят больше от религиозных организаций. То есть представители церкви к нам приходят, а вот «Российский Красный Крест» ну никак не идёт. Очень бы хотелось

работать вместе, очень бы хотелось разработать алгоритм работы, подумать, в чём мы можем друг другу быть полезны, в чём мы можем друг другу передать опыт, найти точки соприкосновения. И, конечно же, сегодня звучали упреки «Российского Красного Креста» в сторону Минздрава. Критиковать-то всё можно, да. Все мы работаем, кто-то с ошибками большими, кто-то с меньшими, не бывает людей, у которых нет ошибок. Не ошибается только тот, кто не работает.

Но я хочу сказать, что как раз с Минздравом у нас получается межведомственное взаимодействие. Да, тоже не всегда на самом высоком уровне, да, не всегда. Но оно получается, и оно нарастает с каждым месяцем, потому что мы нашли общий язык, нашли, как друг с другом общаться, как строить общие планы, и всё стало получаться.

И здесь критиковать, мне кажется, — это мало. И вот как Анатолий Николаевич (Гулин. — *Прим. ред.*) сказал, надо больше работать, надо больше прилагать усилий, чтобы такие приземлённые организации, как наша, как коллеги из Кубани, которых там мы встречали, видели представителей Красного Креста у себя, скажем, как ближайших помощников, как ближайших соратников в том общем деле, которое начато было давным-давно.

И как сказал Олег Анатольевич (Куликов. — *Прим. ред.*), когда-то были ещё и сёстры милосердия. Само слово «милосердие» уже говорит о том, что наш контингент — это, наверное, один из тех основных контингентов, который должен получать какую-то реакцию, я не хочу сказать «помощь», чтобы это не звучало так. Помощь мы не просим, мы просим, чтобы с нами работали вместе. Но вот этого пока не получается.

И я хотел бы закончить своё краткое выступление на том, что на сегодняшний день основной направленностью, на которую указывает нам и руководство страны, и руководство города, и руководство департамента, является то, чтобы мы максимально усилили обслуживание людей на дому. То есть мы должны обеспечить им возможность проживания дома, вне стационара, но работать с ними так же плотно, как в наших учреждениях соцзащиты, так и в других общественных организациях, которые на это настроены.

И если это получится, то мы с вами решим самую главную проблему: не придётся наших уважаемых бабушек, дедушек, одиноких людей отправлять к нам в учреждения, потому что, поступая к нам

в учреждение из дома, как бы они дома ни жили, они приходят уже в чужой дом, и для них это стресс. И коллеги, доктора, которые меня сейчас слышат, они поймут, что такой стресс часто очень заканчивается очень плохо.

И в этом случае, конечно, помощь Красного Креста необходима для того, чтобы те наши уважаемые москвичи (я говорю сейчас о москвичах), которые живут сейчас в своих квартирах и у которых, к сожалению, нет родственников, москвичи, которые малообеспечены, которые больны, которые не могут за собой самостоятельно ухаживать, получали и от нас, и от Красного Креста такую консолидированную помощь. И тогда, наверное, мы сделаем одно общее и очень благородное дело.

Спасибо большое.

**Председательствующий.** Спасибо, Владислав Францевич.

Хочу добавить от себя, что в Москве один миллион из двух с половиной миллионов пенсионеров — это одинокие пенсионеры. Один миллион! Это, конечно, огромная проблема.

Выступает Тарасов Вадим Владимирович, директор Волонтерского центра ГБОУ ВПО «Первый МГМУ имени И. М. Сеченова».

Приготовиться Дяденко Николаю Сергеевичу.

**Тарасов В. В.** Добрый вечер, уважаемый Олег Анатольевич, уважаемые коллеги! Хотелось бы поделиться опытом нашего университета в области популяризации донорской деятельности. Но, учитывая то, что Сергей Владимирович (Сидоркевич. — *Прим. ред.*) на многие вопросы уже ответил, я бы хотел немножечко расширить свою речь.

И учитывая то, что здесь было поднято много социальных вопросов, я хочу рассказать о том, как у нас развивалось и развивается волонтерское движение. Проблема привлечения доноров в целом достаточно актуальна для нашей страны, и Первый МГМУ, конечно, не является здесь исключением. И нам так же, как и другим, достаточно сложно найти нужное количество доноров для того, чтобы обеспечить все свои потребности, в особенности учитывая то, что у нас не так давно, 6 февраля этого года, открылся Центр переливания крови — достаточно крупная станция, способная перерабатывать до 10 тонн крови в год.

Здесь, в вузах, конечно, есть несколько более широкие возможности, чем у обычных станций переливания крови, у городских

больниц и лечебных учреждений. Это обусловлено во многом тем, что у вуза есть важные ресурсы, как человеческий — это студенты, — так и творческий, потому что студенты во многом являются движущей силой в вузе, и их студенческая и социальная активность во многом способна проявить себя в таких делах, как привлечение доноров, и прочих социальных проектах.

На протяжении последних лет в Первом МГМУ... активно развивается социальное волонтерство. С 2007 года успешно действует медико-социальный отряд «Маленький принц», входящий в состав волонтерского центра. «Маленький принц» в 2009–2010 годах был отмечен на Всероссийском конкурсе «Доброволец года» и стал призёром в нескольких номинациях.

Основным направлением деятельности данного отряда является проведение благотворительных акций, праздников для детей-инвалидов, оказание социальной помощи, медицинское просвещение населения, особенно среди детей школьного возраста, популяризация добровольчества.

В 2010 году Первый МГМУ стал одним из победителей в конкурсе Министерства образования и науки Российской Федерации и автономной некоммерческой организацией «Оргкомитет «Сочи-2014» на право подготовки волонтеров к XXII Олимпийским и XI Паралимпийским зимним играм в городе Сочи. Мы победили в номинации по направлению «Допинг-контроль» и готовим волонтеров для работы на играх.

Соответственно, в 2011 году в университете было образовано структурное подразделение — Волонтерский центр. Создание данного подразделения позволило объединить все добровольческие силы вуза и скоординировать деятельность как по направлению подготовки к Играм, так и в социальной области. Другими словами, та деятельность, которая и ранее велась в вузе, теперь стала централизованной и организованной в значительно большей степени.

В рамках популяризации спорта, здорового образа жизни и донорства за прошедшие пару лет нашими волонтерами проведено более 140 уроков и лекций, слушателями стали более 17 тысяч человек. То есть для относительно небольшого количества волонтеров это достаточно приличные цифры, и хочется надеяться, что для людей, которые прослушали лекции, в особенности школьников, это будет важным уроком, у них появится понимание того,

что же значит медицина, и элементарное понимание о гигиене в нашей жизни.

Вот только недавно к нам поступали очередные запросы из подшефных школ с просьбой провести ещё ряд уроков в текущем году. Потому что дети очень активно интересуются данными вопросами, и очень им нравится послушать студентов, услышать от людей чуть-чуть постарше них — ещё не настоящих врачей, но уже вступивших на несколько шагов вперёд них, — услышать от них, что такое медицина, и понять те элементарные вещи, которые, к сожалению, не всегда могут правильно объяснить в школе. Это очень важно и имеет очень хороший психологический эффект.

Важным направлением работы Волонтерского центра стала популяризация и поддержка донорского движения, а также проведение донорских акций.

Хочется отметить — многие не сталкивались с работой Красного Креста — но у нас был небольшой опыт работы. К сожалению, он был уже два года назад, в 2011 году, когда в «Парке Трубецких» и на базе Российского научного центра хирургии имени академика Б. В. Петровского проводилась донорская акция, достаточно крупная. Мы проводили её совместно с Красным Крестом. К сожалению, после этого мероприятия наше сотрудничество не продолжилось.

Вместе с тем, активисты Волонтерского центра привлекали студентов к сдаче крови на регулярной основе: в течение 2011–2012 годов, с определённой периодичностью, проводились крупные и не очень мероприятия. Но, тем не менее, мы старались организовать доноров на регулярной основе, что является достаточно важным, в особенности — здесь коллеги меня поправят — не только для сдачи форменных элементов, но и для плазмы крови. Потому что есть такой момент: если человек сдаёт плазму крови, если второй раз он не приходит, то эту плазму необходимо инактивировать, а это достаточно дорогая процедура, и серьёзно удорожает компоненты, и для массового заготовления плазмы крови это достаточно существенно. Поэтому регулярные доноры, по мнению руководителя нашего Центра крови, — на вес золота. Я думаю, что с этим можно согласиться.

В течение 2012, 2011 годов к различным мероприятиям по сдаче крови нами было привлечено более тысячи человек. 6 февраля 2013 года состоялась акция «Подари жизнь — стань донором!».



в рамках которой Министр здравоохранения России Вероника Игоревна Скворцова посетила Центр крови Первого московского государственного медицинского университета, где состоялось его торжественное открытие и презентация, а также акция по сдаче крови.

В работе по привлечению доноров у нас активно участвует деканат по работе с иностранными обучающимися. 14 июня по инициативе вице-президента Фонда Гейдара Алиева, председателя Азербайджанской молодёжной организации России Лейлы Алиевой, при поддержке Первого МГМУ была проведена благотворительная акция «У крови нет нации».

В рамках этой акции в Центре крови приняли участие около 100 студентов московских вузов — представителей различных национальностей: там были студенты из Бразилии, Израиля, Саудовской Аравии, Малайзии, Узбекистана и других стран.

Это позволило нам говорить о том, что данная проблема является интернациональной, и у нас, в России, готовы подключаться к её решению. И готовы делиться своей кровью не только наши сограждане, но и граждане других государств, небезразличные к проблемам окружающих их людей.

В ходе нашей работы в Первом МГМУ удалось добиться определённых успехов по привлечению доноров. Однако, к сожалению, этого недостаточно для полного обеспечения нашего Центра крови кровью и форменными элементами.

Помимо мероприятий по непосредственно донорству крови, мы проводили благотворительные акции по привлечению внимания к проблемам органного донорства. В частности, стоит отметить футбольный матч для людей с пересаженными органами, который состоялся в рамках акции «Люди ради людей», организованной Национальным альянсом медицины и спорта «Здоровое поколение», Российским трансплантологическим обществом, Первым МГМУ имени И. М. Сеченова и ФГУ «Федеральный научный центр трансплантологии искусственных органов имени академика В. И. Шумакова».

Целью мероприятия было, естественно, повышение внимания прессы и общества к данной проблеме. Потому что, к сожалению, в нашей стране большая нехватка донорских органов. И это большая проблема. Даже большая, наверное, чем просто переливание крови.

Анализируя нашу работу, я хотел бы отметить несколько моментов в области работы с донорами.

В первую очередь — это, конечно, отсутствие личностных установок на сдачу крови. То есть в связи с тем, что в последние 20 лет серьёзно эта работа не проводилась, у населения, у многих граждан, особенно у более молодой части населения, к сожалению, не всегда есть мысль о ближнем и необходимости помогать ему, и о том, что тебе самому когда-то может понадобиться помощь.

И здесь уже говорили о том, что когда у нас происходят какие-то крупные трагедии, люди приходят, сдают кровь. Это хорошо. Но вот как у нас в России всегда бывает: пока гром не грянет, ничего не происходит. Гром прогремел, сразу люди пришли. Но гром ушёл, прошло какое-то время, и люди забыли. А, к сожалению, проблемы-то остаются.

И вот как раз те 20 процентов доноров, которых нам не хватает, во многом и можно было бы получить при проведении действительно широкомасштабной, целенаправленной, и что самое важное, регулярной работы по их привлечению, популяризации донорской деятельности.

Естественно, здесь важно отметить, причина — это опять же недостаточная информированность людей о механизмах сдачи крови. То есть многие люди вообще не знают: а кто именно может сдавать кровь, когда можно сдавать кровь. Не знают люди, где можно сдать кровь. Хотя в Интернете можно найти информацию. Но, к сожалению, во многом люди пассивны. Другими словами, человек вроде не против сдать кровь — да, я готов, — но вы меня отведите, пожалуйста, покажите, куда мне прийти, покажите, что сделать, и желательно, сделайте так, чтобы это было для меня удобно.

На наш взгляд, просто по анализу такой работы, лучше идти людям навстречу и организовывать работу пунктов по переливанию крови в такое время, чтобы им было действительно удобно сдавать её, в том числе и в выходные дни, этого часто не хватает. У нас есть много людей, которые говорят: я готов прийти в субботу, но вот на неделе не могу, а в субботу приду. Но, к сожалению, по выходным дням работают не все пункты сдачи крови.

И в заключение хотелось бы сказать, что волонтерская деятельность полезна и достаточно важна для популяризации донорства, но в одиночку ни волонтерская организация, ни вуз, ни тем более

станции по переливанию крови или какие-то больницы не могут проводить широкомасштабную и постоянную работу по популяризации донорства. Это не под силу им просто. Но это и не основная задача. Должна быть у нас некая сила, должен быть лидер данного движения, который будет всю эту работу в себе консолидировать и выступать как основное звено, который будет диктовать общую политику, будет координировать деятельность различных организаций и учреждений, в том числе и волонтерских, чтобы они друг другу дорогу не перекрывали. Если вы работаете в одном округе, пусть другие люди работают в другом округе. Если вы помогаете одному центру, пусть другие помогут другому. Помощь нужна всем, нужно просто, чтобы она делилась равномерно. И нужен некий координатор этой деятельности.

Сейчас очень важным моментом является подготовка к Олимпийским играм, и мы сейчас сосредоточили все усилия на ней. Это очень большой и ответственный проект. Допинг-контроль — это колоссальная задача. Я думаю, что все понимают, насколько это важное направление. Но Игры закончатся. К Олимпийским играм Волонтерский центр России готовит почти 25 тысяч волонтеров. 25 тысяч человек — это очень большая цифра. Это люди активные, небезучастные, имеющие активную гражданскую позицию, как правило, и готовые проводить и участвовать в самых различных мероприятиях.

Так вот, что касается будущего этих людей — мы сейчас часто обсуждаем с коллегами из оргкомитета Сочи, из других волонтерских центров — а что же будет дальше? Каково наследие этих Игр, что останется? На мой взгляд, сейчас нужно подхватывать эту инициативу, и когда пройдут Олимпийские игры, нужно дать новый импульс развитию и сохранению волонтерской деятельности, потому что эти люди будут искать, куда приложить свои силы.

И вот здесь работа по популяризации донорства, по медицинскому просвещению для медицинских вузов, по различным формам социальной помощи для этих людей, я думаю, будет очень кстати. И здесь роль Красного Креста, на мой взгляд, была бы крайне важной. Потому что Красный Крест, действительно, — это то имя, ради которого люди готовы приходить и готовы сотрудничать. И они будут знать, что они не в непонятно какой некоммерческой

организации, которая непонятно чем занимается и непонятно кем создана, а это именно Красный Крест. Это уже действительно большая сила.

Поэтому хотелось бы пожелать нам всем, чтобы те усилия, которые сейчас приложены к созданию массового волонтерского движения во всей России, пусть и в рамках Олимпийских игр в Сочи, не пропали даром, а потом были подхвачены, в том числе и Красным Крестом. И со своей стороны мы говорим, что открыты к работе. В Первом МГМУ есть масса инициатив по работе с медицинским просвещением, по работе со школьными и даже дошкольными лечебными учреждениями, но нам нужна помощь, нужна координация наших ребят, нужно дополнительное обучение, в том числе и психологическое, чтобы ребята — будущие врачи, что очень важно, — умели общаться с людьми. Ведь сейчас наши волонтеры получают опыт общения с самыми разными людьми: с детьми, с различными категориями социально защищенных, незащищенных людей, а участие в спортивных мероприятиях позволяет им пообщаться, в том числе, и со спортсменами, с людьми достаточно высокого положения. Всё это позволяет врачу сформировать умение общаться. И тогда мы получим на выходе человека, который не только смотрит анализы, а всё-таки умеет общаться с пациентом и в первую очередь с ним говорить, с чего, в общем-то, медицина начинается и почему она должна быть, и умеет ставить диагноз.

Хочу поблагодарить за возможность выступить. У меня всё, спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Вадим Владимирович.

Выступает Дяденко Николай Сергеевич, председатель Ставропольского краевого отделения РКК, член правления «Российского Красного Креста».

Следующий — Мальсагов Муса Асланович.

**Дяденко Н. С.** Уважаемые друзья!

Я имею право выступить сегодня здесь по четырём позициям. Прежде всего, более 30 лет я, в отличие от многих сидящих здесь, являюсь членом сначала советского Красного Креста, сегодня — Российского. Более 20 лет я являюсь председателем ставропольского регионального отделения. Почти 30 лет я являюсь почётным донором СССР. И вот сейчас я узнал, что я причастен ещё — это четвёртое — к ухудшению работы «Российского Красного Креста».

Поэтому начну со слов о том, что государство всегда вмешивалось в политику советского Красного Креста. Не совсем это так. Да, государство оказывало помощь советскому Красному Кресту, обязав его заниматься несвойственной ему работой — оказанием помощи политэмигрантам. Это политэмигранты из Чили и ряда других стран.

Что касается другой финансовой помощи, то за те 20 лет, что я работаю в Красном Кресте, я её не видел. Красный Крест жил за счёт взносов, которые, как вы правильно сказали, собирали с граждан. И вы знаете, к сожалению, как практика показывает, что граждане-то сдавали, а вот чиновники никогда не сдавали, так же, как чиновники, имея опыт донорства, никогда не были активистами, в числе первых, при сдаче крови. Я надеюсь, вы не будете этого отрицать. Всегда приходили рядовые люди, а первые лица никогда этого не делали.

Да, у нас в 1990-е годы показатель по донорству был примерно тот, который вы сегодня назвали. Но надо вспомнить, что именно Министерство здравоохранения выступило первым за то, чтобы убрать «Российский Красный Крест» от проблем донорства. Не так ли? Так. Именно Министерство здравоохранения первым выступило за то, чтобы «Российский Красный Крест»... Я понимаю, вам смешно, потому что вы не всё знаете, к сожалению.

**Из зала.** *(Не слышно.)*

**Дяденко Н. С.** Ну как же не соответствует? У нас есть документы, это же уже соответствует действительности, мы к вам обращались неоднократно.

И об этом говорит хотя бы тот факт, что на сегодняшний день это единственная государственная организация, которая, ратуя за государственный Красный Крест, до сих пор не подписала с «Российским Красным Крестом» ни одного договора.

Многие выступающие говорили: «Российский Красный Крест» не приходит к нам. Простите, это общественная организация. Почему мы должны приходить к вам, а не вы к нам? Или для совместной работы мы должны собраться? Вы вот сейчас говорите, что в Крымске вы не видели «Российский Красный Крест». Странно, но почему-то «Российский Красный Крест» видел губернатор Краснодарского края, неоднократно приглашавший наших представителей на совещания. Второе — нас видел Президент

России. И более того — кто же тогда занимается распределением и оказанием той гуманитарной помощи в размере 900 миллионов рублей? Красный Крест и занимался. А Министерство здравоохранения... вы сегодня говорите: вот, мы вас там не видели. Но другие видели почему-то.

Что касается государственности в Красном Кресте. Ну, во-первых, это уже будет совсем другая организация, не имеющая никакого отношения к «Российскому Красному Кресту», так как практика показывает, что нет у нас во всём мире государственных организаций Красного Креста. Вы здесь ссылаетесь на справку, я почитал ее и думаю теперь: что это — хотят помочь «Российскому Красному Кресту» или наоборот — закопать? Если это помощь, то, по логике, с этой справкой нас бы должны были ознакомить чуть пораньше, подсказать: ребята, вот вы там сидите, собрались — в справке глаголется, что вам всем за 60, — и давайте мы подумаем, как нам вместе выйти из этого положения. Но мы не считаем, что «Российский Красный Крест» в кризисе. Если вы так считаете, то давайте работать совместно.

Здесь есть ссылки на то, что нынешнее руководство «Российского Красного Креста» не справится... Я думаю, вы заблуждаетесь — справится нынешнее правление. Здесь есть ссылка на то, что надо менять устав. Простите, наш устав прошёл сильнейшую экспертизу Международного Красного Креста, в Международной федерации. Вы голословны — те, кто говорил... потому что далеко не каждый знает наш устав, а может быть его никогда и не видели. Говорить о том, что это неправильно, по крайней мере, не совсем корректно.

**Председательствующий.** Николай Сергеевич, простите, но многое не по существу вы говорите.

**Дяденко Н. С.** Как считаете нужным. И последнее. Я читал эту справку и вижу, что во многих странах первыми лицами Красного Креста являются первые леди. Да, и Испания, и ряд других. Вы знаете, очень жаль, что мы узнали об этой справке сегодня. А если бы мы узнали ещё вчера, мы бы вам принесли документы, где написано, что мы обращались и в 1991 году в адрес Президента России Бориса Николаевича Ельцина, и не только в его адрес, и просили: окажите помощь, поднимите флаг в том, чтобы первым лицом нашего Красного Креста были именно первые леди. Но, к сожалению,

мы не дождались ответа. Так же, как мы не дождались ответа и от Минздрава. Сколько мы писем пишем — в ответ ничего.

То есть получается, что это письмо, похоже — может быть, я буду говорить грубо, — заказное. Мне так кажется, что оно заказное. Если бы оно не было заказным, то об этом письме мы должны были бы узнать на порядок раньше. А сегодня мы узнаём — для чего? Чтобы нас здесь поизбивали, поиздевались: вот вы — бездельник, вы развалили Красный Крест. Нет, не получится у вас это! Мы будем отстаивать свои позиции. И не допустим того, чтобы Красный Крест был государственной организацией.

Я думаю, что и государство в целом на это не пойдёт. Потому что мнения некоторых чиновников — это ещё не мнение государства. И мнение комиссии — это не мнение государства. Я закончил.

**Председательствующий.** Спасибо, Николай Сергеевич.

Я бы хотел, чтобы все выступающие не повторяли то, что уже было однажды сказано. Если у вас есть что сказать — что-то новое, что-то позитивное, давайте говорить об этом.

Слово предоставляется Мальсагову Мусе Аслановичу, заместителю председателя Российского Красного Креста в СКФО, председателю Ингушского республиканского отделения «Российского Красного Креста».

Следующий Степанов Михаил Вячеславович.

**Мальсагов М. А.** Спасибо за предоставленное слово.

В своих выступлениях многие говорили и ссылались на эту справку, и мне бы тоже хотелось бы сослаться на один из абзацев: «РКК демонстрирует отсутствие инициативы, не в состоянии предложить новых идей и фактически находится на иждивении у членов Международного движения Красного Креста, подвергаясь постоянной критике, которая используется международными неправительственными организациями для продвижения своих интересов на территории России, в частности, на Северном Кавказе».

Почему-то в последнее время стало модно... пугать Россию Северным Кавказом.

Северный Кавказ... Российский Красный Крест ничьи интересы, кроме интересов Правительства России, на территории Северного Кавказа не реализовывал и не собирается реализовывать. И мы, наоборот, как бы там ни было сказано сегодня, не конкурируем — но нам приходилось конкурировать — с международными

организациями, которые там исчислялись несколькими десятками, точнее, с 43 организациями, которые занимались оказанием психологической помощи через переводчиков. А мы этим не занимались, мы оказывали помощь напрямую. Получается, мы в этих вопросах, конечно, конкурировали, и власть нам, к сожалению, не оказывала поддержку в этих вопросах, а тесно сотрудничала с этими международными организациями.

Если же быть ближе к нашей теме — я не собираюсь защищать Красный Крест, потому что нам нет надобности защищаться. Но мне бы хотелось сказать несколько слов о сотрудничестве Ингушского республиканского отделения «Российского Красного Креста», который я возглавляю. Помимо того, что я заместитель председателя «Российского Красного Креста», о сотрудничестве со многими министерствами, в том числе и МЧС, могу рассказывать много и долго. Там очень хорошо меня знают, и я знаю и генерала Руслана Колоева, начальника Главного управления МЧС России по Республике Ингушетия, я знаю руководителя и главного врача Ингушского республиканского противотуберкулёзного диспансера Елизавету Аушеву, я знаю Луизу Бекмурзиеву, главного врача Ингушского республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями, я знаю Макку Тунгоеву, главврача Республиканской станции переливания крови.

Почему я называю эти фамилии? Потому что мы с ними тесно сотрудничаем, и — чтобы наши коллеги из Минздрава поняли — это не голословно. Но мы не сотрудничаем с Министерством здравоохранения, потому что за 5 лет у нас уже четвертый министр. Там не с кем сотрудничать, к сожалению, и этот факт не подтвердить нельзя.

И мы сотрудничаем со всеми министерствами, у нас заключено два соглашения с МЧС — о реагировании на ЧС, о координации действий в случае возникновения ЧС, и плюс ещё — об экстренной психологической помощи при ЧС. И мы не раз подтверждали свою полезность и свою надёжность именно в ликвидации последствий террористических актов.

В 2008 году был совершен крупный теракт, с большими человеческими жертвами, 25 человек погибло. К сожалению или к счастью, не знаю, ГУВД, которое было взорвано, находится по соседству



с Красным Крестом. И правительство обратилось за психологической помощью именно в Красный Крест, и мы оказывали эту помощь, несмотря на то, что наш офис тоже был разрушен.

У нас колоссальный опыт сотрудничества с Центром переливания крови, и в таких ситуациях они в первую очередь обращаются к нам.

Мы готовим население к оказанию первой помощи, потому что чуть ли не каждый день раньше приходилось оказывать эту помощь. Слава Богу, сейчас обстановка немножко стабилизировалась.

Если акцентировать внимание на членстве, допустим, собрать членские взносы и жить за счет членских взносов, на Северном Кавказе это невозможно, потому что мы все знаем, что это дотационные республики, на 90 процентов бюджет дотационный.

В Республике Ингушетия самый высокий процент безработицы, более 60 процентов, тем не менее, мы активно сотрудничаем с органами власти и регулярно встречаемся на многих совещаниях, проводимых органами власти. Но мы никогда не получали материальной и финансовой помощи от органов власти.

Правильно говорят некоторые коллеги, что многие зарубежные национальные общества, в том числе отделения Красного Креста, помогают, но они, опять же, получают какую-то финансовую помощь от своего правительства — это сотрудничество взаимовыгодное.

И мне, честно говоря, непонятна позиция некоторых представителей органов власти, когда в России административная реформа, в рамках которой первые лица государства озвучивают то, что...

**Председательствующий.** Извините... Мы сейчас не об этом... Что делать? Давайте вернемся к этому.

**Мальсагов М. А.** Я сейчас скажу, я к этому как раз и иду. Дело в том, что когда вы говорите, что Красный Крест вы ни в чем не обвиняете, но при этом вы нам не даете сказать то, что мы хотим, и внести предложения... Но когда другие говорят, что нас критикуют, вот тогда вы никого не успокаиваете, к сожалению.

И мне бы хотелось сказать: когда первые лица государства говорят о том, что необходимо отказаться от многих государственных услуг из-за несоответствующего качества, мы с вами говорим о том, что нужно эти услуги перевести в ведение какого-то министерства и сделать общественную организацию государственной. Зачем

тогда ежегодно выделяются в рамках президентского конкурса 2,5 миллиарда и распределяются среди общественных организаций? Я ни один конкурс не пропускал, я участвую, хотя я не выиграл ни разу. Хотя бывало, что выигрывали те организации, которым я помогал писать проекты...

Если говорить о сотрудничестве — то мы только этим и занимаемся... Вся деятельность Красного Креста направлена на сотрудничество Российского Красного Креста с Правительством Российской Федерации в соответствии с той ролью, которую мы несём согласно нашему уставу — вспомогательной ролью по отношению к Правительству Российской Федерации. Если говорить о региональном отделении — соответственно, вспомогательная роль по отношению Правительства Республики Ингушетия.

Я, как председатель ингушского отделения, являюсь членом многих комиссий, которые создаются при органах власти, в том числе и при главе республики, межведомственной комиссии по профилактике ВИЧ, СПИД, во многих, многих комиссиях, в том числе, как говорил наш коллега, и общественно-наблюдательной комиссии. К сожалению, был и в двух составах общественно-наблюдательной комиссии по защите прав человека в местах принудительного содержания. Третью комиссию, в этом году, нам не удалось сформировать, потому что не было общественных организаций, которые могли бы создать кворум в республике. Мы подали заявления — две организации — и мы не смогли. И я абсолютно согласен с нашими коллегами, когда они говорили, что были огромные масштабы бедствия в Краснодарском крае. И спасибо вам за то, что вы оказывали эту помощь. Но это была настолько громадная помощь, что даже само государство — при всей нашей ресурсной базе — не могло справиться с этим бедствием. Нам нужно было всем этим заниматься. Плохо то, что координация была слабая, но нельзя опять же во всех этих бедах винить только Красный Крест. Если, может быть, мы забыли или что-то ещё не так сделали, подскажите — мы готовы идти навстречу, мы готовы вас выслушать.

И жаль, что я не могу сегодня также пригласить сюда ребят из волонтерского движения Ингушского государственного университета, который тесно сотрудничает с Красным Крестом, и под патронажем Красного Креста это движение было создано. И я бы хотел, чтобы они также сделали презентацию о том сотрудничестве

и о той помощи, которую мы оказываем в ликвидации последствий ЧС.

Я хотел бы акцентировать ваше внимание на том, что у нас, в Республике Ингушетия, создан Центр по реагированию на ЧС — совместно с МЧС. Подписано соглашение, и были уже и совместные учения. Такой же центр сейчас в декабре создаётся в Дагестане, такие же центры будут создаваться во всех отделениях, и это будет делаться только для того, чтобы координировать нашу деятельность органами власти. И мы готовы к любому сотрудничеству, в любом направлении готовы сотрудничать с органами власти, и мы это делаем, несмотря на то, что нас, со своей стороны, власть не финансирует. С другой стороны, упрекают Красный Крест, что мы живём за счёт подачек. А за счёт чего нам жить, если наша власть нас не финансирует наше общество в виде каких-то дотаций от министерств или как-то ещё? Мы и говорим: давайте работать вместе, мы готовы сотрудничать, мы готовы разработать программы, мы готовы обсуждать эти программы, мы готовы на всех уровнях сотрудничать с органами власти для того, чтобы облегчить страдания людей, которые нуждаются в нашей помощи.

И две фразы я ещё хотел бы сказать. Вот наш коллега сделал очень информативный доклад по службе милосердия и по одиноким престарелым. В Республике Ингушетия Центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов обслуживает 360 человек, а Ингушское отделение «Российского Красного Креста» — 132 человека. Согласитесь, это всё-таки сопоставимые цифры, несмотря на то, что это бюджетная организация, а были времена, когда по финансам деятельность нашего общества превышала деятельность даже не одного, а двух министерств. Но сегодня у нас не получается привлечь эти средства. Но завтра получится, мы будем этим заниматься. Поэтому если на всех уровнях, кто бы там ни говорил, кто бы это ни предлагал, есть готовое, конструктивное сотрудничество, Красный Крест открыт для него, и мы готовы меняться, и мы готовы развиваться, и мы готовы сотрудничать со всеми.

И ещё, последнее, я хотел бы сказать. Буквально несколько недель назад в Республике Ингушетия создан Координационный совет благотворительных организаций, председателем которой я был избран. Меня туда пригласили, это была не моя инициатива, это

была инициатива других благотворительных организаций, вместе с которыми мы тесно сотрудничаем с органами власти. И цель Координационного совета заключается в том, чтобы определить потребности, определить контингент нуждающихся в помощи и тесном сотрудничестве с органами власти удовлетворять их потребности. Эта работа, так или иначе, на разных уровнях проводится во многих регионах. И если сегодня говорить о тех цифрах, наверное, времени не хватит...

Поэтому я бы хотел сказать следующее: за последние 20 лет на территории Северного Кавказа, если мы были бы на самом деле государственной структурой, к сожалению, нам не удалось бы оказать ту помощь нуждающимся в условиях военных действий. Вы знаете отношение к войне, там на флаги не смотрят. Если ты реализуешь какую-то государственную помощь, представляешь государственную власть, то тебя воспринимают как врага. И, само собой, это было бы для нас очень тяжело, несмотря на то, что и так мы там пострадали, до сих пор несколько человек, сотрудников Красного Креста, числятся без вести пропавшими.

И на протяжении этих 20 лет Красный Крест на Северном Кавказе оказал помощь 15 миллионов человек — по всему Северному Кавказу, в разных субъектах. Это начиная с 1992 года, после известного осетино-ингушского конфликта, и по сегодняшний день.

И в заключение я хотел бы сказать... Наш коллега, заместитель министра, упрекнул наше общество, он сказал: почему не работает «Российский Красный Крест» в Абхазии и Южной Осетии? Мы всё обо всём знать не можем. В Абхазии Краснодарское отделение Красного Креста работает, оказывая правовую помощь. Работает Красный Крест Абхазии. В Южной Осетии разные ситуации возникают, и политические в том числе. И плюс ещё, несмотря на всё это, есть ещё Международный устав, где у Международного комитета Красного Креста — ведущая роль в военных конфликтах или после военных ситуаций.

Поэтому мы максимально придерживаемся вот этих международных нормативных актов. Поэтому, соблюдая эти принципы, мы разворачиваем свою деятельность, координируя её со всеми международными структурами. Опять же, если я слишком эмоционально выступил — простите, я не хотел никого оскорбить. Мне просто не нравится, когда ситуацию освещают однобоко.

**Председательствующий.** Вот поэтому мы и дали вам слово, Муса Асланович. Тем более представители Юга и Кавказа...

Уважаемые коллеги, если помните, в начале мы определили время нашей работы — 17.30. И это время подошло к концу. Ну, вот попросил разрешения выступить заместитель председателя Всероссийского общества трезвости и здоровья Степанов Михаил Вячеславович. Как я понимаю, это как бы союзник Красного Креста. Михаил Вячеславович, как вы просили, вам две минуты.

**Степанов М. В.** Спасибо, Олег Анатольевич.

Правовые механизмы сотрудничества и взаимодействие Красного Креста с государством определяются до принятия Федерального закона «О Красном Кресте» Федеральным законом «Об общественных объединениях». И мне хочется спросить у присутствующих, когда тут говорят об общественных организациях... Государственно-общественных организаций у нас не было, нет и быть не может, они только в Белоруссии, у нас общественно-государственные. И они регламентируются исключительно одним упоминанием в этом законе.

А кто знает, какие общественно-государственные организации у нас есть, кроме ДОСААФ? Знает кто-то, нет? Какие? Их менее двух десятков. Это — правильно — «Динамо», «Трудовые резервы», «Документальные электросвязи», Азиатско-Тихоокеанская, ещё несколько недавно созданных, и всё. И ДОСААФ — это известная история, я 15 лет состою в ДОСААФ председателем первичной организации, одной из 22 тысяч первичных организаций, единственной по месту жительства. Когда все пленумы и конференции региональных организаций ДОСААФ, кроме Татарстана, и когда половина губернаторов и министров высказалось категорически против преобразования ДОСААФ в общественно-государственные объединения... Я не говорю, что я за или против этой точки зрения, но в результате многомесячного давления, вплоть до запрета полётов авиации оборонного общества (а вы знаете, что в том же Краснодарском крае во время наводнения авиация ДОСААФ сутками спасало людей, под командованием председателя обком ДОСААФ, ведь в одном регионе у ДОСААФ есть авиация, в другом нет) ДОСААФ потом сломали и сделали общественно-государственным. Да, были большие надежды. Но и генерал Маев старается. Но, к сожалению, даже на районном уровне, раз организация общественно-государственная, то 1–2 штатные единицы от органов

военного управления, образования, спорткомитета и других должны быть прикомандированы к оборонному обществу, но этого нет.

Я разговаривал с председателем ОСВОДа Белоруссии и пожарного общества Белоруссии — там министр возглавлял в Белоруссии добровольное пожарное общество. То есть, к сожалению, общественно-государственный статус не только мало регламентирован, но и на практике себя, к сожалению, не оправдывает.

Общество охраны природы и Общество охраны памятников нельзя делать общественно-государственными. ОСВОД и добровольное пожарное общество, казалось бы, можно, но говоря о Красном Кресте — тут нет сейчас директора Департамента некоммерческих организаций Минюста — он бы вам сказал, что и Российская академия наук до сегодняшнего дня формально является общественной организацией, но о Красном Кресте, мне кажется, даже и говорить не нужно. Учитывая уникальный международный статус «Российского Красного креста», это невозможно, в принципе.

Но правильно сказали, что «Российского Красного Креста» скоро не будет, и «Комитета за гражданские права» скоро не будет, и Общества борьбы за трезвость, скоро не будет никаких организаций. Вы это знаете, и много лет уже заседает комиссия по кодификации, и будет новый Гражданский кодекс, и Общероссийская и общественной организации «Российский Красный Крест» не будет, потому что вообще ни одной общественной организации не будет, будут общественные организации граждан. Совершенно другая организационно-правовая форма.

Когда я 10 лет назад писал дипломную работу на тему Красного Креста, я отмечал, что и ОСВОД, и ВДПО, и Красный Крест были императорскими. То есть они были ещё до революции, в какой-то степени общественно-государственные. И генерал Нелезин дружит с Майклом Кемским, который возглавляет Королевское национальное общество спасения на водах в Великобритании. Но после революции народ и народная власть решили, что это будут общественные организации, а не государственные.

Красный Крест... Олег Анатольевич, можно ещё минуту? Я вас прошу.

**Председательствующий.** Ваши предложения...

**Степанов М. В.** Можно? Спасибо.

Красный Крест, вы знаете, курировал не только отдел науки Трапезникова, но и международный отдел. Два отдела ЦК Партии его курировало, но это было всё в рамках закона.

Все знают, что у Красного Креста три плановых задания. Это санпосты и сандружины, донорство и взносы с численностью.

Что касается санпостов и сандружин. В том, что ОСВОД, ВДПО, Красный Крест, ДОСААФ и Общество автомобилистов, их формирования, которые призваны спасать человеческие жизни в структуре нештатных аварийно-спасательных формирований ГО — все они одинаково утратили свою силу, в этом, безусловная недоработка и центрального аппарата МЧС, и региональных органов управления гражданской обороны. Это касается в целом системы гражданской обороны страны.

Что касается донорства, я вынужден признать, что мне больно об этом говорить. Но я недавно встречался по профсоюзной линии... и сам участвовал в МГСУ имени Куйбышева в массовом донорстве. Олег Анатольевич (Куликов. — *Прим. ред.*), вы помните, как профсоюз МГУ с Красным крестом МГУ, массово в вузах ... это возможно. Но это стыдно признавать. Я говорил с председателями первичек Красного Креста, и они очень просто объясняли мотивацию массового донорства: работодатель, под руководством Партии и с участием профсоюзов, обеспечивал мощнейшие материальные стимулы — отгулы, финансы и обеды, которые многократно перекрывали государственные вложения и вложения Красного креста.

И как только работодатель перестал так мотивировать сотрудников... Мы же не можем их заставить... Лично для меня эталоном председателя горкома является герой Дальвина Щербакова, точно так же, как эталоном сестры милосердия является героиня Натальи Андрейченко. И помните, как персонаж Щербакова, Малышев, уговаривал директора завода по донорству?

По взносам и по численности цифры снизились везде. Говоря о санитарно-просветительской работе — мы с Геннадием Онищенко обсуждали это в Академии госслужбы 5 лет назад на съезде санитарных врачей. Но система домов санитарного просвещения — сейчас это центры гигиенического образования населения, это санэпидслужба, в ряде регионов они сильные, но в большинстве регионов они слабые. В Москве было 33 районных дома санпросвета,

и Красный Крест оказывал содействие государственным органам. И материально-техническая база была у государственных органов.

Можно вспоминать, что 5 заместителей министра были членами президиума Красного Креста, а 8 заместителей министра были членами президиума Общества борьбы за трезвость. Но сейчас надо говорить об обратном процессе — чтобы руководство Красного Креста входило не только в консультативно-совещательные органы федеральных органов исполнительной власти — я ещё одну минуту и закончу, — но и чтобы были членами коллегии. Если на Украине и горком, и обком Красного Креста и ДОСААФ участвуют каждую неделю в аппаратных совещаниях в облгосадминистрации и в администрации города, то у нас членам коллегии уже давно не в субъектах, не на федеральном уровне, руководители Красного Креста... Можно ещё одну минуту? Я вас прошу. Я хочу закончить. Я вас очень прошу, я к вам с большим уважением отношусь.

И ещё о Красном Кресте — в 1938 году у Красного Креста вся материально-техническая база: заводы, фабрики, предприятия, зуболечебницы — всё это было изъято. Поэтому надо давать, может быть, не только «рыбу». А общественные организации, в отличие от государственных учреждений, госуслуги выполняют гораздо дешевле и экономичнее, но и по Федеральному закону № 40-ФЗ какие-то...

И говоря о положении Красного Креста, могу добавить, что и Фонд милосердия и здоровья, и Общество борьбы за трезвость находятся в гораздо более тяжёлом состоянии. Общества инвалидов, глухих, слепых имеют гораздо более серьёзные проблемы. Тут выступали товарищи, говорили: надо учитывать роль ЦК Профсоюза работников здравоохранения, вы должны работать. Красный Крест работает с медвузами через областные комитеты Профсоюза работников здравоохранения.

Я, когда писал о Надежде Викторовне Троян, которая возглавляла Красный Крест, и, к сожалению, она уже умерла, ставил вопрос: а могут ли врачи, руководители органов здравоохранения, главные врачи, люди, которые оперируют больных, уделять достаточно времени работе в Красном Кресте, в Обществе «Знание», в Фонде милосердия и прочих? Могут. И врачи, которые оперируют людей, они сами — я знаю этих врачей, — и военные врачи тоже, идут в Красный Крест, работают, выступают с лекциями. И так было



и с Денисовым Игорем Николаевичем, Министром здравоохранения СССР, и с Венедиктовым Дмитрием Дмитриевичем, руководителем советского Красного Креста, который правильно всё это предсказывал, он всё тоже это говорил.

Последнее, что я хочу сказать. Я был в Музее революции на выставке, посвящённой 95-летию комсомола — она и сейчас идёт — и там встретил Даврона Мансуровича Мухамадиева, Главу Московского регионального представительства Международной Федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца. Я в Музее революции в пяти местах увидел упоминание советского и российского Красного Креста в разных периодах.

И последнее, что я скажу об органах народного здравоохранения. Я помню, 2011, кажется, год, мы с председателем пожарного общества это обсуждали, когда в бюджете на МВД было выделено 500 миллиардов рублей, потом ещё в два раза увеличили финансирование. Но почему же в здравоохранении не увеличили? Да, в ряде субъектов увеличили в несколько раз финансирование здравоохранения, но, к сожалению, это не дало должного результата. Так что тут много вопросов.

Спасибо, Олег Анатольевич. Остальное я устно доложу.

**Председательствующий.** Спасибо. Уважаемые коллеги, наше время истекло, давайте кратко подведём итоги.

Нет, уже всё. Нет.

**Лукуцова Р. Т.** Олег Анатольевич, надо, наверное, ещё одному человеку предоставить слово.

**Председательствующий.** Нет, не надо никакого давления оказывать, уважаемые коллеги.

**Фадеева И. К.** Без давления. Я просто 30 лет работаю в Красном Кресте, кстати, мне 60 уже. И вот я сегодня сижу на этом уважаемом собрании, и я хочу сделать несколько заявлений.

Во-первых, люди, которые обсуждают работу организации, наверное, должны знать правильное её название, а не называть её так, как было в советское время.

Повторюсь, я хочу сказать о том, что те люди, которые говорили о том, что нет связи с Красным Крестом... Что такое Красный Крест? У нас в регионе — а я возглавляю Костромское региональное отделение, являюсь заместителем по Центральному федеральному округу — это всего два человека. Мы не можем везде всё знать,

но когда нужны действия Красного Креста, они к нам обращаются, и тогда возникает взаимодействие.

Ещё о донорстве я хочу сказать, о том, что обвиняют Красный Крест в том, что донорство сейчас у нас не в лучшей стадии. Давайте вспомним о том, что когда был принят закон, и уровень участия в донорстве упал ниже плинтуса, когда мы людей хватали на улице, чтобы они сдали кровь, а ваш министр докладывает президенту о том, что ни одного донора не было потеряно в регионе. Такого быть не может.

И ещё — в тех регионах, про которые говорят, что там нет Красного Креста, значит, он там просто не нужен. Наша организация как была общественной, так она и должна остаться общественной. И это мнение наших регионов.

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, я кратко...

Непростой был наш «круглый стол», он был эмоциональный. Дискуссия началась практически с самого начала, поэтому сейчас мы не будем снова проводить её, мы уже достаточно выслушали все точки зрения.

Я хочу от имени Комитета Государственной Думы по охране здоровья поблагодарить всех за участие, мы внимательно вас выслушали. Через некоторое время, я думаю, через две недели, стенограмма будет вывешена на сайте Комитета по охране здоровья. Так как вы все в своих выступлениях показали, что вы заинтересованы в новом законопроекте, мы вас приглашаем принять участие в рабочей группе по подготовке законопроекта, чтобы не было такого мнения, что решения принимаются кулуарно, без учёта позиций и Красного Креста, и других организаций.

Спасибо за участие. Я думаю, что новый закон, который, я уверен в этом, будет принят, станет лучшим итогом нашего сегодняшнего «круглого стола».

Спасибо.

**СТЕНОГРАММА**  
**«круглого стола» Комитета Государственной Думы**  
**по охране здоровья на тему**  
**«О концепции организации саморегулирования**  
**профессиональной деятельности**  
**в системе здравоохранения Российской Федерации»**

*Здание Государственной Думы. Зал 830.*  
*21 ноября 2013 года. 15 часов.*

*Председательствует первый заместитель председателя*  
*Комитета Государственной Думы по охране здоровья*  
*Н. Ф. Герасименко*

**Председательствующий.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Вначале хочу передать слова приветствия от председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Сергея Вячеславовича Калашникова. Он уехал на другое совещание и пожелал нам всем удачной работы. Депутаты сегодня тоже все работают, кто сможет — подойдёт.

Тема у нас сегодня очень интересная: «О концепции организации саморегулирования профессиональной деятельности в системе здравоохранения Российской Федерации».

Ещё раз хочу подчеркнуть, что хотелось бы, чтобы мы сегодня обсудили именно подходы к концепции саморегулирования. Есть разные мнения, суждения, предложения. Но для того, чтобы всё обсуждать, надо хотя бы концептуально во всём договориться, чтобы мы правильно всё понимали.

Сейчас в зале больше 70 человек, по предварительным подсчетам.

Уважаемые коллеги! Леонид Михайлович (Рошаль. — *Прим. ред.*)! Два года назад, при обсуждении Основ по охране здоровья, мы очень активно говорили об этой проблеме. Сегодняшние парламентские слушания как раз и посвящены обсуждению этой важной проблемы в настоящее время.

Готовил эти парламентские слушания Дорофеев Сергей Борисович, и, с учётом большого количества желающих выступить здесь, давайте определимся по регламенту. Сколько человек примерно планирует выступить?

**Дорофеев С. Б.** Заявленных пока у нас три-четыре, и плюс мой доклад — основной, минут на 15.

**Председательствующий.** Тогда, Сергей Борисович, мы вас ограничивать не будем — 15 минут, как вы говорили. А остальным докладчикам определим так: от семи до десяти минут.

Тогда я слово предоставляю Сергею Борисовичу Дорофееву, заместителю председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья. Пожалуйста.

**Дорофеев С. Б.** Спасибо.

Скажу сразу, что был соблазн в самом начале дать какую-то историческую справку. Историческую справку, в том числе основанную на истории европейских палат, ассоциаций построения процесса саморегулирования. Но, откровенно говоря, это потребовало бы очень много времени.

Поэтому я ограничился тем, что включил это в проект нашего решения, и плюс могу порекомендовать лишь литературу, в том числе и Юрия Михайловича Комарова.

Процесс объединения врачей и создание в Российской Федерации национальной профессиональной организации сегодня очень актуален. Но при этом важно, чтобы этот процесс был отражён в законодательстве. Тогда появляются механизмы для общественно-государственного управления отраслью и передачи государством ряда своих функций профессиональным медицинским организациям.

По мнению некоторых экспертов, подход к саморегулированию должен быть трехэтапным, то есть сначала самоорганизация, потом самоуправление, и только после этого саморегулирование. И с этим нельзя не согласиться, особенно имея в виду такую ответственную и значимую отрасль, как здравоохранение.

Первые элементы самоорганизации врачей в Российской Федерации были заложены ещё в 1993 году, когда был принят один из основных законов в сфере здравоохранения — Федеральный закон № 323-ФЗ «Об Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Статья 62 этого закона устанавливала, что медицинские и фармацевтические работники имеют право на создание профессиональных ассоциаций и других общественных объединений, формируемых на добровольной основе, для защиты прав медицинских

и фармацевтических работников, развития медицинской и фармацевтической практики, содействие научным исследованиям, решение иных вопросов, связанных с профессиональной деятельностью медицинских и фармацевтических работников, а также эта статья определяла правосубъектность таких организаций.

На рубеже 1990-х годов вопрос самоорганизации медицинского сообщества страны активно поднимался и обсуждался на Пироговских съездах врачей, в результате чего на встрече делегатов IV и ещё Всероссийского Пироговского съезда врачей с Президентом Российской Федерации, которая состоялась 9 июня 2001 года в Кремле, Владимир Владимирович Путин поддержал тогда ещё новую стратегию перехода от государственной к государственно-общественной модели развития и управления здравоохранением в Российской Федерации.

Однако, несмотря на политическую поддержку и принятый ещё 20 лет назад закон и заложенные в нём предпосылки для формирования и развития профессиональных медицинских объединений, недомолвки в этом законе и главным образом отсутствие механизмов реализации прав профессиональных ассоциаций не только не позволили организовать саморегулирование профессиональной деятельности, но даже и самоорганизоваться. До сих пор медицинская общественность в Российской Федерации разобщена, отсутствует единая профессиональная медицинская организация, нет координирующего национального органа, во многих регионах вообще отсутствуют профессиональные объединения врачей, а объединения, созданные в 1990-х годах, порой значатся лишь на бумаге.

Одним из факторов, замедляющих процесс объединения врачей, на наш взгляд, является то, что в рамках действующего в Российской Федерации законодательства врач не является субъектом права. То есть де-юре участником правоотношений в здравоохранении является медицинская организация, врач же наделён правами и обязанностями только в силу своего правового статуса как работник медицинской организации. Получается, что лечит пациента не конкретный человек, врач, а юридическое лицо: больница, поликлиника.

Таким образом, не врач, а медицинская организация отвечает за качество медицинской помощи, жизнь и здоровье пациента и несёт обязательства перед третьими лицами — де-юре. По нашему

мнению, бесспорно, сам врач должен быть участником правоотношения оказания медицинской помощи пациентам. Но при этом, как говорится, за спиной врача должна стоять мощная профессиональная организация.

В большинстве стран профессиональной, то есть лечебной деятельностью управляют саморегулируемые организации врачей. Они осуществляют допуск к профессии, занимаются обучением и повышением квалификации врача, вырабатывают стандарты медицинской деятельности и протоколы лечения, участвуют в урегулировании конфликтов, возникающих по поводу качества медицинской помощи, страхуют случаи причинения вреда пациентам, и прочее, и прочее.

Мало кто из экспертов и руководителей органов исполнительной власти в сфере здравоохранения у нас в стране отрицает сам факт необходимости такой единой организации. Но вот её формы, порядок создания, а главное — наделение полномочиями, вызывает много оживлённых споров среди профессионального сообщества. Федеральным законом №323 «Об Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», впервые в законодательстве Российской Федерации, было установлено, что организация охраны здоровья осуществляется, в том числе, путём управления деятельностью в сфере охраны здоровья на основе государственного регулирования, а также саморегулирования, осуществляемого в соответствии с федеральным законом. Правда, не уточнено, каким законом: то ли данным законом, то ли действующим другим законом, например, федеральным законом №315-ФЗ, который регулирует саморегулирование, то ли каким-то специальным законом, которого ещё в принципе нет.

Исходя из основ административно-территориального деления в Российской Федерации, на наш взгляд, самым целесообразным является подход к созданию единой профессиональной организации, основанной на региональных организациях, поскольку именно территории наделены широкими полномочиями по организации здравоохранения в соответствии с федеральным законом №323-ФЗ.

Такой подход и был заложен при разработке федерального закона №323-ФЗ и статьи 76, в которую введён особый вид некоммерческих организаций — профессиональные некоммерческие

организации, создаваемые медицинскими и фармацевтическими работниками. Такие организации могут создаваться на добровольной основе, там это указано, и формироваться в соответствии с указанными в законе критериями, а именно: первое — по принадлежности к медицинским работникам или фармацевтическим работникам; второе — по принадлежности к профессии — врачи, медсестры, фельдшеры, провизоры, фармацевты и так далее; третье — по принадлежности к одной врачебной специальности.

Так же, как и в предыдущих Основах, статья 76 установила правосубъектность таких организаций, определив при этом особый статус медицинских профессиональных некоммерческих организаций, основанных на личном, подчеркиваю — личном, членстве врачей и объединяющих не менее 25 процентов от их общей численности на территории субъекта Российской Федерации. Такие организации, наряду с общими функциями профессиональных некоммерческих организаций, вправе принимать участие (написано в этом законе) в аттестации врачей для получения квалификационной категории, в заключении соглашения по тарифам, в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Таким образом, у этих организаций впервые в законодательстве появились квалифицирующие признаки. В данном случае это количество врачей, которые должны быть членами профессиональных организаций, для того чтобы эта организация обрела определённые полномочия, небольшие, но всё-таки полномочия, которые в последующем, по мнению законодателей, могли бы быть расширены при саморегулировании.

Ещё одной новеллой федерального закона № 323-ФЗ стало закрепление в нём положения, предусматривающего возможность передачи медицинским профессиональным некоммерческим организациям, их ассоциациям или союзам, соответствующим критериям, определённым Правительством Российской Федерации, определённых функций государства в сфере здравоохранения.

Критерии же эти определены Постановлением Правительства Российской Федерации № 907 от 6 сентября 2012 года. По смыслу, Правительство Российской Федерации данным постановлением сказало: мы готовы передать часть государственных полномочий в сфере охраны здоровья или наделить определёнными

полномочиями общероссийское медицинское объединение, которое будет состоять из территориальных медицинских организаций, а их должно быть там не меньше 50 процентов всех субъектов, то есть 42, и общероссийских медицинских организаций по специальностям, а их должно входить в это объединение не меньше 25 процентов профессиональных медицинских организаций, и каждая в свою очередь будет объединять не меньше 50 процентов врачей этой специальности. А у нас сейчас их, таких специальностей, 96 по новому приказу, который вступит в силу с 1 января, как мне сказали в Минздраве.

По сути, это и есть организационная основа для развития саморегулирования профессиональной деятельности.

Мировой опыт доказывает, что общественно-государственное управление намного эффективнее, чем государственное управление. Если мы хотим, чтобы решения органов власти были своевременными, правильными, чёткими, тогда профессиональные организации должны формироваться и включаться в работу. Тем более что Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» уже закрепил положение о том, что организация охраны здоровья осуществляется путём управления деятельностью, в том числе и с помощью саморегулирования. Но для этого надо сначала самоорганизоваться.

Какое же нормативное поле мы сегодня имеем по саморегулированию, по самому процессу саморегулирования? В настоящее время в Российской Федерации деятельность саморегулируемых организаций регламентируется Федеральным законом № 315-ФЗ «О саморегулируемых организациях», согласно которому саморегулируемые организации объединяют (подчеркиваю) субъектов предпринимательской деятельности, исходя из единства отрасли, производства товаров, работ и услуг или рынка произведённых товаров, работ и услуг. Это относится к юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям. Либо объединяют субъектов профессиональной деятельности — определённого вида физических лиц.

В то время как в большинстве случаев медицинская деятельность не является, как мы знаем, предпринимательской, это, во-первых, а осуществляется некоммерческими организациями или учреждениями, следовательно, по первому признаку объединить



отрасль здравоохранения практически невозможно. Наверное, возможно в коммерческом здравоохранении. Также по этому закону не получится объединить и физических лиц, врачей как субъектов профессиональной деятельности, поскольку, как уже отмечалось выше, врач в Российской Федерации субъектом права не является.

Следовательно, оба эти положения мало к нам применимы.

Кроме того, определённые опасения вызывает положение федерального закона № 315-ФЗ о добровольности членства в саморегулируемой организации и потенциальной возможности утверждения каждой такой организацией своих стандартов и правил предпринимательской или профессиональной деятельности, обязательных для выполнения всеми членами этой саморегулируемой организации.

Как мы хорошо знаем, охрана здоровья — это конституционная гарантия каждого человека, принципами которой являются доступность и качество медицинской помощи. В связи с этим создание на территории Российской Федерации множества, предположим, саморегулируемых организаций со своими стандартами и правилами профессиональной деятельности, на наш взгляд, кажется, недопустимым. Необходимо учитывать и то, что качество в медицине достигается, в том числе, и соблюдением единых для отрасли норм и правил. И эти правила закреплены в нашем федеральном законе № 315-ФЗ за Министерством здравоохранения, которое наделено правом создавать порядки, обязательные для исполнения всеми лечебными и медицинскими организациями, вне зависимости от организационно-правовой формы.

В связи с этим мы считаем, что для саморегулирования здравоохранения нужен специальный закон, отражающий всю специфику деятельности по охране здоровья граждан, предусматривающий саморегулирование профессиональной медицинской деятельности медицинских работников, врачей, основанный на обязательном членстве по аналогии с законом, регламентирующим профессиональную деятельность судей, адвокатов, нотариусов. Все эти специалисты давно уже позаботились о том, чтобы государство не регламентировало их профессиональную деятельность. Обращаю внимание, все специальности — из юридической плеяды.

Основными положениями такого закона, а следовательно, и функциями профессиональной организации для обсуждения могли бы

быть процедура допуска в специальность, сертификация ли, аккредитация ли, возможность отмены лицензирования.

Второе. Организация обеспечения непрерывного послевузовского образования врачей.

Третье. Порядок разработки и утверждения клинических рекомендаций протоколов лечения по вопросам оказания медицинской помощи, проведение независимой медицинской экспертизы и страхование рисков врачей при оказании медицинской помощи. При этом нам всем, что называется, на берегу необходимо договориться, как мы видим построение нашего профессионального сообщества? На принципах обязательного членства врачей или добровольного? Причём в разных странах этот вопрос работает тоже по-разному. И совершенно по-разному. Честно говоря, однозначного толкования всей практики, которая существует во всех европейских странах, нет. Я проанализировал все европейские страны, сложно их анализировать, но мы сделали такую табличку одну, сейчас, думаю, покажем её. Там есть и добровольное членство, есть и обязательное членство.

Учитывая, что мы только в самом начале пути, на наш взгляд, целесообразно рассмотреть вариант поэтапного вступления в силу такого закона, либо же разработку и принятие его не в виде отдельного специального закона, а внесением соответствующих изменений и дополнений, касающихся роли профессионального сообщества в отдельные уже действующие законы. Например, в Федеральный закон №-323-ФЗ, в закон «Об образовании» и так далее.

Для обсуждения можно было бы предложить следующую схему реального повышения роли и медицинских профессиональных организаций на сегодняшний день.

Первое, что нужно сделать. Необходимо нам всем добиться создания общероссийской медицинской организации, соответствующей критериям Постановлению Правительства Российской Федерации №907.

Второе. Внести смысловую поправку в действующий федеральный закон №-323-ФЗ, разрешающий Правительству России процесс передачи определённых полномочий в сфере охраны здоровья вышеуказанному общероссийскому профессиональному медицинскому объединению. Сейчас при всем желании Правительство не сможет этого сделать, потому что это полномочие и функции

прописаны за нашим Министерством здравоохранения. И если даже Правительство и захочет передать их, нужно внести такую поправку, которая разрешит это сделать.

Третье. Правительство Российской Федерации своим постановлением тогда может закрепить определённые полномочия за данным медицинским объединением. После определённого времени, на наш взгляд, могло стать ясным, необходимо ли писать специальный закон для регулирования профессиональной деятельности или нет. В любом случае этот путь через Постановление Правительства гораздо короче, чем написание нового федерального закона, да и гибче весь процесс регулирования и контроля со стороны Правительства Российской Федерации, в том числе.

Более того, уже сейчас при соответствующей юридической регламентации на уровне подзаконных нормативно-правовых актов возможно привлечение участия некоммерческих профессиональных организаций врачей в реализации отдельных полномочий Минздрава России. Например, такие, как аттестация, сертификация, непрерывное последипломное образование, независимая медицинская экспертиза и прочее. Каким образом будет осуществляться саморегулирование профессиональной деятельности у нас в стране, покажет время. Сейчас очень важна консолидация всех заинтересованных сторон и врачебного сообщества, в частности, и профессиональных объединений, и власти в понимании этой необходимости. К сожалению, вопросов гораздо больше, чем ответов на них.

В целях подготовки проекта решения «круглого стола» мы предложили профессиональному врачебному сообществу и региональным органам управления здравоохранения высказать свою позицию по отдельным вопросам саморегулирования. Я вам тоже предлагаю продолжить эти рассуждения и изложить свою позицию, в том числе и по этим вопросам. Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо, Сергей Борисович.

Слово предоставляется временно исполняющему обязанности руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Мурашко Михаилу Альбертовичу. Пожалуйста.

А где он? Вышел? Ну, давайте, тогда, значит, предоставим слово референту Правового департамента Министерства здравоохранения Российской Федерации Лесниковой Марине Николаевне.

Пожалуйста, Марина Николаевна.

**Лесникова М. Н.** Здравствуйте, уважаемые коллеги!

**Председательствующий.** Марина Николаевна, вам сколько минут нужно?

**Лесникова М. Н.** Минуты три, я очень быстро. С докладом выступать Минздраву пока ещё по этой теме, я думаю, рано, поскольку всё-таки в первую очередь должны определиться именно вы, профессиональное медицинское сообщество. Я сегодня хочу поприветствовать всех от имени первого заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации Игоря Николаевича Каграманяна — он находится в отпуске, но в министерстве ведётся очень большая работа, как по установлению системы саморегулирования, так и по поддержке профессиональных организаций, которые этим занимаются.

В настоящее время в Министерстве здравоохранения создано два координационных совета. Первый — по непрерывному медицинскому образованию. И буквально в эти дни стартует первый проект по непрерывному медицинскому образованию.

И второй — это большой координационный совет, который включает в себя 11 направлений. Это и обсуждение проектов нормативно-правовых актов, совместно с медицинской общественностью, анализ и правоприменение этих нормативных актов. Это и развитие системы независимой экспертизы и многое другое. Председатели Координационного совета — Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Игоревна Скворцова и президент Национальной медицинской палаты Леонид Михайлович Рошаль. Заместители сопредседателей Совета — заместитель Министра здравоохранения России Игорь Николаевич Каграманян и вице-президент Национальной медицинской палаты, депутат Государственной Думы Сергей Борисович Дорофеев.

И в рамках этого совета также создана отдельная рабочая группа, которая как раз изучает вопросы саморегулирования, как за рубежом, так и у нас. Нами сейчас направлены пять запросов в различные страны мира, мы переводим законы и пытаемся изучить и применить лучший опыт в Российской Федерации, изучаем те системы, про которые говорил Сергей Борисович (Дорофеев. — *Прим. ред.*) — адвокатура, нотариат, судейское сообщество, которые уже создали системы, отличные от саморегулирования,

но также и отличные от правового статуса обычной некоммерческой организации.

Повторю, мы считаем, что в первую очередь всё-таки должно быть слово за профессиональным сообществом. Как сказали, в Основах есть ссылка на закон о саморегулировании. Поэтому, как определятся профессионалы, Минздрав в этой работе готов участвовать. Мы уже сотрудничаем и будем продолжать в том же духе. Спасибо.

**Председательствующий.** Слово предоставляется Мурашко Михаилу Альбертовичу, временно исполняющему обязанности руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.

Пожалуйста, Михаил Альбертович.

**Мурашко М. А.** Благодарю вас, Николай Фёдорович!

Глубокоуважаемые коллеги, мне говорить уже проще, поскольку все основные юридические аспекты были освещены, и достаточно детально, и плюсы, и минусы были показаны. Единственное, что мне хотелось бы сказать, что в целом процесс передачи определённых полномочий функции саморегулирования, в целом, Росздравнадзор поддерживает. Мы считаем, что это правильный вектор, и многие страны сегодня уже действительно показали позитивность этого движения. Но нужно понимать, что эффективность зависит от нескольких факторов.

Первый фактор — это определённое самосознание общества, и есть определённые вещи, которые касаются саморегулирования, несколько настораживают нас, как контролирующий орган. В частности, в саморегулировании, как правило, гибче нормы, устанавливаемые государством, участниками рынка. Легче взаимодействовать в политике организации саморегулирования, чем в политике государственных органов. Государство экономит бюджетные средства. И это имеет как плюсы, так и минусы...

Почему? Потому что — что значит понятие «гибче нормы»? Если мы сегодня говорим о качестве, которое в первую очередь интересует пациентов и врачебное сообщество, качество процесса и безопасность, то в этой ситуации понятие «гибче» иногда вызывает двойное толкование. В частности, если мы говорим о критериях качества для медицинских организаций, то здесь существует несколько позиций.

Первая — это такой американизированный вариант, или немецкий вариант, когда есть жёсткие правила и жёсткое выполнение, жёсткое наказание. И второй — восточный вариант, ближе к японскому, когда борьба за качество должна стать самоидеей, её реализация должна пройти в определённом ключе.

В этой ситуации нас волнует что, что сегодня есть примеры... Да, передали часть полномочий по лицензированию территории. И в определённой степени сегодня, проводя контрольные мероприятия за переданными полномочиями, мы видим, что не все территории одинаково успешно выполняют переданную функцию. Поэтому в целом движение правильное, но должна быть выработана определённая система компенсирующих мер, чтобы эти переданные полномочия государство могло совершенно чётко контролировать — насколько они качественно выполняются.

В том числе сегодня проработаны три уровня контроля качества — государственный, ведомственный и внутренний контроль качества для учреждений. Плюс ещё, по Федеральному закону № 326-ФЗ, существует экспертиза в рамках договорной деятельности. Но мы понимаем, что самый главный итог борьбы за качество — это фактически внутренний контроль качества внутри организации. И в целом в Российской Федерации единой стройной системы, в современных условиях, пока не сформировалось. У нас есть богатый, шикарный опыт, и Приказа Минздрава № 363, и других нормативных документов, но в сегодняшней ситуации все считают, что этого недостаточно. Поэтому, когда мы говорим о саморегулировании, мы должны понимать две вещи.

Первое — это юридические аспекты членства. Другими словами, нужно, чтобы это действительно была полноценная организация. И второе — каким образом будут взаимодействовать государственные структуры, контролировать качество переданных полномочий. На наш взгляд, сегодня это в принципе возможно, но в процессе нужно всё-таки будет уже о деталях разговаривать отдельно. Это наша позиция.

И ещё буквально несколько слов по качеству подготовки персонала. В целом, сегодня мы приняли позицию, что в законодательстве обязательно исполнение порядков оказания помощи. На наш взгляд, это совершенно грамотный, хороший подход, потому что порядки стандартизируют определённые вещи, и не должна

отличаться операционная в Нижнем Новгороде от операционной во Владивостоке, и процесс оказания помощи тоже должен быть одинаков.

Но сегодня мы, когда контролируем, скажем, качество исполнения порядков, мы видим, что в 30 процентах случаев те или иные замечания по оборудованию есть, в 15 процентах — по персоналу, в 5 процентах случаев имеются замечания по маршрутизации больных. Понимаете? Любой процесс должен быть чётко прописан, и в медицине тоже. Фактически для всех. Мы стоим ровно на таких же позициях, что и наша фармотрасль или отрасль медицинских изделий во многих других странах сегодня. В чём разница?

Существует определённый производственный стандарт, или для больницы это будет стандарт оказания помощи, и для него должны существовать инспектораты и контроль за инспекторатом и за переданными полномочиями. Сегодня это вырабатывается во всех странах, и Россия участвует в одном из международных форумов, где как раз разрабатывается политика не просто передачи полномочий, но и условия передачи полномочий, и контроль за переданными полномочиями.

И по одному из полномочий, по инспекторату, выработано сегодня уже 9 нормативных документов, и сообщество признаёт, что этого ещё недостаточно, это серьёзный и взвешенный подход.

Это наше мнение. Спасибо.

**Дорофеев С. Б.** А можно вопрос сразу, Михаил Альбертович? Если, стратегически, принципиально задаться вопросом передачи полномочий, подразумевая, что есть у нас организация, какой это механизм? Сразу написать новый федеральный закон про это, или через Постановление Правительства, внеся поправки в федеральный закон № 323-ФЗ или ещё куда-то?

**Мурашко М. А.** Ещё раз повторюсь, вы сейчас говорите фактически о форме передачи. Сегодня же часть функций уже прописана и в федеральном законе № 323-ФЗ, часть есть там, в статье 76 — ещё часть, понятно, что это немного. Вышло Постановление Правительства, но мне кажется, что для здравоохранения всё-таки потребуется, наверное, более детальная проработка, боюсь, что одного Постановления Правительства будет, наверное, не совсем достаточно, тем более, что закон «О саморегулировании» тоже полностью не покрывает этого, мы с вами только что говорили.

Поэтому — или внесение изменений в этот закон, или ещё что-то — тут уже надо юридико-технические вопросы рассматривать, наверное, отдельно.

**Председательствующий.** Спасибо.

Уважаемые коллеги, тут поступила просьба. Необходимо заполнить анкеты, которые вам раздали, и на выходе передать на столик регистрации.

Я с большим удовольствием хотел бы предоставить слово человеку, ради которого мы здесь сейчас все находимся, который, собственно говоря, начал эту подвижническую деятельность по усилению роли общественных организаций по оказанию качественной медицинской помощи в управлении и защите медицинских работников. В общем-то, быстрыми шагами идёт согласование с Министерством здравоохранения, подписано соглашение, практически Министерство здравоохранения активно сотрудничает с Национальной палатой.

Слово предоставляю Леониду Михайловичу Рошалю — профессору, доктору медицинских наук, директору НИИ неотложной детской хирургии и травматологии. Ну, и, как у нас говорят: доктор Рошаль. Пожалуйста, Леонид Михайлович.

**Рошаль Л. М.** Дорогие друзья, но я надеюсь, не ради меня собралась, правда. Шутка.

То, что Национальная медицинская палата не занимается разговорами, а занимается конкретными делами, я думаю, уже многие видят. Сегодня доклад делал Дорофеев Сергей Борисович, он является вице-президентом Национальной медицинской палаты, а кто не знает, то могу сказать, он прошел в Государственную Думу от Национальной медицинской палаты.

Мы идем твёрдо, у нас ясный путь, и мы с него не сворачиваем. Необходимость саморегулирования написана в уставе Национальной медицинской палаты. Откройте сайт, поднимите устав, прочтите. И первый пункт, да, основная цель — введение саморегулирования профессиональной деятельности. Это было 4 года тому назад. Очень сложно, очень трудно двигаться по этому пути. Это у нас не первое обсуждение, мы обсуждали в рамках совещания Национальной медицинской палаты расширенным составом. Но надо, чтобы общество созрело.

Сегодня у меня такое ощущение, что мы созреваем. Да. Есть, конечно, много таких вопросов, которые нуждаются в обсуждении.



Вот врач. Готовы ли мы к тому, чтобы сегодня врач стал юридическим лицом, ответственным, или не готовы? Что это повлечёт за собой? Какая за спиной врача будет тогда защита? И строить только на основании территориальных основ или нет? Потому что, если каждая территория будет саморегулируемой организацией, а в основах саморегулируемой организации лежат протоколы, единые клинические рекомендации, мы тогда как будем? В Астрахани по-одному, в Ленинграде по-другому, третьему, и все же снимать со счетов участие общероссийских профессиональных организаций именно в этом плане нельзя. Мы где-то даже поднимаем их.

Мы двигаемся в сторону саморегулирования, и конкретно сегодня — как этап — к переходу к государственно-общественной форме управления здравоохранения, и демонстрируем это на фактах. Созданное содружество между Минздравом и Национальной медицинской палатой не означает, что Национальная медицинская палата «легла» под Минздрав, нет. Мы ставим очень острые вопросы, даже сегодня, и пытаемся изнутри исправить ситуацию, и это даёт возможность диалога. У нас есть Координационный совет, в который входят, с одной стороны, представители Министерства здравоохранения, с другой стороны, представители Национальной медицинской палаты, и там обсуждается довольно много острых вопросов.

Не секрет, что даже сейчас мы были сторонниками того, чтобы разделили Минздравсоцразвития, чтобы у нас было своё министерство. Мы добились этого. Мы хотели, чтобы у нас министром был профессионал. Мы добились этого. Но в целом мы чувствуем, что министерству надо помогать, и Вероника Игоревна (Скворцова. — *Прим. ред.*) с этим согласна. Потому что даже за последнее время выходят иногда из нашего же родного министерства какие-то определённые приказы, которые вызывают вопросы. Вот только что был, я Александру Яковлевичу Лившицу спасибо говорю, приказ вышел по номенклатуре медицинских учреждений, и выпали центральные районные больницы, нет центральных районных больниц. Как так? И центральных городских больниц нет. Это что? 1300 их у нас в России! И так всё перевернуть с головы на ноги! Мы очень оперативно решили вопрос в Минздраве. Я думаю, сейчас будет дополнение.

Закон по скорой помощи, который был принят фактически без обсуждения с медицинским сообществом. И сегодня главные

врачи станции скорой помощи, объединённые в ассоциацию, написали замечания к этому закону. Написали замечания представители других медицинских ассоциаций и учреждений. И мы сейчас вернёмся в рамках этого протокола к исполнению этого приказа.

Приказ Минздрава № 302, вы знаете, никак не могли сдвинуть с места. Мы, в общем, не согласились с тем проектом, который есть, и профессионалы с нашей стороны просмотрели этот приказ, внесли изменения. И на следующей неделе, когда Игорь Николаевич Каграманян выйдет из отпуска, мы соберём комиссию. То есть я хочу сказать, что уже сегодня мы можем закладывать основы. И нам сегодня не запрещено передавать некоторые функции — было бы желание. Но всё равно, нам кажется, это нужно юридически закрепить.

Два дня тому назад мы с Вероникой Игоревной Скворцовой были у Владимира Владимировича Путина. И мы к нему пришли с предложением юридически, законодательно поддержать и переход здравоохранения от государственной к государственно-общественной форме управления здравоохранением, пришли с конкретными пунктами, что нужно сделать и как. И он благожелательно к этому отнёсся. Мы не напоминали ему, что 10 лет тому назад к нему приходили с этим же, и о том, что было сказано. Но каждой бумаге, ребята, нужны ножки, и нужен труд, надо каждый день работать, каждый день, и тогда что-то сдвинется. Мы встали на этот путь, это хорошо. Президент расписал на нашем письме определённое поручение. Мы сейчас дальше будем работать, и это хорошо — это шаг.

Но, кроме этого, нам нужно решать юридические вопросы. Лично мне, допустим, до конца не ясно — буду абсолютно откровенен — обязательное членство. Ладно, обязательное членство или необязательное членство. И всё же я склоняюсь, наверное, к такому мнению всех моих друзей, которые считают, что, если мы хотим в России что-то сделать быстро и качественно, должно быть обязательное членство, такое, как, например, в Германии. У нас же такие вольности, знаете, когда всё общество отвечает за каждого конкретного человека, и каждый конкретный отвечает за общество. Наверное, нужно обязательное членство.

Кстати, сейчас мы проводили расширенный совет Национальной медицинской палаты, присутствовали представители 72 территорий. Мы обмениваемся опытом, и говорю — у нас сейчас есть

нормальные наработки. Вот посмотрите — Смоленск. Из Смоленска есть кто-нибудь, нет? Жалко. Они уже в наших условиях столько на себя взяли и работают нормально. И Росздравнадзор им передал определённые функции. Это хорошо даже в сегодняшних условиях.

Но нам с вами надо делать следующий шаг. И я хотел в конце слушаний выступить, но так получилось... И хотелось бы откровенного разговора и мыслей. Не отмалчивайтесь, пожалуйста, на эту тему. У нас вообще принято, что народ говорит и не боится говорить. Потому что народ у нас умный. И ваше мнение будет очень важно для нас всех и для Государственной Думы. Для того чтобы сделать отдельный закон или усовершенствовать тот закон, который есть. Ведь существующий закон не совсем для нас подходит по нескольким позициям. Мы сейчас обсуждали этот вопрос со специалистами.

И сегодня присутствуют специалисты, есть из Института изучения проблем саморегулирования, и в том числе здесь директор Института саморегулирования, не медицинского, а в целом...

Евгений Иванович (Чазов. — *Прим. ред.*) нас не понял сначала. Мы не говорим о саморегулировании всей отрасли. Мы говорим о саморегулировании профессиональной деятельности: как лечить, что лечить и так далее. Конечно, в процессе мы должны, так сказать, подставлять плечо, решая многие другие вопросы. И тот, кто лечит, должен быть социально защищён, с нормальной заработной платой и всеми другими вещами, социальными гарантиями. Вопрос такой есть. И для того, чтобы хорошо лечить, надо, чтобы финансирование здравоохранения не уменьшалось в любых условиях. И, конечно, чтобы не довели к 2,8 процента внутреннего валового продукта на здравоохранение с 3,4. Сейчас-то в два раза меньше, а 2,4 — это просто преступление.

В этом плане я хотел сказать спасибо комитету Государственной Думы по охране здоровья, что они второй раз — и вот сейчас единогласно, вне зависимости от партий — проголосовали против этого бюджета, существующего бюджета. Спасибо большое.

**Председательствующий.** Спасибо, Леонид Михайлович.

Слово предоставляется Андрочникову Михаилу Михайловичу, заместителю председателя профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации.

**Андрочников М. М.** Уважаемые коллеги, конечно, вопрос, который мы обсуждаем, очень актуален. И саморегулирование

в мировой практике, как и ГЧП (государственно-частное партнёрство), признано и признаётся одним из эффективных инструментов повышения качества помощи. И у нас, естественно, существует федеральный закон № 315-ФЗ — базовый закон, который определяет саморегулируемые организации. И там есть некоторые правила, вы знаете о них.

И что такое вообще саморегулирование? Прежде всего, конечно, есть ряд классифицирующих признаков. Кто может быть членом саморегулируемой организации? Что должна эта организация делать? Меры, будем говорить, обеспечения, о чём говорил коллега, меры контроля и надзора. И финансовые меры этого обеспечения.

Сергей Борисович (Дорофеев. — *Прим. ред.*) сказал уже о том, что если мы будем учитывать функции, которые указаны в базовом законе, то ни медицинские организации, которые должны быть коммерческими в таком случае, ни врачи, как субъекты профессиональной деятельности, членами саморегулируемой организации быть не могут.

Здесь есть очень один интересный момент. Но я уже на этом останавливаться тогда не буду. Есть один интересный момент, который связан со стандартизацией и со стандартами. Почему мы говорим о стандартах? Ведь мы закладываем стандарты профессиональной деятельности, и в них заложена определённая финансовая составляющая. Почему они у нас не носят обязательного характера? Потому что ресурсное обеспечение сегодня невозможно сделать под нормальные стандарты. Действительно, я понимаю, что наш подход — попытаться установить стандарты профессиональной деятельности такие, которые обеспечили бы нормальное оказание медицинской помощи — скорее всего, будет правильным.

**Рошаль Л. М.** Дело в том, что прокуратура считает, что это обязательно. Между прочим, это не мы так считаем, а они...

**Андрочников М. М.** Но я просто говорю... И под них получать деньги, мне кажется, — это правильно. Обязательно стандартно получать деньги, мизерное финансирование, о чём Леонид Михайлович (Рошаль. — *Прим. ред.*) тоже сказал, — это нормальный подход. Но в данном случае, мне кажется, что государство вряд ли отдаст саморегулируемой организации эти функции.

Второй момент, на котором тоже останавливались, — это, наверное, то, что вы говорили, Сергей Борисович (Дорофеев. — *Прим. ред.*),

субъект права или не субъект права. Вопрос про субъектность давно обсуждается. Я немножечко не понимаю, правда, в каком ключе. Может быть, вы мне поясните, но юридические последствия для врача всё равно наступают, так или иначе. Поэтому говорить, что он неправосубъектный и какой-то неполноценный... Да, он пока не несёт материальной ответственности. Но, по-моему, не далее, как в конце лета или в начале осени, мы обсуждали как раз у вас, в Медицинской палате, закон о врачебной ошибке, о страховании врачебной ошибки. Да, это один из механизмов, который, кстати, в закон о саморегулировании тоже внесён, и страхование от врачебной ошибки у нас должно быть. И мы, как профсоюз, тогда обсуждая, говорили: да, действительно, должна страховаться медицинская организация. У нас сегодня просто нет реальной возможности для врачей, как для действующих агентов, застраховать — они трудовыми отношениями связаны с медицинской организацией. Но даже и этого на сегодняшний момент — страхования врачебной ответственности на уровне медицинской организации — до сих пор нет. Разработан только проект закона, и он существует в том виде, в котором мы его обсуждали.

И, наконец, последнее — контрольные и надзорные функции. Это, наверное, самая сложная проблема для саморегулируемой медицинской организации. И коллега из Росздравнадзора говорил о своих данных при передаче полномочий. И была конференция в марте, по саморегулируемым организациям, где тоже говорилось об этом, где Министерство экономического развития приводило те данные, которые они получили по саморегулируемым организациям при их проверке. Огромное количество нарушений! При этом самого контролирующего механизма там до сих пор нет, ничего не выработано, хотя есть закон о СРО, и в этой сфере они работают уже давно.

Наверное, если кратко, это именно то, что я хотел сказать в своём выступлении изначально. Но есть ещё некоторые моменты из ваших выступлений, которые меня заинтересовали. Вы всегда говорите об обязательности членства в саморегулируемой организации. Хотя, например, Постановление Правительства, о котором вы говорили, немножечко другую численность придало тем организациям, которым могут быть переданы эти функции. Причём передаются отдельные функции, а не как закон о СРО предполагает полностью все

функции государства передать этой организации, а именно отдельные функции. И там численность немножечко другая. Это раз.

Во-вторых, здесь приводили в пример нотариусов, адвокатов — но это всё публично-правовая деятельность, публично-правовые процедуры, где одним из субъектов выступает государство с властными полномочиями. У нас при взаимоотношениях с пациентами этого нет.

И поэтому говорят об обязательности? Ведь было постановление, по-моему, Конституционного Суда, по поводу нотариусов, в котором говорилось, что они выполняют публично-правовые функции. Врачи не выполняют эти функции, и поэтому об обязательности здесь речи быть не может.

Ещё один момент, о котором все забывают, а мы, как профсоюз, все время сталкиваемся, — это взносы членов организации. Постоянно этот вопрос замалчивается, и люди не очень-то понимают, на что эта организация будет существовать. Государство при передаче функций саморегулируемой организации никакие им деньги не передаёт, они действуют как коммерческие организации, они активно действуют на рынке и оттуда всё берут. А как будет существовать организация, на что она будет содержаться, не совсем понятно. Значит, будут члены саморегулируемой организации сами делать взносы, ведь они ещё тогда будут и страховаться должны будут за свой счёт. И масса, масса вопросов в этом возникает. Мы, получая взносы со своих членов, знаем, что это достаточно большая проблема, это не очень просто, и деньги не очень большие. А структуру, которая у нас существует так же, как и в государстве, параллельная, немножко контрольную нам, мы содержать вынуждены, и это очень непростая проблема. Её, конечно, мне кажется, надо обсуждать.

А в целом мы, конечно, такой подход к общественно-государственному здравоохранению поддерживаем. Теперь — отвечая на последний вопрос, о том, что это должно быть — Постановление Правительства или закон? Закон новый сделать не получится, его придется гармонизировать с действующим законодательством, а это практически невозможно. Я думаю, что, наверное, придется всё-таки идти первым путём — чтобы в Постановлении Правительства была зафиксирована передача определённых функций.

Ну вот, наверное, и всё. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Михаил Михайлович.

В процессе работы над профессиональной ответственностью врачей мы уже давно пришли к выводу, что не может у нас быть страхования ответственности врачей, поскольку врач не является субъектом. И у нас может быть только страхование гражданской ответственности медицинских организаций. Да? Совершенно верно. Я и говорю, что именно в этом ключе закон и будет правиться, разрабатываться и так далее.

Сейчас предоставляю слово Ушанову Юрию Васильевичу, проректору Института развития дополнительного профессионального образования, заместителю председателя Центрального экспертного Совета по профессионально-общественной аккредитации образовательных программ и общественной аккредитации образовательных организаций в сфере здравоохранения НП «Национальная медицинская палата». Пожалуйста.

**Ушанов Ю. В.** Да, спасибо, коллеги.

Поскольку вы сказали, что я проректор ИРДПО, я как раз и хотел начать свое выступление именно с того, что буквально вчера в рамках экспертного совета комиссии Комитета Государственной Думы по образованию мы обсуждали, что же нужно для того, чтобы система образования перешла на рельсы ГЧП, либо общественно-профессионального управления, либо саморегулирования?

Вы знаете, когда я сказал, какие есть юридические инструментариумы в медицинской отрасли, нам позавидовали. Сказали, вот если бы у нас это всё было (имеется в виду статья 76, постановление Правительства №907) и такая Национальная медицинская палата, образование могло бы перейти на рельсы саморегулирования уже с завтрашнего дня. Почему? Потому что сама система построения, она логически выверена, есть статья 76, к ней постановление Правительства №907, и есть самое главное — профессиональное сообщество.

Является ли врач профессионалом или нет? Наверное, ответ здесь простой: если есть профессиональные союзы, значит, наверное, есть и профессия врача, и есть его профессионализм.

Далее, хотелось обратить внимание на то, что само по себе определение «саморегулируемая организация», которое точно так же, кстати, родилось в рамках этого здания, — это сорегулятор от имени государства. Я считаю, что это одно из самых правильных определений. И вопрос сорегулятора предусматривает именно передачу полномочий.

Далее. Следующий вопрос — нужен ли отдельный закон или не нужен? Я опять отвечу мнением профессионального сообщества. Совсем недавно мы с Леонидом Михайловичем (Рошалем. — *Прим. ред.*) были на заседании Торгово-промышленной палаты, это была пресс-конференция, посвященная практическому саморегулированию.

И там возникал вопрос: нужен федеральный закон № 315-ФЗ или не нужен? Большинство сказало, что он несовершенен. И он, в принципе, рассчитан для добровольного саморегулирования. Поскольку здесь возникает вопрос о том, что членство обязательно, то, естественно, федеральный закон № 315-ФЗ здесь не рабочий, и он не подходит.

Следующее. Говоря про закон и про постановление — поскольку сейчас сложилась очень интересная ситуация, что все законы, которые появляются, — в большей степени рамочные. Пример — федеральный закон № 44-ФЗ. Любой закон начинает всё равно обростать целым рядом постановлений, которые учитывают профессиональные особенности. И возникает вопрос: а нужен ли тогда такой закон, который всё равно обростёт этими постановлениями? Может быть, действительно, лучше сначала отработать эти постановления, а потом фактически разработать механизм их взаимодействия? Здесь, опять же повторяюсь, это всё есть. Постановление Правительства № 907 решает эту проблему. И решает ещё и самую главную проблему — о единстве национальной палаты.

На заседании Торгово-промышленной палаты возникал вопрос: а сколько может быть национальных организаций? Знаете, я вам сейчас просто процитирую, что написано в Градостроительном кодексе, это у вас вызовет улыбку. В Градостроительном кодексе написано: национальное объединение может быть только одно. Так вот, понимаете? Национальное объединение действительно может быть одно. С чем приходится сталкиваться? Приходится сталкиваться, что в некоторых отраслях, где есть саморегулирование, есть несколько национальных объединений, что неправильно. Либо отсутствуют вообще национальные объединения как класс. Вот аудиторы — это прозвучало — у них есть четыре саморегулируемых организации, но нет национального объединения. Так вот классическая схема построения, когда национальная палата стоит во главе, и дальше к ней примыкают все остальные — это самый



классический вариант построения саморегулируемых организаций для физических лиц. Причём, вы знаете, я с подобной лекцией выступал среди разных профессиональных сообществ, и все люди нам завидуют, они говоря: нам бы такой механизм, мы бы с этим механизмом на саморегулирование перешли бы буквально завтра.

Поэтому — некоторое резюме. Совершенствовать юридическую базу, наверно, смысла нет. То есть всё здесь уже существует. Нужно просто понять. Первое — какие полномочия государство может делегировать саморегулятору от имени государства, коим является саморегулируемая организация? И второе — когда национальная палата будет готова принять эти полномочия? Так вот, говоря о концепции построения саморегулирования в медицинской палате, хочется использовать тот механизм, который сейчас использует так называемую «дорожную карту». Нужно расписать, какие полномочия, в какой последовательности должны передаваться. И рядом с передачей этих полномочий, о чём здесь правильно было сказано, нужно разработать систему администрирования, то есть систему контроля за тем, как передали функцию, и как она будет контролироваться, кто будет контролировать. И тогда этот диалог, который по сути можно рассматривать как механизм частно-государственного партнёрства по взаимодействию в этой отрасли, может быть продолжен. И я считаю, что он будет правильно завершён.

И в заключение хотелось вот что сказать: любое саморегулирование в отрасли в первую очередь создаётся для того, чтобы улучшать качество услуг. Если мы сейчас выйдем на улицу и спросим: готовы ли пациенты ждать, когда мы это качество начнём улучшать, я думаю, что ответ будет понятен — никто ждать этого не хочет. Поэтому, мне кажется, что чем быстрее национальная палата, исходя из действующего законодательства, перейдёт на саморегулирование, тем будет лучше для всех.

Спасибо, коллеги.

**Председательствующий.** Спасибо, Юрий Васильевич.

У нас сегодня на «круглом столе» зарегистрировано 78 участников, представляющих 30 регионов. Также здесь присутствует ещё общественная организация врачей России. Если у кого-то, кто не записался, есть желание выступить, подавайте записки.

Я предоставляю слово Леонтьеву Валерию Константиновичу, академику РАМН, доктору медицинских наук, профессору,

президенту Стоматологической Ассоциации России, президенту Российского медицинского общества и председателю Российского общества врачей, заместителю директора Центрального НИИ Стоматологии Минздравсоцразвития Российской Федерации, главному стоматологу Минздравсоцразвития Российской Федерации, профессору кафедры стоматологии общей практики ФПКС МГМСУ.

Пожалуйста, Валерий Константинович.

**Леонтьев В. К.** Спасибо.

Я вообще в течение длительного времени был президентом Стоматологической ассоциации России. Она была создана в 1992 году как Всероссийская организация. В течение трёх лет нам удалось создать территориальные организации в примерно 80 территориях, это была очень сложная большая работа, но она себя оправдала, потому что это во многом определило эффективность работы.

И мне представляется, что для того, чтобы любая организация, которая претендует на право быть Всероссийской или Общероссийской, обязательно должна иметь представительство, членство. Причём для врачей, я думаю, это обязательное индивидуальное членство должно быть, как минимум. Сегодня уже говорили здесь: в 42 территориях, то есть более чем в половине... ну, чем больше территорий, тем лучше.

Теперь, что касается самой сути вопроса. Цель всех проблем, которые сегодня здесь мы обсуждаем, одна — улучшить здравоохранение России, улучшить медицинскую помощь и прочее.

Более 20 лет были самые различные попытки сделать это. Можем ли мы констатировать, что за эти 20 лет что-то серьёзное в здравоохранении и в российской медицине улучшилось? Я думаю, что если не кривить душой, мы можем сказать, что нет, этого не произошло. Я думаю, это очень важный момент, потому что если это так, выходит, мы шли не совсем правильным путём. И поэтому те вопросы, которые сегодня мы здесь с вами обсуждаем, которые здесь поднимаются — об общественно-государственном здравоохранении, о государственно-частном партнёрстве, — это то, к чему мы уже, как говорится, подошли, мы не видим какого-то другого выхода из этой ситуации. Нужно искать новые подходы, и только тогда проблемы улучшения здравоохранения могут решиться.

Я бы хотел несколько слов сказать о функциях. Мы всё время упоминаем административные функции и профессиональные функции. Действительно, сама наша специальность — медицина — обязательно содержит элементы административного управления и профессионального управления. Традиционно в СССР и вообще и во многих странах эти проблемы решаются на одном уровне — Министерством здравоохранения. И вот когда Министерство здравоохранения берёт на себя решение профессиональных вопросов, это, я думаю, не приводит к качественному решению, и жизнь показывает, что действительно это так и бывает.

Вот, например, могут ли чиновники решить такие вопросы, как создание образовательных программ профессиональной подготовки, определение программы путей развития медицины здравоохранения, оценка развития профессиональных знаний специалистов для любых целей и так далее? И таких функций очень много, более двух десятков.

И неспроста сегодня здесь прозвучало, что мы видим ряд приказов из Минздрава, особенно в последние годы, которые содержат грубые промахи, а иногда просто ошибки.

Поэтому создание элементов профессионального управления медициной и именно управление через профессиональные организации, как это грамотно делается во всём мире, — по-моему, это назревшая и обязательная функция, которую мы должны с вами предусмотреть и которую мы должны выполнить.

Но здесь встаёт ещё один вопрос. А есть ли у нас такие профессиональные организации, которые готовы к такой работе? А созданы ли они?

На мой взгляд, мы пока достаточно далеки от того, чтобы иметь хорошо подготовленные, опытные, профессиональные ассоциации. Но вместе с тем, если мы не будем делать первых шагов в этом направлении, которые делаются сейчас очень активно, то мы никогда и не будем иметь достаточного опыта в этом отношении. Поэтому это путь, которым нужно идти, но нужно ещё учитывать и нашу неопытность, потому что если мы будем делать быстрые, необдуманные шаги в этом направлении, мы опять будем допускать серьёзные ошибки.

Поэтому, на мой взгляд, необходим достаточно длительный период адаптации к новым предложениям, к новым условиям, нужно

это всё внимательно и как следует предусмотреть. Сам период такого построения здравоохранения не может быть очень быстрым, но вместе с тем его нельзя и затягивать. И в этом отношении то, что предусмотрено во многих документах, на мой взгляд, очень правильно. Это метод постепенной передачи функций — одной, второй, третьей — тем, кто более естественно и лучше подготовлены для этой цели.

Также давно стоит вопрос о враче как субъекте права. Наше глубокое убеждение, что врач в России тоже обязательно должен быть субъектом права. Это ненормально, когда субъектом права выступает только медицинское учреждение, а врач в стороне от этого. Мы думаем, что если субъектом права станет врач, это гораздо быстрее улучшит качество медицинской помощи, и поэтому этот вопрос очень важен.

Кроме того, без решения вопроса о враче как о субъекте права мы не можем решить такие вопросы, как вопросы, допустим, профессиональной ответственности врача, а это важнейшая проблема. Это важнейшая проблема, посмотрите, сколько сейчас, количество жалоб! И их число продолжает дальше увеличиваться. Поэтому, на наш взгляд, нужно продумать, как решать этот вопрос.

Нужен ли отдельный закон или не нужен для этой цели? На наш взгляд, такой закон или, может быть, правильнее сказать, постановление, нужно готовить. Но и вносить какие-то дополнения, изменения с тем, чтобы начинать серьёзную работу по превращению нашего здравоохранения в государственно-общественное, нужно, как говорится, не тратя даром время. Вот примерно то, что я бы хотел сказать. Благодарю.

**Председательствующий.** Спасибо, Валерий Константинович. И снова те же дискуссии — может ли врач быть субъектом права или нет. Пока не может, поскольку он не является юридическим лицом, не может нести финансовую ответственность. Это самое главное препятствие. Как его преодолеть, надо думать.

Следующее слово предоставляю Аполихину Олегу Ивановичу, профессору, директору ФГБУ «Научно-исследовательский институт урологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, вице-президенту Российского общества урологов. И пока Олег Иванович не начал говорить, я хотел бы уточнить, присутствует здесь Чесноков Евгений Викторович? Хорошо.

И второе — Рябина Ольга Викторовна. Есть? Есть, вижу теперь, да.

Пожалуйста.

**Аполухин О. И.** Уважаемые коллеги, уважаемый Николай Фёдорович (Герасименко. — *Прим. ред.*), Леонид Михайлович (Рошаль. — *Прим. ред.*), Сергей Борисович (Дорофеев. — *Прим. ред.*)!

Я думаю, что мы должны быть все благодарны той большой работе, которая благодаря этим людям наконец-то приобретает государственный смысл и, если так можно выразиться, имеет федеральное значение. И в этом, наверное, есть самое главное. Я хочу сказать о том, о чём, наверное, неоднократно здесь говорили, но сделать некоторые акценты. Мне пришлось изучать эту систему профессионально, находясь в Оксфорде и занимаясь этой программой на факультете МВА, занимаясь именно вопросами доказательной медицины и вопросами медицинского права. Вот почему это для меня важно, почему я об этом говорю.

Дело в том, что на сегодняшний момент существуют три системы, о которых мы можем говорить, особенно когда речь идёт о субъекте права, объекте права. Первая — это системная американская модель, которая называется «консьюмеринг», в которой мы сейчас в принципе работаем — это когда мы лечим больного или заболевшего человека. Вторая — это модель профилактическая, государственная модель здравоохранения, которую мы сейчас декларируем, но, к сожалению, мы не имеем её сейчас. Нужно другое построение работы и поликлиник, и стационаров, системы контроля качества лечения. Это другое финансирование, когда финансируется, прежде всего, первичная профилактика, а не третичная. И, наконец, третья — так называемая смешанная модель, модель немецкая, которую мы пытаемся посмотреть и адаптировать, которая возникла позже из системы «Кайзер Перманенте», которая сейчас также активно изучается в правительстве. И вот Нелли Борисовна Найговзина (Заместитель Руководителя Аппарата Правительства Российской Федерации. — *Прим. ред.*) часто говорит об этой модели — «Кайзер Перманенте».

Почему это важно сейчас? Потому что, действительно, мы сейчас все в принципе говорим об одном и том же, и хотим мы все одного и того же — улучшить систему нашего здравоохранения. Нет противников, мы просто дискутируем, как это лучше сделать. Вот это очень важно понять. Так вот суть всего этого. Для меня, кстати, это

для самого было открытие. Мне было стыдно, когда на первой лекции по этому вопросу выступал Пол Мейсон — это человек, который, в общем-то, являлся советником Роберта Кеннеди, известного вам, который фактически и организовывал все реформы здравоохранения. И он сказал: «В вашей группе есть один человек, который знает о том, что я сейчас буду говорить». И смотрит на меня, а я не знаю. Он говорит: «Да вы из России, молодой человек?» Я говорю: «Да, из России». «Так вот, вы знаете о том, что вы сейчас приехали изучать систему здравоохранения, английскую систему, ту систему, которую ваша страна дала всему миру?» В 1949 году Англия получила модель здравоохранения системы Семашко, но, будучи капиталистической страной, не смогла использовать первичную профилактику, на которую был сделан основной акцент, за счёт чего и выигрывала эта система.

Модель общественного здравоохранения. Почему это важно понимать? Потому что в этой системе здоровье человека — общественное благо, а не индивидуальное, как в Соединённых Штатах. Если мы смотрим модель, где врач — продавец, а пациент — покупатель, где врач не заинтересован, чтобы пациент был здоров. Он заинтересован его хорошо лечить, эффективно, суперсовременными технологиями, которые он имеет, но он заинтересован в том, чтобы пациент болел. И вот здесь выступает тот самый нюанс — субъект или объект права.

В Соединённых Штатах, например, абсолютно чётко эта модель работает, почему, потому что суперсовременные учреждения здравоохранения — это просто здания с оборудованием. Здание становится госпиталем или медицинским центром, когда туда приходят врачи со своей лицензией. Поэтому-то общество врачей или ассоциации врачей имеют под собой принципиальную силу. Поэтому с ними работают и страховые компании, и медицинские компании.

В нашей стране ситуация абсолютно другая. В нашей стране, прежде всего, из-за того, что у нас исторически сложилась, повторяю, модель так называемого профилактического здравоохранения, этот вопрос был построен абсолютно по-другому. Так вот, в примерно 1970-х годах мы от этой модели стали потихонечку отходить, хотя мы декларировали её, но потом мы эту модель фактически потеряли. И у нас сейчас некая есть промежуточная модель между «консьюмеринг», моделью лечения заболевшего человека,

и декларацией того, что мы хотим развивать профилактическую модель. Ещё раз говорю, это другое построение всей системы, другое финансирование абсолютно. Мы не можем это захотеть и в одночасье сделать. То есть фактически мы принимаем желаемое за действительное. Вот в этом сейчас, собственно говоря, большая проблема.

Итак, если мы говорим о субъекте права, то мы должны, прежде всего, в этом аспекте строить ситуацию от законодательства. И для того чтобы это сделать — а это делать надо, если мы сейчас говорим о роли общественных организаций, и правильно выступал сейчас мой коллега и говорил о том, что это делать надо обязательно, но постепенно, постепенно, это нельзя изменить в одночасье. Иначе мы получим то, что получили в 30-е годы прошлого века. Колхозы, после того, как разогнали всех агрономов, то есть управленцев, фактически оказались в таком состоянии, в котором оказалась и вся страна — в состоянии голода.

Сейчас мы говорим примерно о том же самом. Для того чтобы общественные организации могли и были обязаны этим заниматься, они должны приобрести соответствующий статус. Они должны воспитать управленцев. Вот, например, в Американской ассоциации урологии, которую я хорошо знаю и знаю руководителя этой ассоциации, эти функции выполняют профессионалы. Это люди, которые даже никакие не врачи, это управленцы в чистом виде. И они обеспечивают эти баллы, они обеспечивают систему нормированного или нормативного обеспечения системы учёта контроля качества и так далее. В нашей стране этого сейчас нет...

Посмотрите, что есть у нас. Посмотрите строительные СРО. К чему они привели? К коррупции. Если когда-то государство организовано управляло этим, то потом, казалось бы, правильно, передали в СРО. И что произошло? Началась коррупция, и всё. И чтобы эту высокую идею, которую высказали люди — ещё раз хочу им сказать большое спасибо, это высокая идея, и этим надо заниматься — но чтобы её не опорочить, чтобы не получилось, как говорил Виктор Степанович Черномырдин: «Хотели как лучше, получилось как всегда», чтобы этого не произошло, необходимо очень внимательно к этому подходить.

Итак, субъект или объект права? Да, для того, чтобы мы приняли такое решение, нужно решение Президента Российской

Федерации, и нужно менять закон. Нельзя нормативными актами это изменить. Вот у нас единственная сейчас ситуация, где это изменено, вернее, сделано, — у нотариата. Вот в нотариате это так. Другими словами, когда нотариус приходит со своей лицензией, тогда этот кабинет или офис становится нотариальной конторой. А так это просто комната с оборудованием. Всё.

Вот и мы, если идём к этому, должны говорить именно о такой ситуации. Нужен законодательный акт, принимаемый в наших условиях Президентом России. Почему? Повторяю — здесь упоминался федеральный закон № 315-ФЗ, постановление правительства № 907 — здесь это не может быть использовано. Потому что есть ещё, я хочу всем напомнить, статья 146 — уже УПК, Уголовного кодекса, где врач может выступать истцом, свидетелем, подозреваемым и обвиняемым. Вот здесь как раз субъект и объект права имеют принципиальное значение. Статья 146, часть 2 УПК. Почитайте её внимательно. И тогда мы абсолютно чётко понимаем: если этого не сделать, получится то, о чём говорил Николай Фёдорович (Герасименко. — *Прим. ред.*), — мы попадаем в ответственность, которую мы будем нести по закону. Поэтому и говорили в прокуратуре, что им это не важно, но мы не можем за это отвечать. Почему? Ещё раз повторяю, потому что в настоящей системе у нас врач — объект, а не субъект права.

Уважаемые коллеги, я ещё раз хочу подчеркнуть, что очень важно здесь, на этом совещании выработать принципиальную позицию. И я бы хотел сказать, что нам необходимо, во-первых, посмотреть международный опыт. Не стоит изобретать велосипед. Он изобретён уже. Тем более, что именно наша страна дала те самые, те лучшие модели, которые сейчас существуют в мире. Буквально месяца два назад Нелли Борисовна (Найговзина. — *Прим. ред.*) сказала: ты знаешь, вот есть такая система — «Кайзер Перманенте». Так вот, история системы «Кайзер Перманенте» такова. Александр Гольдберг, наш с вами земляк, уезжает в Соединённые Штаты, не сумев сдать экзамены, будучи уже не молодым человеком, он фактически на заводах создаёт эту систему, которая теперь называется «Кайзер Перманенте». Фактически это наша система Семашко. Понимаете? То, что мы бросили, мы потеряли. А что такое система Семашко? Это пироговские ряды. Это то, о чём говорил Леонид Михайлович (Рошаль. — *Прим. ред.*). Это так называемое земское



здравоохранение. Тогда врачи действительно поедут в село. Тогда врачи поедут в регионы. Почему? Потому что врач не получит в дальнейшем карьерную ступень, если он не отработает на предыдущем уровне. И его даже оставлять не надо. Он не получит её.

В немецкой системе, в урологии, есть чёткое подразделение, то есть чёткая градация — как лейтенант, старший лейтенант и так далее у военных. У нас этого нет. У нас человек может закончить ординатуру и работать на кафедре. Вот и всё. Ему не надо ехать в деревню. Зачем? А там этого нельзя. Ты не пройдёшь и не попадёшь никуда, пока ты не пройдёшь эту ступень.

Чёткая система, и она существует. И, кстати сказать, изначально система государственного здравоохранения в России строилась на основе немецкой модели. И здесь ещё раз я хочу сказать спасибо Леониду Михайловичу (Рошалю. — *Прим. ред.*) за то, что он говорит об этой модели. Пётр I привёз в Россию немцев, которые создали государственную модель здравоохранения. А потом она уже стала развиваться как земское здравоохранение, потом появились пироговские ряды, потом появилась система этапного оказания медицинской помощи. Вот и всё.

Поэтому нам необходимо к этому идти. Необходимо развиваться. Но ещё раз говорю, это нужно делать выверенно, осторожно и изучая международный опыт, чтобы не наступить на те грабли, которые уже многие прошли.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Так, у нас остался только один записанный докладчик. Рябинина Ольга Викторовна, директор в Национальной медицинской палате Свердловской области.

**Рябинина О. В.** Спасибо большое.

Уважаемый Леонид Михайлович (Рошаль. — *Прим. ред.*), уважаемый Николай Фёдорович (Герасименко. — *Прим. ред.*), Сергей Борисович (Дорофеев. — *Прим. ред.*), уважаемые коллеги, добрый день!

То, что в России сегодня назрела необходимость реорганизации управления отраслью, — вопрос, по-моему, очевидный. В настоящее время управление осуществляется на основе деятельности ведомственных министерств безадресно. У нас есть некое общее министерство, о котором мы говорим, которое при поиске оптимальных

вариантов решения проблем не всегда в достаточной мере ориентировано на некоторые детали их исполнения по причине императивной формы изъяснения собственной воли, некоторой отдалённости от практической сферы деятельности. И нельзя не учитывать тот момент, что решения принимаются ограниченным числом голосов.

Конкурирующей формой управления для ведомственного управления, безусловно, является саморегулирование. И сегодня именно саморегулирование составляет основы модернизации развития экономически развитых стран.

Президент России Владимир Владимирович Путин высказался следующим образом по этому поводу: «Мы не должны оставаться в стороне от тех принципов, которыми сегодня руководствуется государство с развитой экономикой». И в начале текущего десятилетия уже действует национальная стратегия стандартизации. А на самом деле во многих зарубежных странах сегодня существует национальная концепция стандартизации, но при этом здравоохранение каждой страны решает свои собственные, присущие только ей проблемы.

Я думаю, что каждым, сидящим в зале, уже эти проблемы были озвучены. Мы все о них, конечно, знаем: это и кадровый дефицит, это и несовершенная система образования, это и отсутствие защиты врача на юридическом уровне — позволю себе, давно хочу сказать об этом — при полном отсутствии обязанностей пациента при оказании медицинской помощи. И получается некая односторонняя игра, отсутствие системы страхования профессиональной ответственности и проблемы конструктивного надзора со стороны контрольных органов за деятельностью медицинских организаций. И если в целом говорить «да» или «нет» саморегулируемым организациям, то мой ответ «да», нужно этим заниматься.

Безусловно, сегодня саморегулирование, по нынешнему закону, базируется на трёх китах — стандартизация, сертификация либо аккредитация и саморегулируемая организация. Но, разрабатывая концепцию саморегулирования в медицине, нельзя не учитывать особенность нашей страны, безусловно. Это и огромное расстояние в прямом смысле слова, мы не страны Европы, это особенность настроения общества сегодня к медикам и, наверное, как уже сказал Олег Иванович (Аполихин. — *Прим. ред.*), нельзя не упоминать такой фактор, как элемент коррупции, который в какой-то форме может быть проявлен.

Поэтому в любом случае, когда мы говорим о стандартах — о проблемах я уже сказала, — то ключевой вопрос мы вновь будем разрабатывать — принимать закон или постановление, — и мы подойдем к разработке нормативных актов. Может быть, это будет регламент, может быть, стандарт, может быть, правило — это пока синонимы. В любом случае они будут. Так вот, регламенты являются основой деятельности для кого-либо, для чего-либо. Поэтому возникает вопрос: кто будет субъектом в этой ситуации? И мне кажется, что это будут врачи, как физические лица, и медицинские организации, как юридические лица.

И, учитывая нынешние реалии, нам пока никто точно не сказал, что такое процедура аккредитации, есть только идея аккредитации. Да, мы не понимаем механизма, и мы не понимаем, как это на самом деле будет на практике выглядеть, что будет точкой приложения. И, наверное, достаточно сложно предположить, что даже если мы получим врача как субъекта права с 2016 года, то это вдруг кардинальным образом изменит систему работы существующей медицинской организации. Да, это тоже, наверное, пока из области предположений. Так вот, я всё-таки предлагаю рассматривать — то есть не я, а это мнение Медицинской палаты — рассматривать саморегулирование как работу двух взаимосвязанных систем — это саморегулирование врачей и саморегулирование медицинских организаций.

Попробую объяснить, почему я так думаю. Дело в том, что, создавая такую линейную структуру саморегулирования только врачей, как физических лиц, мы можем создать элементы для коррупционных рисков, когда люди, занимающиеся вопросами профессионального объединения, будут просто менеджерами, решающими некие свои вопросы.

Далее, когда мы получим две системы, повторяю, системы саморегулирования медорганизаций и врачей, мы получим устойчивую конкурентную среду, когда две системы будут наблюдать друг за другом, дополнять, скажем так, корректировать, потому что будут нормальные условия конкуренции. И этим обоснована моя позиция.

И очень интересный стандарт, недавно я с ним познакомилась, называется «Стандарт взаимодействия с заинтересованными лицами». Я оттуда хочу буквально пару формулировок предложить, потому что мне кажется, что стоит рассматривать этот стандарт

как одну из моделей развития саморегулирования. Там есть понятие стейкхолдера — я не очень люблю иностранные слова в русском переводе в буквальном смысле, но пока нет некоего синонима. Так вот, по этому стандарту стейкхолдер — это группа, которая может оказать влияние на достижение организацией своих целей или на работу организации в целом.

И мне очень понравилось это определение термина, три ступени взаимодействия, когда есть первая ступень — когда решения принимаются под давлением общественности, когда есть вторая ступень — систематическое взаимодействие управления рисками, и третья ступень — это комплексное взаимодействие решение задач. Тоже такой интересный слайд.

Это три уровня отношений, какие мы сегодня можем иметь. Пропустим пока это. В этом стандарте есть такое понятие, как заинтересованные группы. Это модель некоей корпорации, да, она условная, мы не говорим о какой-то приверженности и привязанности к кому-то. Это условная модель.

Я по аналогии построила модель тех, кто окружает сегодня медицинскую организацию, и у меня получилось 11 структур, 11 направлений деятельности. И вот мне кажется, говоря о саморегулировании — простите, нужно думать о регламенте — деятельности медицинской организации, которая включает в себя качество безопасной медицинской деятельности, лечебную деятельность, как таковую, санэпидрежим, управление, безопасность здания и оборудования, обучение. Это всем понятно — в зале сидят одни профессионалы, — что есть организация и то, что ее окружает, включая, кстати, взаимодействие со средствами массовой информации, это отдельная сторона вопроса.

И второй регламент, над которым тоже стоит думать, — это регламент работы врача. Это очень рабочая схема, это первое предложение на обсуждение, скажем так, это не готовая концепция, я далека от такой мысли, но это то, о чём, мне кажется, стоит сегодня подумать, говоря о саморегулировании.

И, я может быть, немножко лирично закончу, но сегодня все дружно сказали об одном: проблема настолько ёмкая, настолько глубокая, настолько важная по своим последствиям, что, безусловно, нужно выверенное решение. Мне очень нравится выражение — я три секунды ровно займу вашего времени — оно очень точно

отражает суть сегодняшней ситуации в стадии принятия этих решений: «Между тем, что я думаю, тем, что я хочу сказать, тем, что я, как мне кажется, говорю, тем, что я говорю, и тем, что вы хотите услышать, тем, что, как вам кажется, вы слышите, тем, что вы хотите понять, и тем, что вы понимаете, существует 10 вариантов возникновения непонимания».

Мы должны написать документ, который будет трактован в едином смысле, и все будут понимать, о чём идёт речь, и он не будет вызывать вопросов. Я за саморегулирование и за новый федеральный закон. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Ольга Викторовна.

Подняли два интересных вопроса. Первый — это вопрос аккредитации врачей. В законе, который вступит в силу с 2016 года, как раз очень важна роль общественных организаций. Пока же процесс даже не начался, я имею в виду, на уровне исполнительной власти, каким образом он будет происходить, в каком виде... Поэтому этот вопрос, я считаю, нужно и необходимо обсудить, и наверное, мы запланируем в 2014 году либо «круглый стол», либо парламентские слушания на тему аккредитации врачей, подготовки к ней.

И второй вопрос, тоже интересный, — это саморегулирование врачей или саморегулирование медицинских организаций. Если с врачами более-менее понятно, то в отношении саморегулирования медицинских организаций будет много споров и юридических вопросов. Поскольку если любая организация финансируется государством в лице либо федерального субъекта, либо муниципального бюджета фонда, она не может саморегулироваться. Потому что саморегулируемая организация не получает государственного финансирования, это один из принципов. Поэтому этот вопрос тоже важно обсудить, он тоже очень серьёзный.

Так, и ещё поступила записка от желающего выступить. Самошкин А. А. Да, я говорю, если кто-то желает выступить в прениях — пожалуйста, записки подавайте. Да, пожалуйста.

**Самошкин А. А.** Уважаемые коллеги! Самошкин Алексей Анатольевич. Я — исполнительный директор Союза предпринимательства в здравоохранении и Ответственный секретарь первой Общероссийской ассоциации врачей частной практики. Выступаю здесь по поручению президента ассоциации Каменева Алексея

Викторовича и в соответствии с решениями 8 съезда ассоциации, который поручил мне в случае возникновения на парламентских слушаниях вопроса о саморегулировании предпринимательской деятельности, о чём уважаемая Ольга Викторовна (Рябинина. — *Прим. ред.*) заявила, выступить и заявить следующую позицию: коллеги, нельзя скрещивать ежа с ужом.

Саморегулирование профессиональной деятельности является высшей точкой, высшей формой, по сути дела, нашей деятельности в здравоохранении. А предпринимательская деятельность — это абсолютно иная сфера, которая призвана создавать условия для профессиональной деятельности, но не более того. Смешивать в пределах одного нормативно-правового акта, в пределах одного закона эти два понятия категорически нельзя.

Профессиональная деятельность. Давайте займёмся профессиональной деятельностью, давайте решим с ней все вопросы, а предпринимательскую давайте-ка оставим в рамках федерального закона № 315-ФЗ. И больше чтобы к этому вопросу не возвращаться. Да, последний довод — то, о чём сказал уважаемый Николай Фёдорович (Герасименко. — *Прим. ред.*), что деятельность медицинской организации в рамках ОМС не является предпринимательской деятельностью. О чём тогда вообще идёт речь?

**Рябинина О. В.** Можно маленькую ремарку? Я никоим образом не обсуждала нынешний существующий закон. Мы собрались для того, чтобы проект на будущее обсудить.

**Самошкин А. А.** Вот в том-то и дело.

**Рябинина О. В.** Я юрист и читала федеральный закон № 315-ФЗ сверху и донизу, и у меня иллюзий по нынешнему закону никаких нет. Мы говорим о новом документе, который пока не существует.

**Самошкин А. А.** Категорически против того, чтобы саморегулирование предпринимательской деятельности звучало в будущем документе, это коллегиальная позиция двух общероссийских организаций. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо.

Ещё кто-то желает выступить или нет? Да, пожалуйста.

**Праздников Э. Н.** Уважаемый Леонид Михайлович (Рошаль. — *Прим. ред.*), уважаемый Николай Фёдорович (Герасименко. — *Прим. ред.*), уважаемый Сергей Борисович (Дорофеев. — *Прим. ред.*), уважаемые коллеги!

Я хотел бы передать слова приветствия от Евгения Ивановича Чазова, академика, президента Общества врачей России. Он, к сожалению, простудился, поэтому сегодня не смог принять участие. Мы благодарим организаторов этого форума за саму идею создания, мы считаем, что идея саморегулирования профессиональной деятельности — это важная идея.

Леонид Михайлович (Рошаль. — *Прим. ред.*) здесь сказал о том, что поначалу было непонимание у Евгения Ивановича Чазова о саморегулировании всей отрасли. Действительно, мы считаем, что саморегулирование профессиональной деятельности является важным моментом. Мы обсуждали это на недавнем заседании президиума, в том числе позицию нашего общества по данному вопросу.

Мы считаем, что двигаться в этом направлении надо, и приветствуем шаги, которые были ранее сделаны в этом направлении, и наработанные документы. Мы готовы участвовать в этом процессе. Мы хотели бы отметить несколько вещей о том, что, вероятнее всего, в виде отдельного закона, не получится решить этот вопрос, хотя надо проработать его, может быть, и получится, если обсудить все аспекты.

В какой-то части не получится, может затянуться процесс, пока будет отдельный закон проходить все эти этапы согласования и всё остальное. Может быть, внести существующий закон и нормативные акты, пакет предложений по изменениям, которые, может быть, ускорят этот процесс.

Второе. Мы полагаем, что необходимо чётко прописать «дорожную карту».

Третий важный момент, как мы считаем, — к сожалению, объективная реальность такова, что единой организации, которая в полной мере отвечала бы требованиям, пока не существует. Как сказал Леонид Михайлович (Рошаль. — *Прим. ред.*), нужно время, этапы постепенного созревания для каждой бумажки, и в том числе для организации.

Этот процесс идёт, это здорово, что он идёт, и мне кажется, что здесь очень важен этап пилотности, то есть предусмотреть пилотные регионы, на которых отрабатывать механизмы по отдельной части полномочий, причём не одновременно по всем полномочиям, а, скажем, в ряде регионов по одним полномочиям, в ряде других регионов — по другим полномочиям.

Ещё один очень важный момент, о котором мы хотели бы сказать. Важно, чтобы не было завышенных ожиданий в обществе от нашей идеи саморегулирования, потому что в связи с переходом к саморегулированию у общества, у населения будут повышенные ожидания, и уже есть. Мы должны чётко сказать населению, что сразу больших изменений в здравоохранении при дефиците, при недостаточном финансировании здравоохранения не произойдёт. Наступит этап улучшения качества за счёт профессиональности врача, профессионального подхода к уровню подготовки, самой системы. Это важный момент, чтобы у общества не было завышенных ожиданий, и, как следствие, разочарований в наших нововведениях, которые мы двигаем и предлагаем.

На наш взгляд, очень важным моментом является то, что мы должны сегодня говорить о недостаточности финансирования здравоохранения. В этой связи, пока ещё письмо не дошло до Леонида Михайловича Рошаля, мы предлагаем в Национальной медицинской палате вместе с Обществом врачей России провести мероприятие. 24 января мы планируем провести Общероссийский медицинский форум, на котором предлагаем рассмотреть три крупных вопроса.

Первый вопрос — это финансирование и страхование здравоохранения — новые модели, состояние проблемы и пути выхода. В этой связи мы хотели привести очень интересные данные. Мы получили результаты исследования анализа исследовательских данных бизнес-стата 2013 года. По этим данным, в 2012 году объём теневых платежей в российской медицине составил 101,9 миллиарда рублей. В 2013 году прогнозируемая цифра — 105,5 миллиарда, а в 2017 году — 122,8 миллиарда рублей. С чем это связано?

**Председательствующий.** Детали не надо.

**Праздников Э. Н.** Нет, нет, я просто хотел сказать о том, что важно в части СРО. Мне кажется, что проблемы финансирования системы здравоохранения для нас должны быть тоже очень важным моментом, с точки зрения рассмотрения. Какие возможные модели СРО? Я думаю, что здесь очень много уже сделано. Я думаю, что в процессе дальнейшего обсуждения вырисунется та модель, которая будет оптимальной.

Я хотел бы поблагодарить от имени Общества врачей России Комитет по охране здоровья, всех коллег, которые нашли



возможность и время сегодня приехать и поучаствовать в этой дискуссии. Спасибо большое.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Уважаемые коллеги, Комитетом Государственной Думы по охране здоровья подготовлены рекомендации, они вам розданы. Они, естественно, не доведены до конца. В процессе — сейчас переходим к рекомендациям — возможно, будут дополнения, изменения. Я, к сожалению, вынужден уехать. Я передаю пост председательствующего Сергею Борисовичу. Пожалуйста, Сергей Борисович.

*Председательствует заместитель председателя  
Комитета Государственной Думы по охране здоровья  
С. Б. Дорофеев*

**Председательствующий.** У всех на руках проект нашего решения. Безусловно, это не окончательный вариант, мы доработаем его. Пожалуйста.

**Рошаль Л. М.** Сергей Борисович, подождите. Вот я хотел сказать: хорошо бы, чтобы регионы сказали своё слово. Регионы, не стесняйтесь, давайте шаг вперёд!

**Председательствующий.** Только представляйтесь, пожалуйста.

**Беркунов В. Н.** Некоммерческое партнёрство «Медицинская палата Новгородской области», Беркунов Виктор Николаевич.

Мы уже давно поднимаем такие серьёзные вопросы, но я думаю, решить надо концептуально. Один закон о саморегулировании всех проблем не решит. У нас, в России, есть серьёзнейшая проблема. Очень много общественных организаций претендуют на то, чтобы быть первыми в основе будущего объединения всех врачей. И надо решить самый главный вопрос — объединение этих всех общественных организаций в одну общественную организацию — Врачебная палата Российской Федерации. И нужен, естественно, закон об этой палате, как в Германии, иначе мы будем топтаться на месте и никуда не сдвинемся. Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо.

Кто ещё хотел выступить? Да, пожалуйста.

**Ильин В. А.** Леонид Михайлович (Рошаль. — *Прим. ред.*) говорит, что регионам нужно выступить.

Я член совета Стоматологической ассоциации России, председатель правления Карельской региональной общественной организации «Стоматологическая Ассоциация Карелии» Ильин Виктор Альбертович.

Хотел бы продолжить мысль Валерия Константиновича Леонтьева. Как создавалась ассоциация? В 1992 году она была создана, в 1994 году она была создана в Карелии. Я был вице-президентом и последние шесть лет руковожу Карельской региональной общественной организацией «Стоматологическая Ассоциация Карелии». И хочу сказать, это тяжёлый, ответственный труд энтузиастов своего дела, занимающих гражданскую позицию. И, Леонид Михайлович (Рошаль. — *Прим. ред.*), вам давать советы — это глупо, потому что вы очень умный человек. Но хочу сказать, что опираться надо именно на кадры. Кадры должны быть подготовлены в регионах. Безусловно, это не может быть приказ регионального министерства — к примеру, Иванова назначить руководителем профсоюзной какой-то организации. Мы представляем всего пять специальных стоматологий. Но должны быть другие организации, а их нет. И я думаю, во многих регионах такая же ситуация.

Если то, что мы сейчас делаем, чем занимаемся, если это зерно не упадёт на благодатную почву, то мы не получим из этих 42 регионов кадров, которые нам необходимы. Так что вот желательно как-то сформулировать эту мою мысль. Я считаю, что она очень важна.

Спасибо за внимание.

**Рошаль Л. М.** Я просто справочку могу дать, что в других регионах другая ситуация. Это совершенно точно. И мы не волнуемся в отношении 42, 50 регионов — это не вопрос. А вот с Карелией надо поработать. Я разговаривал с министром несколько раз, разговаривал с тем, кто там всё это организует. И как-то медленно всё это делается у вас.

**Председательствующий.** Так, кто ещё хотел выступить? Да, да, пожалуйста. Только представляйтесь. Пожалуйста, пожалуйста.

**Невежин В. П.** Я в данном случае представляю по просьбе Александра Кичигина, президента Некоммерческого партнёрства «Ассоциация работников здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа — Югры». Он меня попросил, чтобы я зачитал письмо, которое он направил на наше мероприятие. И здесь оно всего пять пунктов.

«Первое. Считаю, что саморегулирование в системе здравоохранения не должно строиться по отраслевому принципу, то есть работающих в отрасли. Создание внутренних подразделений — врачи, средний персонал, медицинские работники. Кроме того, в этих организациях должны будут иметь место профильные комиссии по медицинским специальностям для проведения аттестационных и аккредитационных испытаний.

Второе. Членство в саморегулируемых организациях должно быть обязательно, так как членство будет обязывать медицинских работников более активно принимать участие в мероприятиях, проводимых ассоциациями, палатами, объединениями.

Более того, обязательное членство будет предусматривать участие медицинских работников в системе непрерывного постдипломного образования, их трудоустройство и другое. Это касается работников государственной системы здравоохранения, часто практикующих врачей, лечебно-профилактические учреждения. Вопрос о членстве профессиональных объединений решают в индивидуальном порядке.

Третье. Структура общероссийской саморегулируемой профессиональной организации должна иметь вертикальную зависимость от субъекта до Федерации, где на уровне субъекта Федерации создаётся одна профессиональная организация с созданием представительств в лечебных учреждениях, находящихся на территории субъекта.

Четвёртое. Необходимо разработать механизмы передачи функций, предусмотренные в статье 76 федерального закона № 323-ФЗ, добавление указанных в пункте 5 (здесь на письмо ссылается), основанные не только на численном количестве членов, но... и передачи полномочий, где эти полномочия финансируют. То есть передача их финансовых ресурсов.

Пятое, последнее. В соответствии со статьёй 76 действующего закона «Об охране здоровья граждан Российской Федерации», профессиональные медицинские организации участвуют в разработке политики в системе ОМС, включив своих представителей в состав правления территориальных фондов ОМС. Также должно быть и на федеральном уровне.

Президент, академик Кичигин».

Спасибо большое. И от себя я могу два слова сказать. Я профессор Финансового университета при Правительстве Российской

Федерации. И я сам являюсь членом Саморегулируемой организации аудиторов Некоммерческое партнерство «Аудиторская Палата России», и могу вам сказать, что очень много проблем возникло, когда появились аудиторские структуры. Малый бизнес, который был до этого аудиторским, он практически ликвидировался, и остались только крупные иностранные компании. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо.

**Шастин А. В.** Позвольте мне?

**Председательствующий.** По очереди.

**Шастин А. В.** Спасибо, Сергей Борисович. Медицинская палата Свердловской области. Андрей Владимирович Шастин, заместитель главного врача по организационно-методической работе, врач организатор здравоохранения 9-й детской больницы Екатеринбурга, детский хирург по первому образованию.

Достаточно много конструктивных вещей прозвучало, и кажется достаточно очевидным в рамках той дискуссии, которая была, что необходим всё-таки специальный закон о саморегулировании, потому что у нас особенная деятельность, очень много специальных вопросов, которые в рамках действующего законодательства невозможно урегулировать. И, конечно, не нужно гармонизировать действующее законодательство, а нужно принимать рамочный федеральный закон и уже в рамках этого закона издавать и постановления, и всё остальное, и вносить изменения во все нормативные акты. Это будет более работоспособно и эффективно.

Членство должно быть обязательное и безусловное, иначе мы будем очень долго идти к консолидации. У нас миллион мнений на то, каким должно быть объединение. И мы никогда не договоримся. Поэтому нужно принимать федеральный закон, и должно быть обязательное стопроцентное членство.

Ассоциация, безусловно, должна быть одна, общероссийская, и состоять из региональных ассоциаций. 83 региональных общеврачебных ассоциаций будут входить в одну общероссийскую. Делать по специальностям — это, понимаете, чем сложнее будет структура, тем сложнее её администрировать. Это, безусловно, неразумно. Поэтому нужно сейчас упростить, а дальше мы посмотрим, и может быть, будем развиваться и эволюционировать.

Но самое главное, чем должна заниматься общероссийская саморегулируемая организация, — это выработка стандартов

деятельности. Это то, о чём мы сейчас говорим, о протоколах. Вот протоколы и должны быть стандартами. А сейчас стандарты — это экономический обсчёт того, что должно делаться. Вот это вот уже необходимо, мне кажется, принимать на уровне согласительной комиссии, общероссийской СРО, Минфина, Минэкономки, Минздрава, безусловно, и уже утверждать тарифы. Другими словами, мы будем говорить, чего мы хотим, а государство скажет, на что есть деньги. И, договорившись, будем утверждать стандарты. Вот это, мне кажется, будет эффективно.

Много разговоров по поводу того, должны быть стандарты общероссийскими или региональными. У нас большая страна, много школ, и учесть региональный аспект, безусловно, нужно, но только учесть. И если у нас будет единая общероссийская СРО и 83 региональных, то, как раз региональные организации могут разрабатывать свои стандарты на основе общефедеральных и, согласовывая с единой общефедеральной СРО, их утверждать. И также на согласительной комиссии, уже в субъекте Федерации, исходя из финансовой возможности региона, принимать эти стандарты медицинской деятельности. Но, безусловно, стандарты оказания медицинской помощи, о которых мы говорим, — это лишь часть. Стандартизации должны подвергаться очень большие аспекты деятельности, в частности, любые вопросы: должностные инструкции, выработка, стандарты оказания платных медицинских услуг. Вопросы очень серьёзные, и все эти стандарты должны обязательно разрабатываться.

Что касается финансирования, сразу такой встаёт вопрос: если членство обязательное, значит, и платить за это надо. Получается, мы заставляем платить, это не совсем этично, но мне кажется, здесь нужно перешагнуть себя и понимать, что быть врачом — это в определённой степени большая ответственность. Человек должен за себя платить.

И, естественно, учитывая нынешние зарплаты, которые есть у многих врачей, взнос должен быть большой, может быть, это всего лишь процентов 20 от потребности деятельности такой СРО на уровне региона. Остальное, безусловно, должно взять на себя государство. Ведь, по сути дела, ради чего мы всё это создаём? Мы создаём это в национальных интересах защиты здоровья граждан нашей страны. И государство, безусловно, должно принять участие

в финансировании деятельности таких организаций в установленном порядке.

И тут я выскажу уже моё частное мнение. Вот Алексей Анатолевич (Самошкин. — *Прим. ред.*) хочет уйти от, скажем так, общего тренда. А мне кажется, что стандарты саморегулирования должны распространяться всё-таки на все медицинские организации, независимо от формы собственности и независимо от источника финансирования деятельности. Это обязательно. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо.

**Никитин Н. И.** Позвольте?

**Председательствующий.** Да.

**Никитин Н. И.** Никитин Николай Ильич, председатель Комитета Государственного Собрания — Курултая Республики Башкортостан по здравоохранению, социальной политике и делам ветеранов.

Прежде чем сюда приехать, я неоднократно встречался с практикующими врачами и с руководителями многих общественных организаций. У всех, конечно, возникает вопрос, прежде всего, у практикующих врачей. Да, саморегулируемые организации нужны, членство нужно. Но как это будет происходить? Ежемесячно, поквартально, один раз в год? В каком объёме? 10 процентов, 15, 20. Это очень настораживает многих практикующих врачей.

Дальше. Кто будет возглавлять региональную общественную организацию, какие люди, кем будут представлены? Это очень серьёзный вопрос. И, конечно, пожелание у всех врачей такое, как было сказано здесь, пилотное, у нас тоже в регионе поддерживается. Нужно поэтапно, медленно и чётко в каком-то определённом регионе вводить, внедрять эту практику.

И, наверное, последнее, что я хотел, всех поблагодарить за активное участие. Очень было приятно, что нас тоже пригласили сюда. Это что-то новое.

Ну и, конечно, ещё хотелось бы сказать, как многие врачи у нас в регионе говорят: только совсем недавно модернизация закончилась, инновации вводятся. Мысль такая: дайте немножко немного нам разобраться, дайте встать на колени, мы ещё лежали, хотим подняться на колени, ну а там уже дальше пойдём.

Вот такая идея.

**Рошаль Л. М.** Кстати, в отношении Башкортостана. У вас есть Медицинская палата, в которой объединяются... За кем больше

народ пойдёт, тот и есть. Если там больше 25 процентов, а там уже больше 50 процентов, с этой палатой надо иметь дело. Там у вас лига появилась. Сопоставления нет. Надо делать по закону.

**Председательствующий.** Спасибо.

**Басманов Б. Г.** Иркутская область, город Ангарск. Басманов Борис Геннадьевич, главный врач Больницы скорой медицинской помощи, член Ассоциации организаторов здравоохранения Иркутской области.

Сергей Борисович (Дорофеев. — *Прим. ред.*), планка поставлена достаточно высокая, я предлагаю не снижать её. Почему? Наверное, производители медицинских услуг с 1 января 2013 года почувствовали, что вступила в своё законное действие часть 1 статьи 37 федерального закона № 323-ФЗ. И лавина различных проверок на соответствие стандартам и порядкам уже придавила, и прежде всего — регионы. Поэтому мы видим выход в теме, которую вы подняли, и благодарны вам за это. Мы все с вами пережили советский период здравоохранения, мы переживали новый хозяйственный механизм, немножко не додали в этом плане. Мы пережили Национальный проект «Здоровье», модернизацию, вот сейчас развитие здравоохранения. К чему я это говорю? Если бы при принятии таких важных актов в сфере здравоохранения общественность вносила своё слово, свою экспертизу проводила, то таких ляпсусов, ошибок абсолютно на всех мероприятиях не было.

Поэтому, не говорю от имени Иркутской области, я говорю сам за себя, выражаю своё мнение: членство в такой организации должно быть 100-процентное. Все, кто подлежит аттестации, я имею в виду, прежде всего, врачи, должны быть членами. Абсолютно уверен в том, что нужен отдельный закон по саморегулированию в сфере здравоохранения.

Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Кто ещё хочет? У нас тут ещё и Пермь, и Московская область, и Рязань, и Омск, и Воронеж, и Астрахань, и Магадан.

**Гордин М. В.** Добрый вечер, коллеги! Гордин Максим Викторович — председатель Общественной организации «Магаданская областная медицинская ассоциация».

Как представитель малонаселённого субъекта Федерации, могу сказать, что по некоторым вопросам нам приходится принимать более взвешенные решения. Например, с организацией медицинских

работников или врачей. Но мы считаем, что на небольших территориях, конечно, должны быть организации медицинских работников, потому что сёстры, другие медицинские работники остаются незащищёнными, скажем так, хотя большой вносится вклад в оказание медицинской помощи.

Мы считаем, что членство врачей должно быть обязательным. Мы считаем, что должны быть территориальные основные организации, которые принимают решение, которые участвуют в соглашениях с ФОМС и так далее.

Но мы не видим противоречия между ассоциациями территориальными и профессиональными. На наш взгляд, профессиональные ассоциации, конечно же, будут разрабатывать протоколы лечения, какие-то стандарты лечения и так далее. А уж территориальные ассоциации могут каким-то образом адаптировать это к тем условиям, которые имеются на территориях. Совершенно не видим никаких противоречий между действиями одних организаций и других. Считаем, что медработники и врачи могут быть участниками любых ассоциаций в том количестве, на сколько хватает знания, свободного времени, энергии.

Следующее. Вот Олег Иванович (Аполихин. — *Прим. ред.*) отмечал уже, что имеются разные формы здравоохранения. И в американской системе здравоохранения врач не заинтересован в здоровье пациента, а продаёт свои знания. К сожалению, хотим или не хотим, но особенно у врачей и особенно у молодых отношение к своим знаниям как к товару.

Учитывая, что основную нагрузку в здравоохранении несёт врач, и от опыта, от профессионализма врача зависит качество оказания медицинской помощи, основной задачей нашей ассоциации мы считаем обучение врачей. В частности, ассоциация должна найти дополнительные средства, которых не хватает государству.

Но возникает ещё одна проблема. Когда врачи вырастают в высоких профессионалов, они стремятся найти себе лучшее место в жизни — они уезжают из страны. И, к сожалению, если мы не создадим условия, которые бы закрепляли на территориях врачей — а это касается и заработной платы, и будем или не будем мы об этом говорить, — вся наша саморегулируемая деятельность может на территории не дать эффекта, потому что грамотные врачи, которых мы вырастили, уедут с территории и не будут там работать.



Ещё хотел бы сказать: я был председателем Ассоциации травматологов и ортопедов Магаданской области в течение 15 лет. Очень серьёзные вопросы для существования общественных организаций — это финансирование.

В 1993 году был подзаконный акт, по которому предприятия различной формы собственности могут из налогов на доходы проводить благотворительную деятельность, делать отчисления в здравоохранение и на образование, списывая эту долю с доходов. Но, к сожалению, через три-четыре года это постановление перестало работать реально. Если бы в Правительстве России приняли такое решение, нам бы, на территориях, было легче с финансированием.

Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо.

Кто ещё хотел бы выступить?

Из зала. Сергей Борисович (Дорофеев. — *Прим. ред.*), совершенно неожиданный поворот дискуссии. Не моя инициатива, это инициатива Михаила Михайловича (Андрочникова. — *Прим. ред.*), но я по его поручению её озвучиваю.

Мы открыли Конституцию Российской Федерации, высший закон страны. Прочитали статью 30 пункт 2 дословно. Статья называется «Каждый имеет право на объединение», да? Каждый имеет право на объединение, включая право создавать профессиональные союзы — статья 2. Никто не может быть принуждён к вступлению в какое-либо объединение либо пребыванию в нём.

И совершенно логично встаёт вопрос. Если мы хотим иметь 100-процентное членство, а это правильно идеологически, нужно найти в механизме ключи привлечения врачей.

**Председательствующий.** Отвечаю. Прецеденты-то уже есть: и нотариусы, и адвокаты обязательное членство имеют. А эти люди точно умнее нас в этом смысле, и они доказали эту необходимость.

Больше того, даже в нашем сопутствующем законодательстве, в том числе и в федеральном законе № 315-ФЗ, есть такая ссылка, что может быть предусмотрено обязательное членство в СРО, если это предусмотрено каким-либо федеральным законом. В федеральном законе № 315-ФЗ написано о том, что обязательное членство может быть в области, в том числе, саморегулирования.

Ещё кто хотел бы выступить? Всё? Заканчиваем дискуссию?

Если действительно все высказались, позвольте несколько слов сказать. Леонид Михайлович (Рошаль. — *Прим. ред.*) хотел сказать. Нет?

**Рошаль Л. М.** Я коротко.

Поскольку у нас реформ не было в здравоохранении — ни одной хорошей я не видел, назовите мне нормальную реформу — я согласен с теми вами, кто говорил, что нам пора остановиться и начать нормально жить.

Если говорить о реформах здравоохранения, то как раз то, о чём мы говорим, и есть настоящая реформа... И мы не должны упускать момента и провести её хорошо.

Сейчас мы с Вероникой Игоревной Скворцовой договорились о том, что ни один приказ не будет подписан без предварительного обсуждения с Национальной медицинской палатой, имеются в виду приказы, которые касается профессиональной деятельности.

Во многих регионах — здесь сидят представители региональных отделений, — уже есть сегодня договоры с местными или министерствами, или департаментами здравоохранения, и создаются такие координационные группы. Уже сегодня мы можем с вами это делать.

Полностью сегодня перевести всё на саморегулирование, конечно, нельзя. Но элементы саморегулирования, которые возможны, мы должны полностью использовать.

Спасибо вам большое за это обсуждение. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Леонид Михайлович.

У меня тоже вопрос. А у нас из Санкт-Петербурга врачи есть?

**Попов А. Е.** Меня зовут Попов Алексей Евгеньевич. Я исполнительный директор регионального общественного объединения «Врачи Санкт-Петербурга».

К сожалению, наш президент не смог приехать. У него был доклад даже подготовлен. Он хотел зачитать, но он вынужден был улететь в Китай по приглашению правительства Китая.

Я бы хотел сказать несколько слов по поводу того, что происходит у нас в Санкт-Петербурге.

Мы в течение 20 лет наблюдали ситуацию, когда было в Санкт-Петербурге создано несколько организаций. И, к сожалению, ни одна из них на сегодняшний день не оправдала те

чаяния и надежды врачей, которые на них, собственно говоря, на них возлагались.

Мы попытались и сделали ещё одну попытку, и в ноябре прошлого года мы создали региональную общественную организацию «Врачи Санкт-Петербурга». Мы решили, что в Санкт-Петербурге достаточно самобытная система здравоохранения. Мы не претендуем на некую уникальность и ни в коем случае не хотели противопоставлять себя существующим уже на федеральном уровне общественным организациям. Но мы решили попробовать и сделать саморегулируемую организацию на местном уровне, ни с кем не объединяясь пока ни в ассоциации, ни в союзы.

Как дальше будут развиваться события, покажет время. Дело в том, что у нас достаточно специфическая система здравоохранения в регионе. И мы хотим сами попробовать, скажем так, саморегулироваться.

Мы сейчас заключили рамочное соглашение с территориальным Фондом обязательного медицинского страхования, с комитетом по здравоохранению о том, что все приказы, инициативы территориального фонда и комитета по здравоохранению будут проходить некое рассмотрение в нашей организации.

На сегодняшний день у нас уже порядка 4 тысяч человек. Если учесть, что в Санкт-Петербурге работает 32 тысячи врачей, и 25 процентов из них — это порядка 8 тысяч человек, то мы уже потихонечку приближаемся к порогу, который установлен Постановлением Правительства № 323.

**Председательствующий.** А мне говорили, что сейчас 8 тысяч...

**Попов А. Е.** Нет, 8 тысяч должно быть, чтобы соответствовать тем критериям, которые определены в Постановлении Правительства

В конечном итоге, возвращаясь к сегодняшнему обсуждению, я бы хотел вот что сказать. Мы сегодня очень много говорили о саморегулировании, скажем так, на правительственном уровне. Но мы совершенно забыли о том, что когда мы говорим о членстве, мы говорим об индивидуальном членстве, мы не можем только объяснить нашим врачам, а зачем каждому конкретному врачу это нужно?

И, поверьте мне, что за этот год, когда мы пытались набрать эти 4 тысячи человек, мы столкнулись с огромным количеством вопросов, я даже сказал бы, активным сопротивлением врачей, потому

что каждый из них за эти годы реформ понял, что всё равно брошен, и толком никто из существующих организаций не могли им никогда ничем помочь.

**Председательствующий.** Вот эти проблемы мы знаем. Вы скажите, чего вы предлагаете тогда в таком случае?

**Попов А. Е.** Если возвращаться к теме сегодняшнего «круглого стола», мы предлагаем следующее. Действительно, нужен отдельный федеральный закон. Мы сегодня слышали уже много мнений по этому поводу. Действительно, у нас не только в сфере здравоохранения, но и в других сферах нашей жизнедеятельности, очень часто существуют законы, которые противоречат друг другу, масса нестыковок.

Поэтому если пытаться существующее законодательство привести в соответствие друг другу, ничего хорошего не получится. Мы считаем, что нужно создавать отдельный закон на федеральном уровне, который будет регламентироваться... либо саморегулирование медицинских организаций. Это первое.

Второе. Мы считаем, что членство в любой саморегулируемой организации пока не может быть обязательным. Пока оно может быть только на уровне добровольного осознания врача или другого медицинского работника, что он хочет стать членом этой организации, он знает, зачем он это делает, и какие впоследствии будут для него полезные вещи делаться благодаря тому, что он стал членом этой организации.

Кроме того, мы считаем, что система, действительно, может быть основана на некоем сначала региональном представительстве, потом, с объединением существующих уже организаций в виде ассоциаций, с какими-то едиными российскими, в том числе мы не исключаем дальнейшего членства в Национальной медицинской палате. Но всё равно региональный уровень должен быть представлен в каждом регионе, и он должен взаимодействовать на местах со своими территориальными фондами, комитетами по здравоохранению, в том числе может ассоциироваться с общероссийскими профессиональными ассоциациями.

**Председательствующий.** Спасибо.

Пожалуйста.

**Мельников В. А.** Виктор Александрович Мельников, директор НП «Тюльское областное некоммерческое медицинское партнёрство».

Вы знаете, я бы не настаивал на выступлении, если бы не последнее выступление нашего коллеги из Санкт-Петербурга. Оно прозвучало таким диссонансом, мне совершенно непонятно...

Например, если говорить о нашей организации. Мы существуем с 1993 года, то есть уже больше 20 лет. Членство у нас является добровольным. Но это, на наш взгляд, является очень существенным тормозом в развитии нашей организации. Очень существенным тормозом.

Поэтому мы считаем, что создаваемая организация должна иметь чётко выраженную вертикальную структуру и обязательность участия в некоммерческом партнёрстве. Только это будет являться залогом и единых подходов, и единых требований. В противном случае будет разнобой.

Когда мы говорим о том, как нам выйти из этой коллизии со статьёй Конституции — я приведу пример любой ассоциации, будь то хирургов, будь то урологов — ведь никто не говорит формально об обязательстве членства. Но ни один хирург не может пойти и претендовать на аттестационную категорию, если он не является членом областной ассоциации хирургов. Может. Но в практике такого практически нет. Ещё раз говорю, я сужу по своей области.

Поэтому считаю, что я не могу сказать, какой должен быть нормативный акт — федеральный закон или постановление правительства. Я думаю, что этот закон будет изучен, и будут даны рекомендации. Но то, что членство должно быть обязательным, — это наше твёрдое убеждение.

И чтобы потом дополнительно не брать слово, если вы позволите, несколько слов по проекту рекомендаций. Сергей Борисович (Дорофеев. — *Прим. ред.*), можно?

**Председательствующий.** Да, да, конечно.

**Мельников В. А.** Я не знаю, насколько уместно требовать сроков исполнения конкретных поручений, но хотелось бы всё-таки знать, как долго будут выполняться рекомендации — и Министерству здравоохранения, и Федеральному фонду обязательного медицинского страхования? Какие сроки?

Второй вопрос. Здесь есть некоторые пункты, я их процитирую: «разъяснить порядок реализации на практике право медицинских профессиональных некоммерческих организаций принимать участие в аттестации медицинских работников и фармацевтических

работников». И точно так же чуть ниже — «совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования».

И хотелось бы иметь возможность услышать, какие будут подготовлены документы, и ознакомиться с ними.

**Председательствующий.** Хорошо, спасибо. Всё? Больше никто не настаивает? Ещё никто не проголодался?

Тогда всё-таки позвольте подвести черту.

Во-первых, огромное спасибо всем за то, что вы сегодня откликнулись и приехали. Мы считаем, 30 субъектов — это всё-таки достаточно репрезентативно. В том числе, из этих 30 субъектов приехало много представителей органов исполнительной власти — и из общественных организаций профессиональных, и профильных, и территориальных. Считаем, что обсуждение состоялось.

Мы не ставили задачу сегодня обязательно прийти к консенсусу. Я понимал, что всё равно не удастся всех убедить в какой-то одной точке зрения. Собственно говоря, не было такой задачи, но мне очень хотелось бы, чтобы все начали думать в одном направлении и хотя бы договориться о постулатах.

Я считаю, что должно быть одно национальное объединение, которое будет всё координировать. Мы все должны объединиться. Иначе бессмысленно вообще о чём-то говорить на федеральном уровне. И говорить о втором шаге.

Действительно, дискуссия показывает: могут быть два варианта, их надо просто хорошо изучить. И через постановление правительства, в моём понимании, что это будет быстрее технически, это даже политически лучше для самого Правительства Российской Федерации. Я думаю, что наше государство так просто бразды правления в этой социально ответственной сфере не отдаст. Даже на основе федерального закона. Риск достаточно серьёзный. А постановление правительства — оно сегодня есть, а завтра нет: мы вот вам позволили проводить сертификацию или аккредитацию, а вы что-то там нааккредитовали того, что нет, — и нет вашего саморегулирования.

И в этом смысле, с точки зрения государственного контроля, оно даже должно бы быть интереснее. Потому здесь большая управляемость этой ситуацией. Вы написали — получили прямые права. Вот мы написали статью 76, и — пожалуйста, прямые права. 25 процентов есть, и всё. И никаким постановлением губернатора это изменить нельзя.

Поэтому закон гораздо лучше для нас, а вот с точки зрения государства, если уж так прямо говорить, наверное, он дольше будет приниматься и обсуждаться со всех сторон. И там нужно договориться: мы всё-таки хотим побыстрее начать, хотя бы с чего-то.

Может быть только одно, возьмём непрерывное образование. Или, допустим, хоть это и умирающий процесс, но аттестация врачей. Давайте его отдадим для начала: вот, нате его и делайте, как хотите. И категории присваивайте, как хотите. Сами разработайте положение и так далее. Это я к примеру говорю. Можно с чего-то одного начать, можно начать с двух каких-то направлений. Вопрос в том, как мы будем готовы. А это всё возвращается к первому варианту, насколько будут готовы территориальные палаты и территориальные ассоциации.

Я вам скажу об очень разнообразной практике, которая есть даже в Европе. Где-то функции государственные переданы профессиональным организациям, государство их субсидирует. И не в одной, и не в двух, и не в трёх, а во многих. Где-то косвенно, а где-то прямо. Причём, я вам скажу, что наше государство тоже это делает.

У нас обществу инвалидов 280 миллионов рублей на год — будьте любезны, прямое финансирование в федеральном бюджете. Это общество инвалидов, непрофессиональная общественная организация.

А уже если мы говорим, что нам будут переданы функции, и теоретически уже такое финансирование есть, гранты же тоже есть у государства, и оно раздаёт их сейчас. Как у нас профессиональные стандарты выиграла организация, которая никакого понятия не имеет, что такое профессиональные стандарты здравоохранения? А она их должна написать. 10 миллионов рублей выиграла, между прочим, немаленькую сумму. Поэтому варианты могут быть разными. Мне бы очень хотелось, чтобы мы сегодня, разъехавшись по домам, поговорили об этом ещё со своими коллегами и в территориальных организациях, и в ассоциациях, и в палатах и больше бы стали заниматься таким просветительским, нормальным делом.

Вот слайд, который показывали по всем ассоциациям Европы, там, в скобочках, стоял год, когда организовалось у них саморегулирование. И у всех больше 100 лет, то есть ещё в прошлом веке всё это организовывалась. И всё это шло эволюционно.

Я вас уверяю, кто погружался в эту тему, тот знает, настолько непонятное нормирование всего этого права саморегулирования — не то, что разобраться текстуально, иногда даже за столом

переговоров вечером не удаётся понять. Вот насколько оно у них непросто устроено, начиная от Фридриха, Карла. Однако саморегулирование, прописанное ещё королём, обсуждено потом на президентском совете, дано поручение, и это всё работает. И никому в голову не приходит сказать: где закон? Да нет закона в Германии о врачебной палате Германии, нет.

В Бельгии есть две организации, которые одновременно участвуют в этом — две организации, — и там конкурс у них, как кастинг, раз в четыре года. За какую организацию врачи проголосуют, та и главная, получает финансирование, сидит в Сенате, и принимает решение.

И эти понятия — обязательное, необязательное членство — там очень условные. Членство, может, и необязательное, но дело так поставлено, что когда разговаривали мы с Леонидом Михайловичем (Рошалем. — *Прим. ред.*) с президентом ассоциации врачей Израиля, то я понял: ещё не было, во-первых, государства Израиля, а ассоциация врачей, объединяющая тех, кто живёт на этой территории, по национальности, уже была. И она была добровольная, и в ней все состоят до сих пор, просто все состоят.

Я говорю: почему же добровольно все состоят? А оказывается, система «кнута и пряника» параллельно всё равно выстраивается, и, так или иначе, она обязательна.

Ну, мы-то по натуре своей народность, которая привыкла к какой-то конкретике. Либо да, либо нет. Так понятнее, по крайней мере. Я считаю, что, наверное, нужно идти к обязательному членству, это правильно. А как уже его обставлять — это уже второй вопрос. Такое предложение было. В Европе, например, много таких нюансов: если ты не член ассоциации, то в Австрии ты не получишь никогда кредит из банка. Это написано в банковских документах. Нигде не написано в законе, а в банковских документах написано, что ты кредит не получишь, если ты не член ассоциации. И они уже студентами все вступают в ассоциацию стоматологов, потому что знают, что там никогда не получишь кредит, для того чтобы открыть своё дело. Нет там обязательного членства такого прямого, но они все туда бегут с флагами.

**Председательствующий.** Спасибо всем. Удачи, здоровья. Всё будет хорошо.



**СТЕНОГРАММА**  
**«круглого стола» Комитета Государственной Думы**  
**по охране здоровья на тему**  
**«Законодательное и нормативное регулирование**  
**медицинской помощи при неотложных состояниях**  
**в кардиологии»**

*Здание Государственной Думы. Зал 830.*  
*16 декабря 2013 года. 15 часов.*

*Председательствует заместитель председателя*  
*Комитета Государственной Думы по охране здоровья*  
*С. Б. Дорофеев*

**Председательствующий.** Добрый день, уважаемые коллеги!

От имени Комитета Государственной Думы по охране здоровья выражаю вам свою признательность за то, что вы сегодня собрались на наш «круглый стол», посвящённый «Законодательному и нормативному регулированию медицинской помощи при неотложных состояниях в кардиологии». Знаю, что все занятые люди, и вообще мы, врачи, не любим присутствовать на всякого рода заседаниях. Но сегодня, я так понимаю, пришли очень заинтересованные люди, но очень всё равно занятые.

Поэтому я предлагаю начать, и никого больше не ждать. Нет других возражений? И давайте мы с вами договоримся о регламенте. Сначала скажу о том, что было приглашено 87 человек, сейчас уже присутствует 69. Из 38 субъектов Российской Федерации были приглашены люди, приехали из 27. Заявлены на выступления 11 человек. Это к вопросу о регламенте времени. Давайте посоветуемся. У меня есть предложение ограничиться пятью минутами. Если помножим на количество выступающих... И опять-таки обязательно все выйдут чуть-чуть за рамки регламента...

Мы с вами работать будем полтора часа. И это время дано только на то, чтобы послушать всех.

Я у Юрия Александровича (Карпова. — *Прим. ред.*) единственное спрошу, как у первого докладчика. Вам хватит столько времени, нет? Да, да, да. Вижу.

**Карпов Ю. А.** Я постараюсь, конечно, уложиться в регламент. Поэтому я просто буду какие-то страницы перелистывать...

**Председательствующий.** Первому дадим маленькую преференцию.

**Карпов Ю. А.** Ну хорошо, 7 минут. Спасибо.

**Председательствующий.** Да, 7 минут. Всех остальных очень прошу попробовать скомпоновать своё выступление. Думаю, что не нужно много каких-то призывов. Поскольку все люди понимают, если есть конструктивные предложения, факты, из которых вытекают эти предложения, прошу более концентрированно излагать свои предложения, мы лучше побольше времени отведём на обсуждение. Позволю себе начать.

Понятно, что не в этом зале говорить о том, что заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистой патологии у нас в стране является одними из самых высоких в мире. В России зарегистрировано около 29 миллионов человек с заболеванием сердечно-сосудистой системы, а количество сердечно-сосудистых заболеваний в структуре смертности населения сейчас составляет около 57 процентов. Показатели смертности от болезни кровообращения в России — около 800 человек на 100 тысяч населения. Соответствующие показатели в старых европейских странах, назовём их так, — от 214, в новых странах — 493, в Соединённых Штатах — 315. Самые высокие в России показатели смертности, то есть число умерших на 100 тысяч человек населения, от болезни системы кровообращения зафиксировано в Корякском автономном округе. Это почти в полтора раза выше значения среднего показателя по стране. Также высокие показатели в Псковской области, Еврейской автономии, в Чукотском автономном округе, Магаданской, Новгородской областях, Ненецком автономном округе, Мурманской, Сахалинской, Тверской областях, Эвенкийском автономном округе, Республике Тыва, Владимирской, Ивановской и Смоленских областях. Это наши лидеры.

В России регистрируется более 600 тысяч случаев острого коронарного синдрома, из которых около 200 тысяч, то есть каждый третий, приводят к развитию инфаркта миокарда. От этого заболевания ежегодно умирает порядка 80 тысяч человек. Прямые суммарные затраты системы здравоохранения на пациентов с острым коронарным синдромом составили в 2009 году почти 21 миллиард

рублей, а не прямые — 53 миллиарда рублей. Суммарный экономический ущерб от острого коронарного синдрома в России в 2008–2009 годах превысил 70 миллиардов рублей. Каждый год Россия теряет от 100 тысяч до 200 тысяч лет жизни трудоспособного населения, преимущественно мужского. Потери валового внутреннего продукта вследствие смерти от инфаркта миокарда в трудоспособном возрасте преобладают в структуре экономического ущерба от острого коронарного синдрома в России.

В 2009 году эти потери составили более 49 миллиардов рублей. Это почти в 2,5 раза больше, чем все затраты на медицинскую помощь при остром коронарном синдроме.

Для справки: порядка 20 миллиардов рублей идёт на эту помощь.

Начиная с 2003 года, на здравоохранение стали выделяться значительные средства. Мы это хорошо знаем. Была в определённой степени восстановлена организационная система кардиологической помощи, пострадавшая в 1990-е годы. А за эти годы смертность от сердечно-сосудистых заболеваний снизилась на 19,3 процента от самых высоких показателей. В 2003 году она была 927,5 человека на 100 тысяч населения, и снизилась соответственно до 767 человек в 2012 году.

О масштабах работы, проведенной врачами, говорят конкретные данные. Например, в рамках программы «Артериальная гипертензия» с 2003 года было выявлено более 7 миллионов больных на ранних стадиях болезни, их активное лечение позволило снизить смертность от цереброваскулярных заболеваний на 23 процента.

Анализ деятельности в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями позволяет определить пути, которые позволят, по нашему мнению и по мнению многих авторов, улучшить такие показатели, как снижение летальности и смертности.

Это первое — повышение активности работы первичного звена в здравоохранении за счет использования современных методов диагностики и лечения, активности диспансеризации, профилактики, внедрения в систему здравоохранения новых информационных методов, особенно в малых городах и сельской местности.

Второе — это расширение применения высокотехнологичных методов диагностики и лечения, как за счёт создания сосудистых центров, так и за счёт внедрения их в общую сеть здравоохранения.

Третье — повышение квалификации врачей, совершенствование последипломной подготовки.

Четвертое — решение организационных вопросов оказания кардиологической помощи.

Пятое — разработка, создание и внедрение в практику оригинальных методов диагностики и лечения.

Комитет Государственной Думы по охране здоровья в рамках подготовки к «круглому столу» получил следующие предложения для обсуждения и возможного включения в итоговые рекомендации. Я их просто вам зачитаю, так, чтобы можно было обсуждать.

Рекомендации были следующие: разработать и утвердить стандарты медицинской помощи больным кардиологического профиля на всех этапах её оказания, с учётом новых методов диагностики и лечения, а также рекомендации по реабилитации указанных больных.

Второе: определить тарифы в системе обязательного медицинского страхования на оказание специализированной помощи пациентам при остром коронарном синдроме, с применением чрескожных коронарных вмешательств и новейших эффективных лекарственных препаратов.

И ещё одно. Рассмотреть возможность внесения изменений в Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 918-н, фактически упраздняющий региональные сосудистые центры, и привести его в соответствие с ранее действовавшим Приказом Минздравразвития от 2009 года № 599-н, что позволит сохранить кардиологические отделения в каждом регионе.

И сегодня предлагаем обсудить в том числе и те вопросы, которые поступили к нам в письменном виде. По результатам обсуждения и с учётом поступивших в Комитет предложений, надеемся, будут подготовлены соответствующие рекомендации федеральным органам исполнительной власти и органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Я уложился.

Тогда Юрию Александровичу Карпову, вице-президенту правления Российского кардиологического общества, профессору, первому заместителю генерального директора, заместителю генерального директора по науке ФГБУ «Российский кардиологический

научно-производственный комплекс» Минздравсоцразвития Российской Федерации предлагаем первое слово.

**Карпов Ю. А.** Да, спасибо, Сергей Борисович.

Добрый день, уважаемые коллеги.

Я тоже в таком же телеграфном стиле постараюсь остановиться на наиболее важных этапах развития, в частности, программы «Сосудистый центр».

И мне хотелось бы напомнить, что основными показателями для нас являются, в данном случае, смертность от ишемической болезни сердца, и вы видите, что к 2020 году её нужно сократить до приблизительно до 291 случая на 100 тысяч населения.

Но сразу хочу сказать, что на самом деле смертность от острого инфаркта миокарда и смертность от ишемической болезни сердца — это две очень большие цифры, которые очень сильно отличаются друг от друга. И основная часть больных умирает с диагнозом «ишемическая болезнь сердца», и, как вы справедливо сказали, только часть — это с диагнозом острого инфаркта миокарда.

Поэтому вопрос, на самом деле, выходит далеко за рамки лечения больных в остром периоде инфаркта миокарда, хотя это, безусловно, очень важная задача.

Мне, прежде всего, хотелось остановиться на деятельности сосудистых центров и напомнить, что с 2008 года в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» началась реализация мероприятий по снижению сердечно-сосудистой смертности, и она шла в двух сегментах — оказание помощи больным с острым коронарным синдромом и больным с нарушением мозгового кровообращения.

Фактически вот так эта программа была запущена, и на сегодняшний день, вы видите, она функционирует в подавляющем большинстве субъектов Российской Федерации, какие-то вступили раньше, какие-то позже.

Но на сегодняшний день создана достаточно стройная система оказания помощи данным пациентам, которая в конечном итоге была достаточно хорошо оснащена и вооружена. И дальше, конечно, один из таких важных моментов — это вопрос контроля исполнения данной программы. И вы видите, что одного какого-то источника, который бы удовлетворял всем этим задачам, нет. Поэтому мы фактически получаем информацию из нескольких

наиболее важных данных — это мониторинг Минздрава, это аудит, который мы дважды, в 2011 и 2012 годах, проводили, но в этом году у нас, к сожалению, не оказалось средств, выделенных на данные программы, и он не проводился. Российский регистр острого коронарного синдрома и наша официальная статистика — это росстатовские данные. Я должен сказать, что, конечно, огромное значение здесь придаётся функционированию российского регистра острого коронарного синдрома. И вот, уважаемые коллеги, посмотрите, что сегодня этот регистр, который уже функционирует с 2009 года, объединяет подавляющее большинство региональных программ. Надо сказать, что в этот, так сказать, регистр, в общей сложности входят более 180 медицинских организаций, часть организаций — те, которые не относятся формально к системе медицинских организаций, работающих в сосудистой программе. И вот сегодня накоплено — это самые последние данные — 190 тысяч случаев острого коронарного синдрома. Вы видите, что диагноз не подтвердился у приблизительно 7 процентов больных, остальные 178 тысяч случаев — это больные с острым коронарным синдромом, которые делятся в соотношении приблизительно один к двум. Острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST — 34 процента, или 60 с лишним тысяч, и острый коронарный синдром без подъёма сегмента ST — 116 тысяч наблюдений, приблизительно 66 процентов больных. Средний возраст госпитализированных больных — 65 лет. И вы видите, количество мужчин и женщин у нас приблизительно одинаково — с небольшим, в несколько процентов, преимуществом госпитализированных мужчин.

Ну, и чтобы не возвращаться к этому вопросу, хочу сказать, что есть проблемы с финансированием регистра острого коронарного синдрома. Он фактически работает — в большинстве случаев — на энтузиазме врачей, которым это ранее было поручено, и они получали определённое вознаграждение. Сейчас, насколько мне известно, это, в общем-то, проблема. Очень важные данные были получены в регистре. Если мы посмотрим, что предшествовало развитию острого коронарного синдрома, то фактически и в том, и в другом случае — с подъёмом, без подъёма сегмента ST — это в основном артериальная гипертония. Видите, практически 80–90 процентов больных — это больные, которые были не лечены

или недостаточно эффективно лечены в связи с артериальной гипертонией. А вот ишемическая болезнь сердца, вы видите, фактически в половине всех случаев острый коронарный синдром был первой манифестацией. То есть фактически во многих случаях ишемическая болезнь сердца не распознается, и, как правило, не проводятся соответствующие мероприятия.

По инфаркту миокарда, вы видите, какая картина. Примерно каждый пятый больной имел уже перенесенный инфаркт. В случае острого коронарного синдрома с подъёмом сегмента ST их гораздо больше, это тоже подтверждается статистическими данными, они имели ранее перенесенный инфаркт Миокарда в случае ОКС без подъёма сегмента ST. Да, вот ещё обратите внимание, что среди поступивших больных довольно небольшое количество пациентов, которые ранее получали хирургическое... лечение в связи с ишемической болезнью сердца.

Я остановлюсь кратко на нескольких важных показателях. Если посмотреть на эти цифры, то мы увидим, что из года в год, правда, не так быстро, растёт частота проведения тромболитической терапии, и в частности в январе — ноябре 2013 года — видите? — ещё увеличилось на три процента. Вот этот сегмент больных увеличивается. Речь идёт о тех пациентах, которые наблюдались в рамках сосудистой программы. Растёт и, даже более высокими темпами, частота выполнения чрескожных коронарных вмешательств. Вы видите — и общая цифра, и по разбивке особенно — растёт частота выполнения чрескожных вмешательств в рамках первичной ангиопластики коронарных артерий, у больных с острым коронарным синдромом с подъёмом сегмента ST — 33 процента. Меньше, хотя тоже растёт, количество вмешательств у больных без подъёма сегмента ST. Ну и в большинстве случаев, как я уже говорил, — это первичная коронарная ангиопластика. И вот если всё это суммировать — я вам приводил данные регистра — по данным Минздрава то же самое: за годы функционирования программы у нас в три раза увеличилось количество случаев первично-коронарной ангиопластики. Следующие выступающие более детально остановятся на этих важных вопросах, касающихся чрескожных вмешательств.

Что, так сказать, нас не совсем устраивает? Обратите внимание, что основная часть вмешательств проводится у пациентов с острым

коронарным синдромом с относительно невысоким риском развития осложнений, хотя по идее наиболее высокая эффективность — в тех случаях, когда мы выполняем вмешательства в группе максимального риска. Если посмотреть средние европейские данные, например, то здесь, конечно, у нас есть ещё над чем работать. Врачи в первую очередь выполняют вмешательство в группе относительно невысокого риска...

Вы знаете, из года в год там, где выполняются чрескожные коронарные вмешательства, где большая доля больных получает тромболитическую терапию, госпитальная летальность составляет 5 процентов, плюс-минус, — это реальность, никакого удивления не вызывает, но как только начинает центр функционировать в этом режиме, значительно снижаются цифры госпитальной летальности.

Вместе с тем мы посмотрим, что если брать ситуацию по федеральным округам — и мы отдельно ещё вывели два наших мегаполиса, это Москва и Санкт-Петербург, — то мы видим с вами, что больничная летальность по-прежнему всё-таки остаётся высокой. И вот если посмотреть на средний показатель, то она, вы видите, колеблется от 12 и аж до 20 процентов. Это больничная летальность. Она ниже при первичном инфаркте миокарда и выше у больных с повторным инфарктом миокарда, что тоже, в общем-то, понятно. Просто это говорит ещё о том, что фактически тромболитическая терапия как таковая в массовом порядке или в большинстве клиник, куда госпитализируются больные с острым коронарным синдромом, судя по всему, ещё не выполняется в должном, необходимом объёме.

Причины там могут быть разные, в том числе и фактор госпитализации, сроки госпитализации, но в целом я вынужден констатировать, что по-прежнему всё-таки больничная летальность остаётся существенно выше, чем хотелось бы.

По этой части у меня буквально несколько коротких выводов. Во-первых, до развития острой коронарной недостаточности большинство имели факторы риска, которые потенциально можно было бы контролировать, и при должном контроле мы могли бы ожидать меньшую заболеваемость острым коронарным синдромом. Количество случаев применения тромболитической терапии увеличивается, в среднем она проводится примерно где-то в четверти



случаев, и наблюдается значительный рост чрескожных коронарных вмешательств.

Ну, и несколько очень важных моментов, на которые я хотел бы обратить внимание уважаемых коллег. Первое — это диспансерное наблюдение. По данным Минздрава за 2012 год, диспансерное наблюдение больных, которые перенесли инфаркт миокарда, — примерно 50 процентов. Можно предполагать, что эта цифра, наверное, даже больше, чем есть на самом деле. Есть довольно большой разброс, вы видите, но в целом, опять же это довольно низкий показатель, потому что эта группа нуждается в очень активном наблюдении, и мы знаем о том, что число повторных инфарктов миокарда в последнее время имеет тенденцию к увеличению.

Следующий очень важный момент — это утверждение порядков оказания медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями, где представлена достаточно стройная система, она может, конечно, обсуждаться, но она уже есть на сегодняшний день. Недавно на сайте многих обществ и Российского кардиологического центра были представлены новые российские рекомендации по диагностике и лечению больных с острым инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST. Они сейчас ещё находятся в стадии обсуждения. Это рекомендации, которые специалисты кардиоцентра создавали по заданию Министерства здравоохранения.

Ну, и наконец, последний, очень важный вопрос — это введение тарифов на оказание помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Вот обратите внимание, в графе «Острый инфаркт миокарда», извините, разброс тарифов по разным регионам в 10 раз. То есть, есть регионы, где выделяется со следующего года на лечение больных с острым инфарктом миокарда приблизительно 20 тысяч рублей, и есть регионы, где более 200 тысяч рублей. Понятно, что если выделяются на лечение больного с острым инфарктом миокарда в регионе 20 или 30 тысяч рублей, то реально оказать на современном уровне помощь данным пациентам не представляется возможным. Поэтому, мне кажется, это тоже очень важный вопрос, который надо сегодня нам обсудить.

Ну, и самую последнюю картинку, которую я хотел показать, — кстати, её показывал Евгений Иванович Чазов недавно

на конференции по неотложной кардиологии, которая происходила в кардиоцентре. Он выступал на совещании главных кардиологов субъектов Российской Федерации. И вот по нашим данным, они выполнены на основе данных Росстата, всё-таки, невзирая на, может быть, не слишком оптимистичную ситуацию, в целом всё-таки реализация программ по борьбе с гипертонией и сосудистая программа в особенности, в конечном итоге, вы видите, приводит к снижению смертности от заболевания кровообращения приблизительно на 30 процентов за последнее десятилетие, в среднем это приблизительно 3–4 процента в год. Главное, что здесь идёт довольно устойчивая тенденция. И, по-видимому, анализ этих данных тоже нам должен помочь, таково должно быть острие наших мероприятий, такая направленность наших мероприятий по дальнейшему снижению сердечно-сосудистых заболеваний и смертности. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Юрий Александрович.

Если позволите, давайте договоримся ещё так. У меня предложение есть. Все, наверное, не смогут выступить. Но если в результате обсуждения появятся мысли или предложения в резолютивную часть «круглого стола» тоже, напишите нам их.

Ну, а следующее слово позволю себе предоставить «скорой помощи», если не возражаете. Во-первых, была человеческая просьба у Аркадия Львовича Вёрткина. Он торопится на самолёт, ему самое позднее в 4 часа уже надо отсюда попытаться выехать. Я сегодня ехал 2,5 часа из аэропорта. Если считать, что первыми, как чаще всего, с этими случаями встречается наша «скорая помощь», поэтому давайте дадим ему слово. Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета имени А. И. Евдокимова, президент Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи (ННПОСМП) и Международного общества по изучению возрастной инволюции Аркадий Львович Вёрткин. Доклад на тему «Организация службы скорой медицинской помощи, направленная на снижение кардиологической смертности».

**Вёрткин А. Л.** Спасибо большое, Сергей Борисович.

Добрый день, уважаемые коллеги!

Хотелось бы сразу оговориться, что ни в один сосудистый центр больные не идут самостоятельно пешком. Что бы ни было, есть две организации, которые обеспечивают доставку этих больных, — это «скорая медицинская помощь» и поликлиника. Поэтому что бы мы ни говорили, но акценты на эти две организации необходимо сделать — фактически только от них зависит время, которое нам осталось жить.

Ну, понятно, что в любой ситуации есть две большие проблемы, пациенты наши, вот они такие. Но есть несколько вещей, о которых Юрий Александрович (Карпов. — *Прим. ред.*) уже сказал. Факторы риска, которые в нашей стране давно уже перестали быть факторами риска. Я считаю, что риском у нас называть это не надо, это уже настоящие больные, и в таких случаях речь уже идёт не о первичной профилактике. Их надо лечить точно так же, как и больных. 40 процентов наших курящих имеют ишемическую болезнь сердца в разных её проявлениях, к примеру.

Отдельно стоит сказать о новой ситуации — диспансеризации при неотложных состояниях. Наши врачи поликлиники настолько рады, когда приходят туда больные, и готовы обеспечить им диспансеризацию, но среди них приходят больные в неотложных состояниях, когда эти вопросы решать, наверное, нецелесообразно. Мы всё время говорим про образование через всю жизнь. Я думаю, что наступил тот этап, когда мы можем сегодня уже говорить об образовании на сегодняшний день. Это образование кроется в двух аспектах.

И если каждый доктор на любом месте, где бы он ни был, понимал, что здоровье наших трудящихся зависит только от двух составляющих — это применённые к ним высокие технологии диагностики и лечения, и риски, связанные с этой болезнью, прежде всего, риск умереть, — и вот если за основу взять эти две позиции, то, может быть, перестанут делать огромное количество ненужных вещей, которые сейчас делаются.

Этот год ознаменовался двумя ситуациями. Первая — это закон об образовании. Вторая — проект приказа о скорой медицинской помощи.

В приказе о скорой медицинской помощи вообще ничего, ни слова не сказано, как, кто будет обучать врача скорой медицинской помощи, и нужно ли это вообще. Посмотрите, что есть сегодня.

Все вызовы скорой медицинской помощи разделены на экстренные, когда нужно всё бросать, и самые квалифицированные люди должны выезжать, и те случаи, когда можно послать любую свободную бригаду.

Кто определяет это? Это же должен определить высококвалифицированный доктор, который сидит и слушает. У нас сидят на том конце провода, когда набираешь 03, диспетчер, который является не девочкой, далеко не девочкой, и не мальчиком, а он является пожилым человеком, фельдшером, который в силу своих физических возможностей не может ездить, устанавливают ему место, и он определяет, именно он, кто должен ехать, это экстренная, неотложная ситуация, или можно вообще подождать.

Следующий вопрос — из закона об образовании — воспитание, создать условия. Условия созданы. Строятся подстанции, оснащаются мебелью, аппаратурой и всевозможными вещами.

Но есть процесс образования, причём сверху донизу. И посмотрите, что происходит.

Скорая медицинская помощь — это та служба, которая оказывает помощь вне медицинского учреждения. Посмотрите инновационные моменты, которые появились с 1 января! Это водитель-фельдшер.

Сегодня фельдшеров, которые являются пожилыми женщинами, нужно обучить водить машину, я уже не говорю про дезинфекцию, асептику, мотор, бензин, и так далее, и так далее. Ну не на это направлены должны быть силы, а только на вопросы образования.

Ну и, наконец, мы сегодня говорим об организации службы скорой медицинской помощи с фокусом на снижение кардиологической смертности, а с 1 января кардиологические бригады будут отсутствовать на станциях скорой медицинской помощи!

Ну, есть же предел! Есть предел.

Анестезиологи и ревматологи не должны быть на скорой медицинской помощи — там нет тех трагедий. Или они есть, эти чрезвычайно нужные и подготовленные врачи, и тогда можно всё что угодно требовать. Тогда будут иные способы лечения. Вопросов нет. Развитие тромболитической терапии — это круто, но, извините, сегодня во многих случаях тромболитическая терапия сдерживает всё то, что сегодня есть в новых технологиях, при выборе

метода медикаментозной терапии на скорой медицинской помощи до сосудистого центра.

Поэтому говоря о высоких технологиях, я считаю, что в образовании нужен акцент на образование врача. Но на сегодня не существует единого процесса.

Обществу нужно понять, что скорая помощь и неотложная помощь в поликлинике — это главные действующие лица, от них зависит, либо будет диагноз, либо не будет диагноза, либо правильно будет направлена бригада, либо неправильно будет направлена. Это высокие технологии на скорой помощи.

И, безусловно, представление о том, что риск, риск и ответственность этих людей, она вообще не обсуждается.

Вы меня извините за эмоции. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо за эмоции, Аркадий Львович, потому что вы сказали всё по делу, мне кажется.

Учитывая то, что вы торопитесь на самолёт, и чтобы вы ушли с какой-то положительной эмоцией в душе, скажу так, что Национальная медицинская палата инициировала повторное рассмотрение этого приказа, и не далее как на этой неделе или на следующей неделе такое совещание в Минздраве состоится.

Причём мы настойчиво просили вернуться Минздрав к этому уже изданному не проекту, а приказу, хотя автор, наш коллега... говорил о том, что со всеми коллегами из Общества скорой помощи это было обсуждено. Но вот теперь, учитывая, что многие практики высказали очень большие претензии, мы настояли на том, чтобы вернуться к обсуждению.

Я позволю себе немножко сказать по этому поводу. Наша беда, наверное, в том, что мы никак не научимся работать с протянутой рукой у Министерства здравоохранения. О них сейчас не могу ничего сказать. Каждый проект приказа вывешивают у себя на открытом едином портале, где все приказы обсуждаются минимум месяц. И вот пока проекты обсуждаются — я в этом году пытаюсь проводить мониторинг всех этих документов — мы все молчим. Как только он издаётся, мы все начинаем возмущаться, ну что же такое написали?

А надо научиться работать на этапе обсуждения. Не хочу сказать, что это наша недоработка, это наша беда. Надо научиться с этой формой теперь работать, чтобы не постфактум и не ретроспективно,

а до того, пока ещё документ не издан. Минздрав готов, и он говорит: ну где же вы были?

Одним словом, надейтесь, что мы всё-таки вернёмся к обсуждению этого закона. И я хочу, чтобы, конечно, вы тоже там присутствовали, когда это произойдёт. Нас ещё не предупреждали? Ну, будет. Я попробую это на себя взять.

Спасибо большое, Аркадий Львович. Я думаю, что очень конструктивное выступление, и действительно большая организационная проблема там есть.

Я так понимаю, смысл вернуть кардиологические бригады было, как минимум, квинтэссенция выступления, да.

Баграт Гегамович Алекаян — главный специалист Минздрава России по рентгеноэндоваскулярной диагностике и лечению, председатель Российского научного общества рентгеноэндоваскулярных хирургов и интервенционных радиологов, руководитель отделения Научного центра сердечно-сосудистой хирургии имени А. Н. Бакулева академик РАН. «Современные методы рентгеноэндоваскулярной хирургии и снижение летальности от острого коронарного синдрома».

**Алекаян Б. Г.** Уважаемый председатель, глубокоуважаемые коллеги!

Я остановлюсь на проблеме эндоваскулярного лечения этой патологии. Ну очень простая ситуация. Коронарная артерия, вы видите, закрылась, возникает острый инфаркт миокарда, электрокардиограмма, и задача наша — как можно быстрее, используя потенциал скорой помощи, доставить пациента в специализированный центр, где можно открыть артерию, имплантировать стент и восстановить коронарный кровоток.

Посмотрите летальность при консервативной терапии. Это большое рандомизированное американское исследование, которое показывает, что летальность в течение 28 дней колеблется от 13 до 27 процентов, причём 12 процентов пациентов погибают на догоспитальном этапе.

И вот посмотрите этапы развития. Снижение летальности после создания палаты интенсивной терапии, тромболитическая терапия, которую разработал Евгений Иванович Чазов. Это абсолютно признанный метод, наш, советский, который снизил летальность ещё на 25 процентов.

Появилась балонная ангиопластика в 1990-х годах, и реально летальность снизилась до 7–8 процентов, в отличие от 20 процентов при консервативной терапии.

И вот начало XXI века — стентирование. И вот тут достигнуты большие успехи именно у больных с острым инфарктом миокарда и подъёмом сегмента до 5 процентов.

Принципиально важно — это время, об этом говорил профессор Вёрткин, и принципиально важно доставить пациента как можно быстрее.

Посмотрите первые 30 минут от начала инфаркта. Чёрная полоса — это только-только начинается некроз, погибает миокард, через 4 часа толщина увеличивается, а через 6–12 часов — трансмуральный инфаркт миокарда, который уже, к сожалению, очень трудно лечить.

Задача — в течение... Быстро поступает пациент, и через 30 минут от момента поступления пациента в клинику артерия должна быть открыта. Это очень важно. Вот 30 минут — от дверей до выполнения этой операции.

Очень важный слайд. Вы знаете, большая работа в Америке была проведена, 780 тысяч больных с острым инфарктом миокарда (представьте себе, чуть меньше миллиона) проанализированы. И было посчитано, что частота летальности в течение первого года увеличивается на 7,5 процента на каждые 30 минут задержки. Посмотрите, 60 минут — летальность одна, если больной поступает через 4 часа — уже другая, таким образом, летальность увеличивается в течение года у больных, которые опаздывали на каждые 30 минут, на 7,5 процента увеличивается летальность.

Тромболитическая терапия — важный метод, но он должен, конечно, в основном работать в тех регионах, которые далеки от первичных центров. И вот посмотрите. Большое исследование было проведено. 23 самых крупных рандомизированных исследований, которые сравнивали результаты летальности при тромболитической терапии. И чётко было показано, что летальность достоверно выше при тромболитической терапии в отличие от стентирования.

Кардиогенный шок — это очень тяжёлая группа больных. Вы знаете, выживает только 10 процентов при консервативной терапии. Тромболитическая спасает 30 процентов больных, а вот стентирование — уже от 50 до 74 процентов больных.

Таким образом, большая работа в Европе была... 32 тысячи чрескожных вмешательств больным с острым инфарктом миокарда. Посмотрите, благодаря этим технологиям, выживает 95 процентов больных и погибло всего лишь 5 процентов.

В России у нас 194 центра, где работают почти тысяча специалистов, и в стране функционирует 334 рентген-операционных. Посмотрите количество центров, как с 2000 года с 37 увеличилось до 194. Количество установок: с 2004 года было всего 100, сейчас — 334, количество специалистов было 258, в 2004 году цифра достигла почти тысячи специалистов.

Это общее количество больных, которые были пролечены и обследованы в нашей стране. 324 больных в 2012 году прошли обследование, вы посмотрите, это в девять раз больше, чем 11 лет тому назад.

Это данные количества случаев коронарографии. 206 тысяч случаев коронарографии в стране было выполнено. Вы видите, в 2012 году чрескожное коронарное вмешательство было выполнено почти 80 тысяч раз. И обратите внимание — это в 20 раз больше, чем в 2001 году в России выполнялось.

И очень важно, что в 2012 году 33 тысячи процедур было выполнено у больных с острым коронарным синдромом, что составляет 44 процента. В 2005 году в стране было всего лишь 4200 стентирования у больных с острым коронарным синдромом. Эта цифра увеличилась в более чем 7,5 раз за последние восемь лет и составила 33 тысячи.

Но как же мы работаем? Посмотрите — загрузка отделения, всего 162 центра в стране выполнили за год в среднем 207 процедур. То есть острый коронарный синдром — меньше одного пациента в день. Вы понимаете?

То есть это очень маленькие цифры, о которых в принципе мы должны думать. Это принципиальные вещи, которые...

Пример очень важной работы 30 европейских стран, без России, конечно, мы не были включены. Жёлтый цвет — это больные, которые подвергались при остром инфаркте стентированию. Посмотрите, на первом месте Чехия. Они 90, сегодня уже 95, процентов больных по всей стране доставляют в специализированные центры... Тромбозис занимает 1 процент, а остальные 3–4 процента — это обычная консервативная терапия.



В среднем по России, в Европе почти 50 процентов — стентирования, 22 процента — тромболитическая, а далее — обычная консервативная терапия.

Мы экстраполировали эти данные на миллион населения по европейским странам. Видите, Швейцария — 970 человек на миллион населения, Германия — 730. В среднем по Европе — 363. Россия, 2012 год, экстраполировали данные, и всего лишь 70 человек. Это в шесть раз меньше средних данных по Европе, к сожалению.

13 сентября 2008 года в Европе стартовала программа «Stand for life». Её цель — повысить доступность жизненно важной операции для этих пациентов.

Ну вот посмотрите, в Российской Федерации выявляется эта нозология почти у 200 тысяч больных с подъёмом сегмента ST. И, к сожалению, только у 11 тысяч больных с подъёмом сегмента ST, что составляет 5 процентов, выполняется чрескожное вмешательство, то есть 70 на 1 миллион населения.

По европейской инициативе должны подвергаться стентированию более 70 процентов всех больных. Частота выполнения первичного вмешательства должна быть не менее 600 на миллион населения. Мы просто экстраполировали этот минимум, 600 на 143, и получается, что мы должны выполнять 85800 стентирований при остром инфаркте миокарда с подъёмом сегмента ST.

Летальность при консервативной терапии — 20 процентов, при выполнении ЧКВ — не более 5 процентов. Это при средней стоимости одного ЧКВ, по данным ОМС, где-то в пределах 160 тысяч, а где-то в регионах подняли до 250 тысяч рублей, мы знаем. Это ежегодно, если будем выполнять такие операции, это всего лишь 13 миллиардов надо потратить, и мы спасаем 85 тысяч человек, с 5-процентной летальностью.

Но посмотрите, вы уже сами сказали в вашем выступлении, что прямые и непрямые затраты составляют 70 миллиардов на острый коронарный синдром. Если удастся наладить эту методику, применять, то мы можем достигнуть серьёзного прогресса.

Посмотрите данные Минздрава: 600 тысяч человек в Российской Федерации было госпитализировано с острым коронарным синдромом, разные формы вы видите. И только 5 процентов подверглись чрескожному вмешательству, а консервативной терапии — 95 процентов, а должно быть практически наоборот. И пока мы

не поменяем эти цифры, мы никак не можем снизить реальную летальность от острого коронарного синдрома.

У нас 334 рентгенооперационных, и в среднем по стране в одной рентгенооперационной было обследовано 970 больных — всего лишь 2,7 пациента за сутки. Аппаратура, которая стоит 2 миллиона долларов, 50 миллионов, наша пропускная способность — 2,7 пациента в день. Это крайне малая цифра, потому что работают они с 9 до 15 часов. Сегодня нет крайней необходимости увеличивать количество центров, необходимо создать условия для перехода этих центров на круглосуточное оказание помощи больным. 24 часа в сутки, 7 дней, и 356 дней в году. И при этих условиях в одной операционной уже будет не 970 — мы можем делать операции 3 тысячам пациентам. И, честно говоря, на этих установках, которые есть сегодня, без дополнительных закупок мы бы могли уже пропустить миллион 200 тысяч пациентов, вместо 300, это очень важные цифры.

Я завершаю. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №918н, о нём уже говорил Юрий Александрович (Карпов. — *Прим. ред.*), о порядке оказания помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями. Мы рассматриваем то, что было сейчас в организациях и в сообществе кардиологов, кардиохирургов и эндоваскулярных специалистов. Надо поменять, и мы сейчас предлагаем другой вариант, я не буду останавливаться, но это вещи, которые, наверное... мы всё передаём в Минздрав. Если это будет принято, мы смогли бы как-то эту ситуацию сдвинуть с места.

Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Баграт Гегамович.

Но, к сожалению, надо всегда помнить, что Россия — не Чехия, не Бельгия и не Нидерланды по размерам. И наша главная беда, наверное, в наших размерах и отсутствии коммуникаций для быстрой доставки больных. И сколько бы мы не говорили о том, что это замечательно, цифры убедительные, технология показательная и результативная, но это можно экстраполировать, наверное, только как требование к областным центрам, к таким городам, как Москва.

**Алекян Б. Г.** Мы так и прописали. Вы знаете, наши предложения — начать именно в субъектах, в столицах субъектов Российской Федерации хотя бы это.

**Председательствующий.** Я и говорю, что об этом надо помнить. И то, что никуда мы от тромбозиса не денемся. Ведь даже в Европе 22 процента, как вы показали... Тем не менее, у нас этот процент будет объективно выше, наверное.

Спасибо большое. И я попросил бы ваши предложения, всё, что вы хотели бы видеть, внести в наше решение.

**Алекян Б. Г.** Если вы поддержите то, что мы прописали... Они есть, мы внесём предложения.

**Председательствующий.** А мы тогда переходим дальше, да? Следующий — Александр Вадимович Шпектор, главный внештатный специалист-кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы, профессор, заведующий кафедрой кардиологии ФПДО «МГМСУ имени А. И. Евдокимова».

**Шпектор А. В.** Добрый день, уважаемые коллеги! Поскольку у меня имеется только 5 минут, я не буду подробно останавливаться на том, как в Москве сейчас решается проблема инфаркта. Она решается собственно так, как сказал Баграт Гегамович (Алекян. — *Прим. ред.*). У нас сейчас уже есть 15 круглосуточных центров, куда мы госпитализируем всех больных с острым коронарным синдромом.

Я бы хотел за эти 5 минут обсудить другой вопрос, который на первый взгляд звучит смешно: кто должен лечить инфаркт миокарда? Во всём мире инфаркт миокарда лечит доктор, который называется кардиолог, у нас же получилось так, что на самые важные, решающие, двое-трое суток кардиолог практически устранён от лечения больного с острым инфарктом миокарда. Согласно приказу больные поступают в отделения реанимации и лечат их там, соответственно, анестезиологи-реаниматологи.

Видимо, это основано на том, что согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации №541 врач-анестезиолог-ревматолог должен знать современные методы реанимации, интенсивной терапии при различных заболеваниях и состояниях. Я полон глубочайшего уважения к нашим коллегам-ревматологам, у них тяжелейший труд, тяжелейшие больные, но современное лечение острого инфаркта миокарда очень специфично. Эти больные радикально отличаются от тех, кто обычно заполняют общие реанимационные отделения.

Тем более, что, если мы посмотрим на Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №380, то там прямо

сказано, что в функции анестезиолога-ревматолога не входят такие важнейшие вещи, как анализ данных кардиографии и коронарографии. Как без этого можно лечить острый инфаркт миокарда? На современном уровне это практически не возможно. И практика показывает, что это на самом деле так.

За что обидели кардиологов? Тот же Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 380: специалист-кардиолог должен уметь поставить диагноз и провести необходимое лечение при инфаркте миокарда и неотложных состояниях, а дальше — смотрите — все основные осложнения инфаркта миокарда входят в обязанности врача-кардиолога. Врач-кардиолог должен уметь анализировать не только ЭКГ, а как раз и эхокардиограмму, и данные коронарограммы, на которых основывается современное лечение. Врач-кардиолог должен полностью владеть всеми реанимационными мероприятиями, пункциями, электроимпульсной терапией, временной докардиальной стимуляцией, делать съёмку, расшифровку ЭКГ, анализ эхокардиограммы и коронарограммы — всё, что требуется.

Как это всё выглядит во всём мире? Во всём мире это выглядит примерно так, что если больному с острым инфарктом миокарда требуется практически только одно вмешательство — это длительная искусственная вентиляция лёгких, — а у больных инфарктом, ну, я не знаю, один на 100, тогда мы всегда можем вызвать коллегу анестезиолога-ревматолога, и он нас проконсультирует. Всё остальное кардиолог в принципе должен делать сам.

И опять-таки в мире есть два похода к решению этой проблемы. Первый подход. Доктор, получивший сертификат кардиолога, уже всё знает, всё умеет. Ну, это хорошо, но всё-таки, если встать на грешную землю, наверное, не всегда бывает так. Поэтому уже даже в Европе приняты дополнительные курсы последипломные с последующей сертификацией на знание неотложной кардиологии, и эти доктора имеют преимущество при работе в кардиореанимационных блоках. Это просто пример.

Поэтому я думаю, что мы можем к этой проблеме подойти следующим образом. Мои предложения: ввести понятие «кардиореанимационное отделение», которое было, потом оно куда-то исчезло, разработать соответствующую документацию. И самое главное — разрешить работать в этом отделении врачам-кардиологам,

прошедшим дополнительную профессиональную подготовку по неотложной кардиологии с элементами реаниматологии, которые необходимы для ведения больных с острой коронарной патологией.

Благодарю за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое, огромное спасибо за то, что уложились в регламент. Прошу брать всех пример.

И ваша рекомендация понятна. Можно дискутировать по поводу второго предложения, да? Будут, наверное, разные точки зрения, в том числе и специалистов Минздрава.

**Вёрткин А. Л.** Можно это обсуждать.

**Председательствующий.** С первым вообще, думаю, все согласятся, хотя надо определить точно, где они должны быть. А, думаю, большинство присутствующих, наверное, согласится.

**Вёрткин А. Л.** Я прошу прощения, была такая же ситуация на скорой помощи. И специально анестезиологи-реаниматологи, кардиологов просто нет. И всё то же самое.

**Председательствующий.** Приберегите силы для дискуссии. Это я так, просто для затравки говорю — чтобы все подумали. Чтобы было о чём поговорить после того, когда все выступят.

А слово предоставляю Алексею Николаевичу Яковлеву, заведующему научно-исследовательской лабораторией острого коронарного синдрома Института сердца и сосудов ФГБУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии имени В. А. Алмазова». «Подходы к улучшению оказания неотложной помощи больным с острым коронарным синдромом». Не убеждайте только нас в теории, лучше в подходах.

**Яковлев А. Н.** Глубокоуважаемый Сергей Борисович (Дорофеев. — *Прим. ред.*), глубокоуважаемые коллеги.

Я, наверное, расскажу очень коротко об основных положениях. Я хотел обратить ваше внимание на то, что в Северо-Западном федеральном округе летальность от инфаркта миокарда достаточно высокая. И если посмотреть на частоту острого коронарного синдрома инфаркта миокарда, на сердечно-сосудистую смертность, рождаемость, понятно, что летальность от острого коронарного синдрома вносит свой вклад, значимый достаточно вклад в... смертность в Северо-Западном федеральном округе. И это важная проблема.

На сегодняшний день лечение острого коронарного синдрома с подъёмом сегмента ST — это наиболее сложная система, которая

требует максимального количества ресурсов от регионального здравоохранения, требует организации взаимодействия различных структур, входящих, оказывающих помощь этим пациентам. И в рекомендациях достаточно чётко определены позиции, как эти больные должны лечиться, это европейские рекомендации, пересмотренные в 2012 году. И аналогичный подход реализован и в проекте российских рекомендаций 2013 года.

Оказание помощи больному с острым коронарным синдромом начинается ещё до того, как он заболел острым коронарным синдромом. Меры, направленные на обеспечение раннего обращения пациентов, — это информирование пациентов высокого риска, широких слоёв населения о том, как себя надо вести при развитии симптомов острого коронарного синдрома, и они принципиально влияют на результаты лечения.

Диспетчерская служба скорой помощи оказывает принципиальную роль, если выявляются пациенты высокого риска, и к ним направляются бригады, кардиореанимационные бригады, соответствующим образом оснащённые и подготовленные, и тогда результаты существенно лучше.

Догоспитальный этап помощи должен достаточно чётко контролироваться, поскольку на этом этапе летальность у пациентов с острым коронарным синдромом достаточно высокая.

Маршрутизация госпитализации имеет достаточно большое значение, поскольку в крупных городах, в частности в Москве и в Санкт-Петербурге, имеет значение не расстояние, а сроки. В рекомендациях прописаны сроки госпитализации пациента в крупных городах с серьёзным трафиком, это чаще всего несоответствующие друг другу понятия.

Стационарный этап должен предусматривать доступность современных методов лечения, о которых уже говорилось, это касается и технологии новых лекарственных препаратов, и ранней реабилитации, и самое важное — продолжения лечения пациента на амбулаторном этапе. Поскольку эффективно выполненное вмешательство пациента часто теряет свой смысл, если пациент не получает адекватной антиагрегантной терапии и тех методов вторичной профилактики, которые на сегодняшний день доступны в дальнейшем.

Догоспитальная помощь играет ключевую роль в определении правильной тактики лечения, правильной госпитализации

пациента. Вместе с тем, на догоспитальном этапе имеются объективные сложности диагностики ограниченной возможности. Кроме того, скорая помощь решает широкий круг задач помимо лечения больных с острым коронарным синдромом. И необходимо выделение помощи больным с патологией, приводящей к высокой летальности: острый коронарный синдром и острое нарушение мозгового кровообращения в отдельный поток пациентов с отдельной системой контроля за качеством оказания помощи этим пациентам.

Существует административное разделение скорой помощи и дальнейших этапов оказания помощи больным. Маршрутизацию необходимо организовывать в виде региональной сети с учётом местных условий, с учётом имеющихся в регионе учреждений и их возможностей и организации сети помощи больным с острым коронарным синдромом с подъёмом сегмента ST, ОКС без подъёма сегмента ST, как, впрочем, у пациентов с неотложной кардиологической патологией различается... В одном случае это приоритет времени, в другом случае это стратификация риска и госпитализация пациента в учреждение, где ему помощь будет оказана наиболее эффективно.

Необходимые инструменты контроля обратной связи на региональном уровне — введение регистров и введение разных механизмов контроля на региональном уровне, поскольку это позволяет оперативно и быстро реагировать на ситуацию и достигать наиболее эффективных методов лечения. Экстренная помощь тесно связана с другими видами кардиологической помощи.

И я хотел коротко сказать о путях улучшения, которые возможны: это развитие, естественно, повышение качества работ отдельных учреждений и служб, врачей отдельных специальностей как догоспитального этапа, так и стационарного, обеспечение доступности современных методов лечения.

Важная задача — это интеграция учреждений региона, учреждений различного подчинения в региональную систему на функциональной основе и оперативный контроль за эффективностью работы этой системы.

Подходы, которыми это может реализоваться: это разработка документов регионального уровня на основе федеральных порядков оказания и действующих национальных рекомендаций, формирование региональных тарифов, которые являются мощным

инструментом контроля за оказанием этой помощи, стимулирование развития, независимый контроль качества, который может проводиться со стороны страховых компаний и Фонда обязательного медицинского страхования и внедрение современных информационных технологий, которые позволят быстро и чётко контролировать эффективность оказания этой помощи. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое за соблюдение регламента и за высказанные предложения...

Вы будете? Хорошо. Тогда слово предоставляем Алексею Владимировичу Протопопову, руководителю регионального сосудистого центра КГБУЗ «Краевая клиническая больница», нашему коллеге, депутату.

**Протопопов А. В.** Уважаемый Сергей Борисович (Дорофеев. — *Прим. ред.*), уважаемые участники «круглого стола»!

Сегодня уже абсолютно правильно был поднят тезис о том, что есть очень большая разница между регионами с большой плотностью населения и регионов с большой территорией, но малой плотностью населения. И Сибирский федеральный округ относится именно к таким географическим образованиям, где плотность населения в целом не превышает 3,5 человек на квадратный километр. Возможно ли в таких региональных образованиях организовать эффективную помощь? Безусловно, есть причины сомневаться в этом — как географические причины, так и инфраструктурные, так, безусловно, и организационные.

Надо сказать, что Сибирь — достаточно неоднозначный регион, который состоит из различных образований. Таких, например, как Красноярский край, который, безусловно, является одним из самых больших территориальных образований с плотностью населения в один человек на квадратный километр. И, например, таким высоко урбанизированным регионом, как Кемеровская область, где плотность населения сопоставима с европейской частью России и даже некоторыми странами Европы. И, безусловно, что подход к организации помощи больным с ОКС должен быть разным в зависимости от именно этих тонкостей региональных структур.

Надо сказать, что согласно официальной статистике именно сибирские центры являются лидерами в области выполнения современных технологий у больных с острым коронарным синдромом, как это видно из тех данных, которыми мы на сегодняшний день



располагаем. Но даже самые, скажем так, передовые города, самые передовые центры по оказанию помощи современным... технологиям больным с острым коронарным синдромом, к сожалению, не дотягивают до солевого индикатора, который на сегодняшний день известен из программы... не дотягивает очень и очень серьёзно.

Какие же основные барьеры видятся нам из Сибири для создания эффективных структур, эффективных систем оказания помощи больным с ОКС? Безусловно, это очень большое количество населённых пунктов с малым количеством жителей, которые тем не менее болеют острым коронарным синдромом и острым инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST. Большие расстояния до лечебных учреждений. Очень много мы можем встретить в Сибири вот именно таких дорожных знаков. Плохая транспортная доступность, с практически полным разрушением региональных дорог, и отсутствие сети центров по выполнению первичных чрескожных коронарных вмешательств. Даже в городах-миллионниках и в городах-лидерах Сибирского федерального округа не существует на сегодняшний день функционирующих центров по оказанию, по выполнению первичных чрескожных коронарных вмешательств.

Что же необходимо менять? Решение абсолютно неоднозначное, как и весь Сибирский федеральный округ, как и весь Сибирский регион. Но тем не менее сейчас понятно, что нужно двигаться просто к количественному увеличению центров по выполнению первичных чрескожных коронарных вмешательств. И опять же к достижению количественного, в первую очередь, популяционно значимого числа первичных чрескожных коронарных вмешательств на миллион населения. Это та «дорожная карта», которая на сегодняшний день абсолютно правильно работает в большинстве европейских стран и должна быть применена, если мы хотим добиться каких-либо значимых результатов, в Российской Федерации.

В Красноярском крае, например, число таких центров, согласно постановлению регионального правительства, к 2015 году (в «дорожной карте» прописано), должно быть доведено до семи на базе основных межрегиональных центров, на юге, севере, западе и востоке. Причём даже на уровне межрегионального сотрудничества с Республикой Хакассия. На уровне межрегионального взаимодействия фондов обязательного медицинского страхования.

Представленная карта межрегиональных центров Красноярского края даёт в принципе географическое представление о том, что с развитием именно в этих территориях технологий первичных чрескожных коронарных вмешательств практически 80 процентов населения Красноярского края попадает в ту или иную зону действия таких центров.

Те же показатели, которые в зависимости от маршрутизации, о чём сегодня тоже говорилось, попадают в зону действия первичных центров, первичных чрескожных коронарных вмешательств. На сегодняшний день очень активно развивается дистанционная передача результатов теле-ЭКГ из машин скорой медицинской помощи, из центральных районных и городских больниц в рамках программы «Модернизация здравоохранения Красноярского края». Такими регистраторами были оснащены практически все линейные и фельдшерские бригады, а также приёмные покои вот именно этих лечебных учреждений.

Стратегия с догоспитальным смещением акцентов тромболитической терапии и с медленной транспортировкой таких больных, с выполнением тромболитической терапии на уровне центров первичных чрескожных коронарных вмешательств, безусловно, также является самым, наверное, выгодным механизмом спасения жизни на территориях с малой плотностью населения. И там, где возможно, там, где позволяют дороги, там, где позволяет инфраструктура, прямая госпитализация больных в центры чрескожных коронарных вмешательств, в том числе, силами санавиации.

Такие данные на сегодня мы имеем. Практически 15 тысяч за время действия — в течение 10 месяцев — мы получили на расшифровку данные электрокардиограмм способом этих связей. Внедрена методика кардиомониторинга, то, о чём говорил Юрий Александрович (Карпов. — *Прим. ред.*), что должны отбираться на перевод больных с высоким риском развития неблагоприятных клинических событий для выполнения чрескожных коронарных вмешательств, и число выполненного догоспитального тромболитического вмешательства только за 2013 год возросло с семи муниципальных образований до двадцати трёх.

Однако не в этом лежат основные риски недостижения целевых показателей по снижению смертности, а именно в повышении уровня знаний пациентов. И здесь, мне кажется, необходимо

законодательной инициативой или другими нормативными актами урегулировать вопросы предоставления времени на центральных каналах, телевизионных каналах, в том числе коммерческих, для рассказа пациентам не о перспективах здорового образа жизни, а для доведения до большинства наших потенциальных пациентов механизма и алгоритма действия при развитии сосудистой катастрофы. Думаю, что такую инициативу нужно активнее развивать и на федеральном уровне.

Неурегулированность законодательства, которая на сегодняшний день опять же представляется достаточным тормозом для достижения индикаторных показателей. Безусловно, государственная позиция по внедрению современных методов лечения пациентов, в первую очередь, должна внедрена быть в государственном масштабе. Сегодня об этом уже говорилось, и очень предметно.

С учётом появления первоочередной роли центров по выполнению первичных чрескожных коронарных вмешательств нужно урегулировать и довести до конца всё-таки нормативные акты по специальности «рентгеноваскулярная диагностика лечения». Они отражены на этом слайде.

Также, мне кажется, для унификации тарифной политики в федеральных округах Российской Федерации должен быть утверждён список главных специалистов по федеральным округам по специальности «рентгеноваскулярная диагностика лечения». И самое главное, в рамках программы модернизации здравоохранения Российской Федерации страна была насыщена на достаточном уровне дорогостоящим оборудованием. А вот вопросы постгарантийного обслуживания этой дорогостоящей аппаратуры на сегодняшний день сведены к прямому взаимодействию лечебных учреждений и производителей, и иногда год постгарантийного обслуживания доходит до 10–15, а то и 20 процентов стоимости при продаже такого оборудования в лечебные учреждения.

Как «дорожную карту», опять же Баграт Гегамович (Алекян. — *Прим. ред.*) сегодня говорил, можно взять за основу программу кардиологического общества «Stand for life», и при бесценной поддержке двух наших профессиональных обществ Сибирский федеральный округ на сегодняшний день является аффилированным участником этой инициативы. И, безусловно, что первичной целью, если мы хотим стремиться к тем же результатам, которые

были показаны в европейских странах, должно быть распространение принципов организации помощи на всю страну.

Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Алексей Владимирович.

Следующий у нас Ильверт Ахатович Шарипов, ведущий сотрудник Научно-Исследовательского Института Скорой Помощи имени Н.В. Склифосовского, ведущий сотрудник по проблемам экстренной медицины, медицины катастроф, профессор. «Оказание экстренной медицинской помощи пострадавшим с политравмой с острой сердечно-сосудистой недостаточностью».

Приготовиться Урванцевой.

**Шарипов И. А.** Уважаемые коллеги, я действительно представляю Институт Склифосовского. У меня пойдёт немного другая тематика. Но в то же время затронута та же проблема с сердечной недостаточностью, с сердечно-сосудистой, где также... будет принципиально для нас.

Но я хочу сказать именно в этом здании и конкретно предложить решение проблемы, именно проблемы политравмы. И всё-таки пять минут, у нас мало времени

35 тысяч больных погибает ежегодно только в ДТП, и 150 тысяч получают повреждения. Это, я уверен, вы знаете. Именно в этих стенах я всё-таки озвучить должен.

Но самое страшное в этом деле, очевидно, это 70–80 процентов — больные, которые погибают от кровопотери. Что значит кровопотеря? Это анемия, обезвоживание, обескровливание и пустое сердце. И мы направляем секцию больных в этой массе именно с направляющим диагнозом «острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне политравмы», и дальше пошло-пошло... Мы разбираем именно механические повреждения. И вот такой ужасный вариант, я не буду говорить сейчас эти цифры, сами понимаете, какое количество больных ежегодно погибает из-за кровопотери. И вот в ноябре была международная конференция, там 20 стран участвовало, где все учёные пришли к мнению, как решать проблему острой кровопотери.

И здесь я готов именно озвучить, у нас около 10 предложений по раннему восполнению объёма циркулирующей крови, чтобы сердце не было пустым, чтобы как-то восстановить. Потому

что даже когда больной поступает уже в стационар, 3–4 часа проходит, к сожалению, вся эта инфузия, трансфузия становится малоэффективной.

Так вот, мы здесь хотим это озвучить, почему я и пришёл сюда, на всех постах ГИБДД, где наиболее концентрированное мощное движение, создать фельдшерские трансфузионные пункты с маленьким запасом набора крови, чтобы можно было на мотоцикле в случае аварии доставить. Просто как эксперимент взять МКАД, это 108 километров, 5–6 таких пунктов создать при прямо ГИБДД: фельдшер-трансфузиолог, его научить кратенько, тут ничего сложного. У него запас в морозильнике: все группы крови, кровезаменители, маленький чемоданчик. И прямо с инспектором он выезжает на место катастрофы, на место повреждения. И через 10, 15, 20 минут он начинает трансфузионную терапию. Всё равно мы к этому придём.

И я считаю, что в этом здании мы должны это озвучить, надо к этому подходить, и этот вопрос решать. Потому что 35 тысяч человек — ежегодная смертность от ДТП, 70–80 процентов из них — из-за острой кровопотери. Это в ранний период, острый период, как мы говорим. Более отдалённый период, все начинаются инфекционные осложнения — тоже причина кровопотери. И одна из причин теперь... Там много очень вопросов, за 5 минут я, естественно, не скажу... Если будут вопросы, если это интересно — потом, пожалуйста, это передадим. Встаёт вопрос: а где теперь эту кровь набрать? В стране плохо с донорством, мы все прекрасно об этом знаем. Но у нас тоже есть десяток предложений, именно как решить без лишних затрат это восполнение и вопрос донорства.

Спасибо. Я могу дальше говорить, если будут вопросы. Но пока что мы поставили такую себе цель.

**Председательствующий.** Ну, предложение-то, да, с вопросами. Только немножко в стороне от сегодняшней нашей темы.

**Шарипов И. А.** Сердечно-сосудистая хирургия. То же самое пойдёт.

**Председательствующий.** Ну, да. Но только по другой причине.

**Шарипов И. А.** Да, да. Но всё-таки в этих стенах я думаю, что это должно рассматриваться не просто с точки зрения науки а всё-таки законодательно.

**Председательствующий.** Хорошо.

Ирина Александровна Урванцева, главный внештатный специалист по кардиологии Департамента Здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа — Югры, кандидат медицинских наук.

**Урванцева И. А.** Уважаемый Сергей Борисович (Дорофеев. — *Прим. ред.*), уважаемые коллеги!

**Председательствующий.** Приготовиться Григорьеву. Извините.

**Урванцева И. А.** Я хотела представить в своём докладе модель оказания неотложной помощи при остром коронарном синдроме. Он называется как проект «Югра-Кор». И, в общем-то, показать результаты, которых мы достигли при системном подходе к решению данной проблемы.

Ханты-Мансийский автономный округ имеет площадь более 500 тысяч квадратных километров, население округа более полутора миллионов, или 1 процент от населения Российской Федерации. Плотность населения также мала, она около 3 человек на квадратный километр, и удельный вес городского населения составляет около 92 процентов. Ханты-Мансийский автономный округ занимает достаточно значимое место в экономике нашей страны, и на его долю приходится первое место в Российской Федерации по добыче газа, нефти, производства электроэнергии и 10 процентов поступлений налога в бюджетную систему.

Учитывая достаточно значимую роль в экономике страны, одной из стратегических задач является сохранение трудового потенциала. В 1990-е годы демографические процессы резко замедлились за счёт снижения миграционного притока населения до нуля и снижения естественного прироста населения. И встала задача решения, внедрения современных высокотехнологичных методов лечения для снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Таким образом, в Ханты-Мансийском автономном округе, в одном из первых регионов страны, была в 1998 году организована высокотехнологичная медицинская помощь по профилю «сердечно-сосудистая хирургия». И к началу старта к 2005 году национального проекта «Здоровье» уже выполнялось более 1200 высокотехнологичных операций. Здесь представлено количество оперативных вмешательств, оно, в общем-то, выросло в 2,6 раза, при ишемической болезни сердца в 3,3 раза, и выполняется в округе более 3,5 тысяч высокотехнологичных операций, из них 2,5 тысячи — это операции при ишемической болезни сердца.

На этой диаграмме представлено, как изменялось отношение АКШ и ЧКВ. Если в 2003 году это было соотношение 1,2 и 7, то в 2012 году — уже 3,2 и 1. То есть на 577 АКШ выполнено более 1800 чрескожных коронарных вмешательств. Таким образом, в общем-то, в округе были созданы все предпосылки для внедрения программы лечения больных с острым коронарным синдромом с применением ЧКВ. Была создана по инициативе первого заместителя Председателя правительства инициативная группа, рабочая группа, которая разработала этот проект. Он был утверждён приказом, и таким образом, на сегодняшний день этот проект реализуется в рамках целевой окружной программы «Современное здравоохранение Югры».

Основные направления проекта — это создание системы, оказание неотложной помощи, восстановление преемственности между всеми звеньями лечебно-диагностического процесса, потому что это лечение начинается на догоспитальном этапе, госпитальный этап, амбулаторно-поликлиническое лечение, это широкое внедрение современных методов лечения, усиление информационной работы с населением и, конечно, эта программа реализуется в рамках программы «Государственные гарантии и оказание бесплатной медицинской помощи».

Было определено три основных направления: это первичная профилактика, сама система оказания неотложной медицинской помощи и вторичная профилактика. Были выбраны три основные стратегии лечения ОКС, и организационно территория была зонирована на три зоны, и за каждой зоной закреплены центры интервенционной кардиологии, ЦИКи.

ЦИК № 1 — окружной кардиодиспансер, который я представляю. Он обслуживает более 70 процентов населения округа. ЦИК № 2 расположен в городе Ханты-Мансийске и ЦИК № 3 — в городе Нягань. Все ЦИКи работают в режиме 24 часа в сутки 7 дней в неделю.

Также были определены этапы оказания медицинской помощи. Учитывая, что у нас достаточно низкая плотность, то есть первый этап — догоспитальный, а второй этап — госпитальный — также был разделён на уровни: участковые больницы и окружные специализированные учреждения. И третий этап — амбулаторно-поликлинический, муниципальные и окружные ЛПУ, которые проводили мониторинг эффективности.

На базе нашего центра был создан Центр по управлению проектом, который, в общем-то, проводил всю аналитическую работу по реализации данного проекта.

Для того чтобы программа была результативной и мы достигли тех показателей, к которым мы стремились, были определены индикативные показатели в виде снижения летальности от инфаркта миокарда, снижения показателя средней длительности пребывания больных в стационаре, стабилизации показателей первичной инвалидности по классу болезней системы кровообращения, были определены показатель выполнения первичного ЧКВ, стабилизация показателя временной нетрудоспособности и диспансерное наблюдение пациента.

Для обеспечения преемственности в работе у нас был создан региональный учебный медицинский центр, проведено обучение врачей, проводились курсы тематического совершенствования, и всего обучено более 700 медицинских работников.

Также мы достаточно активно работали с населением посредством проведения информационно-образовательных акций, изданий брошюр, статей, телепередач.

Вот если схематично показать, как у нас организована медицинская помощь, то на догоспитальном этапе у нас работают бригады «скорой медицинской помощи», а также санитарная авиация, которая доставляет пациентов из отдалённых территорий. 10 процентов пациентов в центре интервенционной кардиологии поступают, доставляются силами санитарной авиации.

ОКС был разделён на две группы: без подъёма сегмента ST и с подъёмом сегмента ST.

ОКС с подъёмом сегмента ST. Если была возможность в течение 12 часов госпитализировать в ЦИКи, они доставлялись сразу же в ЦИКи. Но, конечно, если это время транспортировки более двух часов, то либо выполнялся тромболитис на догоспитальном этапе, либо они госпитализировались на первый уровень, выполнялся тромболитис, а затем они переводились в ЦИКи.

И больные без подъёма сегмента ST. Больные высокого риска направлялись также в ЦИКи, а остальные больные госпитализировались в муниципальные учреждения и при необходимости переводились в ЦИКи.



Я хотела бы обратить ваше внимание на этап скорой медицинской помощи. Несмотря на все наши усилия, среднее время обращения пациентов — 240 минут, а цель у нас — 70 минут.

Поэтому необходима непрерывная интенсивная работа. «Боль в груди — звони 03». Это должна быть социальная программа, социальная реклама — показать, как от времени обращения за медицинской помощью зависят, в общем-то, исходы лечения заболевания.

Динамика. Удельный вес больных с инфарктами миокарда, с подъёмом сегмента ST увеличился до 40 процентов. Всего, вот я сейчас покажу, за 2012 год у нас выполнено 850 ЧКВ больным острым коронарным синдромом, из них 644 — это больные с инфарктом миокарда, 82 — АКШ.

Таким образом, количество больных с ОКС увеличилось на 127 процентов. И у нас, в общем-то, показатели обеспеченности ЧКВ составляет 410 на миллион. Европейских показателей мы не достигли, но, по крайней мере, наш показатель выше, чем в среднем по Российской Федерации и в Уральском федеральном округе.

Мы оценивали медицинскую эффективность программы, в первую очередь, летальность. Показатель летальности в округе у нас достаточно низкий, при остром инфаркте миокарда — 9,4, а в центрах кардиологии — 4,9 процента.

До реализации проекта у нас первичные ЧКВ выполнялись в 5,5 процентах случаев, сейчас — в 45 процентах. И я думаю, что в 2013 году мы выйдем на показатель 50 процентов больных с острым инфарктом миокарда, с подъёмом сегмента ST.

И тромболитическая терапия при остром инфаркте миокарда у нас применяется в 73,5 процентах случаев. Это либо тромболитис, либо ЧКВ.

Также у нас снизился койко-день на 5,1 и составил 13 больных с острым инфарктом миокарда. Показатель диспансерного наблюдения у нас составляет 88 процентов. Показатель временной нетрудоспособности сократился на 24 процента, или на 4,1 в день, и составил 12,8.

И в нашем центре, мы с 2011 года внедряем этап кардиореабилитации — это кардиотренировки, достаточно эффективные, которые позволяют 80 процентам пациентов достичь доинфарктного уровня физической активности.

Также мы проанализировали отдалённые результаты нашего проекта, и летальность у больных с инфарктом миокарда после чрескожных коронарных вмешательств в 2,2 раза ниже, чем при консервативном лечении. У них в 2,5 раза меньше риск повторных инфарктов и более чем в четыре раза ниже смертность.

60 процентов больных — это лица трудоспособного возраста, и 85 процентов возвращаются к труду. И, таким образом, мы, в общем-то, добились снижения трудопотерь за счёт снижения летальности от инфаркта миокарда.

И сегодня уже озвучивались цифры. Мы проводим мониторинг экономической эффективности, и она у нас составляет 1,8 миллиарда рублей в год за счёт сокращения сроков пребывания в стационаре, прироста валового регионального продукта «Сохранённые годы жизни», экономический эффект за счёт возврата больных к трудовой деятельности. И...

**Председательствующий.** Регламент.

**Урванцева И. А.** Да, я заканчиваю.

Самый главный итог, который мы получили, — это снижение смертности за счёт системных мероприятий. По ишемической болезни сердца у нас идёт снижение смертности за пять лет почти на 16 процентов, по острому инфаркту миокарда — почти на 14 процентов. И, соответственно, у нас смертность ниже, чем в Российской Федерации.

И вот хотела бы я ещё (сейчас, минуточку) вот на этом слайде остановиться, буквально одна минута.

Мы знаем, что болезнь системы кровообращения — это основная причина смертности населения. Ишемическая болезнь сердца вносит вклад достаточно значимый — 30 процентов. Но на сегодняшний день ишемическая болезнь сердца не признана как социально-значимое заболевание, отсюда, в общем-то, те проблемы, которые требуют решения. В первую очередь нужно внести изменения в систему льготного лекарственного обеспечения, увеличить до года срок льготного лекарственного обеспечения пациентов, перенёвших инфаркт миокарда, и включить в систему льготного лекарственного обеспечения пациентов, перенёвших стентирование коронарных артерий.

Результат нужно не только достичь, но и удержать его. В среднем на медикаментозное лечение нужно 6–7 тысяч рублей, по самым

скромным подсчётам. И, конечно, пациенты не могут такие суммы платить. Поэтому, я думаю, этот вопрос нужно решать.

Также, вы уже об этом говорили, нужно утвердить тариф по возмещению затрат.

И третье. Вопрос тоже глобальный, который требует решения на государственном уровне, — пересмотреть вопросы трудоспособности, установление инвалидности при проведении медико-социальной экспертизы у пациентов, перенёсших острый инфаркт миокарда, так как хирургические методы лечения инфаркта миокарда не учитывают, и у нас старая нормативная база, определяющая стойкую утрату трудоспособности.

Таким образом, в общем-то, реализация системных проектов позволяет достичь целевых показателей. И она может быть рекомендована для реализации в других регионах.

Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо.

Юрий Иннокентьевич Григорьев, депутат Государственного Собрания Республики Саха (Якутия). Приготовиться Лазовому.

**Григорьев Ю. И.** Добрый день, участники конференции! На территории Республики Саха (Якутия) первоочередная проблема в нашем понимании — это всё-таки её территориальная разбросанность. Мы считаем, что первичная санитарная помощь должна быть оказана непосредственно в стационарных условиях. Уже несколько докладчиков передо мной показали важность времени доставки до стационарного учреждения, в нашем регионе этот вопрос встаёт особенно остро.

Продолжительность жизни жителей республики составляет 55–60 лет. Основные причины смерти — кардиологические, они же оказывают первоочередное влияние на продолжительность жизни нашего населения. Мы считаем, что для увеличения продолжительности жизни людей, для роста продолжительности жизни трудоспособного населения в первую очередь необходимо проводить ряд мероприятий, которые сейчас все озвучили. Считаю, что только таким образом можно будет поднять Дальний Восток, потому что в настоящее время бессмысленно созывать туда людей, если они туда приезжают, климатические условия тяжёлые, медицинское обслуживание на таком же уровне, людей, сколько приезжает, столько же и уезжает. Необходимо вкладываться в здоровье проживающего там населения.

Все эти вложения, они достаточно короткие, и достаточно быстро дают, по нашим расчётам, отдачу.

Могу привести пример на собственном опыте — по поводу того, что медицину необходимо развивать, и как это быстро развивается. Я являюсь отцом пятерых детей, последний ребёнок у меня родился полтора года назад, и в роддоме у него обнаружили дырку в сердце. Оказалось, что это...

**Председательствующий.** Дырок не бывает.

**Григорьев Ю. И.** Я как обыватель. Сказали, что это болезнь не смертельная, но очень хорошо, что её обнаружили, и при определённых условиях её возможно вылечить. Раньше такой диагностики не проводили, то есть это выявили благодаря тому, что до нашего регионального центра, до города Якутска, дошло подобное оборудование.

Хочу сказать, что необходимо это развивать и дальше, но в процессе развития и при составлении законопроекта прошу учесть региональные особенности нашей России.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо.

Лозовой Виктор Иванович, заместитель Председателя Думы Ставропольского края.

**Лозовой В. И.** Спасибо.

Уважаемые участники «круглого стола»! На территории Ставропольского края с 2003 года выполняется широкий спектр кардиохирургических и рентгенохирургических вмешательств. В числе первых 12 регионов Российской Федерации в Ставропольском крае в 2008 году вступила в действие программа по совершенствованию помощи больным с сосудистыми заболеваниями. На базе Ставропольской краевой клинической больницы был организован региональный сосудистый центр и 6 первичных сосудистых отделений на базе муниципальных учреждений здравоохранения, они теперь уже краевые, что дало возможность оказания современной, в том числе высокотехнологической хирургической помощи больным в остром периоде инфаркта миокарда и при других неотложных состояниях в кардиологии.

Сейчас край находится на 15 месте в Российской Федерации по количеству интервенций при остром коронарном синдроме и на 4 месте при остром нарушении мозгового кровообращения.

Юрий Александрович (Карпов. — *Прим. ред.*) показывал. Северо-Кавказский федеральный округ — 12,2, и 90 процентов — Ставропольский край. Поверьте, вот эти сосудистые центры, они близки к Кабардино-Балкарии, Карачаево-Черкесии, к Дагестану и Ингушетии, а также Республике Калмыкия. Всех больных оттуда моментально привозят к нам в Пятигорск, в Будённовск и в другие города.

В настоящее время в крае с численностью взрослого населения 2 миллиона 240 тысяч человек выполняется около 3,5 тысяч высокотехнологичных вмешательств по профилю «сердечно-сосудистая хирургия». При этом около двух тысяч из них проводится в экстренном и срочном порядке. ЧКВ за 2012 год — 1184 вмешательства. Это и хорошее оснащение медоборудованием, которое по линии федерального центра и линии Фонда обязательного медицинского страхования, это и подготовка кадров и на территории Российской Федерации, и за рубежом. То есть, есть мощный наработанный опыт.

Совершенствование оказания медицинской помощи больным сердечными заболеваниями внесло значительный вклад в снижение смертности населения. Анализируя показатели смертности, можно отметить, что в крае за последние пять лет отмечается устойчивая тенденция к снижению смертности от БСК в целом на 15 процентов в сравнении с 2008 годом, в том числе в трудоспособном возрасте — на 18 процентов. Необходимо отметить, что показатели смертности в Ставропольском крае за 10 месяцев 2013 года на 16 процентов ниже аналогичного по Российской Федерации.

Вне всякого сомнения, это стало возможным благодаря возможности оказания высококвалифицированной, в том числе помощи по месту основного проживания пациента, ещё раз говорю, по месту основного проживания.

В этой связи вызывает крайне негативную реакцию запланированный с 2014 года переход на оплату медицинской помощи в системе ОМС по тарифам, сформированным на основе клинико-затратных групп, сокращённо КЗГ. При этом высокотехнологичная помощь исключается из этих групп, её выполнение станет возможным только при условиях софинансирования регионального и федерального или за счёт только средств федерального бюджета. Это, по нашему мнению, неизбежно приведёт к концентрации нуждающегося в оперативном лечении пациента на базе центральных

клиник и станет недоступно для большинства нуждающихся в этой помощи в экстренном и срочном порядке на территории края, о чём я выше говорил, по месту жительства.

В Ставропольском крае в силу ограниченного краевого бюджета количество кардиохирургических и рентгенохирургических вмешательств, выполняющихся по квотам в рамках оказания высокотехнологической медицинской помощи, составляют всего 5,3 процента от общего количества высокотехнологичных вмешательств, финансируемых за счёт средств краевого Фонда обязательного медицинского страхования.

Кроме того, более половины высокотехнологичных вмешательств проводятся в экстренном и срочном порядке, что исключает возможность их проведения в рамках квот на высокотехнологическую помощь.

Также невозможно окажется и их финансирование в системе ОМС, так как эти виды хирургических вмешательств внесены в перечень высокотехнологической медицинской помощи. Всё это приведёт к снижению количества медицинской помощи на местах.

Считаем, необходимо найти эффективный механизм финансирования данных видов медицинской помощи, одновременно сочетающих, а не взаимоисключающих возможности использования квот на выполнение ВМП, использования средств федерального и краевого бюджета и привлечения средств Фонда обязательного медицинского страхования с оплатой по тарифу для соответствующих клинико-затратных групп.

В противном случае, первое — уменьшится количество и качество выполняемых хирургических вмешательств, что неизбежно привлечёт к увеличению смертности от острых сердечно-сосудистых заболеваний (кстати, у нас в центрах смертность, в центрах только, 4,1–5 процентов, не более) и повышению социальной напряжённости на территории края.

Второе — это вызовет неэффективное использование дорогостоящего оборудования, которое за 10 лет накоплено у нас в центрах.

Третье — приведёт к дисквалификации медицинского персонала и оттоку медицинских кадров из отрасли. Они сейчас работают нормально, и качество их работы удовлетворяет всех.

Кроме того, потребуется разработка программы и значительные затраты на создание системы транспортировки больных за пределы

края в федеральные центры для проведения срочных кардиохирургических вмешательств, которые могли бы быть выполнены собственными силами на местах.

Поэтому считаем необходимым рассмотреть возможность финансирования высокотехнологической медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями не только в рамках квот на выполнение ВМП, но и путём оплаты из средств Фонда обязательного медицинского страхования по тарифам соответствующих КЗГ или на основе региональных стандартов, разработанных на базе федеральных стандартов оказания медицинской помощи по законченному случаю.

Благодарю за внимание. Я уложился?

**Председательствующий.** Да, конечно.

Коллеги, мы ровно полтора часа работаем чётко по регламенту. Благодарю всех за пунктуальность.

У меня вопрос. Можно, Виктор Иванович? А вы врач по образованию?

**Лозовой В. И.** Выпустился лейтенантом медицинской службы, закончил Московскую академию, попал в Среднюю Азию в пограничные войска.

**Председательствующий.** А теперь не повезло — зампредседателя Думы Ставропольского края.

**Лозовой В. И.** Да, не повезло.

Я, кстати, в 2003 году сам был участником этой программы, был председателем комитета по социальной политике в Думе...

**Председательствующий.** В общем, я думаю, что если наши коллеги будут возглавлять краевые и региональные парламенты или работать заместителями, или, как в Ивановской области, главный кардиолог — он же председатель комитета по социальной политике, то у нас всё с кардиологией будет обстоять лучше. И чем больше работаю в Государственной Думе, тем больше понимаю, что мы сами должны активнее влиять на эти процессы, и не столько уговаривать, сколько доказывать необходимость определённых вещей. Вроде бы всё считается, вроде бы всё показывается, вроде всё есть в публичной и доступной литературе, не закрытой, не с грифом «совершенно секретно», экономически всё очень убедительно звучит, диссертации пишем, научные обзоры делаем, в многоцентровых исследованиях участвуем. Специально перечитал результаты

иммунизации, которые ещё 20 лет назад, как закончились, наверное, а делались 40 лет назад. И то, что там доказано, актуально до сих пор. Вроде всё и тогда было всё понятно.

Поэтому, наверное, нам активнее надо стучаться, активнее надо доказывать, что нельзя острые коронарные синдромы лечить по тарифам ни за 10, ни за 20 тысяч. И совершенно разумные предложения, которые сейчас были изложены, в том числе я благодарен и тем, кто и письменно их изложил. Проще будет написать отсюда, чем из стенограммы. И у всех, у кого есть, ещё раз говорю, предложения, которые вы считаете нужными, предлагаю их подать нам, для того чтобы можно было их сформулировать в нашем решении.

А сейчас предлагаю сделать так. Предлагаю ограничиться ещё 25 минутами максимум, для того чтобы задать вопросы, у кого они есть, докладчикам, и после этого начать обсуждение.

**Лозовой В. И.** У нас в Думе мощное лобби и у кардиологов, и у невропатологов. Так что им повезло.

**Председательствующий.** Где? У нас в Думе? А! У вас.

**Лозовой В. И.** В краевой, да.

**Председательствующий.** Вот видите, как хорошо. Это значит, в каждой Думе должны быть кардиологи, невропатологи, терапевты, хирурги, трансфузиологи. Тогда у нас всё будет нормально. Именно так и надо. Правильно.

Итак, вопросы у присутствующих к докладчикам, к ведущему.

Да, пожалуйста.

**Олейников В. Э.** Профессор Олейников, главный кардиолог Пензенской области.

У меня вопрос к профессору Шпектору и к профессору Карпову.

Вот у вас были очень конструктивные выступления. Прежде всего, вы сказали о том, что существующая нормативная база по определению тарифной политики в регионах отличается в 10 раз. Юрий Александрович (Карпов. — *Прим. ред.*), а кто может каким-то образом унифицировать эти цифры, для того чтобы не было такого чудовищного разброса, который, разумеется, отражается на качестве лечения?

**Председательствующий.** Коллеги, только договоримся: минута вопрос, три минуты ответ.

**Карпов Ю. А.** Я даже короче скажу. Эти данные мы получили из Федерального фонда обязательного медицинского страхования.



И они, конечно, вызвали у нас беспокойство. Где это будет регулироваться, каким образом это влияет, как сейчас говорят: вот нынешняя площадка — это именно то место, где такие вопросы должны обсуждаться. И на основе нашей резолюции, наших решений необходимо это на уровне регионов, может быть, в такой форме: допустим, расходы на лечение больного с острым коронарным синдромом должны быть не менее какой-то суммы, может быть, должны оговариваться нижние границы, которые, в принципе, можно легко просчитать.

**Председательствующий.** Помогу Юрию Александровичу.

**Карпов Ю. А.** Так что, мне кажется, это как раз и должно в законодательном порядке идти.

**Председательствующий.** Сформулированы уже предложения Светланы Викторовны Романчук, председателя комитета по социальной политике Ивановской областной Думы.

**Карпов Ю. А.** Да. Да. Мы со Светланой Викторовной знакомы очень хорошо.

**Председательствующий.** Она предложила конкретную формулировку, просто как ответ: предложить федеральному фонду (Федеральному фонду обязательного медицинского страхования имеется в виду) разработать единые методологические рекомендации для всех регионов Российской Федерации по разработке тарифов по основным жизнеугрожающим состояниям в кардиологии. Да, перечислены все, с определением минимального возможного соотношения тарифа. Например, с подъёмом ST, без подъёма ST, с точки зрения методологии и техники исполнения. Как член правления федерального фонда, говорю, что это вполне реально и нормально, и я думаю, что это совершенно нормальное предложение, хотя методические рекомендации надо формировать через федеральный фонд по всем тарифам.

Собственно говоря, это то, на что было нацелено появление в федеральном законе № 323-ФЗ определённых понятий, в том числе и стандартов. Так стандарты в свое время появились, как основа для тарифов. И мы свято верили в то, что, когда законодатели принимали эту норму — а мы участвовали в обсуждении, я тогда не был депутатом, но участвовал в разработке этого закона — и мы свято верили в то, что Министерство здравоохранения напишет нам стандарты, и такой стандарт — это будет государственный

подход. Теперь на этот стандарт наложатся определённые тарифы по всем нашим шагам. Должна быть определена средняя стоимость, допустим, ЭКГ, и эта сумма должна быть помножена на частоту использования, и вот так мы получим какой-то тариф. Должна быть методология формирования тарифов.

Увы, к сожалению, за два с лишним года работы этого закона мы не увидели таких подходов на практике. И поэтому то, что сейчас есть, так оно и есть. Я очень хорошо знаю ситуацию на местах, тарифы, не только кардиологические, любые тарифы различаются иногда совершенно непонятно как.

**Карпов Ю. А.** Можно реплику короткую?

**Председательствующий.** Да.

**Карпов Ю. А.** Давайте только избегать слова «унификация», а то нас унифицируют до 20 тысяч всех. Давайте говорить о нижнем пределе.

**Председательствующий.** Да, минимальный.

**Карпов Ю. А.** Минимальный предел.

**Председательствующий.** Я говорил, минимальный.

**Карпов Ю. А.** Практика показывает — где-то от 150 тысяч рублей, тогда есть о чем разговаривать с высокими технологиями.

**Председательствующий.** Понятно, что там за 20 не вылечишь, вот мне подсказывают. Ещё вопросы?

**Карпов Ю. А.** Можно закончить вопрос? Вот к Александру Вадимовичу (Шпектору. — *Прим. ред.*) у меня вопрос.

Вы обратили внимание на очень острую проблему. Действительно, в Приказе Минздрава №918 вообще исчезло такое понятие, как отделение неотложной кардиологии с блоком интенсивной терапии.

Ну, собственно, Сергею Борисовичу (Дорофееву. — *Прим. ред.*) я среди предложенных озвучивал, в частности, именно мое предложение — вернуть в нормативную базу подобное деление — это то, что мы называли ещё несколько месяцев назад «региональный сосудистый центр».

Они исчезли, к сведению всех присутствующих, эти региональные сосудистые центры. Теперь это обычные кардиологические отделения, в которых наравне с больными, страдающими острым коронарным синдромом, обязаны оказывать помощь ещё при доброй дюжине различных нозологий. Одновременно уменьшился и штат

этих кардиологических отделений. Но это, безусловно, приведет к снижению качества оказания помощи данной категории больных.

И второе обстоятельство, на которое вы тоже обратили внимание, и я сталкиваюсь с этим ежедневно, когда бываю на обходах в отделении. А действительно ситуация совершенно анекдотичная...

**Председательствующий.** Вопрос или обсуждение?

**Карпов Ю. А.** Нет. Я задаю вопрос.

Что нам нужно сделать для того, чтобы всё-таки помощь в коронарном блоке или в кардиореанимации оказывали кардиологи, а не люди, которые даже по статусу своему не имеют право поставить диагноз «инфаркт миокарда», они не имеют права описывать электрокардиограмму и ставить соответствующий диагноз. Кто, в конце концов, это недоразумение должен устранить? Спасибо.

**Шпектор А. В.** Думаю, что это должна устранить Государственная Дума и Министерство здравоохранения.

**Председательствующий.** Что это мы должны установить? Мы приказы не пишем.

**Шпектор А. В.** Надо вернуть кардиологов каждой реанимации.

**Председательствующий.** Мы приказы не пишем.

**Шпектор А. В.** Ну, некоторым влиянием обладаете.

**Председательствующий.** Вопросы поднимаем.

**Шпектор А. В.** Да, естественно. Вот и надо поднимать.

**Председательствующий.** По окончании этого «круглого стола» можем с вами сформулировать предложения и передать их в Министерство здравоохранения.

**Шпектор А. В.** В порядке оказания помощи.

**Председательствующий.** А потом там самим поучаствовать в написании. А ещё лучше сразу написать — обращаюсь к тем, кто сегодня поднимал этот вопрос — формулировку, приказ, в который нужно внести изменения, пункт параграф изложить следующим образом, такой-то, так-то...

И мы его сразу туда включим. Это будет правильно.

Если сегодня не можете, оставьте свои данные и завтра, послезавтра нам перешлите формулировку в Комитет, и мы её включим именно в том виде, в каком, вы считаете, это должно быть.

Всё, да? Спасибо. Ещё вопросы есть? Отлично. Если нет вопросов, значит, все поняли то, что говорили докладчики, и теперь можно приступить к дискуссии, если она нужна. Думаю, что некоторые

вопросы могут быть обсуждены, потому что не совсем уж бесспорные предложения были высказаны.

**Шпектор А. В.** Сергей Борисович, разрешите я два слова скажу, если можно?

**Председательствующий.** Да, пожалуйста.

**Шпектор А. В.** Глубокоуважаемый Сергей Борисович, уважаемые коллеги.

Вы знаете, судя по вашей реплике, ещё лучше было бы нам иметь президента врача, тогда наши проблемы бы решились намного легче, чем засылать наших...

**Председательствующий.** Это правда.

**Шпектор А. В.** Вы понимаете, какая ситуация... Вы мне разрешите? Я ограничусь. Здесь было озвучено всё совершенно правильно, особенно последний вопрос. Но я хочу всё-таки объединить сказанное. Вот я сейчас слушал очень внимательно своих коллег, замечательные доклады, но это проблема всего нашего общества, это лицо нашего государства.

Буквально пять лет тому назад в Москве, я уже не говорю о России, не было учреждений, где бы коронография выполнялась круглосуточно. Вы понимаете, мы были на уровне, не знаю, как это сказать, — когда это всё на Западе уже десятилетия назад началось. И эта проблема так или иначе шагает по стране — и где-то густо, где-то пусто. Вот больные есть, их много, стандарты есть, они написаны очень хорошо, я читал. Оборудование уже практически есть, докладывали здесь количество... а Москва вообще по компьютерным томографам опередила ведущие столицы мира. Вы понимаете, губернаторы, бьющие себя в грудь и говорящие, что хотят развивать медицину, есть. Президент настаивает, министр обещает. Поверьте мне, только это выполнять некому. Пока у нас не будет непрерывного постоянного образования с обратной связью, всё это как оратор, говорящий в пустой аудитории. Если у него хотя бы одного слушателя нет, грош ему цена, ему и его речи. Пока не будет непрерывного образования, пока мы не будем иметь дело с нашим профессиональным обществом, которое так же, как Аркадий Львович Вёрткин, может так эмоционально правильно и грамотно выступать за свою специальность, все это будет, извините и не обижайтесь, артель «Напрасный труд».

Буквально год назад у нас в центре Евгения Ивановича Чазова состоялась дискуссия, нужен ли вообще тромболитис при остром коронарном синдроме? Как же безответственно и смешно выглядели мои коллеги — ведущие специалисты нашей страны, которые говорили, что глупо и смешно говорить о тромболитисе в России! А как можно говорить не о тромболитисе, когда такие расстояния?..

И всё-таки я буду настаивать на том, что пока у нас не будет непрерывного образования, нам не к кому будет обращаться. Буквально год назад я проводил аттестацию московских врачей, будучи там, в московском здравоохранении, и поверьте мне, из 16 человек я не мог аттестовать более восьми, и то я не глубоко спрашивал. Кардиолог 35 лет, считающий себя кардиологом, не мог грамотно прочитать кардиограмму! Но о чём мы можем говорить, о каких решениях, о каких постановлениях? Маммолог сегодня имеет право только посмотреть на женскую грудь, потому что, чтобы её пощупать...

**Председательствующий.** Что, один маммолог, что ли?

**Шпектор А. В.** Одну минуточку, а то же самое у кардиологов, абсолютно то же самое: кардиолог не имеет права описывать электрокардиограмму, не имеет права описывать эхокардиограмму, уж не говорю о том, что в Америке 25 специальностей, а у нас сотня их, сотня! У нас уже узкая специализация росла на левую и правую конечность, извините, на правую половину мозга, вы понимаете? Кардиолог ведь должен выполнять все, включая коронаграфию, передавать в руки кардиохирургу, если это положено. Вот к чему мы должны стремиться, если мы хотим создать постановление, направленное остриём в будущее. Если мы хотим топтаться на месте и обсуждать насущные проблемы сегодняшнего дня, нам можно принимать постановление. Но пока у нас не будет квалифицированного грамотного медицинского сообщества кардиологов, не будет у нас никакой проблемы и никакого прорыва, а мы это можем сделать. Непрерывное образование это может обеспечить вполне. Ведь совсем недавно из-за неправильной, неграмотной оценки риска пожилые больные в Москве попадали в центр, где есть ангиограф, а больные с высоким риском, молодые, попадали туда, где они потом нуждались в транспортизации в другое учреждение, потому что неправильно был оценён риск.

**Председательствующий.** Понятно. Договорились. Три минуты. Кто хочет выступить, коллеги? Мы же врачи, но не нужно превращать свою речь даже в пятиминутку. Кто хочет выступить? Пожалуйста. Да. Конечно. Светлана Викторовна Романчук, Иваново.

**Романчук С. В.** Спасибо.

Я не хотела поднимать эту тему, потому что она немножечко не касается сегодняшней тематики «круглого стола». Однако, послушав выступление коллег, я бы хотела начать обсуждение этого вопроса и попросить отдельный «круглый стол» в Государственной Думе по теме обязательного государственного распределения выпускников бюджетных отделений вузов.

По данным Минздрава, на сегодняшний день укомплектованность кардиологами в поликлиниках составляет 38,5 процента, в стационарах — 61,5 процента. Эти данные привёл Евгений Иванович Чазов на конференции по неотложной кардиологии. Причём, за последние четыре года укомплектованность врачами-кардиологами в поликлиниках снизилась на 5 процентов, а в стационарах — на 3,6. Некому будет проводить непрерывное образование в ближайшем будущем просто из-за отсутствия физических лиц в регионах.

Давайте смотреть реально. В деревнях, в районных центрах, даже в некоторых областных, укомплектованность врачами-специалистами оставляет желать лучшего. Поэтому пока мы не вернёмся к государственному распределению хотя бы на 5 лет человека, который за бюджетный счёт отучился и должен отработать в пользу государства там, куда его пошлют... Это касается, безусловно, не всех выпускников вузов. Нельзя брать технические специальности. А вот те, кто трудятся на бюджетных местах, — это учреждения здравоохранения, культуры, образования — вот здесь надо возвращаться к распределению. И я глубоко в этом убеждена и прошу обратить на это внимание коллег из Государственной Думы.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Светлана Викторовна.

Вы знаете, какой бы ни был у меня сейчас большой соблазн согласиться с вами, и я сам прошёл через эту систему, однако я плохо верю в перспективу этой идеи на законодательном уровне, несмотря на то, что Леонид Михайлович Рошаль её неоднократно

озвучивал, в том числе и президенту, и стоит последовательно на этой позиции. Идеологически разделяю, что это, наверное, стало бы решением проблемы, но технически очень сложно себе представляю возможность её реализации.

Хотя, с другой стороны, не особо верю в эффективность контрактной подготовки. Да. Мы же понимаем, что сейчас, буквально на днях, утвердили форму этих новых соглашений с поступающими в вуз абитуриентами между исполнительной властью, университетом, самим абитуриентом и работодателем — всё расписано. Но они придут через 10 лет. Мы-то это хорошо понимаем. Они придут не раньше, чем через 10 лет, к нам работать — те, которые сейчас поступают. И ещё придут ли? Потом даже всё, что есть, поменяется. А сейчас-то надо жить и работать. Проблема-то сегодня, и она понятна.

И уж коль подняли и непрофильный вопрос сегодня, прошу всех подумать над тем, какие могут быть ещё такие добровольно-принудительные методы, которые могли бы стимулировать, прежде всего, поход наших выпускников в первичное звено.

Оглашу то, что я написал сейчас в Минздрав, знаю, что могу быть подвергнут нещадной критике, но я изложил свои мысли и написал министру свои предложения по этому поводу, в качестве обсуждения охотно послушаю вашу критику. Два предложения, коли позволите. Поскольку это является одним из ответов, наверное, на ваше предложение.

Первое. Сделать так, чтобы человек мог попасть в клиническую ординатуру и аспирантуру, имеется в виду бюджетную, только после отработки трёх лет в первичном звене. Сделать примечание о том, что туда могут попасть сразу студенты, которые закончили вуз с красным дипломом, именные стипендиаты, те, кого готовит вуз для себя, допустим, по ходатайству ректората, или вносят исследовательские институты — тоже для себя. С точки зрения законодательства ничего не противоречит, в моем понимании. Право на образование получено, оно реализовано. А здесь уже ведомство и государство определяет способ получения бесплатного образования. Платное — пожалуйста. А бесплатное — только с отработкой на государство. Это первое.

Второе. Более, может быть, критикуемое, но в моем понимании тоже законодательно проходящее. Скажем, поощрение

ведомственными, подчеркиваю, не государственными, а ведомственными наградами проводить только при условии отработки человеком, то есть врачом, минимум трёх лет тоже в первичном звене. Это не государственная награда, это ведомственная награда. То есть государство нельзя ограничить. А ведомство считает, что Почётную грамоту, звание Отличника здравоохранения, медаль «За заслуги в здравоохранении» может получить только врач, который отдал системе, по крайней мере, в первичном звене, несколько лет. Ничего не нарушаем, никакие права. Государственную награду можешь получить, это другой разговор.

Опять же, нужно ввести в действие эту норму не сейчас — ретроспективно, — а как раз перспективно для тех, кто закончил в этом году, 2014 году, и для будущего. Но все будут понимать перспективу, по крайней мере. Это я к вопросу о том, что мы, может быть, продумаем какие-нибудь механизмы, которые подталкивали бы и мотивировали ещё, дополнительно к тем, которые могут быть.

Ответил? 19 декабря в Госдуме состоится «круглый стол» «Реформы медицинского образования». В свете масштабной модернизации здравоохранения. Реформа медицинского образования в более широком смысле, чем кардиологическая. Ну не надо сужать. Как раз, если мы говорим об образовании, я согласен полностью с Юрием Иосифовичем Бузиашвили. Да, это не панацея, и не все беды от этого, но это один из механизмов, над которым нужно работать. И сейчас Минздрав проводит уже, по-моему, в 10 или в 11 территориях пилотный проект по непрерывному образованию, тоже в рамках соглашения с Национальной медицинской палатой. Мы договорились о том, что это будет совместный проект, где само врачебное сообщество должно принять самое непосредственное участие. Мы глубоко убеждены, что лучше нас этого никто не знает, чему и насколько научили в университете, и проверять это должны мы, прежде всего — те, с кем потом будет работать человек, получивший это образование. Проверить его можем только мы сами, прежде всего.

В моём понимании система, когда вуз и учит, и проверяет, — неправильная система. Не может согласиться вуз с тем, что плохо научил. Он, конечно, скажет: хорошо научил. Должна быть какая-то третья сторона. Может быть, нужно, чтобы вместе с вузом, со многими ректорами, в том числе в совете ректоров, обсуждали



эту инициативу. Они согласны с тем, чтобы мы гораздо более активно принимали участие. И не по приглашению вузов, а состав этих комиссий по контролю, скажем, знаний, которые усвоил доктор после этого цикла, проверяли по направлению, то есть того, кого мы считаем, в эту комиссию направить, а не того, кого вуз приглашает.

Ещё есть желающие? Если нет желающих, тогда я буду подводить черту. У меня пока есть, к сожалению, только одни письменные предложения от Светланы Викторовны.

**Романчук С. В.** Сергей Борисович, а мы вам направляли эти предложения, которые я озвучила в докладе.

**Председательствующий.** Нет, это, я говорю о тех, которые поступили сейчас, сегодня.

**Романчук С. В.** Нет, а то, что мы отправляли?

**Председательствующий.** А то, что отправили, у нас есть, и мы даже в докладе ведь озвучили их.

**Романчук С. В.** Нет, не озвучили.

**Председательствующий.** А что мы не озвучили?

**Романчук С. В.** По лекарственному обеспечению. Потому что это достаточно серьёзный вопрос, который, в общем-то, нужно обязательно, я считаю, внести в решение.

**Председательствующий.** Вот тоже вопрос, который хотелось бы обсудить. Ну хорошо, год. А дальше?

**Романчук С. В.** Ну а больные после стентирования...

**Председательствующий.** Сейчас ничего, я понимаю. Но лучше синица в руке, чем журавль в небе. А если говорить так, стратегически. Хорошо, ну на год мы сейчас будем говорить, а потом, дальше что?

**Романчук С. В.** Нет, если мы ориентируемся на европейские страны, то у них вообще вопросы амбулаторного лекарственного обеспечения решаются в программах обязательного медицинского страхования. Так ведь? То есть пациенты, которые получили стентирование, продолжают принимать лекарственные препараты. У нас прекращают принимать через месяц, через два, и мы можем получить подъём смертности и повторных инфарктов, то есть получим обратный результат. Поэтому нужно обязательно решать вопрос по лекарственному обеспечению.

**Председательствующий.** Я не знаю страны, может, вы мне подскажите, где есть бесплатное льготное обеспечение после этих

ситуаций? Может быть, льготное какое-то есть, а то, чтобы бесплатное, как-то я сомневаюсь, чтобы у немцев это было.

**Романчук С. В.** В общем, страховка покрывает.

**Председательствующий.** Страховка — это не бесплатное...

**Романчук С. В.** Страховка, обязательное медицинское страхование.

**Председательствующий.** Нет, у них там отдельная песня, система страхования другая, там нет ситуаций, чтобы человек ничего не платил. Он даже за каждое посещение платит. Хоть маленькую денежку, но платит. Почти во всех странах, за лекарства тем более.

Довожу до вашего сведения, что у нас запланирована на следующий год большая работа, скажем так, по модернизации уже законодательства по обязательному медицинскому страхованию. Есть смысл вернуться к закону об обязательном медицинском страховании. Кто слушал внимательно Послание Президента Российской Федерации? Он достаточно, я бы сказал, критично высказался по системе обязательного медицинского страхования.

Мы сами это предлагали ещё в этом году Министерству здравоохранения — вернуться к закону и посмотреть его с разных сторон, в том числе и в лекарственном обеспечении, в том числе вернуться и к федеральному закону № 61-ФЗ о лекарственных средствах. Если помните такую программу, которую мы обсуждали в своё время, «Здравоохранение-2020», был раздел о коренном пересмотре доступа к лекарственному обеспечению и формировании в нём системы стимулов, мотивации за то, что человек соблюдает или не соблюдает определённые условия.

У нас совсем не разработана система мотивации граждан к здоровому образу жизни, поощрения граждан по сохранению и соблюдению своего здоровья, несмотря на то, что в федеральном законе № 323-ФЗ есть обязанность, подчёркиваю, граждан соблюдать и охранять своё здоровье. Обязанность есть, а механизмов контроля за этим, как он соблюдает или не соблюдает свою обязанность, нет.

И вопрос не такой простой. Эту работу, в том числе и в данном разделе, надо увязывать в целом с подходом к лекарственному обеспечению в целом, в системе охраны здоровья, будем ли создавать определённые механизмы, стимулы поощрения — вовремя, не вовремя. Одно дело, когда человек никогда не появлялся у нас, он вообще не был и не ходил, и на диспансеризацию не ходил, мы его

ни с каким томагавком не могли поймать, а теперь у него инфаркт. Другое дело — человек регулярно ходил, он не пьёт, не курит. Это всё доказывается...

**Карпов Ю. А.** Сергей Борисович, это удивительная ситуация. Если человек перенёс инфаркт миокарда, но не ходил раньше на диспансеризацию, что же, мы его наказывать будем и не давать никаких преференций?

Вот всё-таки я хочу поддержать коллегу, дело в том, что после перенесённого инфаркта миокарда в соответствии со всеми стандартами пациент должен в течение первого года получать очень активную терапию, причём это жизнеспасаящая терапия, двойная антиагрегантная терапия, липидснижающая терапия. Причём речь идёт пока хотя бы о первом годе, потому что первый год — это самый важный год, где есть ряд особенностей лекарственной терапии. И прекращение такой терапии — это как раз и есть путь к повторному инфаркту миокарда и всем проблемам. Мы, кстати, это наблюдаем. У нас же растёт процент рецидива инфаркта миокарда.

Поэтому, мне кажется, что этот вопрос всё-таки надо внести в наше сегодняшнее...

**Председательствующий.** Юрий Александрович, я специально озвучиваю провоцирующие точки зрения.

**Карпов Ю. А.** Но вы меня сильно спровоцировали на счёт стимуляции тех, кто хорошо себя вёл, и наказания тех, кто не ходил на осмотры.

**Председательствующий.** На самом деле, если так уж серьёзно подойти, а почему нет?

**Карпов Ю. А.** Хотя вопрос важный.

**Председательствующий.** Почему нет? Почему всё общество считает, что диспансеризация — это только наша задача? Почему участковые терапевты должны за всеми гоняться и говорить: приди Христа ради! Почему у человека обязанности этой нет?

**Карпов Ю. А.** Должна быть социальная реклама.

**Председательствующий.** Это всё хорошо, но не убедительно. Слишком прагматичным становится общество, а ещё более прагматичным становится молодёжь, и она понимает очень чётко для себя поставленные стимулы. Если мне вот это, то я понимаю, за что это и для чего мне это нужно. Молодёжь начинает задавать: а зачем мне это нужно?

Мне недавно в очень уважаемой страховой компании сказали: мы собираемся, разработали и уже внедряем систему страхования от рака. Когда начинаешь задавать вопрос: слушайте, ребята, всё хорошо, но только не очень понимаем, вы на год страхуете, всего на год, вот люди не понимают этого, что такое на год страховать, а потом — раз, и говорят, мы тебя теперь не страхуем. Одномоментно выплатим тебе 850 тысяч рублей, потому что в этом году, в котором застраховали, ты заболел, и у тебя нашли рак, хотя до этого платил 20 лет страховку, а потом всё. Что потом с человеком будет? Это к вопросу о том, что механизмы должны быть понятными людям. И в данном случае я говорю крайнюю точку зрения, но как идею, что это должна быть мотивация, в том числе и в лекарственном обеспечении человека, сохранять своё здоровье, прежде всего. Не просто гарантировать ему — у тебя инфаркт, мы тебя будем лечить. Надо сказать: если ты будешь соблюдать определённые вещи, то мы тебя будем лечить точно, и ещё вот так. А если ты не будешь соблюдать, то мы тебя будем лечить, но не вот столько, а вот столько. А потом остальное будешь сам доплачивать, как сейчас.

**Карпов Ю. А.** Вот это актуально, потому что бывает в реальной жизни, не то, что он курил, не ходил и не знал, у него инфаркт, а когда он говорит: курил и буду курить, а вы меня лечите. Вот тут уже, да, обидно.

**Председательствующий.** Это совершенно верно.

Я вам скажу больше, у нас есть инвалиды, которым разработали ИПР полностью, говорят им: соблюдайте. Они отвечают: если я буду её соблюдать, я не стану инвалидом вдруг. И просто не соблюдают. Остаются на инвалидности, получают все льготы. Не выполняют нашу программу, и всё равно — будьте любезны. Разве это правильно?

Вот об этом.

Подводим итоги? В принципе, мы уложились ровно в два часа. Я благодарю всех, что вы нашли время прийти сегодня и поговорить на эту очень непростую тему. Она, может быть, является остриём той проблемы, с которой не так-то просто в жизни справиться, несмотря на большой арсенал, несмотря на то, что действительно мы сделали большие шаги вперёд.

Честно говоря, меня цифра потрясла. Сколько сказали? 334. Это в среднем по четыре рентгеноперационной на субъект, включая

Чукотку и все небольшие наши субъекты. Кстати, представитель Чукотки у нас сегодня здесь присутствует. Я там два года целых работал, в благословенном крае.

Достаточно неплохая база для того, чтобы сделать в некоторых субъектах гораздо больше, и в этом смысле хорошо бы оценивать целесообразность затрат. Если мы делаем такие колоссальные финансовые затраты и при этом не обеспечиваем ни кадрами, ни расходными материалами сумасшедше дорогие технологии, которые, безусловно, устаревают через три-пять лет технологически, то, наверное, мы делаем неправильные вещи. У нас тогда так денег никогда не хватит. Если уж делаем, то мы должны обеспечивать их в круглосуточном режиме. И у меня есть, к счастью, многие примеры, когда во многих центрах, особенно в федеральных, располагающихся на территориях, работают именно в круглосуточном режиме. Федеральные центры давно уже поняли, насколько это эффективно, в том числе и финансово, для лечебного учреждения так работать — и доступность сохраняется, и в том числе есть экономический мотив — и они это хорошо понимают.

Спасибо всем. Удачи всем! С наступающим Новым годом всех, если мы ещё раз не увидимся до этого времени. Удачи вам!

**СТЕНОГРАММА**  
**«круглого стола» Комитета Государственной Думы**  
**по охране здоровья на тему**  
**«Реформа медицинского образования**  
**в свете масштабной модернизации системы здравоохранения**  
**в Российской Федерации»**

*Здание Государственной Думы. Зал 830.*  
*19 декабря 2013 года. 15 часов.*

*Председательствует член Комитета Государственной Думы*  
*по охране здоровья А. С. Прокотьев*

**Председательствующий.** Здравствуйте, уважаемые коллеги.

В первую очередь, разрешите вас поблагодарить за то, что нашли время, пришли на наше мероприятие по весьма актуальной теме «Реформа медицинского образования в свете масштабной модернизации системы здравоохранения в Российской Федерации». Актуальность данной темы подчёркивал неоднократно Президент Российской Федерации Владимир Владимирович Путин, определив главные задачи модернизации российского здравоохранения, повышения доступности качества медицинской помощи для широких слоёв населения. Конечно же, решение поставленной задачи во многом зависит от состояния профессионального уровня и качества подготовки медицинских и фармацевтических кадров, навверное, как главного ресурса системы здравоохранения.

Вопросы кадрового обеспечения здравоохранения в условиях выполнения государственного задания по подготовке специалистов неразрывно связаны с качеством подготовки врачей и провизоров на всех этапах непрерывного образования. В этой связи производственная практика студентов является важнейшим звеном в подготовке кадров отрасли и составляет, скажем так, неотъемлемую часть учебного процесса.

Важно отметить, что в клиниках при медицинских вузах осуществляется не только подготовка студентов и повышение квалификации врачей, но и разработка новейших медицинских технологий. Однако действующее законодательство Российской Федерации на данный момент не позволяет в полной мере, в полном объёме использовать клиническую базу медицинских организаций,

находящихся в ведении региональных органов управления здравоохранения в учебных целях.

Коллеги, у каждого из вас на столах находится проект резолюции, в котором, в том числе, обозначены ключевые проблемы, с которыми сегодня сталкивается отрасль. Например, такие, как дефицит кадров практически по всем специальностям, недостаточный уровень подготовки выпускников медицинских вузов, старение профессорско-преподавательского состава и недостаточный приток молодых специалистов в вузы, дефицит управленческих кадров в здравоохранении. Кстати, этот вопрос неоднократно поднимался в рамках моего подкомитета по науке и образованию и новым медицинским технологиям. Сегодня тоже есть смысл обсудить этот вопрос.

Также ощущается нехватка специалистов со средним медицинским образованием.

И, наверное, тот вопрос, который волнует всех людей, так или иначе, связанных с медициной либо имеющих медицинское образование, — это, конечно же, престиж этой профессии. Потому что я неоднократно слышал такую фразу, что врач — это всё-таки первый человек после Бога, человек, который спасает жизни других людей. Поэтому отношение к его профессии здесь принципиально необходимо обсудить. И обсудить, в том числе, методы решения эти вопросов, связанных с репутацией непосредственно здравоохранения как такового и, наверное, подготовки квалифицированных конкурентоспособных врачей.

Чтобы не злоупотреблять сегодня нашим временем, в заключение хочу попросить каждого выступающего, и в том числе присутствующего, вносить свои коррективы или предложения непосредственно в тот проект резолюции, который имеется.

Так, тогда начнём непосредственно наш «круглый стол». Работу мы организуем следующим образом. У нас четыре, возможно, пять докладов. Далее, наверное, переведём наше мероприятие в дискуссионную площадку. И каждый из присутствующих будет иметь возможность поделиться своим мнением о той или иной проблеме, с которой сталкивалась сегодня отрасль.

Регламент у нас как таковой есть, конечно, и нарушать его не стоит. Но, если уж совсем это затянется выступление, буду прерывать. По регламенту у нас...

**Куликов О. А.** 10 минут.

**Председательствующий.** До 10 минут, я думаю, будет достаточно.

И начнём. Семёнова Татьяна Владимировна, директор Департамента медицинского образования и кадровой политики Минздрава России. Тема: «О современном состоянии медицинского образования в Российской Федерации». Пожалуйста.

**Семёнова Т. В.** Спасибо, уважаемый Александр Сергеевич, глубокоуважаемые коллеги.

Позвольте сначала как руководителю профильного департамента Министерства здравоохранения Российской Федерации поблагодарить вас за столь активное участие, я надеюсь, в плодотворном обсуждении поднятой сегодня проблемы. И столь многочисленное ваше количество говорит о том, что тема актуальна и требует определённого решения сложившихся сложностей в системе.

Хотя, наверное, сегодня мы бы не стали утверждать, что происходит реформа медицинского образования именно как медицинского образования, потому что в большей части, наверное, реформируется просто вся система образования Российской Федерации, куда неизбежно погружается и медицинское образование.

Несмотря на то, что мы оцениваем подготовку кадров в системе как достаточно эффективную. У нас в отрасли сохраняется, на фоне исторически сложившихся дисбалансов, определённый дефицит работников. Это работники как с высшим медицинским образованием, врачи, дефицит сегодня оценивается порядком 35–36 тысяч человек, по информации, представленной регионами Российской Федерации.

И в системе средних медицинских работников, к сожалению, эта цифра значительная — около 270 тысяч человек дефицита. По состоянию на 1 января 2013 года, по данным официальной статистики Российской Федерации, медицинских работников насчитывалось 2 миллиона 162 тысячи человек.

При этом соотношение между врачами и средним медицинским персоналом, к сожалению, прогрессивно снижается и на сегодняшний день в среднем по России составляет один к двум, несмотря на то, что целевыми индикаторами достижения данного показателя — программой, государственной программой развития здравоохранения — установлен показатель один к трём, и все регионы Российской Федерации устанавливают показатель в своих



«дорожных картах», тоже стремятся к достижению этого показателя к 2017 году — один к трём.

Хотя в большинстве стран, особенно европейских, этот показатель сегодня составляет один к четырём. Говоря о том, что у нас есть определённый дисбаланс и определённый дефицит в системе, Министерство здравоохранения Российской Федерации, Правительство Российской Федерации, руководство страны предпринимают определённые эффективные действия, которые направлены на устранение этой проблемы.

Так, Указом Президента № 598, пунктом 2 «г», было предусмотрено создание комплекса мер по устранению кадрового дефицита. И этот комплекс мер был создан и утверждён распоряжением Правительства Российской Федерации № 614-р и предусматривает в себе создание в каждом субъекте Российской Федерации так называемой региональной кадровой программы.

На сегодняшний день могу с удовлетворением отметить, что все регионы Российской Федерации свои кадровые программы создали, утвердили, все эти кадровые программы содержат индикаторы, они содержат комплекс мероприятий, направленных на повышение уровня квалификации работников, на оценку уровня их квалификации и также на дифференцированные меры социальной поддержки, особенно остро дефицитных специальностей в системе здравоохранения.

Помимо этого системного документа, предусматривающего определённые мероприятия, кадровая программа отражена в виде подпрограммы 7 программы «Развитие здравоохранения» в порядках и стандартах медицинской помощи, в концепции долгосрочного экономического развития Российской Федерации.

Комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения медицинскими кадрами в принципе включает в себя три основные группы мероприятий — это совершенствование планирования и использования кадровых ресурсов, совершенствование системы подготовки специалистов и формирование расширения системы материальных и моральных стимулов медицинских работников.

Поскольку наш «круглый стол» сегодня посвящён одной только маленькой, но основополагающей компоненте — подготовке медицинских кадров — то более подробно остановлюсь на этом.

Значит, медицинские кадры в Российской Федерации сегодня готовят учреждения двух уровней — это учреждения высшего и дополнительного профессионального образования, речь идёт о кадрах с высшим медицинским образованием.

В этой части у нас есть образовательные учреждения, подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации, сегодня их насчитывается 46 высших образовательных учреждений и пять учреждений дополнительного профессионального образования.

В классических университетах, в университетах, в медицинских, в образовательных организациях иной ведомственной принадлежности создаются медицинские факультеты, которые также сегодня осуществляют подготовку медицинских кадров в этом направлении.

В то же время могу сказать, что роль этих факультетов сегодня невелика. И если говорить о количестве контрольных цифр приёма на первый курс за счёт средств федерального бюджета, в вузы Минздрава России эта цифра составляет порядка 22–22,5 тысяч человек, в вузы подчинения Министерства образования и науки — до 2 тысяч человек.

Однако следует отметить, что идёт прогрессивное развитие подготовки кадров медицинских в классических университетах. И особенно значимо для системы и для отрасли то, что эти факультеты открываются в тех регионах, которые не покрываются сетью, подведомственной Министерству здравоохранения, что делает подготовку кадров более качественной и в принципе не способствует трудовой иммиграции, когда дети учатся на своей земле, на своей территории. В общем, это достаточно позитивно.

В системе Министерства здравоохранения Российской Федерации сохранилось три средних учебных заведения нашей ведомственной принадлежности, поскольку вы знаете, что в 2010–2011 году среднее профессиональное образование передано на уровень субъектов, в большинстве своём — на уровень субъектов Российской Федерации. Из 496 средних образовательных учреждений подавляющее большинство — 480 — находятся в субъектах Российской Федерации. Три ссуза именно как средние образовательные организации, оставшиеся в ведении Министерства образования, остались на нашем уровне, потому

что они готовят кадры для всех регионов Российской Федерации, и речь идёт о лицах с ограниченными возможностями здоровья. Как правило, это подготовка массажистов с ограничениями по зрению. И в связи с межсубъектностью мы полагаем целесообразным и возможным оставление сегодня этих образовательных учреждений на своём уровне.

Программы среднего профессионального образования также реализуются и в ряде наших университетов. И число обучающихся в системе Минздрава России сегодня составляет 11386 студентов, осваивающих программы среднего профессионального образования, 129915 студентов, осваивающих программы высшего профессионального образования по программам бакалавриата, специалитета и магистратуры, 36680 обучающихся — это интерны, ординаторы, аспиранты и докторанты. И в год через систему образовательных организаций Министерства здравоохранения Российской Федерации проходит около 200 тысяч слушателей программ дополнительного профессионального медицинского образования.

Наличие образовательной сети в системе Минздрава позволяет обеспечить гибкость и мобильность системы в зависимости от потребности подготовки кадров непосредственно в отрасли и корректировкой имеющихся образовательных программ быстро реагировать на изменяющиеся или возникающие требования в системе отрасли здравоохранения. И обязательное взаимодействие образовательных учреждений с организациями практического здравоохранения.

Вы все знаете, что принятый федеральный закон №323-ФЗ об основах охраны здоровья граждан декларировал некоторые изменения, которые нам с вами предстоят через несколько лет. Это изменения, связанные с окончанием обучения по программам интернатуры и возможностью специалистов, подготовленных в рамках федеральных государственных образовательных стандартов, это новые стандарты, подготовка специалистов по которым была начата в 2011 году, к практическому осуществлению определённого уровня задач врачебных в первичном амбулаторном звене. Для того чтобы иметь возможность допустить специалиста и определить соответствие его определённым квалификационным требованиям и освоенным компетенциям, предусмотрен переход

с системы сертификации медицинских специалистов, которая действует сегодня, на систему аккредитации медицинских специалистов как иную систему допуска к определённым видам, типам, уровням конкретных медицинских услуг.

В связи с этим часть выпускников, мы думаем, сразу пойдёт работать в систему практического здравоохранения, и поэтому мы предусматриваем внесение изменений в федеральные государственные образовательные стандарты высшего образования сегодня, чтобы они давали возможность присвоения специальной квалификации: не специалист, а всё-таки врач. Врач-терапевт, врач-педиатр. И для той части выпускников, которая пойдёт учиться дальше, это будет ступенчатая ординатура, причём по ряду специальностей до пяти лет.

Таким образом, такая реформа предусмотрена в ближайшие годы, и профессиональное сообщество широко обсуждает, и Министерство здравоохранения и подведомственная сеть широко обсуждают эти возможности и сегодня ищут оптимальные подходы к переходу именно с системы сертификации на систему аккредитации.

Подлил нам масла в огонь ещё и вступивший в силу 1 сентября 2013 года Закон «Об образовании в Российской Федерации». Не могу сказать, что часть выставляемых требований или то, что меняет указанный закон, полностью переворачивает систему или её рушит. Но в то же время нам приходится соответствовать определённым требованиям. Вы все знаете, что сегодня аспирантура и ординатура уже являются ступенью высшего образования. В связи с чем, с одной стороны, снимается ряд вопросов, связанные с отсрочками от армии, например, с выдачей документов об образовании. Мы сегодня издали свои приказы, которые наконец-то делают документ об образовании в ординатуре документом государственного образца и легитимным, хотя сможем реально выдавать его только через три года. Тогда у нас получится первая аккредитация по федеральным государственным образовательным стандартам в ординатуре.

То, что ординатура и аспирантура стали ступенями высшего образования, позволило разработать федеральные государственные образовательные стандарты и перейти с федеральных государственных требований, которые на сегодняшний день существуют, к структуре образовательной программы и конкретно к стандарту,

где указаны основные принципы и компетенции, которыми должен руководствоваться выпускник.

И такие стандарты были разработаны, проведена их оценка экспертами Министерства здравоохранения Российской Федерации, они были направлены в Министерство образования Российской Федерации, прошли там экспертный совет, возглавляемый министром образования Российской Федерации. И сегодня проходят вневедомственное согласование, и по информации трёхдневной давности, они находятся в Роспотребнадзоре и фактически уже на выходе с согласования из Роспотребнадзора.

В то же время федеральный государственный образовательный стандарт полностью не расширявает, как нужно готовить специалиста и оставляет образовательной организации в соответствии с законом возможность разрабатывать основную образовательную программу самостоятельно, отражая все основные требования к подготовке этого специалиста.

В то же время путём некоторых переговоров с Министерством образования и науки мы достигли абсолютной договорённости, что и Министерство образования будет создавать эталонный банк основных образовательных программ для того, чтобы те регионы или те образовательные учреждения, которые сегодня не имеют большого опыта методического подхода к созданию подобных структурных документов, могли пользоваться общим достоянием. Потому что цель у нас одна — подготовка высококвалифицированных кадров.

В свою очередь Министерство здравоохранения своими ведомственными приказами будет утверждать в соответствии со статьёй 82 федерального закона № 273-ФЗ типовые программы дополнительного профессионального образования и примерные или типовые программы подготовки специалистов в ординатуре.

Есть ещё одна инновация, которую мы считаем всё-таки позитивной, несмотря на то, что сегодня в протокольном решении нашего совещания отражена необходимость внесения корректировки в этот документ Правительства Российской Федерации. Но в то же время позволю себе заметить, что статья 56 федерального закона № 273-ФЗ — это статья о целевом приёме, она является достаточно прорывной.

Министерство здравоохранения Российской Федерации — наверное, один из основных федеральных органов исполнительной

власти, являющийся потребителем целевой подготовки специалистов. Мы реализуем эти программы с 1990-х годов и неоднократно поднимали вопрос о том, что действующее до вступления в силу нового закона законодательство определяло определённые направления этой части деятельности, но не прописывало жёстких условий, что позволяло образовательным организациям, субъектам Российской Федерации и иным заказчикам целевой подготовки создавать договоры, которые порой не способствовали закреплению специалистов в отрасли. Очень многие органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации пользовались правом расторжения этого договора.

Существовало Постановление Правительства №942 о целевой контрактной подготовке, зачастую путались понятие о целевом приёме, которое было декларировано в федеральном законе №125-ФЗ, и о целевой контрактной подготовке. И мы считаем достижением то, что всё-таки статья 56 появилась, что она структурирована именно в этом виде.

И Правительством Российской Федерации было утверждено и принято Постановление Правительства №1076, в котором стоит отметить, что всё-таки впервые в рамках не целевой контрактной подготовки, а целевой подготовки приведены существенные условия, и сама типовая форма договора о целевом обучении и о целевом приёме. Это инновация, которой реально не было до вступления в силу этого закона.

Конечно, не всё очень просто и не всё однозначно трактуется, поэтому Министерство здравоохранения Российской Федерации наметило на январь проведение видеоселекторного совещания со всеми регионами Российской Федерации и со всеми образовательными учреждениями, готовящими кадры в системе здравоохранения вне ведомственной принадлежности, для того чтобы донести те новые нормы ещё раз. Хотя мы об этом говорили уже в рамках координационных советов, но на тот момент ещё не было утверждено постановление правительства.

Мы до сих пор считаем, что это единственный механизм ввиду отсутствия возможности возврата на сегодняшний день обязательного распределения выпускников медицинских вузов, это единственный живой механизм, который при правильном использовании инструмента позволит обеспечить отрасль кадрами.

И в этой связи мы считаем необходимым провести разъяснительную работу и добиться определённых результатов. И все субъекты Российской Федерации попросили в своих «дорожных картах» отразить как индикативный показатель достижения структурных преобразований в системе здравоохранения субъектов долю выпускников трудоустроившихся после окончания подготовки по целевому направлению.

Сегодня в нашей отраслевой «дорожной карте» этот показатель есть на 2013 год. По анализу того, что происходит в субъектах Российской Федерации, цифра была установлена на уровне 75 процентов. С удовлетворением могу отметить, что, в принципе, результаты можно здесь подсчитать чуть раньше, чем закончился год, потому что, как правило, в течение месяца после окончания учебного заведения выпускники приходят на свои рабочие места. В среднем по Российской Федерации показатель сегодня составляет 83,5 процента, но в то же время в «дорожных картах» регионов к 2018 году этот показатель установлен порядка 99–100 процентов.

Таким образом, мы будем рекомендовать увеличивать объёмы целевого приёма. И по сравнению с 2009 годом, когда он был 33 процента, в этом году он был 38,5 процента от общего количества КЦП в подведомственные образовательные учреждения системы Минздрава, увеличивать этот объём максимально в большем количестве, и, соответственно, достигать практически 100-процентного трудоустройства. Тем более что договор сегодня содержит меры социальной поддержки обучающихся, возможности организации практики на лечебно-профилактических базах, местах, где они конкретно будут потом работать под соответствующим контролем специалистов. Нормативные документы, ведомственные акты по этому поводу Минздравом выпущены и опубликованы.

Можно долго рассказывать — это предмет моего живого интереса — медицинское образование в Российской Федерации и всё, что с ним происходит. Я могу ответить на возникающие у вас вопросы. Но всё-таки я знаю, что здесь присутствуют представители субъектов Российской Федерации, и нам бы всё-таки хотелось отметить, что в 1980-е годы подготовка кадров осуществлялась приблизительно в таких объёмах. Выпускников средних

образовательных учреждений было порядка 120–130 тысяч человек в год. Выпускников высших образовательных учреждений было порядка 40 тысяч выпускников в год. Это была государственная сеть, и это было распределение, государственное распределение с обязательной отработкой.

Те изменения, которые происходили в нашей стране, к сожалению, сегодня позволяют декларировать, что количество выпускников из вузов за счёт средств федерального бюджета сегодня достигает 24 тысяч человек, суммарно, вне зависимости от ведомственной принадлежности. Однако есть ещё те, кто обучаются за счёт собственных средств или средств юридических лиц. И суммарный выпуск всех, то есть готовящихся вне зависимости от финансового обеспечения, составляет 37,5 тысячи человек, это только выпуск лиц с высшим медицинским образованием из высших учебных заведений. Выпуск из средних учебных заведений, суммарный в России, составляет порядка 65 тысяч человек.

В системе работает 1 миллион 299 тысяч средних и 594 тысячи врачей, я немножко округляю. И по научным исследованиям средние потери в отрасли составляют 8–10 процентов. То есть ежегодно из отрасли по разным причинам уходит порядка 54 тысяч врачей и порядка 122 тысяч человек среднего медперсонала. Теперь давайте оценим наши возможности, наши объёмы подготовки, и наши потери.

И основная политика направлена на то, чтобы на фоне повышения цифр приёма приложить максимальные усилия и поднять имидж, удержать в отрасли, вернуть тех, кто сегодня ушёл из отрасли в другие, более привлекательные места работы, такие лица без сомнения есть, и их достаточно много. И приложить все усилия на то, чтобы наши молодые специалисты, которые приходят на работу, не только в ней оставались, но и способствовали дальнейшему развитию и в итоге оказывали квалифицированную медицинскую помощь нашим гражданам.

С удовольствием услышу любые ваши предложения в рамках сегодняшнего мероприятия. И смею заметить, что Министерство здравоохранения обязательно примет всё во внимание и готово к любому конструктивному диалогу в этой части.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Татьяна Владимировна.



Я вижу, коллеги активно записывают и вопросы, и какие-то вещи, связанные с конкретными предложениями. Предлагаю всё-таки послушать оставшиеся наши три доклада, а потом задать эти вопросы.

Далее. Зыятдинов Камиль Шагарович, ректор Казанской государственной медицинской академии Минздрава России, правильно? Пожалуйста. Включите микрофон.

**Зыятдинов К. Ш.** Уважаемый Александр Сергеевич (Прокопьев. — *Прим. ред.*), благодарю вас за приглашение, за возможность участия в «круглом столе», потому что важнее темы я на свете не вижу, особенно для руководителя медицинской организации.

Реформа медицинского образования напрямую связана с утверждением государственной программы «Развитие здравоохранения в Российской Федерации», которая является основой реализации государственной политики в здравоохранении. Одна из составляющих программы направлена на повышение уровня обеспеченности кадрами системы здравоохранения, их квалификация является подпрограммой «Кадровое обеспечение в здравоохранении», об этом уже вы сказали.

Мероприятиями, направленными на реализацию этой цели в образовательном учреждении, являются совершенствование системы практической подготовки медицинских и фармацевтических работников, разработка и внедрение аккредитации медицинских и фармацевтических работников.

Президент России Владимир Владимирович Путин отметил, что необходимым условием для формирования инновационной экономики является модернизация системы образования. Действующая система дополнительного профессионального образования, к сожалению, сегодня не соответствует современному уровню развития здравоохранения. Качество и технологии образования должны отвечать изменившимся условиям. И как следствие необходимо провести преобразование дополнительного медицинского образование в систему непрерывного образования с постепенным переходом от системы периодического повышения квалификации к системе непрерывного повышения профессиональной компетенции.

Прежде всего, созданный при Министерстве здравоохранения России Координационный Совет по непрерывному медицинскому

образованию определил генеральные стратегии и концепции непрерывного медицинского здравоохранения, а именно обеспечение постоянно высокого уровня профессиональной компетенции для врачей всех специальностей и всех уровней, от столичных учреждений до сельской местности.

Второе. Сохранение и развитие лучшего отечественного и зарубежного опыта послевузовского обучения специалистов с целью повышения качества профессионального развития и оказания качественной медицинской помощи.

При переходе от системы периодического повышения квалификации к системе непрерывного медицинского образования медфармвузы России должны широко внедрять в образовательный процесс дистанционные образовательные технологии, электронное обучение и обучение на симуляционном оборудовании.

Использование симуляционных технологий в образовательном процессе развитых стран приводит к снижению числа врачебных ошибок, снижению летальности при оказании экстренной помощи и уменьшению продолжительности лечения и снижения инфекционных осложнений.

Создание широкой сети обучающих симуляционных центров, не менее 80 по решению Минздрава России, работающих по единым инновационным технологиям в России, планируется лишь в 2016 году.

Вместе с тем подготовка специалистов для работы в современных условиях на высокотехнологическом оборудовании, с использованием новейших методов диагностики и лечения, требует создания в медицинских вузах симуляционных центров уже сегодня.

А это для большинства учреждений является серьёзной проблемой из-за высокой стоимости симуляционного оборудования, отсутствия единых стандартов оснащения и утверждённого перечня практических навыков, которыми должен овладеть врач.

В настоящее время большинство вузов имеют только разрозненные симуляторы, тренажёры по отдельным специальностям. Такая же ситуация и в нашей академии. Лишь некоторые кафедры применяют в образовательном процессе симуляторы.

На сегодня мы вышли из этой ситуации, заключив соглашение с отечественной инновационной компанией по производству тренажёрных комплексов и специального оборудования «Эйдос»

в ноябре 2012 года... Центр медицинской науки «Эйдос» утверждён Правительством Российской Федерации для реализации проектов, представляющих инициативы субъектов среднего предпринимательства и представителей социального сектора. Проект будет реализован в Республике Татарстан при финансовой поддержке Минэкономки России, Правительства Республики Татарстан и Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Одним из приоритетов будет разработка и производство не имеющих аналогов в мире медицинских симуляционных систем. Продукция компании соответствует мировым стандартам, доказательством чему служат контракты с американской компанией «Covidien» на поставку «Симуляционной хирургической операционной» отечественного производства.

Учебным центром для размещения симуляционных систем компании «Эйдос» будет Казанская государственная медицинская академия. Мы говорим о том, что непрерывное медицинское образование невозможно без внедрения дистанционных образовательных технологий, которые обеспечивают доступность, мобильность и технологичность образовательного процесса.

По данным Министерства образования и науки России, дистанционные технологии на этапе послевузовской подготовки составляют менее 1 процента. И в нашей академии, являющейся координатором по послевузовскому и дополнительному образованию специалистов здравоохранения Приволжского федерального округа, проведён анализ деятельности медицинских вузов Приволжского округа.

Сегодня все образовательные медицинские учреждения имеют платформу дистанционного обучения, что является важной составляющей для развития непрерывного медицинского образования.

Вместе с тем, широкое внедрение дистанционных образовательных технологий затруднено из-за недостаточной компьютерной грамотности врачебного персонала, недостатка компьютеров на рабочих местах, доступа к сети Интернет, к образовательным порталам.

Концепция развития непрерывного медицинского образования предполагает внедрение системы персонифицированного учёта полученных знаний и навыков работников в форме зачётных единиц... кредитов, а также повышение мотивации работников

в прохождении программ повышения квалификации путём проведения аккредитации, аттестации, приёма на работу и оплату труда только с учётом ежегодно накопленного установленного числа кредитов и успешного прохождения и ежегодной аттестации и итоговой аттестации.

Очевидно, что создание подобной системы в масштабах нашей страны обеспечит экономическую эффективность и повысит уровень квалификации врачей-специалистов.

Качество подготовки специалистов здравоохранения во многом зависит от уровня компетенции самих преподавателей медицинских вузов. На современном этапе уровень знаний профессорско-преподавательского состава обновляется в основном только путём самообразования. Поэтому актуальным является формирование новой системы переподготовки и повышения квалификации преподавателей Высшей медицинской школы — как врачей и как педагогов.

Очевидно, что если не сформировать современное и качественное повышение квалификации педагогов высшей школы, основанное на традициях прошлых лет, будет сложно менять всю систему по мере подготовки специалистов качественно нового уровня.

Есть ещё одна проблема, на которой хотелось бы заострить внимание, — это несовершенство действующей нормативной базы, утверждающей условия и порядок выдачи сертификата специалиста. Существующие нормативные документы, предусматривающие порядок выдачи сертификата, имеют жёсткую привязку к номенклатуре специальностей и квалификационным требованиям, в которых не оговариваются должности профессорско-преподавательского состава медфармвузов, и, соответственно, организации, выдающие сертификат, не имеют право выдавать их преподавателям-врачам, хотя они и врачи по диплому.

Преподавательский состав образовательной организации и при оказании медицинской помощи гражданину выступает как преподаватель и врач. Возникает вопрос: как будет преподаватель вуза проводить практические занятия с врачами, имеющими стаж работы, если сам не имеет практических навыков по оказанию медицинской помощи? Разумеется, практический опыт преподаватель сможет получить, занимаясь медицинской деятельностью. Поэтому многие педагоги трудоустраиваются совместителями

в медицинские организации и поддерживают свои врачебные сертификаты как сотрудники этих медицинских организаций, а не как преподаватели.

Следующая проблема — взаимодействие вуза и медицинской организации. Сегодня даже сертифицированный, остепенённый преподаватель медвуза не имеет права проводить лечебные, диагностические и хирургические манипуляции в процессе практической подготовки врачей, не будучи совместителем в данной клинике, клинической базе. Необходимо в кратчайшие сроки рассмотреть вопрос о внесении изменений в действующее законодательство либо закрепить юридически в подзаконных актах порядок сертификации преподавателей медфармвузов, а также права, обязанности, и ответственность работников и обучающихся в образовательных учреждениях при оказании медицинской помощи гражданину в процессе практической подготовки врачей, поскольку они не являются сотрудниками медицинских учреждений — клинических баз.

До принятия конкретных решений по перечисленным крупным проблемам сложно говорить о высоком уровне подготовки квалифицированных врачебных кадров.

Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо огромное.

Далее. Будневский Андрей Валерьевич, декан факультета подготовки кадров высшей квалификации Воронежской Государственной Медицинской Академии имени Н. Н. Бурденко. Тема: «Региональный подход к решению кадровых проблем в свете масштабной модернизации здравоохранения в Российской Федерации».

**Будневский А. В.** Глубокоуважаемый председатель, глубокоуважаемые участники «круглого стола»! В своём кратком сообщении мне хотелось бы коснуться основных проблем, которые связаны с подготовкой кадров в условиях модернизации здравоохранения.

И в выступлении Татьяны Владимировны (Семёновой. — *Прим. ред.*), и в выступлении Камиля Шагаровича (Зыятдинова. — *Прим. ред.*) были освещены те проблемы, которые на сегодняшний день стоят и перед отечественным здравоохранением, и перед отечественной наукой. Мне хотелось бы внести от имени того вуза, который я представляю, как Татьяна Владимировна очень тонко

заметила, может быть, живые предложения по повышению качества подготовки специалистов. И если говорить о базовых проблемах, они представлены на слайде, конечно, это врачебная квалификация специалистов, это развитие симуляционных обучающих технологий, это обеспечение выполнения договоров на целевую подготовку и определение контрольных цифр приёма в ординатуру по результатам конкурса, проводимого Минобрнауки.

Прежде чем об этом сказать, буквально два слова о том, что произошло в Воронежской области в рамках реализации региональной программы модернизации здравоохранения. Вы видите, какие колоссальные средства были затрачены, более 7 миллиардов рублей. Ремонт почти 300 объектов здравоохранения, более 10 тысяч единиц современного медицинского оборудования закуплено. Благодаря Министерству здравоохранения Воронежская меакадемия тоже не осталась без финансовых средств в рамках модернизации двух клиник. Были выделены значительные средства, это 94 миллиона рублей, на укрепление материально-технической базы, 2,5 миллиона рублей на внедрение информационных технологий. И мы имеем — это одна из главных проблем для всех медицинских вузов — всего лишь две собственные клиники. Эти клиники были модернизированы, в основном детская клиническая больница, за счёт этих средств, и соответствуют самым последним требованиям, предъявляемым к учреждениям такого класса.

Но какие существуют проблемы? Ведь по действующему законодательству в рамках ординатуры, интернатуры действительно мы обучаем специалистов, которые должны быть готовы оказывать медицинскую помощь населению в соответствии с той нормативно-правовой базой, которая на сегодняшний день есть. Но уже в выступлениях предыдущих докладчиков говорилось о том, что, к сожалению, не оформленные совместителем преподаватели медицинских вузов не имеют права на оказание медицинской помощи, не имеют права на получение квалификационных категорий... Мы готовим в рамках клиник по девяти специальностям интернатуры, ординатуры, всего 72 специальности интернатуры, ординатуры, и конечно, основные специалисты вынуждены работать совместителями для того, чтобы не терять свою квалификацию. Поэтому, говоря о новом Положении о клиническом лечебно-профилактическом учреждении, хочется сделать предложение, чтобы в рамках

тех штатных единиц, которые выделяются, было закреплено положение о выделении 0,25 ставки врачебной на одну единицу профессорско-преподавательского состава. Поскольку в рамках действующей законодательной базы пока нам каких-то других механизмов реальных живых, к сожалению, не видится.

Следующий момент — это, конечно, подбор тематических больших. В этих 15 процентах, которые были задекларированы, нет реальных механизмов, чтобы клиники, преподаватели клинических кафедр могли в этом участвовать.

Ну, и нужно закрепить минимально допустимый норматив площадей для клинических лечебно-профилактических учреждений, который не позволил бы лечебно-профилактическим учреждениям уменьшать площади медицинских вузов, поскольку иногда бывают тенденции среди руководителей ЛПУ пытаться те помещения, которые занимают медицинские учреждения, как бы сказать, использовать, сокращать, мотивируя тем, что нужно размещать оборудование модернизации. И это как бы справедливое требование.

И следующий вопрос — это, конечно, лицензионные требования к медицинским организациям. Норматив метража, который на сегодняшний день существует, достаточно высок, а подготовка специалистов с высшим медицинским образованием и в рамках ординатуры, интернатуры осуществляется в основном, естественно, на базе лечебно-профилактических учреждений.

Поэтому, конечно, медицинские организации, высшие медицинские вузы нельзя ставить в одну плоскость с вузами Минобрнауки в рамках обеспечения этим нормативом. Если говорить о симуляционных технологиях, Камиль Шагарович Зыятдинов уже говорил об этом, — вузы сами вынуждены реализовывать оснащение симуляционных центров за счёт, в основном, внебюджетных средств. В нашем вузе выделены значительные средства, но тренажёры стоят миллионы рублей, а вы видите, сколько специальностей в номенклатуре ординатуры, интернатуре имеется, и по каждой нужны высокотехнологичные тренажёры.

Поэтому, конечно, хотелось бы, чтобы была принята долгосрочная программа, мы предлагаем до 2020 года, модернизации медицинских вузов в рамках оснащения симуляционных центров в соответствии с последними требованиями, которые предъявляет законодательство.

И если говорить о целевом наборе, эту проблему Постановление Правительства № 1076 от 27 ноября 2013 года решает тоже жёстко. Но вот нами применён своеобразный... новый подход. Это встречи выпускников интернов, ординаторов с представителями лечебно-профилактических учреждений области и не только Воронежской, но и Липецкой, которую Воронежская медицинская академия курирует. Поскольку у многих выпускников интернатуры, ординатуры существует предвзятое впечатление, что, в общем-то, всё осталось так же, как было раньше. Но когда они приезжают и видят, что базы модернизированы, что сделан ремонт, то, конечно, процент оставшихся, не только среди бюджетников, но и среди тех, кто обучались по свободному конкурсу и на коммерческой основе, конечно, повышается.

И у нас такая программа в вузе разработана, действует. И больше двух лет нам удаётся всё-таки даже тех наших выпускников, кто не знает о том, в каких условиях работает ЛПУ, трудоустроить в учреждения курируемых областей. И конечно, встречи с губернаторами Воронежской области и Липецкой области, для того чтобы была возможность у выпускников понять, что на самом высоком уровне имеется финансовая поддержка и моральная поддержка, существуют серьёзные программы поддержки выпускников интернатуры, ординатуры.

Последний вопрос, на котором мне хотелось бы остановиться в своём сообщении, — это распределение мест контрольных цифр приёма в ординатуру, проводимого Минобрнауки. Мы получили эти данные, представили эти данные. Но тревожит вопрос, что эта специфика регионального здравоохранения, о которой информирован, в первую очередь, Минздрав, не совсем понятна и близка Минобрнауки.

И поэтому всё-таки хотелось бы, чтобы все права на проведение конкурса и определение контрольных цифр приёма подготовки кадров высшей квалификации, были делегированы и оставались за нашим учредителем, за Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Краткие предложения представлены на вот этом слайде, фактически я их озвучил и подробно не буду останавливаться. Поэтому благодарю вас за внимание. И если в конце возникнут вопросы, с удовольствием на них отвечу.

Благодарю за внимание.



**Председательствующий.** Андрей Валерьевич, спасибо большое. Давайте ещё один доклад послушаем, и дальше уже на дискуссионную площадку.

Поклад Людмила Александровна, ректор Нижегородского областного центра повышения квалификации специалистов здравоохранения. «Проблемы обеспечения ресурсами в отрасли».

**Поклад Л. А.** Проблемы обеспечения ресурсами имеют место быть. Как в целом в Приволжском федеральном округе дефицит составляет около 25 тысяч человек, так и в Нижегородской области за последние пять лет численность среднего медицинского персонала снизилась до 4 процентов. Показатель обеспеченности населения средним медицинским персоналом на 10 тысяч населения также за последние пять лет снижается, если в 2011 году он равнялся общероссийскому, то в 2012 году он стал гораздо ниже.

Значительное снижение данного показателя объясняется оттоком специалистов из государственных медицинских учреждений и из службы в целом. Укомплектованность также уменьшается за последние пять лет на 2,6 процента, и по физическим лицам, по итогам 2012 года, составляет 1366 человек. Но за десять месяцев 2013 года цифра увеличилась почти в двое.

Если обратить внимание на показатели движения кадров, то в ряде лечебных учреждений количество уволенные превышает цифру количества принятых. Есть ряд лечебных учреждений, где укомплектованность не превышает 60 процентов. Но есть и такие, где укомплектованность равняется 95 процентов и выше.

Средние специальные учебные заведения, которые осуществляют подготовку специалистов, ежегодно выпускают порядка 1300 человек. Это как раз составляет тот дефицит, который можно покрыть практически одним годом выпуска. Но этого не происходит. В 2011 году из выпускников в наши лечебные учреждения пришли 30 процентов, в 2012 году и того меньше, 22 процента.

Основные причины сложившейся ситуации — это низкая заработная плата, хотя в нашем регионе на сегодняшний момент она составляет 17890 рублей у среднего медицинского персонала, что на 2 тысячи выше общероссийского показателя. Но эта зарплата достигается с несовместимо большей нагрузкой на специалистов.

Отсутствие общежитий для молодых специалистов и жилья для специалистов со стажем, дефицит мест в детских дошкольных

учреждениях, особенности работы с детьми, это в детских лечебных учреждениях, дефицит врачебного персонала также вносят свои коррективы, потому что остаются вакантными ставки среднего медицинского персонала.

Падение престижа профессии в целом, отсутствие мотивации к профессиональному совершенствованию, самообразованию, качественному высококвалифицированному труду, кроме того, тяжёлые условия труда и множество факторов профессионального стресса приводит к динамическому развитию синдрома эмоционального выгорания, что неблагоприятным образом сказывается на качестве медицинской помощи, здоровье самих медицинских работников и способствует оттоку квалифицированных кадров.

Известно, что в Государственную Думу внесён законопроект «О специальной оценке условий труда», в котором предусматривается установление льгот и компенсаций в соответствии с результатами аттестационных рабочих мест.

В настоящее время аттестационные комиссии относят медицинский персонал к категории работников с нормальными условиями труда. Оценка осуществляется по наличию химических и физических факторов, как на промышленных предприятиях. И совершенно не оценивается биологический фактор риска. И особая степень психоэмоционального напряжения.

Особое внимание, конечно, хочется обратить на преподавателей, заработная плата на одну ставку которых составляет 8 тысяч рублей, это унижительно низкая заработная плата. И, конечно же, оставляет желать лучшего материальная база образовательных учреждений.

Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Людмила Александровна.

Сергей Иванович (Колесников. — *Прим. ред.*), у вас инициатива? Хорошо, давайте мы вас подождём. Тогда Татьяна Владимировна, у вас какие-то замечания есть?

**Семёнова Т. В.** Уважаемые коллеги, если позволите, я буквально ещё пару комментариев по услышанному, чтобы не завести нашу дискуссию в неправильное русло.

Значит, первое. Действительно, Министерство образования и науки Российской Федерации устанавливает контрольные цифры

приёма по результатам приёма открытого публичного конкурса. Для вузов Минздрава, это ситуация не новая. И на ВПО всегда был конкурс.

Я могу сказать большое спасибо Минобразования, потому что я думаю, что это нас в большей степени дисциплинирует. А в ответ — реплика. Я вчера, будучи председателем рабочей группы по установлению контрольных цифр приёма для всей укрупненной группы здравоохранения и плюс клинической психологии вместе со своей командой на территории Министерства образования и науки, рассматривала выстроенные автоматически по рейтингу ваши заявки и перспективную выдачу вам контрольных цифр приёма.

Пользуясь аудиторией, я бы конечно сказала кучу разных не очень позитивных слов в ваш адрес, но не могу, это пока ещё тайна, и она не может быть мною опубликована. Но ещё раз хочу сказать, это дисциплинирует. Но те места в ординатуру в разрезе специальностей, которые вы видели на конкурсе, — это места, которые в соответствии с жесткими заявками регионов Минобразования представил Минздрав как центр ответственности по определению государственной политики в сфере здравоохранения.

Там нет ни одной цифры минобровской, это все наши цифры, но это не ваши цифры. Это потребности регионов в кадрах особого уровня, особых специальностей. И поэтому когда вы там увидели патанатомов, фтизиатров, судмедэкспертов, врачей скорой помощи, анестезиологов-реаниматологов, а не дерматологов, урологов, ну и так далее — простите, Минобразования к этому не имеет никакого отношения. К этому имеет отношение Минздрав, к этому имеет отношение сложившаяся система, благодаря тому, что мы с вами наделали за эти несколько десятилетий.

Я ещё раз скажу: проблема не столько в дефиците, сколько в сложившемся дисбалансе. Поэтому, чтобы вы дальше не заходили в дискуссии о виноватости Минобразования, Минздрав является центром ответственности по УГС здравоохранения. Поэтому, если хотите кого-то бить, бейте нас, бейте меня. Это первый комментарий.

Второй комментарий. Сертификат специалиста выдается специалистам, которые называются врачами и допущены к врачебной деятельности. Документ жёстко регламентирован. Это наш приказ.

Он очень структурирован. Он очень хорошо прописан, но он, конечно, не отражает особенную касту людей, которая сегодня, на мой взгляд, поскольку я являюсь представителем этой же касты, является очень обиженной государством и очень не подверженной достойному вниманию, которое есть сегодня.

Это преподаватели высшей медицинской школы. Без сомнения, преподаватель высшей медицинской школы — это сплав высокого интеллекта, огромного практического навыка, и не каждый достоин учить и иметь право называть кого-то своим учеником. На самом деле это очень почётное право. И мы должны к этой системе по-любому возвращаться. Сертификат специалиста врача сегодня не предусмотрен для преподавателей высшей медицинской школы, для высшей школы в принципе.

Минздрав России неоднократно возвращался на своих дискуссионных площадках к этой проблеме. Эта проблема очень острая, она была поднята в рамках Общероссийского народного фронта. Насколько мне известно, Президент Российской Федерации даст соответствующее поручение, и это очень большая проблема — взаимодействие между профессорско-преподавательским составом и лечебно-профилактическим учреждением.

Проблема возникла тогда, когда мы перешли на разные субъекты, когда появился закон об обязательном медицинском страховании. Эта проблема, к сожалению, не решается очень просто, её никто не может решить уже более 5–7 лет. Это проблема юридической ответственности, финансирования, качества оказания медицинской помощи. И в то же время хочу заметить, что статьей 82 федерального закона № 273, в частности, пунктом 4 и пунктом 5 в принципе предусмотрена возможность взаимодействия с лечебно-профилактическим учреждением в рамках договора, и существенные условия этого договора оговорены в этой статье. Надо просто творчески хорошо подойти, но самое главное — надо уметь договариваться с территорией, на которой вы находитесь.

Я до сих пор не соглашаюсь с ректорами наших вузов, которые говорят, что вуз нужен для того, чтобы человек получил образование. Я считаю, что ведомственный медицинский вуз нужен для того, чтобы система здравоохранения получила высококлассного, высококачественного, мотивированного специалиста. И у нас немножечко другая траектория и немножко другие требования,

за что прошу извинить меня и, соответственно, Минздрав, наших ректоров: у нас в этой части очень жёсткие требования по сравнению с требованиями Минобразования, хотя с удовлетворением могу отметить, что жёсткий очень рейтинг или проверку на эффективность наши вузы в этом году выдержали, и все наши вузы не имеют признаков неэффективности.

Таким образом, проблема ППС, ЛПУ остаётся. Проблема повышения заработной платы преподавателей Высшей медицинской школы остаётся. Проблема повышения заработной платы преподавателям ГИДУ однозначно остаётся, потому что они не попали даже в Указ Президента № 597, к сожалению.

И ещё раз, мы прилагаем все усилия для того, чтобы эту ситуацию выровнять, и готовы к любым вашим предложениям. Здесь очень много тонких нюансов. Если кого-то интересует, можем дальше дискутировать.

Относительно подготовки профессорско-преподавательского состава, буквально ещё две минуты, извините. За последний год существования Минздрава Российской Федерации начата широкомасштабная подготовка профессорско-преподавательского состава. Сегодня только на центральной площадке подготовлено более 2 тысяч специалистов. Те, кто представляет наше вузовское сообщество, знает, как это происходит. Мы просим направить к нам молодых талантливых перспективных доцентов, может быть, молодых профессоров кафедр, которые готовы воспринимать информацию.

На мой взгляд, были проведены с раздачей демонстрационных материалов блестящие циклы по молекулярной биологии, по генетике медицинской, по молекулярной физиологии. Цикл занятий — повышение квалификации педагогов, который нам позволил и помог провести Московский государственный университет имени Ломоносова. Это была связка «математика — физика — биофизика», новый взгляд на связку дисциплин. Соответственно, на сегодняшний день более 3,5 тысячи человек подготовку на центральной площадке, и я надеюсь, продолжают в массы сеять эти знания. И подготовка ППС не остаётся без внимания как бы федерального уровня. И мы очень плотно этим занимаемся, у нас есть график таких подготовок на ближайший 2014 год.

В рамках симуляционного обучения, ещё одна маленькая ремарка, в связке с предыдущим, мы пригласили все наши вузы к участию, и с прискорбием могу отметить, что интерес у Министерства обороны, у Министерства образования, у Министерства сельского хозяйства оказался выше, чем у вузов Министерства здравоохранения Российской Федерации. Мы провели двухдневный семинар, к нам приехал директор лучшего симуляционного тренингового центра Америки Гарвардской медицинской школы Чарльз Познер, который провел двухдневный семинар, один — на территории второго меда, он был теоретизирован. Это была шестичасовая лекция нон-стоп, посвящённая всем аспектам симуляционного обучения, которая в основе своей имела посыл донести до вас, что главное — не муляжи, не оборудование, а главное — правильно построенная симуляционная программа, потому что во многом это зависит от методичности подачи материала. И это особая каста преподавателей, которая должна этим заниматься, методистов. А второй день прошёл на базе нашего самого крупного, самого подготовленного, не так давно презентованного прессе Министром здравоохранения Российской Федерации Вероникой Игоревной Скворцовой симуляционного тренингового центра с виртуальной клиникой Первого медицинского университета, где был реальный тренинг, симуляция. И, в общем, ещё раз с прискорбием — моих там было очень мало, а вот всех остальных, которых мы бесплатно пригласили на этот двухдневный семинар, было очень много. И отзывы очень позитивные. Мы планируем эти тренинги продолжить, приглашая специалистов из Европы, из Израиля, то есть те, кто традиционно занимаются симуляционными технологиями.

В то же время госпрограмма развития здравоохранения, конечно, имела маркировку, мы планировали начать создавать с этого года симуляционные, тренинговые центры. Сегодня в каждом вузе, подведомственном Минздраву, есть те или иные структуры, но таких структурированных симуляционных, тренинговых центров насчитывается около 25, но, к сожалению, все эти деньги были заложены в рамках дополнительного финансирования, нам не удалось их получить в 2013 году. Поэтому мы внесли корректировки в госпрограмму, передвинули это на 2014 год, сегодня будем пытаться получать дополнительное финансирование, не снимаем

с себя ответственности за желание создать современные многопрофильные (около 80) симуляционные, тренинговые центры вместе с ветлабами не только в наших вузах, в ведущих научно-сельских институтах, которые готовят специалистов, но и в вузах другой ведомственной принадлежности, то есть в организациях, которые занимаются этим. И, в общем, по симуляционным, тренинговым центрам у нас тоже всё не так плохо.

Ну, и самое последнее. Дистанционное образование. Вы, наверное, знаете, что стартовал пилотный проект по отработке системы непрерывного профессионального образования, утверждённый Приказом №837 Министром здравоохранения Российской Федерации от 11 ноября 2013 года. Поименованы вузы, которые мы пригласили к этому участию, мы не закрыли возможность участия вузов в другой ведомственной принадлежности, мы привлекли к этой программе (а речь идёт о подготовке участковых педиатров, участковых терапевтов и врачей общей врачебной практики), с использованием не менее 50 процентов дистантных технологий. Мы выбрали вузы ещё с корректировкой к регионам, в которых программы модернизации привели к широкой информатизации, и практически все рабочие места у врачей на 96 процентов оснащены не только тех регионов, вузы которых мы как бы выбрали в качестве пилотов, не только компьютерными местами, но и выходами в Интернет. Сегодня с обязательным участием профессиональных общественных организаций происходит разработка программы, взаимодействие сетевое, обязательное согласование региона. И сегодня уже практически в восьми или в девяти образовательных учреждениях полностью сформированы списки лиц, которые изъявили желание поучаствовать в этом проекте, и мы проведём детальный анализ, и, если у нас не будет никаких рисков или будут негативные результаты, которые мы получим, мы учтём это в дальнейшей работе. Я надеюсь, что широкомасштабное непрерывное медицинское образование с 2015 года будет на всех территории Российской Федерации применяться. Так что вот чтобы не было никаких...

**Председательствующий.** Татьяна Владимировна, спасибо большое за подробный рассказ. Я знаю, что вам нужно на следующее мероприятие уже выдвигаться, поэтому от лица всего комитета

спасибо огромное, что объяснили политику Минздрава в этом направлении.

Далее — Сергей Иванович.

**Колесников С. И.** Уважаемые коллеги! Я, честно говоря, не готовился поначалу выступать, но мне хотелось бы о нескольких вещах всё-таки сказать.

Первое. Мы иногда в образовательных программах не учитываем те направления принципиальные развития медицины, которым сегодня весь мир следует. Говорят о четырёх «п», я бы добавил сюда ещё пункты, ещё «п» и на букву «о». То есть получаем: предсказание, прогноз, профилактика, персонализация, партнёрство врача и больного (о чём мы почему-то редко говорим в образовательных программах), простота доступа к услугам, в том числе дистанционная, и оптимизация затраты, организация соответствующей работы. И как это накладывается на тот шестой уклад, который мы проходим и который называется модернизация и развитие новых технологий? И самое интересное, что большая часть направлений, имеющая часть к медицине, — это науки о человеке, в которых мы пока преподавание почти не ведём, это надо признать. И эти два направления, то есть направление развития медицины, направление в шестой технологический уклад — это то, чем надо сейчас нам заниматься.

Ещё одна проблема, которая сегодня для меня, по крайней мере, очевидна. Мы сегодня не готовим управленцев для государственного и муниципального управления. Мы говорим о медиках, говорим о руководителях клиник, но совершенно не говорим о государственных управленцах, то есть о людях, принимающих решения. И почему-то 15 тысяч человек отдано в обучение в Академии народного хозяйства и госслужбы, оттуда почему-то никого нет здесь, как я понял, а тем не менее им поручено подготовить аж 15 тысяч управленцев в сфере здравоохранения.

А вот кто готовит управленцев в социальной сфере, я не знаю. Одна кафедра есть, которая ведёт такое управление, в Высшей школе экономики, вторая вот сейчас формируется в МГУ. Всего две таких кафедры. Это приводит к чему? К тому, что люди, которые принимают решение, не понимают, что происходит в здравоохранении. Соответственно, принимают решения, которые потом откликаются социальными последствиями. Я бы просто хотел бы, чтобы у нас



даже в проекте решения это было отражено, потому что это мешает. Это то, о чём говорила Татьяна Владимировна (Семёнова. — *Прим. ред.*), что управленцы на местах не всегда понимают, что происходит в сфере здравоохранения, чем это отзовется, я повторяю, для региона.

Ещё проблемы, которые, как мне кажется, очень важные. Насчёт дистанционного обучения. Да, действительно, 11 ноября такое постановление или приказ подписан, но есть же опыт в 47 странах мира, и Минздрав об этом знает и даже поручил, насколько я знаю, развить программу «Univadis» на территории Российской Федерации, в Кемеровской, насколько я знаю, области на базе и на базе Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова, что называется, Второго московского медицинского университета. Это программа последиplomного образования, с которой подписала соглашение, Лариса Константиновна (Мошетова. — *Прим. ред.*) прекрасно знает, Академия медицинских наук подписала соглашение по развитию этой программы. Проблема в чём? Проблема в том, что мы не выйдем на международные стандарты, если мы не будем учитывать уже имеющий опыт в различных странах. А проблема в том, что надо просто, чтобы наши академии последиplomного образования и те вузы, которые этим занимаются, всё-таки перевели, что называется, на нашу российскую землю те стандарты, которые рекомендует международная программа, и там программа самоконтроля есть. То есть фактически это программа самообразования, не только последиplomной подготовки, но и самообразования и самоконтроля.

Ещё одна проблема, она частная, конечно, но мне всё время говорят о количестве врачебных кадров у нас, и что у нас их чуть ли не выше, чем на Кубе, чем в Боливии, 44 человека. Но мы же когда-то должны переходить на международные стандарты подсчёта медицинских кадров. Если со средними медицинскими кадрами более ли менее понятно, там мало можно ошибок допустить, то по врачебным кадрам весь мир исключает из их подсчёта тех, кто не участвует в непосредственной медицинской деятельности, кто не имеет доступа к больному непосредственно, в том числе и санитарных врачей, и стоматологов даже в некоторых странах не учитывают. И по этим критериям у нас же 28 вообще врачей на 10 тысяч

населения, а учитывая нашу распространённость и плотность населения, у нас почему и возникает тот недостаток врачебных кадров. Он не 35–40 тысяч. Специалисты его оценивают в 120 тысяч вообще-то, если говорить так откровенно. Просто не хочется пугать людей такими цифрами, но это реальность, потому что дисбаланс огромный. Вот это вещь, которая имеет отношение в том числе и к кадрам, к модернизации.

Ещё одна проблема, я должен о ней сказать, хотя мы всё время говорим о том, что в государственных учреждениях бесплатная медицинская помощь, всё остальное. Простите, до тех пор, пока медицинская услуга будет финансироваться на 55–60 процентов, неизбежны, и никогда мы не искореним платные услуги в государственных учреждениях здравоохранения. И запрет использовать дорогостоящее оборудование по системе модернизации для того, чтобы получали внебюджетные средства, я считаю колоссальной ошибкой, принципиальной ошибкой. Вы не сможете ни кадры готовить, ни окупать это оборудование. Оно через 5 лет устареет, не получив ни благодарности пациентов, ни финансового возмещения, это я могу сказать как специалист. Это неправильное решение. И это, я считаю, мы должны прямо сказать.

Поэтому давайте мы будем говорить правду друг другу и будем это на парламентских слушаниях записывать, что надо разрешить использование дорогостоящего оборудования для подготовки кадров, в том числе по модернизации здравоохранения. Это я считаю совершенно справедливым, допустить туда специалистов в нерабочее время, естественно. Спасибо большое.

**Председательствующий.** Сергей Иванович, спасибо большое.

**Семёнова Т. В.** Мне уже надо уходить, поскольку сейчас в Министерстве образования и науки будет совещание, которое касается, в том числе реформы медицинского образования, но в определённом, очень узком качестве, поэтому мне очень надо туда попасть. Я так думаю, что всё будет превращаться в дискуссию.

Три маленьких ответа. По последнему ничего отвечать не буду, вне моей компетенции. Разделяю вашу точку зрения. Дальше никаких других комментариев давать не буду.

Относительно методик подсчёта количества специалистов. Не знаю как насчёт средних, я бы здесь не была так оптимистична, как вы, а вот насчёт врачей я, наоборот, скажу вам,

что на сегодняшний момент обеспеченность, по нашим подсчётам, 29,8. Но ни в одной стране Европы, вернее, на всей территории Европы нет единства по подсчётам. Поэтому одни считают параклиников, другие не считают параклиников, одни считают кинезотерапевтов, другие не считают, одни считают стоматологов, другие не считают. Мы взяли — у нас есть в Росстатовских формах так называемые клинические специальности — и посчитали клинические специальности.

Но, с другой стороны, вы, наверное, знаете, что Постановлением Правительства № 614р, о котором я уже говорила, предусматривается оптимизация номенклатур специальностей, мы специально сегодня не перешли на пятилетнюю ступень образования ординатуры, сохранили практически все специальности во ФГОСах, хотя мы понимаем, что нужно будет это менять, и нужно будет делать совсем другую ветвистую послевузовскую в прошлом систему образования, когда, например, все идут на хирургов, учатся два года, аккредитуются на хирургов и могут идти подрабатывать в системе. Дальше кто-то идёт в более узком направлении, допустим, на год, кто-то в сердечно-сосудистую, кто-то в абдоминальную, кто-то в какую-то иную хирургию. И тот, кто пошёл в сосудистую хирургию, допустим, через год может ещё дальше специализироваться — в флебологию, кардиальную хирургию... Это всё очень дискуссионно, это всё очень болезненно, это всё очень спорно. И поэтому мы уже начали на площадке Национальной медицинской палаты своего экспертного сообщества из негосударственных организаций профессиональных обсуждать тихонько эти вопросы, обсуждать их системно, укрупнять и профессиональные стандарты, которые сегодня отчасти разработаны. Часть стандартов туда не вошли, отдельные, например, стандарт по онкологии, мы разрабатываем в следующем году. Но в то же время уже есть такая попытка укрупнить, чтобы назвать что-то специальностью, а что-то, может быть, специализацией, не для того, чтобы принизить этот уровень, а для того, чтобы наиболее правильно образовательную траекторию нарисовать.

И в то же время нет сегодня единого подхода. Мы работаем над этой методикой. Поможете — будем вам очень благодарны. Кого же всё-таки в Российской Федерации считать, а кого

не считать? Мы чуть-чуть сдвинули это для того, чтобы сначала вырисовать траекторию по специальностям, подспециальностям, перейти на это, а потом уже систематизировать подходы по реальным оценкам кадров. И в то же время у нас есть разные методики, и эта методика тоже есть, поэтому я уверенно говорю, 29,8 — это было на 1 января 2013 года.

И самое последнее — то, о чём вы говорите. Российская академия госслужбы при Президенте действительно готовит кадры в рамках президентской программы управленческих кадров. Не готовят они, к сожалению, а, может быть, к счастью, даже 10 процентов от тех, кто подлежит подготовке. Основная доля и всё-таки, наверное, наши передовые вузы в этой части — это Первый медицинский, Казанский государственный медицинский университет, известные люди, реперы в той части, и они берут на себя основную сумму разработки программ и реализацию этих программ.

В то же время, то, что делает Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации и её ректор Владимир Александрович Мау, состоит из двух этапов. Первый этап — это утренние лекции с видеотрансляцией, которые читают ведущие специалисты Министерства здравоохранения Российской Федерации. На этой площадке читали лекции в Минздравсоцразвития Голикова, Кривonos, Флек. Лекции по кадровой политике, подготовке кадров читал директор департамента науки и образования и кадровой политики Министерства здравоохранения и социального развития России Вадим Александрович Егоров. Сегодня лекцию по подготовке кадров читаю я, соответственно, по системе ОМС читает помощник министра Виталий Олегович Флек, то есть там выступает министр, там выступают наши заместители министров. И мы пытаемся в первой части дать новое, сначала это было посвящено переходу с нацпроекта на программу модернизации, потом было посвящено реализации программ модернизации.

Эти первые, реперные лекции читают люди, которые в это погружены, а не методисты образовательной организации. А вот дальше — образовательные кейсы, разработка своего продукта. Они делают презентации по темам, которые тоже мы им

подсказываем, чтобы они были приемлемы в системе. И эти презентации есть, кстати, на сайте Академии госслужбы. И мы всё-таки надеемся, что саму систему, саму структуру, во-первых, в объёме, а, во-вторых, то, что мы там принимаем активное участие, это не сломает.

И вот в части кадров для социальной сферы давайте обсуждать, это отдельная тема, и она, наверное, сегодня не очень покрыта ничьим интересом, по крайней мере, мне достоверно неизвестно.

Я не буду больше на вас давить, если позволите, я всё-таки убегу. Спасибо вам огромное.

**Председательствующий.** Спасибо вам ещё раз огромное.

Коллеги, будут замечания, предложения, мнения в рамках свободной дискуссии? Кто хотел бы добавить к вышесказанному? Алла Владимировна, вы как?

**Погожева А. В.** Я являюсь заместителем главного диетолога Минздрава, и поэтому немножко о диетологии — она наша проблема.

Первое, очень коротко, буквально тезисы. Первое — хотелось бы, чтобы расширили диетологические часы в вузах. Почему? Потому что есть гигиена питания, кафедра гигиены питания, кафедры диетологии сейчас в вузах нет. И на каждых специальных кафедрах, вопросы диетологии минимальны. И поэтому в настоящее время врач не знает вообще диетологических вопросов, врач-терапевт — он не диетолог. Вот те же пресловутые биологически активные добавки, которые столько имеют нареканий. Если человек приходит к обычному терапевту, объяснить никто ничего не может, не понимают в них ничего. Может быть, ещё отчасти от этого сейчас вот такой беспорядок с этими БАД.

Сейчас потихонечку штат диетологов растёт, хотя не хватает, ещё нужно обучить около 5 тысяч врачей и около 4 тысяч диетических сестер. С чём это связано? Растёт их число потому, что сейчас возник интерес у диетологов. То они были всё время на кухне при котлах, на пищеблоке, а сейчас с помощью Приказа Министерства здравоохранения № 121н, который имеет уже силу с мая этого года, поликлиники лицензированы на диетологию, и теперь выполняется приказ о порядках оказания диетологической помощи. И как раз консультативную помощь, которую оказывает врач-диетолог в амбулаторных условиях, врачи хотят

оказывать. И сейчас очень большой наплыв тех, кто желает обучаться диетологии.

С другой стороны, не все могут, кто хочет. Почему? Потому что есть приказ о номенклатуре специальностей, то есть тех, кто может обучаться. В настоящее время это терапевты, педиатры, врачи семейной медицины и остальные. Например, эндокринолог. Почему бы ему не обучиться диетологии, они постоянно занимается, борется с лишним весом, и, можно сказать, каждый день он сталкивается с этими диетологическими проблемами? Поэтому хотелось бы, конечно, чтобы расширился круг тех специальностей, которые могут дальше обучаться диетологии.

Следующий вопрос — в кадрах. Как обучать, кто обучает? Конечно, это кафедры. Кафедры диетологии РМАПО находятся практически на базе нашего Института питания. И вот как раз, Виктор Александрович (Тутельян. — *Прим. ред.*), кафедра РМАПО в этом году уже ввела курс диетологии. Там спокойно можно и переподготовку, и усовершенствование по диетологии проходить, прямо непосредственно в нашем институте. Причём хочется, чтобы, согласно Приказу Минздрава № 121н о порядках оказания медицинской помощи, кафедры диетологии были не просто на клинической базе, а были, как прописано в этом приказе, на базе специализированности линий диетологии. Всё-таки имеется различие. Почему? Потому что уделяется большое внимание ещё и диагностике нарушения пищевого статуса, его коррекции с помощью питания. Там нужно специальное оборудование.

Немного этими вопросами занимаются Центр здоровья и Центр здорового питания, который открылся у нас в институте. Милости просим, приходите, у нас бесплатное обследование населения, мы выезжаем на все выставки, тоже там всех бесплатно обследуем и даем какие-то конкретные рекомендации каждому пациенту — что нарушено, какой риск алиментарно-зависимых, то есть связанных с питанием, заболеваний ему грозит. Это вычисляется, диагностируется, и проводится коррекция с помощью питания. И поэтому, конечно, хотелось бы, чтобы диетологическим вопросам уделялось большое внимание. И хотелось бы, чтобы была расширена номенклатура этих специальностей.

Спасибо.

**Председательствующий.** Алла Владимировна, спасибо вам большое. Мы с вами неоднократно уже поднимали вопросы, связанные с диетологией, с нутрициологами. Действительно, формирование как такового здорового образа жизни, профилактической функции формирования здорового рациона невозможно без профессиональных специалистов в этой области. Этот вопрос мы будем в ближайшее время обсуждать с Минздравом. Спасибо ещё раз, что эти инициативы внесли.

Коллеги, кто-то ещё желает выступить? Может, Браун Светлана Николаевна, департамент здравоохранения? Нет?

...Присаживайтесь. Так удобнее будет, под стенограмму обязательно.

**Бубликова И. В.** Бубликова Ирина Владимировна, директор ГОУ СПО «Санкт-Петербургский медицинский колледж № 1», главный специалист по управлению сестринской деятельностью города и Северо-Западного федерального округа.

С вашего позволения я бы хотела обратить внимание на средний медицинский персонал. Поскольку модернизация здравоохранения идёт, прекрасно оснащаются учреждения, мы сегодня с вами очень подробно проговорили изменения, которые будут касаться подготовки врачей. Но даже если мы будем иметь блестящих врачей и недостаточно хорошо подготовленный средний медицинский персонал, то результата в улучшении оказания медицинской помощи мы не получим. Я думаю, что вы с этим со мной согласитесь.

Поэтому я хотела бы обратить внимание, что все те вопросы, которые сегодня подняли, с точки зрения реформы высшей школы образования, безусловно, очень актуальны и для среднего профессионального образования, особенно постдипломного, поскольку дикая нехватка кадров, это около 300 тысяч человек, и отпустить работника сегодня на повышение квалификации из территории, порой очень сложно. Поэтому дистанционные формы обучения для нас, конечно, они очень и очень важны.

Безусловно, симуляционные центры для врачей — это неотъемлемая часть. Но мне кажется, что очень хорошо было бы, если бы была командная подготовка, особенно в постдипломном образовании, потому что хирург и операционная медсестра — это два человека, очень и очень сильно связанных.

И ещё один момент, на который я даже не знаю, на каком уровне, надо обратить внимание. Средний медперсонал готовится, понятно, в средних учебных заведениях. Приходят такие же ребята после 11 класса и осваивают специальность — фельдшер, медсестра, лаборант, — но уже на этом уровне они как бы сразу второго сорта что ли, потому что стипендия в высшей школе и стипендия в средних профессиональных учебных заведениях настолько разнятся, и в средствах массовой информации всегда говорят только о врачах: медицина — это врач...

И плохое тоже в основном говорят про врачей, тут уж достаётся действительно им по полной программе. Но очень бы хотелось, чтобы, когда говорится о медицине, чтобы обязательно звучал рядом и средний медперсонал.

Спасибо огромное за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое. Мы вас услышали, постараемся внести предложения в резолюцию.

Ещё один человек у нас проявил инициативу — Гостищев Роман Витальевич, врач, ГБОУ ВПО «Первый МГМУ имени И. М. Сеченова».

**Гостищев Р. В.** Здравствуйте, уважаемые коллеги! Спасибо.

Я хочу в двух словах рассказать не о том, как улучшить наше здравоохранение, о чём мы все сегодня говорим, а о том просто, как дать возможность молодым специалистам обучаться и не навредить им в процессе обучения.

Тема «Коллизия законодательства в сфере призыва обучающихся медицинских вузов на военную службу». Все мы знаем, что существует нормативно-правовая база, которая регулирует процедуру оформления отсрочки от службы в армии не только студентам, но и учащимся послевузовского образования — это ординаторы, аспиранты и интерны.

Я сейчас хочу рассказать в своем выступлении о трёх законах — это Федеральный закон № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе», Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральный закон № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». Последние два косвенно регулируют призыв на военную службу, основной же закон — это первый. И вплоть до 2 июля этого года основным документом, каким является этот



закон, не было прописано, по каким именно программам подготовки полагается отсрочка. То есть и интерны, и ординаторы, и аспиранты — все имели право получить отсрочку от военной службы. Но со 2 июля были внесены некоторые изменения, а точнее было ранжировано, кто именно может получить отсрочку от службы. Право на отсрочку имеют обучающиеся по программам аспирантуры, ординатуры, ассистентуры-стажировки. Но ни слова, как видите, об интернах, что соответственно, говорит о том, что интерны права на отсрочку не имеют.

Также были внесены изменения в Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Этот закон косвенно регулирует право на отсрочку выпускников вузов, где говорится, что на интернов распространяются права, обязанности, меры социальной поддержки и стимулирования ординаторов, которые установлены Федеральным законом № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». Что такое права ординаторов, написано в статье 34 этого закона, в пункте 1, подпункте 8: «Обучающимся предоставляются академические права на отсрочку от призыва на военную службу в соответствии с Федеральным законом № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе», то есть у нас, как видите, получается некий замкнутый круг. И на практике интерны вынуждены, к сожалению, жертвовать своим учебным процессом, искать какие-то возможности, выходы, чтобы как-то продержаться в призывы и время своего обучения в интернатуре. А интернатура у нас до 2017 года, то есть таких людей будет достаточно много. И в конце концов это является даже в какой-то степени, возможно, даже подспорьем для коррупции.

Поэтому прошу меня услышать. Спасибо большое.

**Председательствующий.** Роман Витальевич, спасибо за то, что вы этот вопрос поднимаете. Но, насколько мне известно (помощники передали), у нас внесён на рассмотрение уже данный законопроект, который устраняет эту коллизию. Буквально в ноябре, вам сказали, об этом, да? То есть вы правильно обратили внимание, что проблема на данный момент есть, но уже есть тот документ, который эту коллизию исправит. Вы документ сможете посмотреть, вот он у меня здесь есть.

**Гостицев Р. В.** Да, я знаю. Да, поэтому я прошу вас о поддержке законопроекта.

**Председательствующий.** Да, обязательно. И отдельно, я насколько знаю, Комитет по обороне внёс законопроект. Хорошо, я вас понял, мы проговорим этот вопрос.

Коллеги, инициативы, выступления, пожалуйста!

**Охлопков В. А.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Первый проректор Омской государственной медицинской академии Охлопков Виталий Александрович.

Я, безусловно, готов подписаться под всем, что сегодня прозвучало, что записал себе несколько моментов, но повторяться уже не буду. Это и касается симуляционных центров, и статуса врача преподавателя-клинициста и так далее.

Один ещё момент не прозвучал. Хотелось, чтобы мы были услышаны. Я думаю, эта проблема волнует всех руководителей вузов, особенно тех, у кого нет своих собственных клиник. Это взаимоотношения с клиническими базами. Согласно сегодняшним требованиям Рособнадзора, мы должны заключать договоры безвозмездного пользования. И вот у нас, в Омском регионе, с этим проблем нет, то есть мы проводим соответствующие процедуры и постепенно все клинические базы переводим на договоры БВП. Но тут же встает вопрос об оплате коммунальных расходов, и это очень серьёзные деньги. Если сегодня мы получаем из бюджета, плюс внебюджетные деньги порядка 30 миллионов рублей, тратим на коммуналку и примерно столько же должны платить за коммуналку на клинических базах. Для нас это нереальные деньги. Причём все всё понимают — на уровне губернатора, вице-губернаторов, депутатов Заксобрания и так далее, понимают главные врачи, но не понимает прокуратура и не понимает Счётная палата.

Приходят из Счётной палаты проверять лечебное учреждение — тут же предписание, и вот у меня папка эта уже пухнет, и по умолчанию просто процесс идёт, как говорят, караван идёт, собака лает, то есть они нам предписание выставляют, но процесс идёт. И каждый раз по новому прецеденту мы говорим министру здравоохранения нашей Омской области: вот ещё одно предписание, и что будем делать? Максимум, что мы сумели добиться, буквально на сегодняшний день, — это собрать, а это тоже бывает нелегко, в кабинете у первого вице-губернатора Омской области всех заинтересованных министров: из Министерства финансов,

Министерства экономики, Министерства здравоохранения, Министерства имущества Омской области, чтобы просто нас услышали, и чтобы мы вместе приняли какие-то решения, что делать дальше. Потому что упирается ситуация в то, что разные бюджеты мы и федералы имеем, соответственно, федеральное подчинение и федеральный бюджет, а коммунальные расходы — это областной бюджет.

И, пользуясь случаем, я хотел бы обратиться к нашим уважаемым депутатам Государственной Думы, Александр Сергеевич (Прокопьев. — *Прим. ред.*), буквально позавчера я разговаривал с Министром имущественных отношений, он говорит: давайте будем собираться, но хотелось бы, чтобы где-то на сайте Государственной Думы эти тенденции, которые мы хотим чувствовать, озвучивались. Что, действительно, эта проблема волнует Государственную Думу, волнует Правительство России, соответствующие федеральные министерства, и что это где-то обсуждается, и какое-то движение вперёд идёт. И тогда они не будут бояться. Иначе они как говорят: да, мы вынесем на рассмотрение в наше, областное Законодательное Собрание эту проблему, предположим, это говорят депутаты фракции «ЕДИНАЯ РОССИЯ», а как же нам оппоненты будут говорить, и так бюджет дефицитный региональный, а мы ещё будем оплачивать коммуналку, причём такие существенные деньги, за федералов, так нас называют. И будет конфликт, то есть никто не хочет это вытаскивать. И всё это длится, длится. Но когда-то должно всё это разрешиться.

И Минздрав России знает об этом прекрасно. И Вадим Александрович (Егоров. — *Прим. ред.*) здесь, вы столько говорили об этом. Сейчас Татьяна Владимировна (Семёнова. — *Прим. ред.*) руководит департаментом. Она говорит: решайте на своём уровне. Пока нет законодательной базы.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое за предложения.

Кто ещё хотел бы выступить? Пожалуйста.

**Горбатова Л. Н.** Любовь Николаевна Горбатова, исполняющая обязанности ректора ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск.

По поводу последней реплики я могу сказать, что это на самом деле проблема очень серьёзная. В нашем регионе мы её попытались

решить следующим образом. В нашем региональном законе о здравоохранении мы прописали статью о том, что коммунальные услуги мы не оплачиваем лечебным учреждениям. И депутаты нас поддержали. Поскольку местный бюджет в полном объеме выделяет средства на коммунальные средства всем лечебным учреждениям. А если мы платим повторно, то это двойная оплата и нарушение закона.

Нам удалось договориться, и такая статья у нас есть в законе. Мы просто закрепили в региональном законе. Это нормальный цивилизованный вариант развития событий. Конечно, мы не платим лечебным учреждениям, кроме федеральных, кстати говоря, лечебных учреждений. Узаконили, абсолютно верно.

Мне хотелось бы остановиться ещё на одном очень важном вопросе, он касается вузов, которые обеспечивают кадрами не одну территорию, а большое количество. Мы, например, обеспечиваем кадрами Архангельскую, Мурманскую, Вологодскую область, Республику Коми, Карелию. У нас очень много приезжих студентов. Кроме того, у нас есть колледж. И мы могли бы увеличить количество обучающихся, если бы смогли построить общежитие. То есть у нас 400 мест — дефицит на сегодняшний день. И поэтому ни одного человека сверх этого норматива мы уже не можем принять. Вузы Минобразования общежития строят, и иногда они полупустые стоят, такая практика тоже существует, а мы не можем, к сожалению, добиться строительства общежития.

Теперь ещё один очень важный момент, который необходим. По общежитиям, вероятно, для Минздрава нужна какая-то отдельная программа. И тогда эта проблема была бы решена.

Теперь по поводу закрепления кадров. Работу необходимо проводить не со студентами. В последние годы, особенно в этом году, есть очень негативная тенденция. Студенты, которые пришли в медицинский вуз, не профориентированы, и у нас колоссальный отток студентов в этом году с первого курса, потому что они не туда пришли.

Поэтому профориентационная работа должна быть налажена в школах. И опыт, который есть в нашем университете, это подтверждает. Поскольку у нас были медико-биологические классы в школах, 99 процентов этих студентов не уходят из медицинских

вузов и остаются в дальнейшем в специальности. Мало того, они очень хорошо учатся, они на голову лучше учатся, чем все остальные студенты, они практически не отчисляются из вуза до окончания. Но Министерство образования открытие медико-педагогических классов, по крайней мере, наше региональное Министерство образования, просто-напросто саботирует, то есть нам не разрешают эти классы открывать в школах. В результате мы имеем то, что имеем. И соответственно, отток кадров будет, и да, их родители заставят получить диплом, но в конце концов они не придут в практическое здравоохранение, и отток будет и дальше продолжаться.

Поэтому вуз, конечно, проводит воспитательную колоссальную работу, и мы привлекаем школьников на нашу территорию, в разных формах работа проводится: и патриотическое воспитание, музейный комплекс у нас задействован, и есть дистанционные подготовительные курсы и так далее. Но тем не менее проблема существует, и её тоже необходимо решать, наверное, общими усилиями.

Но по поводу заработка преподавателей — тоже проблема существует, поскольку разрыв между заработной платой преподавателей и заработной платой в практическом здравоохранении в настоящее время просто колоссальный. Если средняя заработная плата в регионе у врачей сейчас 45 с лишним тысяч рублей, а заработная плата ассистента кафедры — 12 тысяч рублей, это вместе с 70 процентами северной надбавки, то у нас скоро просто преподавателей молодых не останется, они все уйдут в практическое здравоохранение.

Если говорить о сотрудничестве с лечебными базами, у нас своей клиники нет. Клиника, безусловно, необходима. Но, на мой взгляд, отсутствие нашей собственной клинической базы в какой-то степени оказалось полезным, поскольку в настоящее время есть договоры со всеми лечебными учреждениями города Архангельска, и у нас кафедры находятся во всех лечебных учреждениях. Поэтому очень плотное сотрудничество. И преподаватели клинических кафедр, не все, конечно, но процентов 70, устроены в лечебные учреждения, получают доплаты. Но, кстати говоря, за кандидатские, за докторские они доплату получают тоже — это уже добрая воля главных врачей. То есть

стимулирующие надбавки могут быть включены в принципе. В результате преподаватели имеют возможность получать категории, работая в лечебных учреждениях, то есть проблема может быть решена и таким образом.

Но вот подготовка молодых преподавательских кадров — это проблема. Мы очень благодарны Министерству здравоохранения как раз в связи с тем, что были организованы курсы повышения квалификации, и мы отправили больше 50 человек в течение прошлого учебного года и осенью этого года, то есть на самом деле это очень полезно, чрезвычайно полезно.

Но у меня есть предложение следующего характера. Преподавателей периферийных вузов тоже нужно в эти циклы включать в качестве преподавателей, поскольку есть «звёзды» в периферийных вузах, и в принципе их можно включать в качестве преподавателей в цикл усовершенствования на центральных базах. Это, по крайней мере, звучит из уст некоторых наших преподавателей. И, кроме того, наверное, нужна программа подготовки кадров молодых специалистов, молодых преподавателей, она когда-то существовала. Я сама начинала с того, что я проходила практику, как только пришла ассистентом на кафедру повышения квалификации ... в течение месяца. Сейчас возможности отправить специалиста на такой длительный срок нет, по крайней мере, это очень накладно в материальном плане для вузов. То есть возможность-то есть, но материально это ничем не подкрепляется.

И дистанционное обучение в вузе. Много лет, не много лет, а в последние годы дистанционные технологии внедрены на тех территориях, на которых мы работаем. Дистанционное образование существует. Есть программы дистанционного образования, есть много точек, и в принципе в настоящее время разработана уже система кредитов для непрерывного профессионального образования, она согласована с Министерством здравоохранения Архангельской области, с 2014 года будет внедрена. Но, к сожалению, мы не попали в этот пилотный проект. Я сегодня попытаюсь с Татьяной Владимировной (Семёновой. — *Прим. ред.*) встретиться, чтобы всё-таки нас включили в этот проект. Поэтому мне кажется, количество вузов, участвующих в пилотном проекте, можно расширить. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Любовь Николаевна, предложение внесём в резолюцию обязательно.

Представитесь. Микрофон только включите.

**Кустова Е. А.** Я представляю среднее профессиональное медицинское образование — Ставропольский базовый медицинский колледж, заместитель директора по дополнительному профессиональному образованию Кустова Елена Александровна.

Поскольку мы заседаем в Государственной Думе, хотелось бы ещё раз поднять вопрос об эффективности использования расходов государственных бюджетных денег на подготовку специалистов.

Красной линией через выступления всех докладчиков сегодня звучала проблема кадрового дефицита. Значит ли это, что мы мало учим специалистов, мало выпускаем специалистов? Нет. Учим достаточно, если не сказать с избытком, и выпускаем с избытком. Только наш колледж обучает 2000 специалистов, ежегодный выпуск — около 700 человек. Это с лихвой покрывает потребность всего Ставропольского края. А у нас на территории края, кроме нас, ещё шесть аналогичных образовательных учреждений. То есть мы суммарно в три раза покрываем ежегодным выпуском всю потребность нашей территории. Это расходование бюджетных денег. Одна треть студентов учится за счёт бюджетных средств. Поэтому встаёт вопрос закрепления молодых специалистов. Это самый страдающий показатель сейчас. Выпускаем достаточно, закрепления нет. Приходят молодые специалисты, отработали три, четыре, шесть месяцев и уходят вообще из отрасли здравоохранения. То есть мы вхолостую тратим бюджетные средства, очень обидно.

Повысить привлекательность социальных специальностей, чтобы оставались молодые специалисты, путём социальных гарантий, льгот и повышения заработной платы — это очень глобальная проблема, неподъёмная, так скажем, за один год, а может быть, даже и десятилетие. Но, на наш взгляд, есть механизм, вполне конкретный, который позволит эту проблему решить. Речь идёт о целевом обучении.

Всё-таки нужно переходить, стремиться к максимальному расходованию бюджетных средств. Нельзя сказать, что сто процентов, конечно, но 90, наверное, реально, должно идти

по целевой подготовке специалистов. То есть специалисты, обучаясь, должны знать, что если они учатся за бюджетные деньги и учатся на целевой основе, то у них есть определённые обязательства, и они обязаны остаться в отрасли. Для этого нужна федеральная, юридически фундаментальная, разработанная база, чтобы была ответственность всех сторон при целевой подготовке специалистов, то есть реальная ответственность, которая бы удерживала молодых специалистов. К сожалению, сейчас у нас получается общемировая тенденция — во всём мире есть понятия: образование для социума, для общества и образование для себя. Для себя, пожалуйста, учитесь за договорные средства, за свои средства. А для социума — за бюджетные. Поэтому нужна фундаментальная целевая подготовка.

Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое. Включим в резолюцию.

Пожалуйста.

**Егоров В. А.** Егоров Владимир Александрович, замдиректора ЦНИИС.

Буквально несколько реплик себе позволю. По поводу целевого приёма, действительно, тема очень важная. И Татьяна Владимировна (Семёнова. — *Прим. ред.*) сегодня детально остановилась на том, что был прорыв, и в закон «Об образовании...» было включено даже понятие целевой приём, потому что до этого такого понятия вообще не было.

Что касается федеральной программы, то, в общем-то, постановление Правительства Российской Федерации по данному вопросу принято, оно совсем свежее, от 27 ноября, и это Постановление Правительства даёт достаточно широкие возможности для всех субъектов Российской Федерации к заключению соответствующих договоров.

Более того, поскольку и в законе установлено, что должно быть прописано в договоре, и в Постановлении Правительства про это чётко написано, то в данном случае мяч на стороне органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации для того, чтобы они данную работу уже проводили.

Несколько слов я хотел бы сказать по поводу профориентационной работы. Действительно, в выступлении Любви



Николаевны (Горбуновой. — *Прим. ред.*) это прозвучало. У нас до 2000 года, до введения Единого государственного экзамена во всех медицинских вузах, была так называемая система профориентационной работы, и были медицинские классы. Но в связи с введением ЕГЭ эффективность данной работы несколько сошла на нет. Поскольку поступают дети, даже выпускники медико-биологических классов, медицинских классов, по результатам ЕГЭ. И далеко не факт, что выпускники этих классов получают высокие оценки на ЕГЭ. Они могут получить баллы более низкие и, соответственно, оказаться за бортом приёмной кампании. Поэтому чтобы повысить эту работу, можно сделать только одно — ввести дополнительные вступительные испытания в медицинские вузы. Мы знаем, что такой опыт был большой в Военно-медицинской академии, когда туда просто по результатам ЕГЭ нельзя было поступить. И до сих пор там есть дополнительные вступительные испытания так называемой творческой направленности. Да, это несколько уходит в военную службу, но в то же время опыт есть, и теоретически его можно применить и в медицинских вузах.

Что касается привлечения преподавателей из местных вузов для того, чтобы принимать участие в больших циклах повышения квалификации преподавателей, которые сейчас активно проводятся Минздравом, — это действительно очень интересное предложение. Думаю, что его тоже можно будет направить в Минздрав России, потому что мы все знаем, что и в региональных вузах есть люди, которые могут преподнести и принести достаточно много интересного в повышение квалификации преподавателей всей системы здравоохранения Российской Федерации.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо вам.

Ещё кто-нибудь желает выступить? Пожалуйста.

**Шульц Э. Э.** Эдуард Шульц, председатель НП «Национальный медицинский конгресс».

Я вначале хотел бы поддержать коллег — последних выступающих — насчёт нехватки кадров при полном переизбытке их выпуска. Года два назад, по-моему, в Общественной палате звучали цифры, что разрыв между выпуском и теми, кто оказывается

в практическом здравоохранении, — до 40 процентов. Куда они деваются — неизвестно. И звучала такая информация по заказу, что заказывают проктологов, а урологи не нужны. Наверное, цифры показывают правильно, но в Москве найти хорошего квалифицированного уролога, ещё и не пьющего, — это очень большая проблема. Поэтому, возможно, что по неким подсчетам их много, но на самом деле... Это просто как смешной пример, я уверен, что это касается не только урологов, а очень многих специальностей.

И дополнение: если государство финансирует обучение людей, государство должно обязывать после этого обучения как-то отдавать вложенные средства. Это может быть год, два, три прикрепления и обязательного прохождения работы по специальности. Это нормальная мировая практика, это нормальная практика, бывшая в Советском Союзе. То есть, видимо, что-то в этом направлении нужно делать.

И хотел бы вернуться к выступлению Сергея Ивановича Колесникова и полностью поддержать его с точки зрения управленческих кадров. Александр Сергеевич (Прокопьев. — *Прим. ред.*), на заседании в апреле вы даже подписывали это направление в Правительство Российской Федерации по поводу управленческих кадров. У нас есть сегодня это пятым пунктом в повестке, но как-то оно выпало, исчезло из рекомендаций. И я думаю, что их нужно вернуть, несмотря на те 15 тысяч, которые должны подготовить, по нескольким причинам.

Первое. Когда на рынке есть монополист — это всегда плохо, потому что невозможно отследить качество, а качество подготовки падает. Второе. Подчеркну: все, кто готовил и в поствузовском образовании, и по президентской программе, все, у кого был менеджмент в здравоохранении, все жалуются: нет кадров, нет тех, кто готов читать. Замечательно выступление экспертов из Минздрава — это надо, это хорошо, но всё-таки в данном случае являются профессионалами те, кто является практиком, кто сам руководит. В общественном здравоохранении, в частном здравоохранении таких специалистов очень мало, поэтому есть большие вопросы к тому процессу подготовки.

И вернусь к тому, о чём говорили в апреле. Что если государство является заказчиком, в том числе этой президентской

программы по переподготовке управленческих кадров для народного хозяйства, государство оплачивает две трети, то есть 30 процентов идёт из федерального бюджета, 30 — из регионального, 30 — оплачивает организация либо сам учащийся. Значит, государство имеет полное право давать заказ и регулировать — кого оно хочет там видеть. И уже тогда здоровая конкуренция между несколькими вузами, между несколькими учебными организациями, в том числе иностранными, действительно даст нам через несколько лет на рынке нормальных специалистов с точки зрения управления.

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо за предложение. Внесём в рекомендации.

Пожалуйста.

**Малов И. В.** Малов Игорь Владимирович, ректор Иркутского государственного медицинского университета.

Уважаемые коллеги, я бы обратил ваше внимание на рекомендации, которые нам всем розданы. Они, без сомнения, составлены квалифицированно. Если всё будет выполнено, это было бы огромное достижение.

Я ваше внимание обращаю на рекомендации в адрес Министерства здравоохранения Российской Федерации по пункту 2, где идёт речь о повышении тарифов заработной платы профессорско-преподавательскому составу клинических кафедр. Это, конечно, нужно делать, и мы все это хорошо понимаем, но я бы не выделял здесь именно кафедры клинические. Вот, например, у нас в вузе, как и в других вузах, коллеги меня поддерживают, огромный кадровый дефицит не столько по клиническим, сколько по теоретическим кафедрам. Сегодня здесь и подготовка, и остепенённость сотрудников, и приход молодёжи гораздо трагичнее, чем на клинических кафедрах. Но опять-таки, у нас единые коллективы, и такие подходы — давайте клиническим кафедрам поможем, а теоретики останутся в стороне — наверное, не гожи. Тем более что здесь речь не идёт о том, за что эти тарифы повышаются. Не за лечебную работу, а просто — повышение тарифов. Может быть, лучше вообще повысить тарифы сотрудникам, составу кафедр? Может быть, дифференцированно, но и те, и другие в этом нуждаются.

**Председательствующий.** Мы поняли ваше предложение.

**Малов И. В.** Вот в чём проблема, Александр Сергеевич. Когда рассчитывается средняя зарплата, средняя температура по больнице, то с удовольствием руководитель учреждения говорит: у меня уже есть двукратный коэффициент, я уже перевыполнил, и к 2017 году мне уже ничего повышать не надо. Начинаешь разбираться. Это как с распространённостью врачей по территории Российской Федерации. Где-то их избыток, а где-то их очень большой недостаток.

И в вузах получается так. Клиницисты получают достаточно приличную зарплату, что уж тут говорить, плюс внебюджетная деятельность идёт, а теоретики не имеют такой возможности. Кстати, а средняя зарплата — хорошая, да. Вот ректор скажет. И у них средняя — хорошая. А теоретики не идут на кафедры и не работают. А там же — не получил базового образования, и становишься не очень хорошим клиницистом в результате. Что делать?

**Председательствующий.** Коллеги, может, кто-нибудь ещё, кто приехал издалека, выступит? Потому что у нас достаточно большой список региональных вузов, кто проявит инициативу выступить.

Да, пожалуйста.

**Еругина М. В.** Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского, проректор по лечебной работе. Еругина Марина Васильевна.

У меня вопрос, который касается последних двух выступлений и, наверное, не вопрос даже, а ремарка. Посмотрите, у нас сейчас какая сложилась структурная диспропорция, про которую мы, вообще-то, сегодня всё время говорим. Интерн получает стипендию около 7 тысяч рублей, плюс он целевик. Он получает примерно, ну, в каком регионе как, у нас это 2 тысячи рублей. Итого — 9 тысяч рублей. А завтра он приходит в практическое здравоохранение, получает меньше, чем он получал вчера, или он приходит на кафедру... Он даже не приходит на кафедру, потому что он будет получать 6700 рублей чистыми. И вот поэтому — я не хочу сказать, что где-то надо повысить, где-то надо понизить — конечно, надо повысить, но надо ещё и посмотреть внутри, как это выглядит. А то ему вечно, наверное, выгодно

в интернатуре на второй год оставаться, если бы такое было возможно. Спасибо.

**Председательствующий.** Коллеги, спасибо большое за конструктивное и продуктивное обсуждение. По факту составления резолюции будут направлены рекомендации и Правительству Российской Федерации и исполнительной и законодательной власти. Надеюсь, что мы с вами продвинемся в решении обозначенных проблем, которые мы сегодня обсуждали.

Спасибо большое, что уделите время. Спасибо.

**СТЕНОГРАММА**  
**«круглого стола» Комитета Государственной Думы**  
**по охране здоровья на тему**  
**«Реализация государственной политики по снижению**  
**масштабов злоупотребления алкогольной продукцией.**  
**Правовое обеспечение организации оказания**  
**медицинской помощи лицам, злоупотребляющим**  
**алкогольной продукцией и больным алкоголизмом»**

*Здание Государственной Думы. Зал 830.*  
*13 марта 2014 года. 11 часов.*

*Председательствует заместитель председателя Комитета*  
*Государственной Думы по охране здоровья С. Б. Дорофеев*

**Председательствующий.** Доброе утро, уважаемые коллеги!

Сегодня мы проводим «круглый стол» на тему: «Реализация государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией. Правовое обеспечение организации оказания медицинской помощи лицам, злоупотребляющим алкогольной продукцией и больным алкоголизмом».

Не надо, наверно, убеждать в актуальности обсуждения этих вопросов тех, кто сегодня пришёл на наш «круглый стол». Цель сегодняшнего «круглого стола» — попытаться найти новые подходы, предложения для решения этой проблемы в нашей стране. Предлагаю всем быть заинтересованными, выступать активно.

Слово Владимиру Вольфовичу Жириновскому, руководителю фракции ЛДПР в Государственной Думе.

**Жириновский В. В.** Спасибо. Тема, может быть, даже самая главная, потому что можно иметь очень мощную промышленность, науку, армию, спорт, и в то же время мы будем иметь миллионы наркозависимых людей. В первую очередь, конечно, это табакокурение. Сегодня речь идёт больше о зависимости от алкоголя. Но всё вместе это большая проблема. В последние годы проявилась зависимость человека, в том числе от игровых автоматов, порнозависимость и так далее. Но там есть разные природные причины. А вот алкоголь, табак и наркотики сами по себе — это, конечно, искусственное, то, к чему социальная жизнь подвигает человека.

И можно много перечислять, сколько у нас алкоголиков, сколько наркоманов, это все всё знают. Поэтому я всегда всех прошу на «круглых столах» и парламентских слушаниях говорить в основном, как решать проблему и здесь тоже не повторяться.

Всем понятно, что нужно восстановить все наркодиспансеры, все ЛТП (лечебно-трудовые профилактории). Наша страна любит шарахаться: то полная свобода, то полный запрет, то везде наркодиспансеры, то всё позакрывали, то вырезатель на каждом шагу, то, наоборот, позакрывали. Это, конечно, плохо.

И сегодняшняя тема, в первую очередь, кого должна касаться? Главного нарколога города Москвы. Брюн. Где он? Вот его нет. И я обещаю, что мы начнём борьбу, чтобы этого человека вообще не было, потому что он много лет уже делает всё наоборот. Он усиливает наркотическое опьянение жителей города Москвы, никакой борьбы не ведёт, препятствует тому, чтобы шла борьба с алкоголизмом, наркотиками и так далее, препятствует тем мерам, которые предлагает соответствующий комитет по контролю за оборотом наркотиков. Вот он сам своим пренебрежением... Это пренебрежение к власти Государственной Думы и её деятельности. То есть главный нарколог не ведёт борьбу для того, чтобы помочь избавиться наркозависимым от заболеваний, а алкоголизм — это заболевание. Он ещё и не появляется даже, когда его приглашают сюда.

**Председательствующий.** Владимир Вольфович, извините, он сегодня в ООН выступает с докладом по наркотикам.

**Жириновский В. В.** Мне наплевать, где он в ООН. Он вообще не появляется. Не защищайте его! Здесь важнее, чем в ООН. ООН против нас. ООН принимает резолюцию против нас по Крыму, он туда бежит перед иностранцами выслужиться. Я его ни разу не видел здесь ни на одном «круглом столе».

Я же не учитель в школе: сегодня его нет, давайте его пожурим немножко. Он вообще не появляется в Государственный Думе, и вся его деятельность противозаконная. А вы помощник министра, здесь должно быть побольше представителей Минздрава. Где они сидят, где заместитель министра? Один помощник пришёл, всё. Всё здравоохранение представлено одним человеком!..

Кто провоцирует наших людей на то, чтобы они злоупотребляли алкоголем? Вот власть провоцирует. Власть, которая с 1917 года

голову морочит: революции, перестройки, реформы, войны. Это главная причина. Главная причина того, что наши граждане, может быть, слишком много употребляют алкоголя. До революции мы входили в число европейских стран с нормальным употреблением алкоголя, мы не были в числе тех, кто слишком много употребляет.

Царь правильно начал борьбу вести — его убрали. И Горбачёв правильно начал. Но не умеют они, слабые по своим умственным способностям — что последний русский царь, что последний генсек... И страну потеряли, и не смогли добиться.

Почему у них не получилось? Запрещать можно, уменьшать можно, но вы дайте взамен что-то. Вы не запрещайте пить и покупать, и продавать, и производить, вы наоборот создайте условия, чтобы он даже подумать об этом не мог. А это работа. Дайте возможность работать русским людям и всем остальным. Под словом «русские» я имею в виду всех, кто живёт на территории России. Название идёт по реке, название реки — Рось.

Мы все волгари — от слова Волга. И тоже они будут обижаться? Волгарь — это же не национальность. Так и русский. Нет, вот ещё, мол, есть у нас и остальные народы. Давайте я сейчас буду перечислять 150 народов. И вместо решения проблемы с алкоголем будем перечислять всех, кого там мы не забыли ещё, какой там ещё автономный округ у нас есть?

Поэтому дать работу — это самое главное. Я хочу сказать: не мешайте людям работать, надо, чтобы они захлебнулись работой. Им некогда будет — днём работают, ночью считают убытки свои и прибыль. У меня рука никогда не потянется к стакану, я в жизни не купил ни одной бутылки водки, потому что я всегда учился и работал, учился и работал, день и ночь. А когда мы заставляем людей быть бездельниками, волей-неволей, а что — делать нечего, гудок, пять часов, смена кончилась. И что делать? Никуда нельзя пойти, всё закрылось, и сидят мужики здоровые. Вот они и начинают пить.

В армии то же — давайте настроение улучшим. Настроение улучшили солдату, но после войны сколько алкоголиков было, когда каждому 100 граммов положено и бесплатно. На, пей! И молодой солдат думает: все пьют, и я буду пить. Ему не нужен алкоголь, но всё думали, как улучшить положение на фронте. До войны просто доводить не надо. И сколько алкоголиков после войны!



Поэтому все алкоголики — это советская власть, это война, эти необдуманные реформы.

Поэтому мой главный посыл — это, конечно, помочь людям заниматься любым видом деятельности. Не мешайте им. Спорт, искусство, всё, всё, что где хотят, снимите все ограничения! Мы делаем наоборот, мы закрываем заводы, вырезаем, вырубам виноградники, устанавливаем очередь и думаем, что все перестанут пить. Но пить стали другое, ещё хуже. И надо посчитать, экономисты должны быть здесь. Наступает оздоровление при ограничении алкоголя? Оздоровление отдельной части населения, а другая часть, которая травит себя? Ведь доброкачественный алкоголь — это меньше отравлений. У нас 30 тысяч человек в год погибало в 1990-е годы от отравления алкоголем, от суррогата. Так что мы выигрываем тогда, если мы вводим запретительные меры? 30 тысяч человек, в основном мужчины, в основном самый работоспособный возраст.

Поэтому все, кто вели эту пропаганду, её должны вести, и вырезвители нужны. Простая вещь — кто мешает восстановить Всероссийское общество трезвенников, чтобы по всем каналам выступали известные люди и говорили, что они не пьют, он не любят, он не хотят? Нет, в каждом кино обязательно разливают, в каждом фильме! Включайте телевизор, обязательно будет вечером, в каком-то кино разливают алкоголь. Ребёнок смотрит. Что он будет делать? Взрослые дяди и тётки пьют. Вся страна смотрит кино, значит, это хорошо.

И кто это делают? Драматурги — интеллигенция нации, инженеры человеческих душ, губители человеческих душ, интеллигенция..., писатели, журналисты. Пьянство день и ночь, так сказать. Они пьют, а мы потом смотрим на это всё.

Убрать все представительские расходы на алкоголь, запретить в трудовых коллективах устраивать праздники и начальника поздравлять с днём рождения, запретить накрытые столы!

В школах. Прихожу в школу. После встречи с учениками приглашают в кабинет к директору — стол накрыт. Вы же ученикам должны уроки давать, а вы сели за стол со мной, так сказать, и у вас тут полный стол. Представительские надо израсходовать. Мы толкаем людей к алкоголю: представительские деньги — только на банкет, на угощение.

Я заканчиваю. И поэтому в этом направлении нужно нам вести борьбу: день и ночь — пропаганда. На работу не принимайте алкоголиков. Ну это же видно по его серому лицу, так сказать, по дрожащим рукам. Поговорить нужно с ним. Первый год поработает, сразу и увидите, что любитель выпить, так сказать.

Бутылки на работе валяются. То есть здесь должно быть неприятие как к курильщику. Это больные люди — те, кто употребляет алкоголь, курит. О наркотиках вообще говорить не надо.

Поэтому в этом плане нужна кадровая работа, чтобы знал алкоголик и курильщик: начальником никогда не станешь, даже завсектором, бригадиром, никогда никуда тебя никто не поставит. А этого нет ничего. Они, алкоголики, прорываются наверх ещё быстрее, чем человек, который не пьёт, потому что он знает, с кем выпить и что принести. Только алкоголь несут в подарок мужчинам, словно мужчины только и ждут дорогой коньяк, виски и так далее.

Поэтому вот давайте все вместе! Мы должны бороться, здесь нет партийных знамён — это здоровье всего нашего народа. И это одновременно — и наркотики, и алкоголь, и табак, и игровые автоматы, всё, всё, всё здесь, так сказать. Если человек будет занят хорошей работой, если будет не по заграницам кататься, а здесь с нами обсуждать и показывать, как Москва борется, в первую очередь Москва должна показать пример. Москва показывает отрицательный пример: и наркопритонов полно, и алкоголиков полно, так сказать. Вот это вот проблема.

Минздрав себя не лучшим способом показывает. Высшая власть проводит «круглый стол» — один помощник министра. Должны сидеть все врачи, кураторы регионов и говорить, какая ситуация у них в тех регионах. Но не перечислять количество алкоголиков, а рассказывать, меры какие приняты, где оздоровление наступило, где новые диспансеры открылись. Вот в таком ключе я бы попросил бы.

И Брюна здесь нет. Он же специально не пришёл, наверное, потому что боится, что ему придётся отвечать за слабую работу комитета и в целом системы здравоохранения России по борьбе с алкоголем. Сидит мафия алкогольная во всех органах власти управления и мешает бороться с алкоголем. Я закончил. Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо, Владимир Вольфович.

У нас присутствует 67 человек из 33 регионов сейчас, на сегодняшний момент. Ну, я думаю, что Владимир Вольфович всех зарядил положительными эмоциями и задачами, и в таком ключе и будем обсуждать эту проблему.

**Жириновский В. В.** А почему зарядил? Потому что не употребляю алкоголь.

**Председательствующий.** Правильно.

**Жириновский В. В.** Полон сил и энергии. Встаю в четыре утра, как Онищенко, работаю день и ночь, а рвань, пьянь спит, и ещё выходит на улицу: дай мне пенсию, дай зарплату.

Вот Майдан у них шумит. Это рвань, пьянь, проститутки и наркоманы стоят на Майдане, как у нас на Болотной: 10 интеллигентов недовольных, а остальные — любопытные, безработные, разведённые, вышедшие из тюрем. Вот она революция, так сказать, снизу. А виновата власть сверху, которая мешает работать.

Чтобы вам не мешать, я уйду, иначе я буду каждого вашего выступающего прерывать, так сказать, минут через 10–15.

**Председательствующий.** Владимир Вольфович, мы сейчас разберёмся, мы поняли, о чём надо говорить. И я думаю, что именно об этом сейчас Разиет Хамедовна Натхо, член Комитета Государственной Думы по охране здоровья, нам и расскажет в основном своём выступлении.

**Натхо Р. Х.** Спасибо, Сергей Борисович.

Алкогольная проблема на определённом этапе сравнительно недавнего времени, казавшаяся незначительной, маловажной, не заслуживающей особого внимания, в наше время получила статус глобальной, а её решение — международный характер.

Но у каждой проблемы, какой бы она ни была, есть своя дата рождения и своя история.

По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения, превышение допустимого уровня потребления алкогольной продукции из расчета 8 литров абсолютного алкоголя — безводного спирта — на душу населения является крайне опасным для здоровья нации, и потребление каждого литра сверх данного предела отнимает 11 месяцев жизни у мужчин и 4 месяца у женщин.

По данным Росстата Российской Федерации, потребление алкоголя в России снизилось с 18 литров на душу населения в 2009 году до 13,5 литра в 2013 году.

По статистике Роспотребнадзора, ежегодно от алкоголя гибнут 75200 человек. Это прямые потери, когда человек умирает сразу же после принятия алкоголя, и необязательно от некачественного спиртного.

Ежегодно в России производится 1 миллиард 525 миллионов литров пива, 1 миллиард 120 миллионов литров водки.

Самый большой урон для нации был, когда мы взяли курс на производство пива. Бизнес нашел легальный рынок сбыта в молодёжной аудитории, сделал циничную рекламу, заточенную на молодёжь и подростков, а их физиология такова, что они быстро подсаживаются, и у них путь прохождения до болезни, которая называется алкоголизм, очень короткий.

Слабоалкогольные напитки производятся со вкусовыми и тонирующими добавками, выпускаются в очень красочной упаковке, зачастую содержат привлекательные для молодежи наименования и символику.

Наверное, требуют серьёзного, всестороннего обсуждения законопроекты и инициативы, предполагающие увеличение возраста, с которого молодые люди могут приобретать алкоголь, — начиная с 21 года.

Одним из авторов законопроекта является заместитель председателя Комитета Госдумы по охране здоровья Николай Фёдорович Герасименко, которого, к сожалению, сегодня здесь нет.

Я думаю, что не надо это отмечать, потому что в истории известны случаи, даже в Древней Греции, когда алкоголь не употребляли до 30 лет.

В стране потребляют алкоголь, включая пиво, 33 процента юношей, 20 процентов девушек, подростки младше 15 лет, употребляют 5 литров чистого алкоголя в год. На долю россиян старше 15 лет в среднем приходится уже 23,5 литра алкоголя.

В стране около 2 процентов населения страдают алкоголизмом. Еще 10 процентов граждан, злоупотребляющих алкоголем, с соматическими расстройствами.

В рабочих коллективах, преимущественно состоящих из мужчин, до 20 процентов злоупотребляют алкоголем на бытовом уровне, что, безусловно, снижает экономическую эффективность производства и влечёт за собой серьёзные социально-демографические последствия.

Причины смерти от злоупотребления алкогольной продукцией заключаются не только в случайных алкогольных отравлениях, но и в развитии сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических, которые уже стали как бы сопровождением и результатом злоупотребления алкогольной продукцией.

В состоянии алкогольного опьянения ежегодно совершаются многочисленные преступления, убийства, причинения тяжкого вреда здоровью, изнасилования, хулиганство, грабежи, разбои, угоны автотранспорта.

Алкоголизм является одной из самых распространенных причин отказа родителей от детей и лишения родительских прав.

У воспитанников детских домов достаточно часто наблюдаются признаки алкогольного синдрома плода.

Высокий уровень алкоголизации ведет к тенденции роста количества разводов в семьях и омоложения алкоголизма.

Таким образом, алкоголизм как один из факторов демографического и социального кризиса в России представляет собой общенациональную угрозу на уровне личности, семьи, общества и государства.

Однако на протяжении четырех последних столетий алкоголь как легальный наркотик в наши дни продолжает оставаться средством пополнения бюджета.

Во многих развитых странах, но только пока не в России, бюджетная политика строится с учётом известной истины, что никакие доходы от реализации алкоголя не покрывают совокупного ущерба, наносимого его потреблением здоровью нации и экономике.

Так, по данным Росстата, в 2012 году продажа алкогольных напитков населению составила 153 тысячи декалитров или 10,7 литра на душу населения водки. Коньячная продукция — 12,4. Слабоалкогольные, содержащие не менее 9 процентов спирта, — 26,9. Винные напитки — 93,6 тысяч декалитров. Шампанское — 28,3 тысячи декалитров. Пиво — 1 миллион 17,5 тысяч декалитров.

Признавая на декларативном уровне важность здоровья, полезность занятий физической культурой, пагубность курения, употребления алкоголя, большинство людей в реальной жизни пренебрегают возможностями сохранения здоровья и рисками его потери.

Проведённые автономной некоммерческой организацией «Национальный центр мониторинга и общественного здоровья»

опросы показали отрицательное проявление личных качеств обследованных в их отношении к собственному здоровью, которое выражается, например, в несоблюдении режима питания, занятии утренней гимнастикой, регулярном употреблении табака. А 84,7 опрошенных употребляли алкогольные напитки, в том числе каждый четвертый употребляет водку, коньяк и другие крепкие напитки регулярно. А как же быть тогда с данными Росстата, который тоже проводил опросы, и 40 процентов из числа опрошенных якобы не употребляют алкоголь?

Необходимо отметить, что приняты на федеральном уровне меры и концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией, профилактики алкоголизма, которая разработана в соответствии с поручением Президента Российской Федерации. Концепция демографической политики до 2025 года, тоже утвержденная Указом Президента Российской Федерации, Стратегия национальной безопасности Российской Федерации, тоже утвержденная Указом Президента, безусловно, дали небольшие, но положительные результаты.

Вместе с тем, эксперты отмечают неэффективность предпринимаемых мер, отсутствие системности и научно-обоснованного подхода к алкогольной политике, отсутствие достоверных данных и систем мониторинга алкогольной продукции, уровня употребления алкоголя и динамики изменения этого показателя.

Значительное расхождение статистических данных, например Росстата (9,5 литра чистого алкоголя на человека в год) и Минздрава Российской Федерации (15,5 литра) можно объяснить невысокой долей нелегального алкоголя в общем потреблении.

По мнению экспертов, доля нелегального алкоголя может достигать до 50–60 процентов от учтённых розничных продаж и легального производства. Причём, как считают эксперты, самогон и другие производимые населением напитки составляют лишь незначительную долю, а основной объём нелегального алкоголя приходится на водку и её суррогаты.

Политика в области борьбы с пьянством должна быть комплексной и вестись по двум направлениям, взаимосвязанным. Это ограничение доступности и снижение спроса. И пусть в области ограничения ведётся пока несистемная работа, но она ведётся.

За последние два года в Государственную Думу внесено и рассмотрено более 70 законодательных инициатив, связанных с ограничением употребления алкоголя, ограничением рекламы, ограничением оборота алкогольной продукции, усилению административной и уголовной ответственности.

А вот в области воспитания, просвещения, формирования культуры потребления алкоголя, работы с молодёжью по воспитанию приоритетов здорового образа жизни, работы с семьёй, делается не очень много и достаточно. И в основном на уровне энтузиастов и общественных организаций.

Необходимо выявлять, во-первых, регионы с тяжёлыми алкогольными проблемами. Во-вторых, группы населения с наибольшим риском по алкоголю. В-третьих, источники производства нелегального алкоголя и выхода его на рынок.

Необходимо определить цели и задачи алкогольной политики для снижения уровня потребления, механизмы воздействия на алкогольный рынок и нелегальный, в первую очередь.

Сформировать индикаторы. Здесь я сошлюсь на мнение главного нарколога Минздрава Российской Федерации господина Брюна, озвучившего и эту обеспокоенность на «круглом столе», который состоялся в РИА «Новости».

С учётом изложенного, особое значение приобретает ликвидация в Российской Федерации вытрезвителей, проведённая в рамках реформирования Министерства внутренних дел, когда они были изъяты из полномочий правоохранительного ведомства.

Полученные опять же из Минздрава России данные выявили значительное различие в объёмах оказываемой помощи, в её технологиях и организации. Установлено, что за квартал 2012 года обратились за медицинской помощью 233171 человек. Из них в приёмное отделение медицинских организаций доставлено полицией 23,4 процента от общего числа, бригадами скорой помощи — 61,2 процента. Самостоятельно обратилось 15,4 процента.

Примерно пятая часть (22,5 процента) обратившихся получили помощь в приёмных покоях медицинских организаций. Более трети (это 35,3 процента) признаны ненуждающимися в госпитализации. Из всех доставленных лиц госпитализировано примерно треть (30,1 процента). Отказались от госпитализации 8 процентов.

В сообщениях, поступивших от субъектов Российской Федерации, отмечены проблемы, которые уже известны сегодня и должны решаться. Это дезорганизация работы приёмных отделений медицинских организаций, обусловленная агрессивным и неконтролируемым состоянием лиц, доставляемых в алкогольном опьянении, нарушение лечебно-охранного режима, связанного с безопасностью для медицинского персонала и больных со стороны лиц в состоянии опьянения, нередко проявляющих агрессию и вандализм, отсутствие возможности у медицинских организаций обеспечить порядок собственными силами, недостаточность или отсутствие наркологических коек в ряде регионов, особенно удалённых от административных центров, недостаточно чётко урегулированного порядка возвращения в подразделения органов внутренних дел лиц, которые были доставлены, но не нуждаются в медицинской помощи, отсутствие нормативно-правовой база, предоставляющей полномочия медицинской организации осуществлять функции изоляции и содержания больных, не нуждающихся в медицинской помощи, особенно остро этот вопрос возникает при отсутствии согласия доставленного лица.

В медицинских организациях отсутствует специально приспособленное помещение для содержания лиц в лёгкой и средней степени опьянения до естественного отрезвления.

В некоторых регионах органами здравоохранения ведётся активный поиск форм и методов работы с этой категорией. В Уфе создан, например, Центр социального обслуживания, в котором занимаются вытрезвлением лиц, находящихся в состоянии опьянения. В Смоленске в Отделении неотложной наркологической помощи во взаимодействии с Управлением внутренних дел организован круглосуточный пост. В Нижегородской области разработан алгоритм взаимодействия доставки совместно с МВД в зависимости от перечня патологических состояний. В Томской области в октябре 2010 года тоже организован пункт оказания медицинской помощи лицам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения.

В 21 субъекте используется разработанный и согласованный с МВД порядок взаимодействия медицинских организаций и подразделений полиции. В отчётах из 14 регионов указано



о существовании утверждённого перечня, куда доставляются лица в состоянии опьянения. 22 субъекта проинформировали о возможности организации доставки пьяных в наркологические отделения учреждений.

Доставка лиц, находящихся в состоянии опьянения, осуществляется, как правило, сотрудниками полиции, патрулирующими общественные места, и бригадами «скорой медицинской помощи» по вызову, поступающему из полиции или от граждан. Участие полиции в доставке лиц, находящихся в опьянении, незначительно, осуществляется лишь в 26 субъектах.

В ходе анализа данных выявлены существенные различия по регионам относительных показателей госпитализированных. Высока доля (более 25 процентов) лиц, доставленных из общественных мест в состоянии опьянения, получивших медицинскую помощь в приёмном покое медицинской организации и нуждающихся в дальнейшей госпитализации — отмечена в 24 регионах.

В результате, безусловно, возникают вопросы: статус лиц, не нуждающихся в медицинской помощи, правовые аспекты организации полиции и доставки лиц, находящихся в алкогольном опьянении, но не нарушивших общественный порядок, также в отношении лиц, нарушивших общественный порядок, места, где они должны находиться до вынесения судебного решения.

Кроме этого, отсутствие в сельской местности представителей полиции, эта работа вообще возложена на уполномоченного населённого пункта. Также различное правовое регулирование учреждений и организаций, осуществляющих медицинскую и социальную помощь.

Комиссия, которая работает при Председателе Правительства Российской Федерации, определила на последнем из заседаний — организовать учреждения по оказанию помощи лицам в состоянии опьянения в городах численностью более 100 тысяч человек.

Ну а мы прекрасно понимаем, что хотя статистика есть, что пьют в городах больше, но в сельской местности, мне кажется, статистика меньше, потому что эта работа вообще не организована, и никто, мне кажется, не занимается сбором информации: сколько человек употребляют алкоголь. И ввиду отсутствия там, особенно в отдалённых населённых пунктах, и представителей полиции, просто

этот учёт совершенно отсутствует. И, естественно, здесь иную позицию занял Минтруд России: они не считают возможным открытие по системе социальной защиты таких учреждений. Вообще, это очень спорный вопрос, потому что во главе угла должен стоять вопрос: кто всё-таки будет определять степень алкогольного опьянения, некую сортировку и направление этих пациентов с учётом их состояния и необходимости оказания медицинской помощи в те или иные учреждения.

Предложение о создании организации только на возмездной основе также несостоятельно. Практика судебных решений свидетельствует о том, что лица, нарушившие общественный порядок, в 85 процентах соглашаются на административный арест, и лишь 15 процентов — на уплату штрафа, то есть они не в состоянии будут, если даже попадут в платный вытрезвитель, заплатить за те услуги, которые им предоставлены. Поэтому вопросов очень много. Я бы не хотела далее утомлять и перечислять статистику. Я думаю, что столько обширной информации, наверное, нет ни по одному вопросу, но, к сожалению, как я и отметила в докладе, она разнится. Поэтому мы должны направить меры не только на организацию работы, но и на выявление реальной картины, несмотря на кажущееся за последние два года снижение употребления алкогольных напитков в Российской Федерации.

Конечно, радуется, что сегодня присутствуют более 36 представителей регионов, это специалисты, я посмотрела, которые по должности занимаются непосредственно оказанием помощи этим гражданам, медицинской и социальной помощи. Поэтому хочется услышать сегодня ответы на некоторые вопросы либо предложения концептуального характера, которые могут быть оформлены в законодательные инициативы.

Спасибо за внимание.

**Жириновский В. В.** Я ещё прошу разрешить одну реплику.

Вот я сказал главное, и всё говорит правильно Разиет Хамедовна, но это мы говорим 100 лет, и количество алкоголиков не уменьшается. Потому что подход медицинский. А я предлагаю подход социальный: давайте условия создадим, чтобы люди не хотели пить. Вот я сказал, надо, чтобы Минтруд занимался тем, чтобы люди день и ночь работали, вплоть до общественных работ, чтобы не было у них свободного времени.

И второе — изменить семейную политику, она самая пагубная у нас. Почему? Вот, посмотрите у мусульман, у них это религиозный обычай, и шариат, нормы права мусульманского, уже тринадцать веков: разрешено многожёнство. Всё. Четыре жены — имеешь право. Я вот объясняю вам, что до алкоголя не доходит времени. Если у него четыре жены и от каждой двое детей — восемь, двенадцать — он отвечает за двенадцать человек. А у нас — одна жена, или нет её, и один ребёнок. Это же имеет значение.

Я не говорю, чтобы нам многожёнство вводить, но мы были инициаторами снять запрет из Семейного кодекса о регистрации брака повторного, любого. Наш кодекс не запрещает количество браков, можете сто раз вступать в брак за свою жизнь, но он заставляет расторгнуть предыдущий брак, вот это хотели мы убрать. Четыре слова всего: разрешается регистрация повторного брака при условии расторжения предыдущего. Уберите эти слова, какое вам дело, что у него есть другой брак? Он всё равно у него есть. Внебрачных детей 300 тысяч в год рождается.

Если у мужчины будет официально две-три семьи, не обязательно речь идёт о том, чтобы в один дом привести, это в разных частях Москвы, и, может быть, в разных частях страны, но он будет отвечать, он — муж, он — отец вот этого ребёнка, этого и этого. Опять — не пить. Вы не переводите всё в шутки. Мы 100 лет шутим, и нас весь мир ненавидит, и правильно ненавидит. Одни пьяницы и воры — страна! Киев почему отворачивается от нас? Потому что предпочитают чище, а мы — рвань, пьянь, вот поэтому от нас отворачиваются даже соседи. И правильно это делают. Потому что мы должны меры принимать, а мы всё шутим 100 лет, так сказать. Мы должны снять ограничение, чтобы человек сколько хочет семей иметь, столько пускай имеет, сколько хочет — столько и работать. А мы запрещаем всё: «Нельзя, нельзя, нельзя». А потом: «Ох, алкоголики», «Ох, растёт процент», «Ох, уже дети пьют», «Ох, уже женщины пьют». Ведь страна-то деградирует от этого. Полная деградация страны! Большая страна! А мы всё изворачиваемся: ах, там мусульмане — пускай, а вот у нас не будет ни брака, ни семьи. У нас будут беспризорные, проститутки и сироты. Больше всего сирот — в России, больше всего детских домов — в России, больше всего разведённых — в России, больше всего вдов — в России. Так что это такое вообще? Это

неумелая социальная политика. Это бездари находятся у власти — министры, губернаторы и все остальные депутаты. А отсюда алкоголизм, от безысходности, что революция — толку нет, война — толку нет, реформы — толку нет. Всё одно и то же — плохо, плохо, плохо. Остановить как-то надо, а не считать алкоголиков и вытрезвители. Условия дайте, чтобы трудились и жили так, как люди хотят, и сразу резко понизится употребление алкоголя. А так ещё 150 лет будете перечислять, сколько у вас вытрезвителей, кто полиция, кто обратился, сколько литров, литров, литров... Литров молока он должен пить. А вы ему не даёте, вы его корову загубили, семью его загубили, издеваетесь над ним.

Всё я правильно сказал, вот делайте, как я сказал, чтобы трудились без ограничения и семью создавали в любом формате, как хотят они, граждане России. А не вы, чиновники, будете указывать ему: расторгните предыдущий брак. Европа уже однополые браки разрешила. А вы всё ещё обычный брак запрещаете. Поэтому в Европе меньше алкоголиков. Живи, как хочешь, и к бутылке рука не потянется. Только в России — нельзя, нельзя, нельзя. Поэтому и пьют. Вот когда появится в России власть и чиновники такие, что «можно, можно, можно», тогда алкоголики исчезнут.

До свидания.

**Председательствующий.** Спасибо, Владимир Вольфович.

**Жириновский В. В.** Я займусь вашим комитетом и Министерством здравоохранения, и Минтруда. Нам нужны новые министры.

**Председательствующий.** Спасибо, спасибо.

Мне очень хочется дать слово Татьяне Валентиновне Клименко, помощнику Министра здравоохранения Российской Федерации.

**Клименко Т. В.** Уважаемый Сергей Борисович, уважаемые коллеги!

Ну, во-первых, хочу поблагодарить за возможность выступить на этом «круглом столе». И самое главное, хочу поблагодарить наш комитет. Я хочу поблагодарить ваш комитет за то, что именно проблема алкоголизма была поставлена для обсуждения. Дело в том, что последние несколько лет очень активно обсуждается проблема наркопотребления. Предложено очень много инициатив, введено очень много законодательных новелл, которые регулируют профилактику наркопотребления и оказания

наркозависимым в наркологической помощи. А вот проблема алкоголизма почему-то ушла на второй план. Это совершенно несправедливо, потому что проблема алкоголизма по своей масштабности принципиально более значимая и для нашей страны, и вообще для всех других стран. У нас на учёте состоит больных с алкогольными расстройствами в четыре раза больше, чем наркопотребителей.

И вот это соотношение характерно абсолютно для всех стран.

Более того, потенциальная криминальная опасность больных алкоголизмом и лиц в состоянии алкогольного опьянения гораздо выше, чем криминальная опасность наркопотребителей.

Вот например такой показатель: 74 процента убийств и тяжких телесных повреждений совершаются в состоянии именно алкогольного опьянения.

Поэтому проблема чрезвычайно важная, и то, что эта проблема начинает обсуждаться, это очень важно. Это очень важно.

У меня тема доклада — правовое обеспечение организации и оказания медицинской помощи, хотя здесь уже было совершенно справедливо сказано, что проблема очень широкая, проблема многогранная, проблема, в решении которой должны принимать участие все абсолютно министерства, и наши министры говорят о том, что каждое министерство имеет свой здравоохранный сектор, каждое министерство.

И задача инициировать работу этого здравоохранного сектора и наших правозащитных, наших и Министерства внутренних дел, и ФСКН, и Министерства образования, я не буду перечислять, потому что всё это влияет на формирование социальной политики, которая работает на профилактику употребления алкоголя.

Но что касается всё-таки оказания медицинской помощи.

Современная инфраструктура оказания медицинской помощи наркологическим больным представлена и государственными, и муниципальными, и частной системой здравоохранения, и это, естественно, требует своего очень серьёзного правового регулирования.

Эта задача особенно актуальна для больных социально значимыми заболеваниями, и в первую очередь для больных алкоголизмом, потому что сам диагноз «алкоголизм», я хочу подчеркнуть — не наличие алкогольной зависимости, а диагноз — приводит к очень серьёзным социальным ограничениям.

Лица, которым установлен диагноз «алкоголизм» ограничиваются на многие виды деятельности, у них будет запрет, многие из них будут лишены родительских прав, у них есть запрет на усыновление детей и установление попечительства и так далее.

Поэтому с учётом всех социальных последствий, к которым приводит диагноз, эта проблема должна быть очень чётко отрегулирована.

Основным нашим концептуальным законом, который регулирует все эти правоотношения, является Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где сформулированы все основные принципы оказания медицинской помощи, и в том числе принцип добровольности.

И я хочу именно на этом принципе остановиться, потому что он в данном случае своего рода краеугольный камень.

Дело в том, что для всех наркологических больных и больных алкоголизмом в том числе типичны очень специфические изменения личности, которые развиваются в результате болезни, и основной феномен, который у них развивается, — это феномен анозогнозии, когда больной не принимает сам факт наличия у него болезни и не понимает необходимости лечения, связанного с этой болезнью. Причём это не понимает не только сам больной, но и его родственники.

В связи с этим огромное количество больных, которые нуждаются в лечении, за лечебной помощью не обращаются. У нас очень высокая латентность наркологической патологии.

Это проблема низкой мотивации к лечению для больных алкоголизмом, это не только наша проблема, это проблема всех стран, и во всех странах эта проблема решается через расширение различных форм недобровольной медицинской помощи.

В основном это так называемое альтернативное лечение — когда правонарушителям уголовного и административного права вместо отбывания наказания предлагают пройти курс лечения.

И должна вам сказать, что, например, по современным данным, в европейских клиниках, которые занимаются лечением и реабилитацией лиц с наркологической патологией, две трети пациентов — это пациенты из программ недобровольного лечения. Две трети пациентов. Это очень много.

В нашей стране с 2003 года практически не было никаких форм недобровольного лечения, и вот два года назад только в отношении

больных наркоманией была принята норма лечения от наркомании с отсрочкой отбывания наказания в отношении уголовных правонарушителей.

С 24 мая этого года у нас вступают нормы административного права, согласно которым к административным правонарушителям по решению суда может назначаться обязательное лечение от наркомании.

В отношении больных алкоголизмом этот спектр недобровольных мер существенно меньше. В отношении больных алкоголизмом у нас существует обязательное лечение от алкоголизма условно осуждённых и обязательное лечение от алкоголизма в местах лишения свободы. То есть у нас есть обязательное лечение от алкоголизма только в отношении правонарушителей уголовного права.

Отсутствие таких широких, разнообразных и современных мер принудительной мотивации на лечение, плюс очень широкая сеть частных наркологических клиник, плюс неадекватно жёсткие критерии для снятия больного алкоголизмом, который находится в состоянии ремиссии, с учёта — совокупность всех этих факторов приводит к тому, что пациенты предпочитают не обращаться в государственные клиники. Они либо не обращаются за лечением, либо предпочитают обращаться в негосударственные клиники. И наш небольшой коечный фонд не полностью заполнен.

Например, нас упрекает ФСКН очень часто в том, что у нас очень мало реабилитационных мощностей и очень мало реабилитационных центров и реабилитационных коек.

Но должна вам сказать, что при таком малом количестве у нас бесплатная реабилитационная койка работает только 294 дня в году. У нас два с половиной месяца бесплатная реабилитационная койка пустует, потому что пациенты к нам не идут в силу тех обстоятельств, которые я перечислила.

Наша наркологическая койка работает только 312 дней в году. Бесплатная наркологическая койка практически два месяца пустует! Не идут к нам наши пациенты.

В связи с этими проблемами в очень многих регионах, даже, наверное, во всех регионах, сейчас идёт так называемая — я всё-таки употребляю слово «оптимизация», оно мне больше нравится, хотя

мои коллеги меня за это слово критикуют — идёт так называемая оптимизация коечного фонда.

У нас идёт сокращение численности коек в диспансерах — то, о чём говорил Владимир Вольфович (Жириновский. — *Прим. ред.*). Почему? А потому что снижается востребованность в этой медицинской помощи — государственной и муниципальной.

Но я бы хотела обратить внимание присутствующих здесь представителей наших регионов на то, что это закономерный процесс — процесс, который отвечает современной идеологии замены стационарного лечения на стационарно замещающие технологии, что совершенно справедливо при современном уровне развития медицины, всё-таки к этому процессу оптимизации коечного фонда нужно относиться очень осторожно. И это нужно делать на основании очень тщательного анализа наркологической ситуации на конкретной территории, и необходимо всё-таки, оптимизируя количество наркологических мощностей, обеспечить всех нуждающихся в необходимой им этой помощи. И это очень важный момент, о котором всё время говорит наш Министр здравоохранения Вероника Игоревна Скворцова.

Собственно, поскольку дефицит времени, это две основные проблемы, которые я хотела озвучить. В связи с этим у меня есть сразу несколько предложений: каким образом это можно решить.

Во-первых, мы предлагаем внести в Кодекс об административных правонарушениях норму обязательного лечения от алкоголизма правонарушителей Административного кодекса, которые совершили правонарушение в состоянии алкогольного опьянения. Плюс обязательно предусмотреть такую норму, как обязательные информационно-обучающие тренинги для административных правонарушителей, которые совершили правонарушения в состоянии опьянения, но у них нет алкогольной болезни, чтобы они обязательно проходили эти профилактические тренинги, то есть наряду с административным наказанием они должны направляться на эти информационно-обучающие тренинги.

Должна вам сказать, что такая норма существует почти во всех странах Европы, она очень эффективно себя зарекомендовала. К примеру, если мы возьмём лица, которые совершили дорожно-транспортные происшествия в состоянии алкогольного



опьянения, то статистика европейских стран показывает, что эта рецидивная, повторная административная преступность в состоянии опьянения достоверно снижается за счёт тех, кто прошёл эти обязательные курсы. Поэтому эта мера очень эффективная, и мы предлагаем её рассмотреть.

И следующий момент. Это то, чем мы сейчас этим занимаемся, и мы это обсуждали на последнем заседании наших профильных комиссий. Необходимо рассмотреть, пересмотреть всё-таки наш приказ о сроках диспансерного наблюдения, потому что вот эти очень длительные, продолжительные сроки, которые установлены приказом аж 1988 года, существенно препятствуют социальной адаптации наших пациентов.

И хочу ещё всё-таки сказать два слова по поводу того, что сказал Владимир Вольфович. Мне очень понравилось, когда он сказал, что проблема алкоголизма — это проблема не медицинская, а это проблема социальная.

Дело в том, что система здравоохранения занимается лечением и занимается медицинской профилактикой. Для того чтобы наше население не начинало злоупотреблять алкоголем, не прибегало к наркопотреблению и к другим отклоняющимся формам поведения, людей нужно научить жить здорово. У нас же в основном профилактика здорового образа жизни идёт на негативной мотивации. Мы все хорошо знаем, что нельзя, но тогда возникает вопрос, а что же можно? Вот и нужно человека научить жить здорово, и должны быть соответствующие программы, начиная, я считаю, прямо с дошкольного возраста. Причём у нас уже есть так называемая инфраструктура для того, чтобы этим обучением заниматься. В школе есть такой предмет — «Основы безопасности жизнедеятельности». Вот если чуть-чуть изменить содержательную сторону этого предмета, если понятие «основ безопасности жизнедеятельности» расширить навыками здорового образа жизни, то у нас уже есть часы в школьной программе. У нас есть школьные психологи, и эта система обучения в школе навыкам здорового образа жизни не потребовала бы никаких дополнительных, принципиальных, по крайней мере, финансовых вливаний.

Во-вторых, нужно, конечно, мотивировать наше население на то, чтобы они жили здорово, а для этого нужно создать такие условия,

чтобы здорово жить было выгодно, и нужно разработать самые разные формы и штрафного, и бонусного стимулирования. И такие формы стимулирования применяются в европейских странах. Сейчас, кстати, очень много корпоративных программ здорового образа жизни, и вот прямо сейчас в РИА «Новости» идёт «круглый стол», посвящённый этому. И там представляются, кстати, некоторые корпоративные программы здорового образа жизни, которые реализуются в наших крупных корпорациях, где как раз введены системы бонусно-штрафного стимулирования к здоровому образу жизни, они и презентуются.

То есть это очень большая проблема, которая требует, конечно, активного участия в решении вопросов всего общества и представителей всех структур и ведомств. И мне кажется, что задача нашего Комитета — как раз объединить все усилия.

Я думаю, что все вы знаете, что у нас уже второй год работает Правительственная комиссия по охране здоровья граждан. Эту комиссию возглавляет Дмитрий Анатольевич Медведев. Комиссия, которая была инициирована Вероникой Игоревной Скворцовой как раз под флагом того, что здоровый образ жизни — это комплексная проблема. И решение этой проблемы возможно только совместными усилиями, усилиями всех министерств и ведомств, общественных неправительственных организаций и всего общества в целом.

И мне кажется, что именно в этом аспекте очень серьёзную проблему, проблему алкоголизма, нужно решать. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Татьяна Валентиновна.

Наверное, всю проблему, связанную со злоупотреблением алкоголя и алкоголизмом, можно разделить на две составляющие: медицинскую и социальную.

Если говорить глобально, что это действительно социальная проблема, но мы никуда не денемся от наших практических, как говорится, задач. Я имею в виду пациентов, которые уже страдают этим заболеванием. И они, конечно же, будут обращаться в систему здравоохранения. Но, знаете, я всегда говорю, система здравоохранения — это когда мы спокойно умереть не дадим. Вылечить, особенно больных алкоголизмом, при отсутствии желания их самих и желания их родственников фактически мы не можем.

Я много раз общался со своими коллегами-наркологами. Иногда друзья просили кого-то помочь вытащить из этой бездны, и я понимал, что действительно, если человек сам не хочет, у него и критика теряется, и мотивации никакой нет — ни семейной, ни рабочей, ни социальной какой-то, — и помочь ему в этой ситуации очень тяжело.

С другой стороны, это такая стратегическая задача по формированию здорового образа жизни, который бы не давал возможности скатиться в эту бездну всем остальным.

Мне в этом смысле очень было приятно слышать ваше выступление, с энтузиазмом констатирующее эту проблему, потому что мы только вчера провели заседание рабочей группы по формированию системы социально-экономической мотивации граждан по укреплению своего здоровья и работодателя по укреплению здоровья работающих граждан. Это было заседание мультидисциплинарной рабочей группы, с представителями многих ведомств, за исключением Минфина. Были представлены и налоговая, и Минтруд, и мы, и обязательное медицинское страхование — все, кто так или иначе могут быть задействованы в этой системе.

И у нас в понедельник будет «круглый стол» на эту тему, я приглашаю вас, поскольку вижу союзника в этом направлении. И знаю, что в рамках работы правительственной комиссии там рассматривается разработка системы мотивации, но почему-то, как мне сказали, только работающих граждан. Хотя, на самом деле, я не очень понимаю, чем же отличаются неработающие — те же студенты наши, и вообще все остальные, и дети в том числе, для того, чтобы родителей мотивировать по сохранению здоровья наших детей. Потому что мы-то как раз всегда получаем эту проблему потом при отсутствии этих мотиваций, очень прагматично сформулированных особенно для нашего поколения, выросшего в 1990-е годы.

Если мы говорим о какой-то реформе одного из направлений, то реформа здравоохранения в моём глубоком убеждении состоит в том, что если мы составим такую систему, это действительно будет помогать реформировать наше здравоохранение. Наряду с модернизацией базы, решением кадровой проблемы и так далее. Но если говорить о сущностной стороне дела, то это, наверное, та проблема, которой мы вообще на государственном уровне не занимаемся

пока. Кроме лозунговой мотивации, у нас больше никакой мотивации нет, в частности примерной, то есть на примере каких-то наших олимпийских чемпионов, космонавтов.

Следующее выступление я хотел бы предложить Геннадию Евгеньевичу Иванову, заместителю начальника Управления санитарного надзора Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей, благополучия человека.

**Иванов Г. Е.** Спасибо.

Уважаемый Сергей Борисович (Дорофеев. — *Прим. ред.*), уважаемые участники «круглого стола»!

Вначале я хотел бы остановиться на той непосредственной деятельности, которую осуществляет Роспотребнадзор, — это надзор за продажей алкогольной продукции.

В соответствии с концепцией реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией, профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации до 2020 года, были приняты изменения в Федеральный закон № 171-ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции», в который были введены меры по ограничению розничной продажи алкогольной продукции в зависимости от места продажи, от времени продажи, возраста покупателя. В Кодекс об административных правонарушениях внесена административная ответственность за розничную продажу несовершеннолетним алкогольной продукции.

Вместе с этим, Роспотребнадзор осуществляет свою деятельность в соответствии с Федеральным законом № 294 «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля». Как мы все знаем, в соответствии с этим законом было у нас снижено количество проверок, введён уведомительный порядок деятельности, в том числе прежде, чем выйти на проверку, мы должны уведомить об этом юридическое лицо и индивидуального предпринимателя. План проверок вывешивается на сайтах, все об этом знают.

И в связи с этим у нас за пять лет, это что касается контроля за производством оборота алкогольной продукции, количество

проверок снизилось, их было более 50 тысяч в 2008 году и в 2013 — порядка около 21 тысячи.

Также снизилось и число исследованных проб алкогольной продукции. Если в 2008 году было 55 тысяч, то в 2013—34 тысячи образцов проб мы исследовали. При этом не соответствовали гигиеническим нормативам — но это всё время у нас так — около 2 процентов алкогольной продукции.

По результатам проведённых контрольных мероприятий сняты с реализации около 4,5 тысяч партий алкогольной продукции объёмом 156 тысяч литров, наложено штрафов на сумму около 42,7 миллиона рублей.

Но при этом я хочу сказать, что при таком порядке, когда мы, прежде чем выйти, должны сказать, что мы придём, качество проверок, конечно, снижается. И поэтому выявление и продажа несовершеннолетним и по времени, и по возрасту, и по месту продажи, понятно, что это всё сводится на нет.

Поэтому одно из наших предложений — это введение изменений в федеральный закон № 274-ФЗ, в частности, о введении внезапно-сти проверок. Это что касается надзорной деятельности.

Также хотел бы обратить внимание на ценовую политику. У нас была в 2010 году на 63-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принята глобальная стратегия сокращения вредного потребления алкоголя, где было сказано, что повышение цены на алкогольные напитки является одной из наиболее эффективных мер сокращения вредного потребления алкоголя.

Важным фактом достижения успехов в осуществлении ценовых мер политики в области сокращения вредного потребления алкоголя является эффективная, действенная система налогообложения.

То же самое закреплено и в Европейском плане действий по сокращению употребления алкоголя на 2012–2020 годы, который был принят на 61-й сессии Европейского комитета ВОЗ, где также большое внимание уделяется именно ценовой политике: чем выше цена на алкоголь, тем ниже его доступность.

И поэтому я хотел бы тоже обратить ваше внимание: при формировании акцизной политики тоже — это касается также и табачных изделий — нужно повышать акцизы: чем выше акцизы, тем ниже доступность алкоголя.

Также, в соответствии с поручением Правительства Российской Федерации, Роспотребнадзором был осуществлён анализ взаимосвязи показателей распространения детского алкоголизма в зависимости от объектов различных форм досуга по субъектам Российской Федерации. Это такие формы досуга, как занятие спортом, занятие художественным творчеством, занятие техническим творчеством, объекты экологического и биологического профиля, объекты оздоровительного отдыха, в частности, детского.

И была выявлена взаимосвязь, что наименьший показатель зарегистрированного алкоголизма среди детей и подростков отмечается на территориях с показателем охвата организации досугом тысячи и более детей на один объект.

В связи с этим снижение обеспечения населения объектами детского досуга является дополнительным фактором, способствующим вовлечению детей и подростков к распитию алкогольных напитков, и повышает вероятность распространения алкоголизма в субъектах Российской Федерации.

В частности, здесь приводились данные, что в разрезе отдельных форм детского досуга, влияющих на повышение распространение подросткового употребления алкоголя, является снижение количества объектов занятий спортом, художественным и техническим творчеством, эколого-биологического профиля и натуралистам.

То есть, если мы не будем задействовать детей и предоставлять им различные формы их занятости вне школы, то распространённость алкоголизма будет расти, и это вот подтверждается теми данными.

Мы взяли статистические данные и просто их сопоставили. А если копнуть ещё глубже, то эти показатели, конечно, будут ещё более явно видны. И этому вопросу тоже нужно уделять большее внимание.

Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Геннадий Евгеньевич.

А у меня перед тем, как передать слово другому выступающему, к Татьяне Валентиновне (Клименко. — *Прим. ред.*) будет один вопрос. Подумайте просто. Думаю, многим интересно будет услышать вашу позицию и ответ на предмет работы наших лечебных учреждений соматического профиля с лицами, которые

находятся в алкогольном опьянении. Я говорю о работе приёмных покоев, когда мы сосредоточили в приёмных покоях фактически вытрезвители.

Я сам лично трижды обращался в Министерство здравоохранения и трижды получал откровенную отписку: «Спасибо за заботу, мы непременно вас пригласим, когда будем обсуждать этот вопрос». Первый раз я обратился два года назад. Год переписки — и до сих пор ничего не произошло. Очень хотелось бы узнать: мы всё-таки что-то будем пытаться изменить в этой ситуации? Потому что это ненормальное явление, когда в соматических больницах, там, где в приёмных покоях иногда ещё и детей принимают, подростков принимают, у нас разбушевавшиеся подвыпившие, мягко говоря, граждане в неохраняемых иногда приёмных покоях устраивают разбой. То есть я очень хотел бы получить какой-то ответ, потому что я знаю, что в данном случае это был всего лишь совместный приказ МВД и Министерства здравоохранения.

**Клименко Т. В.** Могут отвечать, да?

**Председательствующий.** Если готовы сразу, то да.

**Клименко Т. В.** Я готова. Конечно.

Сергей Борисович (Дорофеев. — *Прим. ред.*), обратите внимание, вы этот вопрос задаёте Министерству здравоохранения, хотя на самом деле это проблема не столько Министерства здравоохранения. Дело в том, что из всех лиц, которые в общественных местах находятся в тяжёлой, в тяжёлой степени алкогольного опьянения и потеряли способность к передвижению, только 30 процентов нуждаются в медицинской помощи того или иного рода. 70 процентов нуждаются просто в том, чтобы их поместили в особые условия для естественного вытрезвления. Поэтому в 70 процентах случаев это проблема социальная. И мы говорим о том, что для этой категории лиц необходимо развивать социальные учреждения, где бы это естественное вытрезвление они получали.

Такой опыт есть, уже говорили, в Уфе, такой опыт есть в Татарстане, когда премьер-министр Татарстана своим приказом организовал и выделил деньги... Выделил деньги, и организованы, по-моему, автономные муниципальные социальные учреждения для данных категорий лиц. И вот основная проблема.

Это не потому, что мы от себя отпихиваем эту проблему, мы готовы принять тех, кто нуждается в медицинской помощи,

но 70 процентов в ней не нуждаются. Поэтому, видимо, нам нужно всё-таки сделать всё, чтобы сесть вместе за один стол с представителями Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и эту проблему решить.

Её можно решить на федеральном уровне, а можно её решить так, как это сделал Татарстан, на уровне субъекта, когда просто руководитель субъекта, по-моему, постановление...

**Иванов Г. Е.** Два распоряжения кабинета министров. Одно распоряжение — с поручением органам местного самоуправления в принципе организовать эту работу, то есть распоряжение о возложении ответственности. И второе распоряжение, которым выделено 36 миллионов рублей для 11 регионов.

**Клименко Т. В.** Что мы имеем на сегодняшний день? На сегодняшний день во всех субъектах, за исключением этих двух, пьяные с улицы доставляются в учреждения системы здравоохранения. И дело не только в том, что дезорганизуется работа приёмных отделений, что нарушаются права больных, которые в это время проходят через это отделение. Вы только представьте — очень дорогая медицинская койка занимается лицом, которое в медицинской помощи не нуждается. И субъект несёт колоссальные финансовые потери за счёт нерационального использования медицинских коек. Это очень серьёзная проблема.

Но нужно всё-таки каким-то образом развести: где у нас пациенты, которые нуждаются в медицинской помощи, и где те, которые в ней не нуждаются. Вопрос опять в том, на каком этапе эта дифференциация должна происходить. Думаю — от этого никуда не деться — на улице, то есть сотрудники полиции и скорая помощь. Я не вижу другого выхода.

Мы думали о том, что, может быть, можно сделать какие-то мобильные социальные бригады, которые бы занимались доставкой этих лиц, и в состав этой социальной бригады входил бы врач, который бы проводил такую дифференциальную диагностику. Есть варианты. Но то, что основная нагрузка должна лечь на социальные учреждения, и эти социальные учреждения надо развивать и, видимо, не только в городах с большой численностью населения. Всё-таки эту проблему надо шире решать. Вот на сегодняшний день это наша позиция.



**Председательствующий.** Татьяна Валентиновна, вы знаете, мы-то об этом и говорим вот два года, причём дважды говорили на совместной встрече Комитета Госдумы по охране здоровья и Министерства здравоохранения. Давайте иницилируйте тогда создание рабочей группы. Но, если министерство ничего не хочет делать в этом направлении, тогда будем делать мы. Почему же я обращаюсь именно к вам? Просто под приказом стоят две подписи — Министра здравоохранения и Министра внутренних дел. Когда реорганизовали службу — реорганизовали совершенно бездарно в моём понимании, потому что все здания же были, их можно было куда-то приспособить.

Сейчас мы говорим: а вот территории... Да территории же не потому, что им делать больше ничего. Они от безысходности стали эти ситуации решать, потому что умные руководители, подчеркиваю, умные там, где они есть, руководители субъектов Федерации, к сожалению, судя по всему, не везде у нас понимающие эту проблему так, как понимают её в Татарстане. Они действительно понимают, что это не удел системы здравоохранения, и там надо что-то принимать, и они решают эту проблему. Но нельзя же нам стоять в стороне и смотреть: когда же они все дойдут до того, что они все поймут, что это не удел системы здравоохранения. А если никогда они не поймут? Вот понял Татарстан. Кто ещё у нас понял из присутствующих 33 регионов?

**Нагхо Р. Х.** Единственная реплика. Вот права Татьяна Валентиновна (Клименко. — *Прим. ред.*), наверное, это придётся нам, Сергей Борисович (Дорофеев. — *Прим. ред.*), взять это на себя, потому что действительно очень большая практика, уже накапливается опыт. Но на федеральном уровне не определены всё-таки и не согласованы действия между профильными министерствами, кто чем всё же должен заниматься.

И во-вторых, позиция Минздрава не совпадает с позицией Минтруда по отношению к этому вопросу.

Ещё бы я хотела дополнить, что я об этом говорила уже. Это чтобы время не занимать. Но есть правовые коллизии. То есть полиция, оказывая сегодня помощь, не имеет правового основания подбирать и брать даже лежащего на улице в свою машину, потому что — я проводила у себя заседание «круглого стола», машина — это тоже уже посягательство на его право передвижения.

Поэтому получается, что полиция, оказывая помощь в некоторых регионах, я называла цифры, по-моему, в 20 субъектах, даже нарушает закон в отношении таких граждан... Это всё хорошо, пока кто-то ещё не пожаловался.

Но, с другой стороны, эту работу нужно делать, потому что в отличие от европейских стран у нас люди нуждаются в том, чтобы им была оказана эта помощь, особенно в холодное время года, людей надо убирать с улицы. Это же не обязательно хронические алкоголики. Это может быть вполне нормальный человек, который не рассчитал свои силы и возможности, и получается, наша задача заключается в том, чтобы его доставить до квартиры. Кто это будет делать? Полиция уже сегодня не имеет права, медицинские учреждения это не должны делать.

Поэтому, может быть, вы и правы, что это надо создавать рабочую группу, чтобы выйти на какие-то законодательные инициативы.

То есть сам факт нахождения в состоянии опьянения административным правонарушением не является.

В советские времена это было административным правонарушением, полиция имела право их забирать в вытрезвители, и это квалифицировалось как административное правонарушение.

Сейчас фактически эта норма не работает, это не является административным правонарушением.

Если мы говорим о его госпитализации, мы должны получить от него информированное согласие, а он его, как правило, не даёт. Многие отказываются не только от госпитализации, а от того, чтобы сесть в машину «скорой помощи» или полиции и быть доставленными в медицинскую организацию. Поэтому нам нужно пересматривать текст этой статьи Административного кодекса, она тоже является очень серьёзным препятствием, для того чтобы изымать лиц, потерявших способность к передвижению, и доставлять их или в социальные учреждения, или в медицинские учреждения.

Поэтому в этой рабочей группе обязательно должны быть юристы, которые будут готовы пересмотреть эту статью и дать ей адекватную редакцию.

**Председательствующий.** Следующее предложение выступить у меня к Алле Борисовне Даниловцевой, заместителю начальника отдела экспертного и интеграционного взаимодействия в сфере

регулирования алкогольного рынка Управления государственной политики в сфере регулирования алкогольного рынка Федеральной службы по регулированию алкогольного рынка.

**Даниловцева А. Ю.** Спасибо, Сергей Борисович.

Уважаемые коллеги, Федеральная служба по регулированию алкогольного рынка создана в конце 2009 года, и за годы существования она внесла несколько изменений в основной закон, которым она руководствуется, — федеральный закон № 171-ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции», и в частности в июле 2012 года в этот закон внесены изменения федеральным законом № 218-ФЗ об ограничении розничной продажи алкогольной продукции.

Закон устанавливает требования к лицензированию алкогольной продукции и к различным ограничительным мерам.

В частности, ограничивается продажа алкогольной продукции и ограничивается доступность алкогольной продукции.

Вот этим законом внесены изменения, которые запрещают торговлю в нестационарных торговых объектах, что создает такие условия, чтобы не было возможности торговать в палатках, и чтобы эта продукция была доступна.

Внесены ограничения времени продаж, запрет на ночную продажу. Внесены ограничения на возраст лиц, которым продаётся эта алкогольная продукция. Регулярно повышается минимальная цена на алкогольную продукцию, и происходит рост акцизов на алкогольную продукцию.

Между потреблением алкогольной продукции и алкоголизацией молодёжи мы увидели связь, особенно в части производства и потребления слабоалкогольных напитков, которые имеют достаточно яркий вид и рассматриваются частью молодёжи практически как безопасная, просто безалкогольная продукция с ароматами фруктов и ягод. Но она содержит, кроме алкоголя, ещё и различные энерготонизирующие компоненты.

Поэтому, когда разрабатывался проект технического регламента и безопасности алкогольной продукции, туда были внесены запретительные и ограничительные различные концентрации этих энерготонизирующих компонентов, которые бы могли в сочетании

с алкоголем вызывать, может быть, привыкание или, наоборот, снижение этого алкогольного воздействия.

Кроме того, здесь же у нас в декабре 2013 года прошло заседание «круглого стола» под руководством Виктора Фридриховича Звагельского. На заседании говорилось, в частности, о том, что энергетические компоненты должны быть запрещены не только в слабоалкогольных напитках, но и в безалкогольных напитках. Это то, о чём говорил Геннадий Евгеньевич (Иванов. — *Прим. ред.*), что согласно федеральному закону № 294 проверка торговых объектов осуществляется Роспотребнадзором. И этот федеральный закон № 294 о внезапности проверок не позволяет эффективно их осуществлять. И, наверное, нужно поддержать предложение Геннадия Евгеньевича о внесении изменений в федеральный закон № 294.

**Председательствующий.** Да, конечно.

**Натхо Р. Х.** Алла Борисовна, я бы хотела, чтобы вы ответили на два вопроса.

Первый вопрос. Как вообще аргументировано то, что лицензия выдаётся любому магазину, например, находящемуся в сельской местности, а стоимость лицензии 50 тысяч рублей, и сетевикам, имеющим сеть в городе из 20, 30 филиалов, — тоже 50 тысяч рублей? Это первый вопрос. Ваше отношение, я имею в виду позицию Росрегулирования.

И второй вопрос. Понятно, что производство вряд ли мы вернём в государственные руки, наверное, но как вы относитесь к тому, чтобы снизить доступность алкоголя? Вот я живу у себя дома, вот мой дом, а напротив, через 10 метров или в самом доме — это в каждом микрорайоне, каждый скажет — магазин. И даже далеко не надо ходить, искать магазин — всегда есть повод для праздника. 10 метров прошёл, купил. Доступность на 200 процентов обеспечивается нашими, скажем, торгующими сетями. Как вы относитесь к тому, чтобы продажу хотя бы осуществлять в специализированных магазинах?

**Даниловцева А. Б.** Ну, вопрос этот обсуждался, и решали его... Но есть такая служба, как Федеральная антимонопольная служба. Потому что во многих таких торговых сетях, в частности, в маленьких магазинах, очень часто алкогольная продукция занимает значительную долю торгового оборудования. Поэтому пока нет, не поучилось.

**Председательствующий.** Я чувствую, Разиет Хамедовна (Натхо. — *Прим. ред.*), у нас Николай Фёдорович (Герасименко. — *Прим. ред.*) борец с табаком, а мы с вами будем бороться с алкоголем. Да, возглавим это движение теперь, чувствую, нам хватит ещё здоровья на три года, до конца сезона. Если мы согласились с тем, что скоро не будут продавать, где попало, сигареты, ограничили продажу определёнными условиями, то уж алкоголь — сам Бог велел. Я лично считаю, что ограничение по времени и запрет продаж в вечернее время — это очень хорошая мера. Думаю, что многие сидящие здесь на себе её даже почувствовали иногда. Вот так, раз — хотелось, а потом уже и не хочется, и Бог с ним.

**Натхо Р. Х.** Сергей Борисович (Дорофеев. — *Прим. ред.*), а можно я добавлю? Когда были введены ночные ограничения на продажу алкоголя, существенно снизилась ночная преступность, это очень эффективная мера оказалась.

**Председательствующий.** Да, ещё бы рождаемость повысилась, и тогда мы с вами давайте корреляции проведем в связи с этим, может быть, это один из механизмов реализации Указа Президента будет, и нас поддержат с ещё большим энтузиазмом.

Николай Васильевич Говорин, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской государственной медицинской академии.

**Говорин Н. В.** Спасибо. Уважаемый Сергей Борисович (Дорофеев. — *Прим. ред.*)! На самом деле обсуждаемая проблема является проблемой архиважной, угрожающей, собственно говоря, нашей стране.

Дело в том, что имеющиеся статистические материалы о наркологической патологии — это только часть айсберга. Потому что только эпидемиологические исследования могут говорить о реальной ситуации.

Сегодня, когда количество частных наркологических учреждений растёт как грибы, где уже в каждом подъезде будут сидеть наркологи и кодировать, вторые — раскодировать с двойным контролем и так далее. Это приводит к тому, что такой контингент находится вне регистрации.

И поэтому по официальной статистике мы видим, что ситуация складывается таким образом, что уменьшилось количество больных алкоголизмом на 3 процента. Этому способствовал в определённой

мере Приказ Минздрава № 302н, который ужесточил позицию по допущению к профессиональной деятельности в связи с наличием алкогольной зависимости. И эта публика совершенно стала уходить от контроля.

Именно это является причиной того, что многие наркологические стационары государственные, стали полупустовать, не срабатывает реабилитационный центр как мера. Очень правильно сказала Татьяна Валентиновна (Клименко. — *Прим. ред.*), что эта публика особенная. И поэтому понятно, что заставить алкоголика проходить реабилитационную программу практически невозможно, если не будет изменена его мотивация.

Но тяжесть ситуации реально заключается в том, что мы, в нашем Забайкальском крае, в ближайших территориях, разработали такую модель мониторинга алкогольной ситуации на уровне субъекта и можем говорить о том, что реально ситуация заключается в том, что алкогольная смертность в Российской Федерации составляет порядка 500–700 тысяч человеческих жизней. Вот это реальная цифра.

То есть, 1,5–2 тысячи в день гибнет по причинам, связанным с алкоголизацией населения. Сюда входит не только, собственно говоря, отравление от алкоголя — это и сверхсмертность, в первую очередь, трудоспособного населения.

На совещании, которое проводил Президент Российской Федерации, тогда ещё Дмитрий Анатольевич Медведев, которое было посвящено эффективности экономического развития России, было чётко сказано, что нарастающая трудонедостаточность в России — это главная угроза успешного и эффективного развития.

Сегодня ВОЗ нам дает такие данные. Смертность мужского населения, мужчин, трудоспособного населения, то есть лиц, которые не доживают до 60 лет, составляет в Европе 5 процентов, в странах Конго, Гвинея-Бисау, в африканских странах этот показатель — 30–35 процентов, в России — 44 процента. По Сибири этот показатель составляет 53 процента. То есть каждый второй мужчина не доживает до пенсии в Сибири, на Дальнем Востоке. Вот такая вот ситуация.

И у нас есть исследования, которые убедительно свидетельствуют, что 40 процентов населения трудоспособного возраста гибнет по причинам, связанным с алкоголизацией. Я уже

перечислил эти причины, но в том числе это и болезни системы кровообращения. Ведь с какой стати вдруг в России показатели смертности от болезни системы кровообращения в 3 раза вообще превышают мировые показатели? Это обусловлено тем, что не налажена в России адекватная статистическая отчетность алкогольной смертности.

Потому что большинство этих случаев, примерно 30 процентов, — это смертность алкогольная, от алкогольных нарушений сердечного ритма, потому что потребление суррогатной алкогольной продукции, которая производится из синтетических спиртов, где содержатся кетодиены, которые вызывают нарушение сердечного ритма, приводят к внезапной коронарной смертности. И эта смертность вовсе не идёт в отчётность.

Тяжесть ситуации заключается ещё и в том, что реально мы видим ухудшение психического здоровья населения. Это обусловлено двумя группами факторов, с одной стороны — это социальные стрессовые расстройства, особенно у населения сельских территорий, вследствие непрекращающихся реформ и не всегда успешных для села, где в ситуации безнадёги сельское население начинает пьянствовать.

А, с другой стороны, это, конечно, обусловлено, в том числе как раз такими факторами, которые определяют низкий уровень качества жизни, — отсутствие рабочих мест и так далее. И очень важным, конечно, на наш взгляд, фактором является несовершенство системы, излишняя демократизация отношения к больным.

Перехожу к мерам. Что необходимо всё-таки сделать, на наш взгляд? Необходимо развивать дальнейшим образом наркологическую службу, но это должно проходить в рамках изменения правовых механизмов. Совершенно правильно Татьяна Валентиновна (Клименко. — *Прим. ред.*) говорит о недобровольных мерах. Но, я считаю, что здесь необходимо обязательно разработать правовой механизм освидетельствования пьянствующего лица без его согласия, как это было сказано, в закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Делить психиатрическую помощь и наркологическую помощь на две составляющие, на мой взгляд, неправильно, это касается психического здоровья. Какая разница, что вызывает нарушение поведения человека: то ли галлюцинация, то ли одурманивание

алкоголем, когда он становится сумасшедшим и на экспертизе не может вспомнить, почему он зарезал своего соседа?

Так вот, здесь важным является пункт и разработка положения о недобровольном освидетельствовании, без согласия этого человека на предмет установления у него наркологического диагноза или административного правонарушения, связанного с самим фактом появления в нетрезвом состоянии в общественном месте.

И тогда, если это не алкоголизм и не наркологическая патология, тогда это как раз обязательные профилактические мероприятия — то, что уже сделано в Америке, например. В своё время мы принимали участие в подготовке заседания Госсовета по наркотикам и выезжали в специальную командировку, где знакомились с мерами борьбы с пьянством в Америке. Ведь там ситуация заключается в том, что если человек в опьянении себя ведёт неадекватно, он освидетельствуется, и с ним проводят социологи и психологи длительные обязательные тренинги. Татьяна Валентиновна (Клименко. — *Прим. ред.*), это то что, о чём вы говорите. Это нужно законодательно закрепить.

Если же это наркологическая патология, то в такой ситуации необходимо вернуться к принудительным мерам медицинского характера. Сегодня без принудительных мер медицинского характера, напоминающих, может быть, ЛТП, но которые бы были именно социально-реабилитационными центрами по определению судов, мы не сможем, потому что эта публика является очень значительной, она создаёт большие проблемы в жизни населения, и она определяет огромное экономическое бремя сегодня для государства.

Пьют, теряют остатки своего ума, становятся инвалидами, государство выплачивает им пенсию. Вы посмотрите, вот официальный показатель по Российской Федерации! Показатель инвалидности по психическим заболеваниям вырос в Российской Федерации только за последние пять лет на 16 процентов. За счёт каких диагнозов? Умственная отсталость у подростков, органические заболевания — у взрослых.

Какие причины этих органических заболеваний? Посттравматическая или алкогольная энцефалопатия. И эта публика является значительной, и она представляет собой огромное экономическое бремя. Поэтому принудительные меры просто необходимы.



Мы разрабатывали проект федерального закона «О наркологической помощи» в части дополнений в закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». И мы направляли этот проект сюда, в Государственную Думу. Я бы очень хотел, чтобы всё-таки, может быть, ещё раз провели анализ этих материалов. Мы считаем, что без разработки недобровольных мер освидетельствования и принудительных мер медицинского характера мы не справимся с алкогольной проблемой.

И если это будет разработано и внедрено, я убеждён, что государственные наркологические стационары не будут пустовать. И не будет эта публика уходить к частным наркологам, которые просто имеют бизнес на этом горе. Ведь эффективность разного рода кодирований крайне низка, она во многом антинаучна, и мы сегодня позволяем вообще этим заниматься.

Я являюсь проректором по последипломному образованию уже 15 лет, вижу распределение молодых специалистов. Куда идут сегодня врачи? В хирурги не идут, в акушеры не идут, они все идут сегодня в косметологи и в наркологи. Понимаете? А проблема с кадрами в здравоохранении очень серьёзная.

Поэтому что ещё необходимо сделать? Очень важным, на мой взгляд, является, конечно, разработка — это касается, может быть, не чисто медицины — нового технического регламента по алкоголю. Имеющийся технический регламент по алкоголю совершенно не улавливает новые яды, которые имеются в синтетических и гидролизных спиртах, в частности кетодиены. Есть исследования, которыми убедительно показано, что причиной внезапной коронарной смерти у мужчин, особенно у мужчин, которые употребляют крепкие алкогольные напитки, не будучи алкоголиками, но у которых наступает внезапная остановка сердца, являются кетодиены — яды, которые не улавливаются техническим регламентом.

Что значит «не можешь пить»? Это государство обязано обеспечить население качественной алкогольной продукцией. Вот приезжаешь в село, в деревню приезжаешь, что видишь в деревне? 50 наименований алкогольной продукции и 10 наименований продуктов. Зачем? В конечном счёте, я думаю, что жизнь нас заставит прийти к монополии производства и оборота алкогольной продукции.

В Америке 33 штата из 51 имеют государственный контроль за алкогольной продукцией. И у нас эта демократия, которая привела к тому, что сегодня каждый кому не лень производит синтетическую водку или гидролизную водку. И в конечном счёте эта водка поступает на столы в самых шикарных бутылках. Это же не только «левая» водка.

Заканчиваю своё выступление. И вот ещё один факт по соматическому стационару, то, что, Сергей Борисович (Дорофеев. — *Прим. ред.*), вас тоже интересовало. У нас есть специальное эпидемиологическое исследование, которое показывает, что 14 процентов денег бюджета городских больниц тратится на ликвидацию медицинских последствий употребления алкоголя. То есть больницы сегодня работают во многом на ликвидацию медицинских последствий пьянства. Данные по городской больнице города Читы: приблизительно 50 миллионов рублей больница тратит, у нас есть экономические расчёты, только на ликвидацию прямых последствий пьянства. Пьяные ночные поступления — режут, колют, отмораживают ноги и так далее. Вот чем сегодня занимаются в больницах скорой помощи медицинские работники. У нас есть совместная работа с патологоанатомами. За прошлый год по Забайкальскому краю в 42 процентах из 12 тысяч вскрытий у взрослого населения имеются висцеральные проявления алкогольной болезни, то есть именно патоморфологические доказательства массивности потребления взрослым населением алкогольной продукции. Вот это как раз свидетельствует о масштабах пьянства, а не те отчёты, которые мы имеем — сколько больных поступило в городской наркологический диспансер. Туда поступают сегодня только нищие, у кого нет денег заплатить частному наркологу.

Заканчивая своё выступление, мне хочется вспомнить слова очень известного учёного психиатра-нарколога, который ещё 100 лет тому назад, в 1914 году, писал: «Затевать великие реформы, — писал он, Юрий Кононович, — и оставлять народ гнить в пьянстве — это всё равно, что шить бисером по гнилому полотну. У нас думают, что корень всех наших бед — это несовершенство государственного строя, но при всех недостатках этот строй не мог бы так измотать народ, как измотала его чисто физическая отравка — водка».

Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Николай Васильевич.

Прежде чем предоставить слово следующему выступающему, убедительно хочу всех попросить: не агитировать нас больше никого за борьбу с алкоголизмом. Очень хотелось бы, чтобы большую часть времени мы сосредоточились на конкретных предложениях, соображениях, по крайней мере, подходах, идеях, какие у кого есть, по решению той или иной проблемы, связанной с обсуждаемой сегодня тематикой. Хорошо? Тогда будет конструктивнее.

Пётр Сыроевич Тумусов, главный врач ГУ «Якутский республиканский наркологический диспансер», город Якутск.

**Тумусов П. С.** Спасибо большое. Сергей Борисович (Дорофеев. — *Прим. ред.*), я очень рад, что сегодня дали возможность сказать несколько слов. Я долго не буду говорить. Министерство здравоохранения Российской Федерации знает проблему, держит руку на пульсе.

Что касается конкретных предложений, вот по вытрезвителям сегодня вопрос подняли очень такой актуальный. Якутия является таким регионом, в котором климат очень тяжёлый, и отсутствие этих структур очень плохое влияние оказывает на ситуацию.

К сожалению, даже в городе Якутске, самом крупном городе республики, мы не смогли ещё организовать эту помощь. У нас есть только совместный приказ с МВД и пресловутый этот приказ, мы возим таких граждан в соматические больницы. И проблемы такие есть.

Когда мы ставим вопрос перед своим правительством, они говорят, что нет нормативного акта федерального уровня. Поэтому вот если бы такой нормативный акт был, по-видимому, субъект мог бы финансировать такие услуги помощи независимо от того, Минздрав это будет делать или же Минтруд. И в этом отношении я хочу сказать, что мы получали в 2013 году письмо от Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации Ольги Голодец, где были проекты внесения изменений в ряд федеральных законов по полномочиям субъектов, по социальным учреждениям. Четыре закона, по-моему, было. Вот надо поднять эти документы и сделать это — достаточно внести коррективы в эти законы, вот тогда у субъекта может появиться нормативная база: что-то выделять, что-то делать в этом направлении.

Поэтому дело, наверное, за малым, именно нормативный акт федерального уровня, который мог бы нам указать путь движения, а не заниматься самодеятельностью. Есть субъекты, которые хорошо занимаются, но много субъектов, которые не могут этого делать.

Я призываю всё-таки не сбрасывать со счетов ограничительные меры. Я вам скажу, что ещё в 2010 году Указом Президента Российской Федерации были введены ограничения на продажу алкоголя на территории Республики Саха. В 2011 году мы провели мониторинг исполнения этого указа. И по девяти месяцам смотрим данные по городу Якутску: наш диспансер, третье отделение острой неотложной помощи, куда поступают психозы. Оказалось, что, если в 2010 году к нам поступало в среднем за девять месяцев около 140 человек с алкогольными психозами, после этого указа по ограничительным мерам их оказалось 92, значит, около половины психозов исчезли, и в том числе очень большое количество женских психозов. Поэтому мы почувствовали на практике эффективность ограничительных мер.

И конечно, мы и до сих пор проводим мониторинг исполнения этого указа, и он имеет пилообразную диаграмму, потому что всё зависит от контроля исполнения указа. Если контроль хорошо начинается, у нас начинается падение психозов, если контроль будет ослаблен, тогда поднимается.

Мы могли бы поднять возраст до 21 года на приобретение алкогольной продукции и ввести специализированную торговлю в специализированных маркетах, которые могли быть подвержены контролю за реализацией алкогольной продукции. Поэтому в этом направлении надо двигаться.

Конечно, тут очень большая проблема. Но ограничительные меры дают свой эффект, и они очень быстрые.

И последнее. Сейчас проводится модернизация наркологической службы в субъектах. Конечно, тут тоже всё неравномерно. Есть субъекты, где более или менее база хорошая, есть субъекты, которые имеют плохую базу. И нам бы хотелось высказать пожелание — увеличить федеральный вклад в эту модернизацию наркологии, потому что от федерального уровня к нам приходит только субсидия в пределах 10, может быть, 20 миллионов рублей на приобретение оборудования и больше ничего.

**Председательствующий.** Спасибо.

Елена Давидовна Хафизова, начальник отдела профилактической помощи здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Татарстан.

**Хафизова Е. Д.** Мне, прежде всего, хочется подчеркнуть, что в нашей республике удалось не только сохранить наркологическую службу, но и принять все необходимые меры для её развития. И в настоящее время, помимо республиканского наркологического диспансера, работают его филиалы в четырёх городах республики, а также специализированное отделение Республиканской клинической психиатрической больницы. И плюс к этому — мы смогли организовать работу и в центральных районных больницах. И на сегодняшний день у нас функционирует 37 кабинетов, обслуживающих взрослое население, и 39, обслуживающих детское население.

И в связи с этим, не отходя далеко от вопроса, я хотела бы предложить, пользуясь случаем такого близкого соседства, отметить позитивно то, что в последней номенклатуре специальностей у нас появились детский психиатр и подростковый психиатр. Есть желание, чтобы появился и детский психиатр-нарколог. Это бы имело определённое, сильное значение для кадрового обеспечения службы.

Кроме того, важным моментом для нашей службы является то, что мы смогли за последние годы создать замкнутый цикл реабилитации. И в настоящее время у нас работают 4 амбулаторных и 8 стационарных реабилитационных отделений.

Кроме того, очень большую роль играют общественные организации, некоммерческие организации. Мы действительно работаем очень тесно и взаимодействуем по вопросу передачи тех пациентов, которые прошли определённые этапы реабилитации в наших учреждениях, так же, как и они направляют к нам тех, кто нуждается в специализированной наркологической помощи. Это действительно постоянный контакт.

В этом же направлении мы, естественно, работаем даже и с религиозными конфессиями. Причём есть в определённые дни свободный доступ представителей и духовного управления мусульман, и епархии, где представляется возможность всем желающим пациентам беседовать с ними, и они действительно играют очень

большое значение в формировании здорового образа жизни, это факт.

Но что наиболее важно? То, что в последние годы приняты весьма серьёзные решения на государственном уровне. Я могу подчеркнуть, что с опережением федерального закона Государственным советом Республики Татарстан ещё в 2010 году был принят региональный закон «Об установлении ограничения времени продажи алкогольной продукции с содержанием этилового спирта более 15 процентов объёма готовой продукции на территории Республики Татарстан». Это произошло у нас ещё в 2010 году.

Параллельно было принято постановление кабинета министров Республики Татарстан по данной проблеме, и были утверждены порядок определения прилегающих территорий, на которых запрещена продажа крепких алкогольных напитков, и также порядок определения мест общественного питания по соответствующему вопросу.

Отдельным указом Президента Республики Татарстан расширены полномочия Правительственной комиссии Республики Татарстан по профилактике правонарушений. Ещё в 2003 году у нас был создан так называемый межведомственный совет по гигиеническому образованию и воспитанию населения. Я была секретарём этого совета, а возглавлял работу — Министр здравоохранения Республики Татарстан. Так вот, по решению Президента Республики Татарстан была создана специальная рабочая группа при правительственной комиссии по профилактике правонарушений, затем была приостановлена деятельность межведомственного совета, чтобы не было дублирования функций.

И вот эта рабочая группа, которая уже сейчас функционирует в рамках правительственной комиссии, она как раз таки координирует деятельность действительно всех заинтересованных министерств и ведомств по проблеме формирования здорового образа жизни, снижения распространения и потребления алкоголя, пива и табака. Причём, что очень интересно, ежегодно в рамках работы этой комиссии формируется план-задание. И в нём мы по различным сферам деятельности определяем ряд вопросов, по которым должны проводиться проверки. Проверка осуществляется межведомственной рабочей группой. И вот такая группа выезжает в отдельные муниципальные образования,

где, по мнению комиссии, есть проблемы именно по высокому уровню злоупотребления алкоголем, пивом, по проблемам табакокурения и так далее. И в рамках проверки, прежде всего, осуществляется изучение вопроса выполнения законодательства, как выполняется государственное регулирование этой проблемы.

И в этой связи мы считаем, что было бы рационально, если бы существовал и федеральный закон, который бы определил отдельно ответственность различных сфер деятельности, чтобы в каждом субъекте, на каждом уровне было такое единодушное понимание того, что это не чисто медицинская проблема, она всеобщая. И тогда бы было проще решать её в наших регионах.

То есть я предлагаю ввести законодательно определение ответственности в сфере внутреннего правопорядка, социальной защиты, образования, по делам молодёжи и спорту. Но в то же время таким образом, чтобы можно было на этой основе определить и единые подходы взаимодействия...

Это же возможно, наверное, за счёт расширения статейного и существующих законодательств того же Федерального закона № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации». Тем не менее, это возможно, наверное, рассмотреть, как вариант решения. Это предложение.

Далее. Что хотелось бы подчеркнуть. Как уже было сказано, действительно, одним из решений вопроса закрытия вытрезвителей в нашем регионе был найден такой путь — принятие отдельных распоряжений. И на сегодняшний день решается организация, и в основном это уже проведено — в 11 муниципальных образованиях республики.

Безусловно, важным аспектом является чисто профилактическое направление. И в частности, была поддержана инициатива Минздрава республики, и в настоящее время создан региональный ресурсный центр, который работает в рамках федерального проекта «Общее дело» по сокращению потребления алкоголя и табака. И этот центр работает на межведомственной основе и наиболее тесно — со сферой образования.

Безусловно, мы также и реализуем ряд целевых программ. Я думаю, отдельно на этом останавливаться не нужно, потому что такая работа ведётся, скорее всего, во всех субъектах

Российской Федерации. Но хочется выразить отдельные слова благодарности за те решения, которые приняты были и на общегосударственном уровне, и в частности Министерством здравоохранения в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». Потому как в числе других регионов нашей республике было предоставлено право принять участие в модернизации наркологической службы на основе софинансирования, что и было успешно завершено.

Благодарю за внимание.

**Нагхо Р. Х.** Интересный конечно доклад, и делается много — это видно. Я бы хотела для себя уточнить по мерам, которые проведены в Республике Татарстан. Мы знаем, что вы впереди планеты всей по многим позитивным делам. Вы можете статистику привести по результатам — по продаже на территории Татарстана алкогольной продукции, объёмах потребления на душу населения? Если у вас такая статистика, хотелось бы услышать.

**Хафизова Е. Д.** К сожалению, я не готова ответить на эти вопросы, я должна это признать. Другое дело, что статистика, безусловно, есть, и она ведётся и более того, этими вопросами, прежде всего, занимается Госалкогольинспекция Республики Татарстан. И я могу сказать, в частности, что Минздрав тесно сотрудничает и с этой инспекцией, мы встречаемся, обсуждаем те вопросы, которые вы сейчас обозначили, проводим встречи и разработку необходимых документов. А осуществляет, конечно, прежде всего, надзор в этой части Госалкогольинспекция. Ну, и, конечно же, Роспотребнадзор, Татарстанстат ведут соответствующую статистику.

**Клименко Т. В.** Я к чему, Сергей Борисович (Дорофеев. — *Прим. ред.*), хотелось бы конечно, чтобы всё, что делается, приводило к каким-то результатам. Учитывая, что есть и некоммерческие организации, которые занимаются этим. Всё-таки хотелось бы видеть результат — удалось ли, скажем, хотя бы по отношению к средне-российских показателей снизить показатели в Татарстане. Я посмотрю статистику, она есть, конечно, в отчетах Росстата и по субъектам. Спасибо.

**Председательствующий.** У них же превышена рождаемость над смертностью, прирост. Люди заняты делом, некогда пить.

**Хафизова Е. Д.** У нас достигнут естественный прирост населения, в 17 муниципальных образованиях в том числе.



**Председательствующий.** Если вам не ответили о цифрах в Татарстане, думаю, сейчас вам ответят про цифры в Москве. От имени наших потребителей этой продукции Председатель правления Международной конфедерации обществ потребителей (КонфОП) города Москвы Дмитрий Дмитриевич Янин.

**Янин Д. Д.** Здравствуйте, уважаемые коллеги! Неделю назад здесь прошло заседание «круглого стола» по табаку, и всё началось тоже с Владимира Вольфовича (Жириновского. — *Прим. ред.*). Но в тот момент он как раз запретительные меры поддерживал, сегодня он почему-то запретительные меры решил покритиковать чуть-чуть, хотя какие-то поддержал. Я думаю, что мы должны, когда делается хорошее дело, всегда говорить об успехах.

Вот я ответственно заявляю. Благодаря политике Правительства России, Минздрава, Государственной Думы, антиалкогольные шаги, которые были предприняты в России начиная с 2010 года, дали очень серьёзные положительные эффекты. Это доказывается на данных статистики, статистики алкогольной смертности.

К сожалению, нет данных по 2013 году, но падение алкогольной смертности со 104 тысяч до 29 тысяч — это эффект запретов, которые реализовали наши власти. И честно вам скажу, что это заслуга, о которой нужно говорить, потому что, не оценивая положительный эффект, мы будем обсуждать важные, но незначительные детали и при этом будем упускать главное — что дало результаты.

Я поддержку коллегу из Якутии, который на примере своего города сказал об эффекте мер. Я вам говорю, опираясь на данные Росстата: есть снижение почти в три раза, в два раза снизился риск случайных отравлений алкоголя. 14 тысяч — 2011 год, 2012 год — уже 7 тысяч. Это случайный алкоголь, выпил — умер. Остановка сердца из-за употребления алкоголя, снижение тоже в два раза.

Поэтому мы реально и вы, прежде всего, спасли десятки тысяч человеческих жизней, и за это вам огромное спасибо, и это нужно говорить.

Что сработало? Безусловно, сработали, помимо ночного запрета, о котором здесь говорилось, и практику которого возможно нужно расширять на воскресенье, мы обсуждаем временные ограничения. Почему мы не обсуждаем воскресный запрет? Утром какой может быть алкоголь? Почему в воскресенье должна продаваться алкогольная продукция? Почему не дать возможность

людям протрезветь и в понедельник уже на голодный желудок идти в наркодиспансер уже не в состоянии алкогольного опьянения. Нужно дать человеку более длительный промежуток времени. И воскресный запрет работает во многих европейских странах. Он эффективен, и его нужно потихоньку начинать обсуждать. У нас здесь есть сторонники, поддержат православная церковь, возможно, другие институты, но воскресный запрет должен расширяться по продажам, не трогая общепит, чтобы не помешать им потерять часть клиентов.

Второй момент, по шаговой доступности. Безусловно, по алкоголю жёстче ограничение, чем по табаку. 50 квадратов должно быть в городе, 25 — в селе, и эти меры снизили шаговую доступность алкоголя. Возможно, вы правы, следует предложить вопрос, связанный с ужесточением лицензионных требований, то есть постепенно сокращать шаговую доступность алкоголя. Но это мера крайне чувствительна для бизнеса, и вы правы, что здесь может быть серьёзное сопротивление именно со стороны торговцев алкоголем.

Что не сделано? Не сделано абсолютно ничего в части борьбы с заменителями алкоголя, прежде всего, в аптечной сети. Как была ситуация с настойками, которые экономически эффективнее в части...

**Председательствующий.** Вы против боярышника?

**Янин Д. Д.** Да, я против боярышника и всей этой группы, потому что дисбаланс ценовой, который был три года назад, и об этом несколько раз обсуждалось, так и остаётся. И, начиная с марта, эта разница в цене для алкоголика ещё будет более и более привлекательной. 13 рублей — 25 миллилитров спирта. Если вы пересчитаете это на дозу, это в два раза дешевле, чем 199 рублей, минимальная цена водки.

Что ещё не сделано, и это можно записать в рекомендации? Меня всегда, при всём моём уважении к Росалкогольрегулированию, поражали их некоторые маркетинговые заносы в установлении минимальной цены на водку. У нас какие были цены? Было 89 рублей на водку — минимальная цена, с 10 марта — 199 рублей. Вы знаете, я как человек, который изучал маркетинг, я могу сказать, что если вы хотите изобразить доступность водки, вам надо поставить «9 долларов 99 центов». Психологически человек

воспринимает 199 рублей как цену, которая ближе к ста. Если бы Росалкогольрегулирование не играло в маркетинг с минимальной ценой... Вот поставьте 200 рублей, или 205, или 210, то есть перешагните психологическую планку, это было бы более эффективно. Потому что желание показать, что 199 — это не так дорого, а цена вопроса — 1 рубль, это ничего. Понятно, что это никак не влияет, но это всё-таки показатель приоритета службы. Поэтому в этой части, господа, надо честно сказать: если Росалкогольрегулирование занимается общей задачей снижения распространения колоссального уровня алкоголизма, мы должны от маркетинга отходить. Отходить и забыть о нём полностью, при этом ничего радикально не поменяется.

Что не получилось? Абсолютно провальная социальная реклама о вреде алкоголя. Какая она? Психологи, которые расскажут, что надо показывать позитив, другие говорят, что надо показывать негатив, как семьи в авариях бьются. Это вопрос дискуссионный. Я могу сказать, что, по данным агентства, которое проводит мониторинг всей телевизионной рекламы, в 2013 году ни на одном федеральном канале не было антиалкогольной рекламной компании. Поэтому мне кажется, что если мы хотим запреты смягчить в хорошем смысле пропагандой, то социальная реклама — в хорошее время. Не в 4 часа ночи, когда её смотрит только тот человек, который транслирует, он сидит в телевизионной будке в Останкинской башне, он в 4 утра и может посмотреть этот ролик. Но если вы хотите в хорошее время и качественные ролики, то это должны быть федеральные каналы. Регионы что-то по мере сил делают, билборды появляются, но федеральная власть у нас от этого канала коммуникации устранилась.

По исследованиям, которые уже есть и которые подтверждают мои слова. Великолепное исследование опубликовано российской группой учёных. Это Давид Георгиевич Заридзе, наш великий доктор-онколог, директор Научно-исследовательского института канцерогенеза Российского онкологического научного центра имени Н.Н. Блохина РАМН. Его исследование по влиянию алкогольной смертности. Здесь читинцы озвучивали немножко устаревшие данные по вкладу в смертность трудоспособного населения — 15–54. Действительно, в России вероятность того, что нынешний мужчина в категории 15–54 года

доживёт до 55 лет в 3,5 раза ниже, чем в Британии. При этом уровень потребления алкоголя у нас с Великобританией, пьющей страной, страной с плохой антиалкогольной политикой, они это признают, сопоставим. У них 13,4, у нас — 15. Что мы пьём? Мы пьём другие напитки. И когда мы пьём, соответственно, ежедневные, разовые дозы выше. У них эти 13,4 — это пиво, при более низкой ежедневной дозе. Вот с этим надо бороться, и мне кажется, и акцизная политика, и политика по ограничению временной доступности, и политика, направленная на усиление госконтроля, действительно должна быть изменена.

И последнее, о чём я хочу сказать. Я передам это письменно. К счастью, идут интеграционные процессы, но, к сожалению, мы теряем суверенитет в нашей антиалкогольной политике, которая три года успешно шла. А сейчас Евразийская экономическая комиссия опубликовала проект межгосударственного соглашения, которое может войти частью договора о создании Евразийского экономического союза (он только к маю придет в Думу).

У меня просьба к Комитету по охране здоровья — внимательным образом изучить все положения данного документа, прямо или косвенно направленные на систему здравоохранения.

К сожалению, в нынешней структуре ЕЭК нет ни одного здравоохранного подразделения. Все блоки там экономические, министры все экономические. Значит, то, что сейчас опубликовано в проекте соглашения, состоит в том что, Россия, например, должна отказаться от требований к метражу 50 и 25 в целях гармонизации с Казахстаном и Белоруссией.

В Казахстане с водкой ещё хуже, чем у нас, я бы так сказал. Целый ряд предложений, которые исходят из ЕЭК, где нет здравоохранного блока, они антинародны по России, по российским меркам.

Функция Росалкогольрегулирования, их предложения. Ведомство не должно вырабатывать политику и осуществлять контроль. Давайте Росалкогольрегулирование ликвидируем или отнимем у них либо госполитику, либо госконтроль.

Дальше они предлагают, помимо акцизов, гармонизироваться с уровнем ниже плинтуса, с нашим уровнем, который действует у них. Это тоже очень неприятный шаг, который может отразиться на нашей здравоохранной политике, в нашей стране.

Поэтому я предлагаю в резолюции обратить внимание Комитета на этот риск, связанный с ослаблением антиалкогольной политики, которая может произойти в рамках международных интеграционных процессов.

Второй момент. Мне кажется важным поддержать предложение Роспотребнадзора об упрощении внеплановых проверок, когда есть жалоба и когда есть авторизация прокурора, без прокурора они не могут идти по жалобе. То есть барьеры, чтобы люди не ходили зря, есть.

И третий момент — подумать над временным запретом. Потому что в воскресенье, я вас точно уверяю, ни один надзор не работает. Если мы не установим запрет на продажу алкоголя в воскресенье, во-первых, получится больше безалкогольный интервал, с другой стороны, запрет на продажу будет легче администрировать, так как, конечно, сейчас в воскресенье никто не проверяет. Алкоголь в воскресенье не должен продаваться.

Спасибо большое. Я благодарю вас за то, что хорошая политика реализуется, и она в цифрах очень хорошо выглядит. По акцизам, чтобы вы не переживали по поводу неэффективности, 2013 год — плюс 32 миллиарда рублей по сравнению с 2012 годом, это с водки и спирта. То есть нет риска, нет ущерба бюджету от вашей деятельности, все нормально.

**Председательствующий.** Спасибо. Мы почти уложились в регламент. Я предлагаю подвести черту, если никто не настаивает больше на выступлениях. Кто не успел, но хотел бы свои предложения нам передать, мы очень будем признательны, если передадите в секретариат на регистрацию свои соображения. Может, у кого-то появились или появятся предложения. Можно написать их по Интернету.

Мы благодарим вас за то, что вы приехали, заинтересованно участвовали. Разиет Хамедовна, вам слово.

**Натхо Р. Х.** Спасибо, Сергей Борисович. Вы знаете, честно говоря, прежде чем провести на этом уровне «круглый стол», я проводила такой же в прошлом году в Республике Адыгея. Хотя, как вы знаете, по менталитету показатель, наверное, лучше. Но тем не менее, именно у нас, в Республике Адыгея, очень много погибает в ДТП и, в том числе, в состоянии алкогольного опьянения.

Но, честно я вам скажу, был призыв, чтобы и на уровне Российской Федерации провести такое заседание. Придя на пленарное заседание в один день — мы же все берём газеты и читаем — я прочитала статью о том, что в Центральной России сгорели пятеро детей. И был комментарий журналиста о том, что их мама вышла якобы за кефиром, но на самом деле она вышла за бутылкой водки, чтобы опохмелиться. Такой был комментарий.

И я думаю, что вы все понимаете, о чём речь идёт. И здесь действительно и шутки неуместны. И мы понимаем, что есть и определённое лобби, скажем, потому что нужно пополнять бюджет и открывать частное производство алкогольной продукции. И, естественно, очень много законопроектов похоронено, потому что даже на депутатском корпусе не удаётся довести их до принятия закона. Я даже и это анализировала, не стала сегодня останавливаться подробно.

Тем не менее, сегодня Комитет по охране здоровья, по крайней мере, отвечает тем требованиям и задачам, для решения которых он создан, — это охрана здоровья, это охрана семьи, потому что, как бы мы ни говорили, очень многое зарождается всё-таки в семье. Сохранение будущего потенциала детей и есть самая главная задача. Мы, наверное, вряд ли исправим страдающих уже хроническим алкоголизмом. Но уберечь молодёжь, особенно в раннем возрасте, потому что именно несформировавшийся организм всё-таки подвержен процессам алкоголизации, о чём все сегодня, наверное, говорили. Это, я думаю, приоритетная наша задача.

И, наверное, Сергей Борисович (Дорофеев. — *Прим. ред.*) прав. Чем ходить, просить Минздрав, нужно создать такую рабочую группу. Сергей Борисович, я думаю, что это будет быстрее и менее, скажем, волокитно. Я думаю, что здесь сегодня отмолчались, хотя должны быть, зарегистрировались, и представители Минобразования, и Министерства внутренних дел. Но они услышали, по крайней мере, тот разговор, который состоялся.

И я прошу вас эти предложения в письменном виде предоставить нам или в электронном виде опубликовать на сайте Комитета. Прошу сделать это в течение двух-трёх дней, чтобы мы могли подвести итоги, выдать рекомендации и обобщить те предложения, которые поступили.

Спасибо вам огромное за участие. Всего доброго. Будьте здоровы.

**СТЕНОГРАММА**  
**«круглого стола» Комитета Государственной Думы**  
**по охране здоровья на тему «Нормативно-правовые аспекты**  
**реализации программы «Фарма-2020»**  
**и обращения лекарственных средств в России»**

*Здание Государственной Думы. Зал 830.*  
*7 апреля 2014 года. 15 часов.*

*Председательствует первый заместитель председателя*  
*Комитета Государственной Думы по охране здоровья*  
*Н. Ф. Герасименко*

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, цель нашего «круглого стола» имеет очень серьёзное значение. Особенно сейчас, в свете ситуаций, происходящих на внешнем рынке, в связи с тем, что нам различными санкциями угрожают, а фармацевтическая промышленность, обеспечение лекарствами очень остро зависит не только от самих импортных препаратов, но и от субстанций. «Фарма-2020» начала реализовываться в феврале 2011 года, то есть три года назад. И мы хотим узнать, что сделано, в какой сейчас стадии находится. Основная цель была — прежде всего, появление импортозамещающей продукция, своих, новых, лекарственных препаратов.

Необходимо отметить, что российский фармацевтический рынок является одним из наиболее динамично развивающихся рынков мира. Каждый год, начиная с 2000 года, — прирост на 10 процентов. Практически ни одна отрасль у нас в России таких темпов роста не имеет. Сейчас рынок в общем объёме составляет более триллиона рублей. Из них 900 миллиардов идёт на лекарство, и где-то порядка 150 миллиардов идёт на парафармацевтику. Коммерческий сектор закупки — это, прежде всего то, за что платят наши граждане, составляет львиную долю — 70 процентов, и только 30 процентов идёт за счёт государства. В странах Евросоюза, наоборот, большая часть, более 50 процентов, идёт за счёт государства, и меньшая часть идёт за счёт собственных средств граждан. При этом наши подушевые расходы на лекарства значительно ниже, чем в США или в Евросоюзе.

По данным аналитических агентств, в России на душу населения составляет 75 долларов, в Евросоюзе — от 200 (это восточные страны) до 600 (это западные страны Евросоюза) и в Америке — более 700.

Необходимо отметить, что государственные расходы на лекарственное обеспечение населения тоже постоянно растут и составляют более 300 миллиардов рублей, из них 154 миллиарда затрачены на обеспечение больных орфанными заболеваниями, затем на льготное лекарственное обеспечение, лекарства против СПИДа. То есть эти крупные затраты составляют более половины из всех 300 миллиардов, которые выделяются на лечение всех больных, то есть на всех больных оставляется меньше, чем 50 процентов. Однако граждане, имеющие право на бесплатные лекарства, постоянно сталкиваются с проблемами в их получении. Почему есть большая проблема в социальном обеспечении жизненно необходимыми лекарствами? Всё время проблема — больные часто отказываются от получения лекарств.

Данные показатели свидетельствуют о низкой доступности лекарственных средств для населения, а также несвоевременном совершенствовании законодательной и нормативно-правовой баз.

По данным ряда исследований, уровень цен на фармацевтическом рынке в России значительно, а порой в разы, опережает уровень цен на соответствующие лекарственные средства как в странах с развитой экономикой, так и в странах бывшего СССР. Цены на некоторые дженерики, являющиеся взаимозаменяемыми, выше в пять, в десять раз.

Ещё более плачевная ситуация в секторе государственных закупок. Цены на одни и те же лекарственные препараты при закупках субъектами Российской Федерации могут различаться в разы. И дороговизна лекарств на российском рынке уже является притчей в языцах. В Европе лекарства стоят дешевле, чем у нас, в России.

Много замечаний, справедливых замечаний, вызывает процесс регистрации лекарственных средств в Минздраве России, которые связаны как с несовершенством Федерального закона № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», так и несоблюдением сроков проведения необходимых при регистрации процедур экспертами и чиновниками. Когда мы принимали закон «Об обращении



лекарственных средств», нам обещали, что теперь лекарства будут регистрироваться в течение шести месяцев, будет строгая процедура. Сейчас, к сожалению, такой скорости и такой прозрачной процедуры по времени не наблюдается. Поэтому это совершенно справедливое нарекание.

В России также остро стоит вопрос о качестве и эффективности лекарственных препаратов. У этой проблемы тоже есть несколько составляющих, которые усугубляются раздробленностью функций государственного контроля между различными федеральными органами исполнительной власти, Минпромторгом России, Росздравнадзором, Роспотребнадзором. В настоящее время Росздравнадзор лишён самого действенного механизма борьбы с фальсифицированными и контрафактными лекарствами — внешнего контроля фармацевтических организаций.

Следующая проблема — это проблема фальсификации лекарственных средств. Ответственность за фальсификацию в основном идёт по статьям экономического характера — за мошенничество, за незаконное предпринимательство, но не за причинение вреда здоровью, а, прежде всего, опасность фальсификатов именно в том, что причиняется вред здоровью.

В Государственной Думе разработан такой законопроект, он уже внесён, называется он «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части противодействия обороту фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок». Здесь предлагается внести изменения в Уголовный кодекс и в КоАП, уже вводящие ответственность за причинение вреда здоровью.

Что касается непосредственно развития программы «Фарма-2020». Очень важно понимать, сколько процентов составляют лекарства наши, российские, сколько — производства по субстанциям.

Очень важный вопрос и пока непонятный — это научно-исследовательские работы. Потому что в большинстве крупных фирм затраты на НИР превышают затраты на производство самих лекарств.

Сегодня я был на открытии XXI форума «Человек и лекарство». Там академик Александр Григорьевич Чучалин говорил о новых препаратах, которые в России разработаны. Вопрос: а где они есть?

Не просто в теории, что сделали учёные, а на практике, каким образом эта у нас работает схема?

Необходимо рассмотреть вопрос о создании единого федерального надзорного органа, который действительно контролировал бы все лекарства.

Нужно в возможно короткие сроки внести изменения в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств». Я знаю, что Минздравом это готовится. Но он пока ещё в Государственную Думу не поступил.

Возникает вопрос о возможности признания результатов международных клинических исследований лекарственных средств при их регистрации, потому что мы повторно многие вещи делаем. Это тоже необходимо ускорить.

Часто фирмы жалуются, что в России столь длительный процесс регистрации, что дешевле в Сингапуре за четыре месяца зарегистрировать и в другой стране, чем в России ждать полтора-два года. Это тоже очень серьёзный вопрос.

Совместно с медицинским научным сообществом, а также с использованием международного опыта нужно проработать вопросы определения взаимозаменяемости биологических лекарственных средств биоаналогами. Это тоже сейчас очень широкое направление — создание биоаналогов. И будущее, в общем-то, будет идти за биоаналогами, а не химическими препаратами.

Вот вопросы, которые предлагается сегодня обсудить. Подготовлен проект рекомендаций, которые мы в конце будем принимать.

И сейчас, поскольку пока нет представителей Минпромторга и Минздрава, я предоставляю слово временно исполняющему обязанности руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Мурашко Михаилу Альбертовичу. И хотел бы поблагодарить вас, Михаил Альбертович, что вы смогли приехать на этот важный «круглый стол». Пожалуйста.

**Мурашко М. А.** Спасибо большое, Николай Фёдорович.

Глубокоуважаемые присутствующие! Фактически всё то, что было сказано в отношении контроля качества, Росздравнадзор абсолютно полностью поддерживает, потому что на сегодняшний день Российская Федерация имеет весьма разрозненную систему

контроля за оборотом лекарственных препаратов и лекарственных средств. И сближение пока идёт крайне медленно.

Единственное, что, наверное, надо бы поправить по формулировке, — не создание, а именно надо собрать в Росздравнадзор, в уже существующую структуру, те функции. У нас уже есть структура, которая оптимально сочетает в себе контроль и за медицинской деятельностью, и за медицинскими изделиями, и за лекарственными препаратами.

Мы пережили крайне сложный 2013 год в силу реформирования законодательства по медицинским изделиям. И хочу сказать, что пока эти изменения не закончены. И потребуется ещё не менее, я думаю, полгода-года, для того чтобы всё-таки регуляторную систему внутри страны сделать аналогичную тому, что существуют сегодня в мире, и для каких-то медицинских изделий упростить, а для каких-то всё-таки это должна быть достаточно жёсткая процедура.

Мы всегда говорим и о том, что относится к лекарственным препаратам, поскольку за Росздравнадзором закреплена такая функция, как фармаконадзор, то есть контроль за возникающими непредвиденными реакциями, нежелательными, даже уже в пострегистрационном периоде. И мы прекрасно знаем, что регуляторная функция, и регистрация в том числе, сопряжена с определёнными, в том числе и непростыми вопросами, касающимися применения уже у широкого круга лиц, у пациентов, препаратов, когда возникают те или иные проблемы.

И хочу напомнить всем присутствующим, по какой причине возник весь фармаконадзор. Это 1967 год, «Талидомидовая трагедия», рождение детей с ампутированными конечностями. Именно тогда и возникли вопросы, именно тогда стали задумываться о том, насколько «безопасны» лекарства.

Надо сказать, что в Россию тогда этот препарат не попал, в силу тех или иных причин, не буду сейчас на этом останавливаться, но тем не менее...

Если говорить о нашей системе контроля качества, то сегодня за Росздравнадзором закреплена функция выборочного контроля, в том числе качества лекарственных препаратов. И мы имеем для этого очень хорошую лабораторную базу — восемь лабораторий, которые оснащены по самым современным стандартам,

и большинство наших лабораторий уже прошли международные аккредитации, в том числе и Всемирной организации здравоохранения, имеют сертификаты «А» класса. Две лаборатории сегодня ориентированы на качество иммунобиологических препаратов, поскольку, как уже, опять же цитирую Николая Фёдоровича (Герасименко. — *Прим. ред.*), он уже сказал, что за данной группой препаратов большое будущее. Будет развиваться таргетная терапия, в том числе с использованием генетического материала. Поэтому развитие данных лабораторий мы считаем одним из важнейших направлений.

Если говорить в целом о показателях по изъятию недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных препаратов, то в 2013 году динамика хоть и имелась отрицательная, но со снижением. Обнаружены в сети недоброкачественные и фальсифицированные лекарственные препараты, всего количество серий изъято 1100, и количество торговых наименований изъято 377, в 2012 году это было 1500 и 523, соответственно. Но мы констатируем, что сегодня система контроля за качеством лекарственных препаратов, по сравнению с предыдущими периодами, всё-таки не является законченной, и ряд позиций, которые в том числе уже были наработаны, несколько утрачены. Правда, приобретаются определённые положительные моменты: в прошлом году утверждены, наконец, правила производства GMP. Я думаю, что это принципиально важный и знаковый шаг для нашей страны.

Если говорить о том, какие препараты браковались Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, то это как отечественные, так и зарубежные препараты. Причём надо сказать, что это препараты были и поступившие из стран Азиатского региона, и препараты, из европейских стран, и отечественного производства. Соотношение пока, к сожалению, идёт в сторону преимущества зарубежных стран. Но необходимо сказать, что без качественного контроля производственных площадок это бессмысленная работа, потому что как контроль производства отечественных площадок и зарубежных, что делается во всех странах, — это необходимая составляющая по контролю лекарственных препаратов, в том числе контроль за поступлением и движением субстанций, из которых изготавливаются лекарственные препараты.

Если говорить о структуре показателей несоответствия качества лекарственных препаратов, изъятых в 2013 году, то можно совершенно чётко указать именно на данную причину, именно производство, в частности, такой пример, как микробиологическая чистота. По данным контроля качества, данный показатель явился причиной браков в 20 процентах случаев. Количественное определение препарата — более 11 процентов. И есть ещё такие показатели, как пирогенность, остаточные органические растворители и так далее, то есть то, что фактически влияет именно на качество лекарственных препаратов. Причём необходимо сказать, что среди производителей у нас в прошлом году, в 2013 году, неоднократно браковались определённые организации. Например, «АЗТ Фарма К.Б.» (Россия) — 8 забракованных серий одного и того же лекарственного препарата; «Доктор Редди'С Лабораторис Лтд» (Индия) — забраковано 11 серий лекарственных препаратов; ОАО «Биохимик» — одного и того же препарата забраковано семь серий и так далее. То есть это указание на то, что в первую очередь нужно обращать внимание на производство, — это очевидно.

При проверках производственных площадок мы отмечали такие моменты, как необходимость модернизации помещений для хранения сырья, материалов, несоответствие условий производства по помещению, по оборудованию, недостоверное декларирование продукции, что также принципиально важно, нарушение в системе документооборота и так далее. И также, когда выходя при контроле качества, отмечалось, что ряд производителей лекарственных препаратов, как отечественные, так и зарубежные, отмечают, что имелись типичные ошибки в нормативной документации. Например, ошибки в расчётной формуле, ошибки в титре раствора, ошибки при приготовлении испытуемого и стандартного раствора. То есть, когда мы говорим об ослаблении определённого контроля, то мы должны понимать, что нарушения должны иметь определённую отрицательную динамику и уходить. Но сегодня мы этого, к сожалению, не видим.

Ещё один такой важный момент, он касается оборота в сети дистрибьюторов и в аптечных организациях. Нам предлагают акцент сместить больше на аптечную сеть. Да, действительно, в аптечной сети тоже имеются нарушения. И на первом плане

стоят нарушения условий хранения лекарственных средств. Хоча сказать, уважаемые коллеги, что данное нарушение встречается практически в 70 процентах случаев замечаний. Но если в целом посмотреть, то по количеству проверяемых организаций динамика имеется положительная, и общее количество нарушений снижается год от года. Если мы говорим о фальсифицированных препаратах, здесь немножко другая ситуация. То есть то, что мы сегодня выявляем, мы не скрываем. Мы можем сказать, что всё-таки это не истинная цифра, недостоверная, потому что мы не можем нарушать федеральный закон № 294-ФЗ, а он нам гласит, что даже внеплановая проверка должна сочетаться с согласованием сначала в органах прокуратуры, после этого — извещение объекта проверки за сутки, и только после этого мы выходим.

Сейчас у нас была наглядная ситуация. Мы расследовали случай появления фальсифицированной среды для идентификации холеры. И когда мы прошли по всей цепочке, то фактически мы обязаны были оптовиков уведомлять о том, что мы к ним выйдем за сутки. Понятно, что мы вышли с проверкой, а нас уведомили: к сожалению, всё уже уничтожено. Вот ничего и не было обнаружено нами при проверке. И, конечно, от таких контрольных мероприятий эффективность сводится к нулю. И это, в общем-то, ни для кого не секрет. Поэтому, в первую очередь, мы считаем, что нужен усилить контроль за производством как отечественных, так и зарубежных производителей.

Мы усиливаем контроль даже в рамках текущего законодательства по поступлению субстанций на отечественный рынок. Я не сказал, но достаточно большое количество было выявлено фальсифицированных субстанций и препаратов, изготовленных из них. Было забраковано в общей сложности 63 серии. Это большое количество. Если перевести в проценты, наверное, это никого не впечатлит, но всё-таки 63 серии — это серьёзно.

Мы абсолютно поддерживаем предложения о внесении изменений в статью 9 федерального закона № 61-ФЗ, в формулировки по государственному контролю качества лекарственных средств и препаратов. Поэтому те изменения, которые назрели сегодня, очевидны. Те изменения и ратификация «Медикрим», то, что предложено и Министерством здравоохранения, и депутатами

Государственной Думы, фактически они сходны. Разногласия там незначительные, даже назвать их разногласиями, наверное, некорректно. Фактически определённые формулировки нужно откорректировать. Но «Медикрим» в этом году необходимо ратифицировать, и он уже в Российской Федерации, в стране, в которой фактически состоялось подписание, необходимо.

Возвращаясь к началу нашего разговора, по единому органу — мы абсолютно поддерживаем это движение, и оно должно быть. Вот Виктор Александрович (Дмитриев. — *Прим. ред.*) здесь присутствует, ещё ряд производителей, те, которые сегодня столкнулись с этим при поставках за рубеж, к нам обращались, и представители Всемирной организации здравоохранения... Я думаю, что для того, чтобы российские предприятия имели возможность поставки, например, вакцины, необходимо, чтобы один орган сочетал в себе шесть параметров, шесть функций, которые характерны для всех надзорных органов в мире. При наличии этих шести функций Всемирная организация здравоохранения может делегировать ряд полномочий по контролю производства внутри страны для того, чтобы обеспечить качественные поставки за рубеж. И, скажем, вот сегодня одно из предприятий несёт определённые убытки, и они составляют до 60 миллионов долларов в год только по этой причине. Сегодня мы нашли, правда, путь решения, консенсус и преодолели это, но, тем не менее, всё-таки нужно соблюдать те международные тенденции, которые сегодня развиваются во всём мире. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Михаил Альбертович.

Я хотел бы ещё сказать, что нам надо установить регламент. Если нет возражений, докладчикам — десять минут, выступления — пять минут, в прениях — до трёх минут. Нет возражений? Принимается? Хорошо. Спасибо.

У нас так получится, что сначала мы заслушаем контрольные ведомства, может быть, это правильно, а потом будем слушать ответственных.

Поэтому я слово предоставляю начальнику Управления контроля социальной сферы и торговли Федеральной антимонопольной службы России Нижегородцеву Тимофею Витальевичу. Пожалуйста, Тимофей Витальевич.

**Нижегородцев Т. В.** Спасибо большое.

Федеральная антимонопольная служба очень давно активно присутствует на фармацевтическом рынке, и совсем недавно нами было проведено масштабное исследование с участием, в том числе, наших торговых представителей за рубежом, в рамках которого мы оценивали стоимость лекарственных препаратов в Европейском союзе, в странах БРИКС, внутри Российской Федерации, в СНГ. И, в общем, результаты неутешительны, мы видим, что практически по всем лекарственным препаратам у нас цены выше. И при этом у нас очень сильно развито, даже я бы сказал, чрезмерно развито административное регулирование, административное установление цены через регистрацию цены.

И это исследование показывает, что в принципе от фундаментальных причин, связанных с ростом цены, административное установление цены не спасает, компании легко это обходят, более того, это создаёт определённые проблемы в регулировании. У нас самый разнообразный рынок, у нас число зарегистрированных лекарственных препаратов с разнообразными формами выпуска и дозировками в большинстве своём клинически незначимыми или несуществующими в природе. У нас зарегистрированы лекарственные препараты в форме лиофилизатов, например, чего нет вообще нигде, поскольку лиофилизат — это процесс сушки, а не форма выпуска. Тем не менее иностранные компании активно регистрируют препараты в форме лиофилизатов, а потом объясняют нашим государственным заказчикам, что только в этой форме лекарственные препараты самые лучшие.

Огромное разнообразие клинически незначимых дозировок, когда регистрируют дополнительно к 0,5 мг, где уже, допустим, есть 10 производителей, 0,51 мг и потом государственным заказчикам объясняют, что 0,51 мг — это самая необходимая дозировка, а вот 0,5 мг — это какие-то несовременные лекарственные препараты.

И эта административная регистрация цены, во-первых, не предохраняет нас от роста цен. Мы видим, что стоимость среднего чека увеличивается. Это означает, что дешёвые лекарственные препараты вымываются из товаропроводящей цепочки, поскольку наценка регулируется в процентах, а это значит, товаропроводящей цепочке выгоднее продавать максимально дорогие лекарственные препараты.



Что касается регистрации производителей, то наши регистрационные органы не в состоянии перепроверить цены и данные, которые им представляют международные компании. А даже, когда их ловят за руку, нет никаких механизмов, чтобы эти цены пересмотреть.

А в случае, если цена, зарегистрированная и средневзвешенная, не устраивает компанию, то она на год выводит лекарственный препарат из обращения, вносит изменения в регистрационное досье, регистрирует клинически незначимую дозировку какую-нибудь, также клинически незначимую форму выпуска — разнообразное покрытие с каким-нибудь контролируемым высвобождением. И, соответственно, после этого они имеют право и возможность поднимать цены. У нас есть примеры, когда в 10 раз цена увеличивается на миллиграмм активного вещества.

Если мы возьмём, к примеру, Украину. Страна с таким своеобразным, в принципе, государственным регулированием, но что касается медицинского регулирования, то оно, конечно, посовременнее, чем у нас, как ни странно это звучит. Может быть, сейчас там всё изменится, и они нас догонят в движении вниз. И я на это очень рассчитываю, поскольку есть всё-таки международная конкуренция, в том числе которая осуществляется через регуляторные механизмы, но тем не менее.

Когда мы посмотрели цены на Украине, то мы увидели, что все цены в той группе, которую мы смотрели, ниже. При этом там нет административного установления цены. Понимаете? И никакой регистрации цены там тоже нет. Очевидно, что там конкуренция лучше, чем у нас. Может быть, это от бедности, а у нас от богатства конкуренция не очень хорошо развита, тем не менее, мы считаем, что единственный способ создания условий для снижения цены, это вопросы конкуренции.

Конкуренция в лекарственном секторе очень затруднена, связано это с тем, что лекарства — особый товар. Соответственно, его потребительские свойства и качество устанавливаются в процессе регистрации. И, соответственно, в регистрационном досье, когда мы видим показания к применению и инструкции по применению, это и есть потребительские свойства и качество. Соответственно, до тех пор, пока уполномоченный орган не скажет, что вода — это вода, то две разных воды у нас будут

совершенно разными растворами. Понимаете, да? Несмотря на то, что для всех очевидно, что один и тот же раствор, он как бы одинаковый. И это тоже активно используется недобросовестными фармацевтическими компаниями.

Нельзя сказать, что они все сплошь недобросовестные. Они просто эксплуатируют слабость регуляторной системы, и это они делают на всех рынках, собственно говоря. У нас просто очень слабая регуляторная система. И этим пользуются компании. Соответственно, получают необоснованно высокие доходы. Часть этих доходов инвестируют в дальнейшую слабость регуляторной системы, в её разрушение для того, чтобы дальше чувствовать себя здесь лучше, чем все остальные, на всех остальных рынках.

Поэтому наша задача заключается в укреплении регуляторной системы последовательном и последовательном разрушении этих нагромождений — содержательных, псевдосодержательных, которые настраиваются и которыми нас пугают.

О поправках в федеральный закон № 61-ФЗ скажет представитель Минздрава, если придёт. Конечно, была проделана крупная, большая работа. Мы не полностью удовлетворены этой работой, хотя очень большое количество предложений, которые мы вносили туда, которые посвящены укреплению регуляторной системы и развитию конкуренции, были приняты, тем не менее, там есть часть вопросов, которые не приняты и на которые надо будет отвечать. Это в том числе разделение и регистрация лекарственных препаратов, проведение клинических исследований. У нас единственная страна, где эти два процесса неразрывно связаны друг с другом, и это создаёт большие проблемы и препятствия, прежде всего, для российских производителей.

Я знаю, что многие российские производители первую фазу проводят за границей, а не у нас в стране, именно потому, что они вынуждены при подаче разрешения на проведение клинических исследований подавать его сразу же в виде регистрационного досье — полноценного, с указанием уже всех существенных деталей, в том числе показаний к применению, инструкции и прочего. Это, конечно, система не очень хорошая. И необходимо, может быть, на площадке Государственной Думы вернуться к обсуждению этой всей истории. По крайней мере, мы в Правительстве

России эти возможности исчерпали. И этот вопрос остался нерешенным.

То же самое касается признания клинических исследований, которые проводятся за границей. Тем, у кого есть естественнонаучное образование, понятно, что люди в принципе в основных своих функциональных и биохимических характеристиках не отличаются, а вот то наше требование, оно как-то в разрез идёт с этим утверждением, которое лет 200 назад уже было в принципе доказано, и мы по-прежнему пытаемся требовать локальных клинических исследований. Хотя нам удалось, и мы вносили соответствующие поправки по лекарственным препаратам для лечения орфанных заболеваний — будут признаваться результаты международных клинических исследований, сокращаются сроки рассмотрения регистрации лекарственного препарата. Также мы договорились о том, что по упрощенной схеме будет регистрироваться первый воспроизведенный лекарственный препарат, который регистрируется после падения патентной защиты у инновационного лекарственного препарата.

Также очень важное решение, я прошу обратить на него внимание, это вообще одна из таких крупных побед, хотя она, может, и не показаться таковой. Мы договорились с Министерством здравоохранения, что мы вообще уберем из законодательства понятие «оригинальный лекарственный препарат», оно перестанет существовать, поскольку это понятие на 99 процентов обусловлено маркетинговыми целями и задачами и применяется исключительно в маркетинговых целях компаниями, которые пытаются таким образом, используя это понятие, получить дополнительное конкурентное преимущество. Практически нигде в зарубежной практике понятие «оригинальный лекарственный препарат» вообще не используется, используется понятие «инновационный лекарственный препарат». И понятно, что с падением патентной защиты и появлением воспроизведённых лекарственных препаратов этот лекарственный препарат является просто референтным, реверсным лекарственным препаратом, который зарегистрирован по полному досье и относительно которого идёт сравнение при регистрации воспроизведенных лекарственных препаратов. Это очень важный момент, который дает дополнительные возможности для российской фармацевтической

отрасли почувствовать больше свободы и получить больше возможности на российском же фармацевтическом рынке.

Что касается взаимозаменяемости. Мы очень долго спорили с Министерством здравоохранения и пошли им навстречу, так же, как и Министерство здравоохранения пошло нам навстречу, мы им благодарны за это. Мы договорились о требованиях к определению «взаимозаменяемые лекарственные препараты», эти требования будут в себя включать установление эквивалентности по активному веществу, установление эквивалентности по форме выпуска, установление эквивалентности по способу приёма, установление других эквивалентностей. Процедура, которую мы обсуждали, будет предполагать возможность компании в случае, если она не согласна с выводами эксперта, который делает соответствующие исследования, обратиться в арбитражные процедуры. Эти арбитражные процедуры тоже достаточно серьёзные, они включают в себя и арбитражную процедуру внутри Министерства здравоохранения, и арбитражную процедуру с участием Федеральной антимонопольной службы, поскольку это касается конкуренции, прежде всего. И, конечно же, это включает в себя в том числе и арбитражную процедуру внутри арбитражного процесса. И мы считаем, что мы совместно с Министерством здравоохранения, разработав эту процедуру, предусмотрели, в том числе и возможность защиты прав компаний, когда решается вопрос о взаимозаменяемости или невзаимозаменяемости лекарственных препаратов.

Вообще, в принципе мы вводим понятие «арбитражная экспертиза» и в процедуру регистрации лекарственного препарата. Это тоже было наше предложение. Министерство здравоохранения согласилось, мы им тоже благодарны за это. Так, впервые в нашей стране отношения между компанией, которая регистрирует лекарственный препарат, и регистрационным органом, становятся не такими ассиметричными, потому что до последнего момента есть судебная практика на эту тему — что бы ни написал регистрационный орган, какие бы он не написал удивительные и чудесные вещи с точки зрения науки и практики, суды не имели возможности пересматривать решения регистрационного органа, поскольку не предусматривалось вообще никаких арбитражных процедур. Арбитражных процедур не с точки зрения процедур

в арбитражном процессе, а я имею в виду какие-то лаборатории, которые могли бы анализировать те же самые аккредитованные данные, и чтобы суд мог использовать эти данные в своем процессе. Вот эти процедуры появляются в тех поправках, о которых будет говорить Елена Анатольевна (Максимкина. — *Прим. ред.*). Я просто буду говорить не обо всех поправках, а только о тех, которые мы считаем важными и которые были включены с нашей помощью.

И конечно, также с точки зрения качества эффективности и безопасности лекарственных препаратов мы внесли предложение, министерство приняло его. Суть в том, что Министерство здравоохранения должно будет установить правила надлежащей практики — и лабораторной, и клинической, и хранения, и перевозки лекарственных препаратов, и реализации — то есть все процедуры, которые предусмотрены для того, чтобы формировать качество не только в момент производства лекарственных препаратов, о чём говорил Михаил Альбертович (Мурашко. — *Прим. ред.*), и чтобы качество у нас поддерживалось, и процедуры качества поддерживались в процессе обращения лекарственных препаратов. И дополнительно нами предложена статья 9.1, связанная с контрольными полномочиями, которые будут сопровождать эту работу. У нас были разногласия с Министерством промышленности и торговли, с Министерством здравоохранения на эту тему. Потому что они предполагали немножко другие процедуры, выборочные и, на наш взгляд, менее эффективные. Но было совещание в правительстве. Ольга Юрьевна Голодец поддержала, и Министерство здравоохранения тоже поддержало более, на наш взгляд, системный подход, и мы рассчитываем на то, что депутаты в процессе работы также его поддержат. Там выстроена достаточно стройная система. Эта система включает в себя надзор и управление качеством не только на российских площадках, но и на международных площадках. Нами были найдены достаточно, на мой взгляд, изящные решения, когда иностранные компании, как и российские компании, при регистрации лекарственного препарата должны будут в регистрационное досье доложить добровольное согласие на проведение инспекции в случае, если возникают сомнения. Одновременно с этим мы вместе с Министерством здравоохранения расширили

основания для принятия решения о приостановлении регистрации лекарственного препарата. Вы знаете, что одна из проблем заключается в том, что сейчас у Министерства здравоохранения очень мало оснований для того, чтобы приостановить регистрацию лекарственного препарата или разрегистровать лекарственный препарат. Это, по-моему, единственное основание, связанное с опасностью применения лекарственного препарата. Это, конечно, очень смешно, потому что можно тогда, получается, использовать неэффективные лекарственные препараты, которые вроде как не признаются опасными, и не разрегистровать их.

В целом, количество оснований о приостановлении регистрации лекарственных препаратов увеличивается, и одним из оснований о приостановлении регистрации лекарственного препарата будет факт, если российскую инспекцию не пустили на международную производственную площадку, то, соответственно, в России автоматически будет приостановлена регистрация лекарственного препарата, который поступает с этой площадки. В случае если компания за 90 дней или за положенное число дней не выполнила предписаний российской инспекции, то, соответственно, регистрация также будет приостановлена. Если в течение года не выполнили предписания, то регистрация будет прекращена. Это достаточно суровые требования, но они вполне оправданы, и, соответственно, это вооружает, российский надзор и даёт ему возможности для того, чтобы обеспечивать не только качество, но и эффективность лекарственных препаратов. У нас впервые появляется основание... Не знаю, Елена Анатольевна (Максимкина. — *Прим. ред.*), может быть, дополнит меня, как это связано с вопросами эффективности. То есть мы в процессе мониторинга за обращением лекарственного препарата будем и должны будем фиксировать не только вопросы опасности, безопасности применения лекарственных препаратов, но также и эффективности лекарственных препаратов.

Есть ещё очень много предложений, которые были по нашему предложению включены в проект поправок, и Елена Анатольевна о них расскажет. В целом мы сейчас ожидаем, когда наконец-то поступят поправки в Государственную Думу из Правительства Российской Федерации. Я думаю, что в Госдуме будут очень большие выступления на эту тему.

Вот Владимир Григорьевич (Шипков. — *Прим. ред.*) сидит. Для него часть этих поправок, которые мы обсуждали, — очень сложные поправки, потому что они, в том числе включают в себя и вопросы ТРИПСа. И мы также в Правительстве России договорились, что мы не будем на себя брать какие-то чрезмерные, повышенные обязательства, которые мы на себя до сих пор брали, и Владимир Григорьевич выступал за то, чтобы мы ещё дальше пошли в этих повышенных обязательствах. Но мы посчитали, что российское правительство должно заботиться о российском производителе и выполнять все международные обязательства, но не более того.

Что касается вопроса создания единого федерального надзорного органа. Очень важный вопрос, но там нужно действительно говорить о собирании надзора.

Надзор за лекарствами, вы знаете, раздроблен между тремя органами. Соответственно, его нужно собирать в одном органе. Это процессы регистрации, лицензирования производства и надзора за обращением, за соблюдением всех правил. Должен быть внутри медицинского надзора надзор за медицинской деятельностью. Сейчас он раздроблен между... даже трудно посчитать, между каким количеством органов. Потому что он передан на уровень субъектов Российской Федерации. Значит, там вопросы лицензирования медицинской деятельности, за исключением федеральных центров. Каждый субъект формирует свою собственную практику, очень своеобразную, мягко говоря, и всё это не ведёт к улучшению качества оказания медицинской помощи.

Почему? Потому что получается конфликт интересов. Субъект Российской Федерации сам же является учредителем медицинских организаций, сам же является финансовым агентом, и сам же является лицензирующим органом. И если поступают жалобы какие-то на деятельность, то понятно, что он не может правой рукой отрубить себе кисть левой руки. Так? И в этом смысле это не очень хорошо.

Ну и что касается вопроса объединения. Действительно, можно рассмотреть вопрос объединения Росздравнадзора и Роспотребнадзора. Почему? Потому что деятельность пересекающаяся, полномочия в большинстве своём схожие. И тот,

и другой орган занимаются охраной здоровья населения. Более того, при лицензировании той же медицинской деятельности Роспотребнадзор участвует в этом, при лицензировании любой иной деятельности Роспотребнадзор участвует в этом. Да? То есть он практически наполовину участвует в любом медицинском надзоре, включая и обращение лекарственных препаратов. Потому что везде требуются санитарно-эпидемиологические заключения, везде требуется соблюдение гигиенических правил, и понятное дело, что лучше, когда это всё находится в одном месте, и предприниматели не мечутся между этими двумя органами, которые в принципе выполняют одну и ту же работу.

По медицинским изделиям очень большая проблема. Несмотря на то, что Михаил Альбертович (Мурашко. — *Прим. ред.*) очень оптимистично смотрит на это дело, похоже, возможности модернизации исчерпаны очень сильно, потому что отсутствует закон о медицинских изделиях. И часть практики, которой занимается Росздравнадзор, висит в воздухе. И в этом смысле необходим закон о медицинских изделиях. Он подготовлен, написан. Находится в Министерстве промышленности и торговли. Не понятно, почему не выпускается, не вносится в Государственную Думу.

Ссылки на Таможенный союз не состоятельны вообще. Потому что Таможенный союз не будет заниматься вопросами регистрации лекарственных препаратов никогда. Таможенный союз не будет заниматься вопросами обращения медицинских изделий никогда. Единственное, что может делать Таможенный союз, — выпустить технический регламент, а это очень малая часть, треть всего от содержания законопроекта.

По биологическим лекарственным препаратам, пункт 2 на странице 7, он, мне кажется, неактуален. Во-первых, потому, что эта тема уже разработана в рамках поправок в федеральный закон № 61-ФЗ и не требует особых каких-то изменений. Кроме того, мы сталкиваемся с тем, что компании, прежде всего иностранные, пытаются как-то обособить вопросы, связанные с биологическими лекарственными препаратами и представить их как божье откровение, которое Моисей получил на горе Синай и которое не может подвергаться какому-то анализу



и систематизации. На самом деле это не так. Международная практика говорит нам, что это вполне понятные вещи, и они решаются в рамках сравнительных клинических исследований, которые в принципе для такого класса препаратов и предусмотрены в поправках в Федеральный закон № 61-ФЗ. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо. Кстати, этот закон о медицинских изделиях был разработан в недрах Государственной Думы, если я не ошибаюсь, ещё в 1999 году.

Второе. Когда закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» пытались нам блоком внести, не рассматривая, а одной только статьёй весь закон... Нельзя так делать. Я считаю, что необходимо записать это в рекомендации в отношении закона о медицинских изделиях. Если мы по лекарственному обращению хоть спорим, а здесь вообще ничего нет, ничего не регулируется.

А теперь будем слушать Колотилову Ольгу Николаевну, директора Департамента развития фармацевтической и медицинской промышленности Минпромторга. Пожалуйста, Ольга Николаевна.

**Колотилова О. Н.** Спасибо. Давайте я начну тогда сразу про закон об обращении медизделий, потому что он был внесён.

Он внесён в Правительство Российской Федерации, но в связи с тем, что в комитете Таможенного союза принимался вопрос о разработке техрегламента по медизделиям, было дано поручение заместителем Председателя Правительства Российской Федерации о том, что надо отложить принятие этого закона до того момента, пока не будет принят вопрос о необходимости разработки техрегламента. Потому что наш закон был разработан с учётом того, что техрегламента не будет, а если всё же будет техрегламент Таможенного союза, то туда просто перейдут некоторые вопросы, которые тогда в закон «Об обращении медицинских изделий» в связи с дублированием не войдут.

Сейчас принято решение о том, что техрегламент будет, поэтому сейчас мы этот закон дорабатываем с учётом данного решения, и он будет внесён снова в Правительство Российской Федерации в ближайшее время.

Давайте я теперь расскажу о первых результатах ФЦП «Фарма-2020».

Вы знаете, что программа была принята в 2011 году. Вы знаете, что есть два мероприятия в части лекарственных средств — это разработка лекарственных средств по перечню ЖНВЛП. И вы знаете, что есть Указ Президента Российской Федерации о том, что к 2018 году в Российской Федерации должно быть обеспечено производство 90 процентов лекарственных средств российского происхождения по перечню ЖНВЛП.

На сегодняшний день этот показатель достиг 65 процентов. В рамках ФЦП было объявлено по ЖНВЛП 106 государственных контрактов, и ещё в этом году будет объявлено 25. И мероприятие будет закончено в части новых конкурсов, и будет проводиться доработка тех тематик, которые уже были разыграны. Поэтому в этой связи очень плотно встаёт вопрос о прохождении регуляторных процедур в Министерстве здравоохранения, а именно вопросы регистрации и вывода на рынок. Вы знаете, что подготовлены поправки к федеральному закону № 61-ФЗ для того, чтобы облегчить прохождение этих процедур, Елена Анатольевна (Максимкина. — *Прим. ред.*) о них расскажет более подробно, не буду о них говорить.

В целом по ФЦП. С 2011 года было объявлено 710 госконтрактов, из них 610 — по лекарственным средствам и 100 — по медизделиям.

Какие шаги ещё предприняты министерством в части защиты отечественной фармпромышленности? Недавно вышел приказ об условиях и критериях, в соответствии с которым лекарственные средства, произведённые на территории Российской Федерации с использованием компонентов иностранного происхождения, могут быть отнесены к лекарственным средствам российского происхождения. Приказ подписан в феврале, с февраля находится на регистрации в Минюсте.

К лекарственным средствам российского происхождения отнесены лекарственные средства, производимые при следующих стадиях технологического процесса, — это операция «Образование молекулы действующего вещества, субстанции». Вы знаете, что многие предприятия очищают фармсубстанции, очистка не будет считаться тем процессом, который говорит о российском происхождении.

Дальше. «Производство готовой лекарственной формы и первичная упаковка до 1 января 2015 года».

В отношении фармсустанции. Сейчас прорабатывается вопрос о включении дополнительного мероприятия в ФЦП по поддержке, разработке и технологии производства фармсустанций.

Также был подготовлен проект постановления об установлении сроков перехода производства лекарственных средств к их производству в соответствии с конкретными требованиями правил GMP. При проработке данного вопроса в Правительстве России было принято решение о нецелесообразности принятия этого постановления в такой редакции. Сейчас мы прорабатываем вопрос о том, чтобы внести изменения в закон «О лекарственных средствах», для того чтобы была возможность принятия подобного постановления всё же для отнесения перехода по тем лекарственным средствам, которые входят в перечень госпитальных закупок, например, вакцин.

Что касается усиления контроля, мы полностью поддерживаем инициативы. Мы видим, что нужно как-то закрывать границы в части того, что надо устанавливать при ввозе лекарственных средств соответствие правилам GMP, и для регистрации новых лекарственных средств также нужно устанавливать требования к GMP, тем самым просто давать развиваться предприятиям, которые вкладывают в собственную модернизацию.

Ну, вот, собственно, это, наверное, вкратце всё.

**Председательствующий.** Ну, здесь тогда вопросы будут.

Я уже говорил, цель сегодняшнего «круглого стола» проста: как у нас обстоят дела с обещаниями? К 2020 году обещали, по-моему, что будет 90 процентов отечественных препаратов.

**Колотилова О. Н.** Отечественных препаратов в целом на рынке 50 процентов.

**Председательствующий.** К 2020, я сказал, да. К 2020 году 90 процентов.

**Колотилова О. Н.** По перечню уже ЖНВЛП.

**Председательствующий.** Да, да, совершенно верно. Собственно говоря, нас сейчас беспокоит, что ситуация обостряется санкциями, а лекарственная отрасль у нас довольно импортозависимая. Три года прошло, осталось шесть лет. Первый вопрос. На сколько процентов уже сейчас производится отечественных препаратов?

Второе. По субстанциям. Ведь это важнейший аспект, потому что упаковывать — ума много не надо. Привозят, распаковали и так далее. Что у нас с субстанциями творится?

Третий вопрос. По научно-исследовательской работе. Какой процент из всех выделенных ресурсов тратится на научно-исследовательскую работу, начиная с молекул, сколько, допустим, у нас новых препаратов сделано, сколько в работе у нас сейчас идёт? То есть нужна определённая конкретика, что будет делаться. Потому что если сейчас возникнут какие-то проблемы, и нам перекроют, допустим, поступления субстанций или что-то ещё, как мы будем выходить из этого?

И ещё. Дороговизна лекарств. Мы уже об этом говорили, она колоссальная. Суть программы «Фарма-2020» и была в том, чтобы препараты были дешевле.

**Колотилова О. Н.** Да, спасибо.

То, что касается 90 процентов к 2020 году, а вернее к 2018 году, то сейчас мы обеспечиваем уже 65 процентов выпуска по номенклатуре.

Если говорить о том, что нужно принять какие-то механизмы для того, чтобы повысить именно процент в госзакупках, то Минпромторг внёс предложение выпустить Постановление Правительства о том... как мы его называем, третий лишний. Если на торги приходит два российских препарата, то иностранец не допускается к торгам. Проанализировав структуру госзакупок по ЖНВЛП, мы видим, что можем поднять в госзакупках процент с 23 до 35 уже сейчас, при введении такого механизма.

По субстанциям. Надо развивать свои фармсубстанции. И мы видим, что вообще с момента введения ФЦП уже есть те ростки по фармсубстанциям, которые можно поддерживать в дальнейшем. И промышленность уже поворачивается как раз лицом именно к производству фармсубстанции. Вы знаете, что в советское время у нас была, в общем-то, фармпромышленность, которая выпускала именно фармсубстанции. Понятно, что мы можем выпускать сами фармсубстанции, и всё же мы восстанавливаем фармпромышленность потихоньку. Я, конечно, не думаю, что мы сможем тягаться с Китаем по цене на крупнотоннажных производствах, но я считаю, что государство должно поддержать именно те немногие ростки, которые сейчас возникают.

**Председательствующий.** В принципе производство субстанций имеет стратегическое значение.

**Колотилова О. Н.** Конечно. Но даже притом что, конечно, если даже Запад введёт какие-то санкции, то всё равно субстанции

мы получаем из Китая. Я не думаю, что Китай с нами прекратит торговлю. Но то, что нужно развивать своё производство, — это всем понятно. Прорабатываются вопросы включения дополнительного мероприятия в ФЦП. И прорабатывается вопрос о преференциях, потому что, собственно, вопрос проработан был с Минэкономразвития о том, что по лекарственным формам предоставлять преференцию в 15 процентов и по субстанциям — в 40.

Но в Минэкономразвития пока включили пункт только по лекарственным формам, 15 процентов оставили. Причём этот приказ по преференциям выйдет сроком действия на два года, потому что было понятно, что надо его растянуть по времени, чтобы посмотреть, как он работает. Ведь раньше в Минэкономразвития его каждый раз принимали где-то к середине года, когда уже все торги были проведены.

Но понимание, что для производителей субстанций преференция должна быть выше, есть, и позиция согласована с Минэкономразвития. Поэтому в дальнейшем мы будем двигаться в этом направлении.

**Председательствующий.** Спасибо.

Слово предоставляется Максимкиной Елене Анатольевне, директору лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России. Пожалуйста, Елена Анатольевна.

**Максимкина Е. А.** Спасибо, Николай Фёдорович.

Я буду очень краткой, потому что здесь, в общем-то, сидят люди, с которыми мы уже работаем почти два года, в том числе над законопроектом, о котором Тимофей Витальевич (Нижегородцев. — *Прим. ред.*) говорил. И он в общем-то, рассказал о самых главных новеллах, которые войдут в законопроект. И я вам могу сказать только несколько слов, что мы очень ждём, когда уже законопроект поступит в Государственную Думу. И очень благодарны всему фармацевтическому сообществу, которое взвешенно и очень ответственно отнеслось к документу, который разрабатывается.

Более того, могу сказать, что, я считаю, бизнес в какой-то степени даже взял на себя повышенные обязательства, предъявляемые к тому качеству продукции, которое будет регистрироваться и доходить, надеемся, именно в таком же виде, неизменном, благодаря

тем же правилам, которые будут приниматься в целом по товаро-проводящей цепочке.

Я только несколько слов ещё, помимо этого, хочу сказать про нормативно-правовой акт, который не поступит в Государственную Думу, но тем не менее будет напрямую влиять на выполнение программы «Фарма-2020». Как раз Николай Фёдорович (Герасименко. — *Прим. ред.*) спросил Ольгу Николаевну (Колотилову. — *Прим. ред.*) по поводу того, какой процент российских отечественных препаратов будет обеспечиваться в рамках основных препаратов или препаратов, которые теперь находятся у нас в перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Конечно, многие бы думали, что можно было пойти по тому пути, что оставить, например, в перечне только отечественные препараты, и тем самым вообще программа будет выполнена. Но, тем не менее, мы понимаем, что есть препараты, которые просто жизненно необходимы любому пациенту по тем или иным показаниям. То есть если для кого-то жизненно необходимым является один препарат, то для другого с его заболеванием этот препарат является другим.

Все имели возможность увидеть нормативно-правовой акт. Это постановление по формированию основных перечней, касающихся и препаратов ЖНВЛП, и препаратов по высокочувствительным нозологиям (закупки), и по программе ОНЛС в том числе. Поэтому подходы будут примерно одинаковые.

Вы увидели, что в любом случае мы пытаемся совместно с заинтересованными органами, с профессиональным сообществом найти качественным характеристикам количественные, то есть сделать именно квалиметрическую оценку. Попробовали уже оценить те документы, которые подавались ранее по перечням и внесению. Видели ту небрежность, с которой подавалась непереверждённая документация, где очень тяжело было оценить действительно описанные эффекты или побочные действия. То есть сейчас все увидели, что, во-первых, это должна быть документация, подготовленная и заверенная заявителями на русском языке, в которой легко было бы идентифицировать те критерии, по которым проводилась оценка эффективности, безопасности лекарственного препарата, на каком уровне проводилась

фармако-экономическая оценка. Потому что мы хотим реально увидеть и сравнить препараты, которые будут являться для наших пациентов основными.

И спасибо за то, что сегодня начали с конгресса «Человек и лекарство». Целую неделю будет проходить этот замечательный форум. Очень много вопросов, которые в настоящее время связаны с лекарственным обеспечением. В том числе обсуждается и тот законопроект, который поступит...

Законопроект требует детальной проработки, в том числе в отношении отдельных процедур. И даже некоторые моменты, которые сегодня Ольга Николаевна (Колотилова. — *Прим. ред.*) озвучила. И там потребуется внесение, касающееся субстанций. Он, например, затронул чуть-чуть вопрос, с которым заходила ассоциация Олега Сергеевича Руденко. Это как раз то, что очистка не будет признаваться технологической стадией. Тогда это к вашим вопросам по поводу камфоры и других. То есть тогда мы должны будем требовать, чтобы химическое сырьё, которое заходит на предприятие, тоже готовилось в условиях GMP или в условиях (если говорить о названии нашего документа) соответствия производства, организации и контроля проверки его качества. Поэтому это тоже интересная дискуссия, и нужно быть здесь очень внимательным в отношении новелл.

Опять поднимается вопрос по поводу признания международных клинических исследований. Но я ещё раз хочу подчеркнуть, что и действующий закон не закрывает возможности признания клинических исследований на основании, в том числе, двухсторонних договорённостей.

Зарубежные компании очень хорошо ориентируются в поведении. Надо отдать должное, зарубежные компании научили нас очень многому: работать, в том числе как нужно работать, как организовывать многие процедуры. И поэтому я думаю, что для них тоже есть вполне очевидные вещи, которые позволяют им выстраивать стратегию поведения на любых рынках, в том числе и на российском рынке. Это касается и проведения МКИ, это касается и локализации, к которой открыта Российская Федерация. И, я думаю, такую политику правильно проводят все страны.

В том числе мы неслучайно поддержали и многие инициативы, которые абсолютно правильно были озвучены Федеральной

антимонопольной службой, касающиеся, с одной стороны, поддержания новаторов, тот же шестилетний период «data exclusivity», пока он не закрывается. Но, с другой стороны, он позволяет его оптимизировать, когда в рамках уже действующих эксклюзивных последующих прав на инновационный препарат можно начинать процедуры регистрации уже последующих воспроизведённых лекарственных препаратов. И я думаю, ни для кого не секрет, что все страны сейчас в этом направлении проводят политику. Я считаю, что мы движемся в правильном направлении, потому что здесь прерогативой должно быть, прежде всего, понимание бизнесом приоритета пациента. То есть каждый человек должен иметь право на здоровье. Все экономики имеют разные возможности финансирования этого здоровья. И поэтому здесь приоритеты как финансовой доступности, так и доступности с точки зрения получения более быстрой доступа к инновациям, должны быть прежде всего во главе угла у государственных органов. А если какие-то есть предложения, мы к этому открыты.

Вы знаете, что у нас внесение изменений в некоторые законодательные документы будет связано ещё с тем, что в рамках стратегии лекобеспечения будут проводиться пилотные проекты. Мы, естественно, будем обращаться с тем, чтобы некоторые изменения внести, потому что сейчас, например, возникла ситуация для нас немножечко неожиданная. Уже полтора года назад все знали, что мы вносим изменения в статью 61, касающуюся изъятия прямой нормы по ценообразованию цен производителей. Но теперь есть обращение Федеральной службы по тарифам в Правительство Российской Федерации о том, что они, возможно, не согласятся с этой ситуацией и просят, чтобы это норма, погружённая в федеральное законодательство, осталась. Хотя данное изменение было связано тем, что она принималась на общей межведомственной группе в Минэкономразвития. Мы считаем, что действующая методика нуждается в обсуждении в профессиональном сообществе. Её можно пока и в таком виде оставить на уровне постановления. Но, тем не менее, мы видим, какие просчёты есть в ценообразовании, когда у нас цены в рамках одного международного непатентованного наименования разнятся в 60 раз! Федеральная антимонопольная служба как раз проводила такое исследование.



Более того, мы имеем факты, когда у нас воспроизведённые препараты зарегистрированы по цене более высокой, чем препарат-инноватор, чего тоже в мировой практике нет. Конечно, мы должны обращать на это внимание, потому что ценовая доступность тоже является достаточно значимым фактором. Что касается законопроекта об обращении медицинских изделий. Для нас этот законопроект тоже является очень важным, потому что он позволяет решить ряд проблем, связанных с ценообразованием на перечень имплантируемых медицинских изделий, решить ряд вопросов, связанных с регистрационными процедурами.

Поэтому, безусловно, уровень нормативно-правовых актов, таких, как постановления, ведомственные приказы, — это неплохо. Но это недостаточно, потому что, безусловно, необходим документ федерального уровня, от которого мы могли бы уже принимать те решения, которые связаны с рядом задач, озвученных сегодня. Я готова ещё раз зафиксировать то решение, которое будет принято по результатам «круглого стола». Даже несмотря на то, что, может быть, Владимир Григорьевич (Шипков. — *Прим. ред.*) скажет, что мы на это не обращаем внимания. Мы обращаем внимание на многие моменты, которые озвучиваются. Но всё равно как на встрече, например, с ассоциацией Соединённых Штатов, мы говорим, что мы всё слышим, мы замечаем, но принимаем решение мы сами. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо.

Елена Анатольевна, скажите, пожалуйста. Мы правильно понимаем, что процедура регистрации будет упрощена и будет всё-таки проходить в разумные сроки? Потому что основные нарекания были на длительную процедуру регистрации.

И второе. Действительно, у нас одни из самых дорогих в Европе лекарств. Всё-таки будет снижение цены на лекарства?

И по медицинским изделиям тоже совместно. Отсутствие закона порождает такое Постановление Правительства, которое готовится, когда нет закона о медицинских изделиях, готовится проект постановления, который определяет, что закупать, что не закупать по перечню медицинских изделий.

Закон об обращении лекарственных средств мы тоже ждём. Он где находится сейчас и когда он будет внесён в Государственную Думу?

**Максимкина Е. А.** Николай Фёдорович (Герасименко. — *Прим. ред.*), он находится в Правительстве России. Он не на согласовании, он находится уже в Правительстве России, потому что урегулированы разногласия во время совещания у Ольги Юрьевны Голодец, и нами направлено письмо о том, чего именно касались эти процедуры урегулирования. Мы очень надеемся, что по результатам протокольного решения и того письма, которое было направлено, он уже будет рассмотрен в Правительстве России и поступит в Государственную Думу.

**Председательствующий.** Это в весеннюю сессию произойдёт или нет?

**Максимкина Е. А.** Мы очень на это надеемся. Потому что это законопроект, который мы давно ждём. А то, что говорили по поводу упрощения, я всё-таки не была бы так настроена, что будут прямо какие-то глобальные упрощения процедуры. То есть процедура только для некоторых препаратов предполагает ряд оптимизационных процедур, это касается регистрации препаратов для лечения орфанных заболеваний. Кроме того, там процедуры оптимизационного характера, которые касаются воспроизведённых лекарственных препаратов химической природы. Действительно, мы уже сможем принимать реально на основе законопроекта данные, в том числе литературные, а не так, как сегодня — в приказе есть отсылочная норма, что могут приниматься к зачёту и литературные данные, особенно это касается доклинических исследований. Есть ряд препаратов, которые не требуют определённых условий проведения той же биоэквивалентности, поэтому есть только некоторая группа, у которой ускоренная экспертиза будет проводиться, только для орфанных препаратов мы предусматриваем принятие ко вниманию международных исследований, учитывая, что и когорта пациентов незначительная, поэтому уже даже проведённые вне Российской Федерации в условиях надлежащей лабораторной практики клинические исследования будут приниматься во внимание и не требовать последующего проведения локальных процедур.

В остальном очень многое будет зависеть, в том числе от разработчиков. К сожалению, я думаю, конечно, встанут проблемы у разработчиков Федеральной целевой программы «Фарма-2020», чтобы уложиться в те сроки, которые там прописаны. Потому

что если говорить обо всех стадиях, которые необходимо провести, особенно, если это касается первой и четвёртой, то сроки, которые там прописаны, очень напряжённые. Они ведь связаны с тем, чтобы набрать необходимое количество пациентов. Кроме того, сами клинические исследования не входят в сроки регистрационных процедур, то есть на это время процедура регистрации приостанавливается.

Было такое предложение, которое пока не нашло отражения в поправках, но я обращалась ко всему профессиональному сообществу — продумать такое предложение, что когда во время клинических исследований на крайних фазах (третьей и четвёртой) при последующем доборе пациентов есть уже фактор, когда идут одни и те же результаты, то возможно уже в это время подавать документы с доведением клинического исследования на продолжающуюся регистрационную процедуру, которая касается уже подтверждения качества.

Я надеюсь, что этот вопрос прорабатывается, потому что мы были бы готовы. Такие регуляторные прецеденты есть в мировой практике, то есть когда уже на крайних фазах клинических исследований, когда уже дополнительный набор пациентов не даёт новых результатов и не меняет картинку статистически, идут продолжающиеся регистрационные процедуры. Я думаю, что сейчас это внимательно прорабатывается в сообществе, мы готовы это обсудить, с экспертами ещё раз проработать, потому что это очень важный момент.

**Председательствующий.** Там посмотрим. И значит, Людмила Вячеславовна, один вопрос у вас есть. Да?

**Козлова Л. В.** Да, у меня вопрос. Но я не с него хотела задать, но по поводу вот последнего. Я полностью согласна, что нельзя упрощать регистрацию, это может привести к печальным последствиям. Я много лет сама занималась клиническими испытаниями, и знаю, что это такое, а тут ещё вот эта фраза меня просто удивила, мягко я скажу, что стоит вопрос о возможности использования результатов международных клинических исследований на биоэквивалентность при подаче регистрационного досье определения взаимозаменяемости биологически лекарственных препаратов. Этого нельзя делать, на мой взгляд.

А вопросы у меня такие. Скажите, пожалуйста, я не знаю, к вам ли этот вопрос, Елена Анатольевна (Максимкина. — *Прим. ред.*), или к Ольге Николаевне (Колотиловой. — *Прим. ред.*). Когда мы будем иметь собственные вакцины, желательно комбинированные? Реально — через пять лет, допустим, шесть? Можно ответить на этот вопрос? Я ставила его перед производителями и так не получила чёткого ответа.

**Максимкина Е. А.** И Минпромторг хорошо осведомлён, потому что производство является их прерогативой, а у нас уже есть собственное производство вакцин, в том числе и поливалентных вакцин. Кроме того, у нас и локализация производства вакцин есть. Есть вопрос по некоторым поливалентным вакцинам в регистрационных рамках, по клиническим исследованиям, но мы этот вопрос проработаем.

**Козлова Л. В.** На производство вакцин уходит от восьми до десяти лет. Комбинированных пока не было. И ещё последний. Когда мы будем готовы иметь свои препараты, большинство которых входит в перечень жизненно важных лекарственных препаратов? И что для этого надо?

**Максимкина Е. А.** Но Ольга Николаевна (Колотилова. — *Прим. ред.*), во-первых, уже ответила на этот вопрос. Что уже есть 60 процентов. Они уже готовятся. Мы в прошлом году стали свидетелями открытия нескольких современных производств, которые работают, в том числе по полному циклу, по препаратам, которые входят в перечень жизненно необходимых и важнейших, и это не простые химические препараты, это сложные препараты. У нас для этого есть все возможности.

**Козлова Л. В.** Которые все фазы прошли? И регистрационные?

**Максимкина Е. А.** И регистрационные, да. Это зарегистрированные препараты. Есть представители предприятий, которые сидят в этом зале. Это действительно производство современного уровня, международного уровня. И я, например, считаю, что это не то, что мечта о будущем, — это реалии, которые уже есть на сегодняшний день. И то, что конкуренция обострилась между производителями отечественными и зарубежными, мы это реально видим. То есть, если раньше мы говорили о том, что наши производители являются только последователями и конкурируют на уровне бывших стран СЭВ, то на сегодняшний момент мы можем

сказать, что у нас есть очень хорошие заделы, у нас работают теперь исследователи на двух площадках — в Гарварде и в наших ведущих организациях.

**Козлова Л. В.** А какая поддержка оказывается нашим производителям?

**Максимкина Е. А.** Вот Ольга Николаевна (Колотилова. — *Прим. ред.*) точно может сказать, там есть серьёзные гранты, Ольга Николаевна даже может озвучить примерно суммы, которые на это направляются.

**Председательствующий.** Ольга Николаевна пока озвучит. Вы не ответили на мой вопрос: какие ресурсы в программе на научные исследования по новым препаратам, и сколько новых препаратов, начиная с создания молекулы, сейчас находится в разработке?

**Колотилова О. Н.** В целом вся ФЦП предусматривает 180 миллиардов рублей, из них 120 миллиардов — это бюджетные средства, с 2011 по 2020 год. На НИОКРы приходится две трети работ, и одна треть — это государственные капитальные вложения, которые тратятся или на модернизацию государственных компаний, или на компании со стопроцентным государственным участием, или на модернизацию научно-технической базы вузов и создание на базе вузов центров развития, центров по разработке новых лекарственных средств и медицинских изделий.

**Председательствующий.** Вот именно конкретно по новым препаратам — есть или нет?

**Колотилова О. Н.** По новым препаратам есть целая группа мероприятий, в неё входят четыре мероприятия: это доклинические исследования лекарственных средств, клинические исследования лекарственных средств, трансфер разработок и разработки технологических платформ. На доклинику предусмотрено 33 миллиона бюджетных средств, это на каждый проект, на клинические исследования — 48, на трансфер — 150, причём трансферится именно молекула, которая здесь дорабатывается в части доклинических и клинических исследований, и технологическая платформа — 175 миллионов рублей.

**Председательствующий.** Сколько молекул находится в разработке?

**Колотилова О. Н.** Сейчас всего уже разыграно в районе, наверное, по новым технологиям 400 контрактов, из них 45 проектов

закончено, и документы сданы на государственную регистрацию. 45 молекул сданы на государственную регистрацию.

**Председательствующий.** Спасибо. Уважаемые коллеги, переходим теперь к выступлениям. Теперь я уже жёстко буду прерывать докладчиков. Просьба — пять минут.

Первое слово предоставляю члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья, председателю подкомитета по обращению лекарственных средств, развитию фармацевтической и медицинской промышленности Комитета по охране здоровья Тумусову Федоту Семёновичу. Пожалуйста.

**Тумусов Ф. С.** Добрый день, дорогие друзья. Здесь, конечно, сидят все профессионалы. И мы все с вами представляем всю сложность ситуации, в которой мы с вами находимся. Но в то же время у меня складывается такое впечатление, что в вопросах обеспечения качества или создания новой государственной системы контроля за обращением лекарственных средств у нас не совсем понятная и не совсем хорошая ситуация. На всех стадиях обращения контроль разрознен, и давно звучит уже предложение о том, чтобы создать единый орган государственного контроля. Но самое главное — то, что эта мысль всеми овладела, и сейчас надо, когда законопроект наконец-то поступит в Государственную Думу, чтобы обязательно мы в него эти положения таким-то образом записали.

Второй момент — это инспекторы. То, что на рынке ходят мягко говоря, некачественные фармсредства, — это все знают. И все знают, кто этим занимается, как это делается. В то же время мы как будто делаем вид, что этого не происходит. И в итоге мы, естественно, получаем не то лекарство, которое хотели бы получить. Один из таких действенных механизмов, который применяется в мировой практике, — это инспекторы. И институт инспектората обязательно должен быть тоже прописан в предлагаемом законопроекте. Я думаю, что сегодняшний наш разговор — последний наш разговор перед реальным обсуждением законопроекта, когда будет реально приниматься решение по той или иной формулировке, поэтому мы ещё в будущем начнём более плотно с вами работать. Я на этом закончу свое выступление. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Федот Семёнович.

Слово предоставляется члену Комитета по охране здоровья Петрову Александру Петровичу, имеющему большой опыт в производстве.

**Петров А. П.** Добрый день, уважаемые товарищи! Слушал я сегодня выступающих, и у меня такие уже две позиции сложились. Мы, конечно, можем долго пытаться представителей правительства, сколько молекул создано, но я, с другой стороны, сразу задаю вопрос: а что мы сами сделали для этого, чтобы помочь представителям правительства? Это первое.

И второе. Мы действительно подготовили большую программу «Фарма-2020». Её основная задача — всё-таки пациент и лечение качественными препаратами, это одна сторона дела. И вторая задача — это лекарственная безопасность Российской Федерации, которая в сегодняшней ситуации становится не менее приоритетной для обеспечения в чрезвычайных ситуациях и в других прочих ситуациях «вежливых граждан».

Поэтому я бы хотел остановиться в своем коротком выступлении на трёх аспектах программы «Фарма-2020», как бывший промышленник от фармацевтики. Что мы должны сделать в области стимулирования разработки и производства инновационных лекарственных препаратов? Когда мне говорят, а какие налоговые льготы? Их масса. Прежде всего, это особые экономические зоны, где льготы очень крупные. Есть особые экономические зоны, в которых освобождение от налогов практически на 10 лет по всем видам налогов. Второе — это НДС, не надо забывать. И третье, что очень важно, — это технопарки и кластеры, куда направлено серьёзное финансирование по льготированию.

Какие должны быть инструменты компенсации? Я против того, чтобы просто раздавать деньги, которые потом с научным результатом ложатся на полку. И таких исследований очень много. Я думаю, что их большинство. Я за то, чтобы прикладная наука работала только с бизнесом или с государственным финансированием от производства, и она получала финансирование на компенсаторной основе: сделал проект, бизнесмен, — получи частичную компенсацию от государства. Сделал проект, ты брал кредиты — получи в виде компенсации части процентной ставки в российских кредитных учреждениях. Вот это должно быть как Отче наш в нашем законодательстве по системе стимулирования.

Кроме того, если говорить о разработке лекарственных препаратов, есть сравнительные данные. Я цифру сегодня увидел и удивился: на разработку одного нового лекарства за рубежом одна усреднённая фармкомпания тратит 1,38 миллиарда долларов — это очень большая цифра. Я думаю, ни у кого в России такого не тратится ни у кого.

Да, если новая молекула, я это понимаю. Но мы говорим о российском фармрынке сегодня, и нам нужно сделать на нём несколько очень серьёзных телодвижений. Прежде всего, мы должны дать чёткий и ясный сигнал зарубежным фармпроизводителям: ребята, локаливайтесь с Российской Федерацией. Мы должны предусмотреть механизмы в нашем законодательстве по локализации — чёткие, ясные, простые, понятные, которые завлекли бы инвестора, не ограничивали его в правах, но, в том числе, и стимулировали его. Мы должны им сказать о том, что нужны RND-центры, и эта позиция развивается, у нас в кластерных программах это идёт, но нам нужно выстроить это на государственную основу, систему стимулирования и локализации иностранных фармпроизводителей.

Второй чёткий и ясный сигнал нужно дать, нужно собрать нам, подготовить такой материал и решить, или законодательно, или подзаконным актом: ребята, перестаньте играть с ценой на лекарства в Российской Федерации, хватит. Потому что цены за пределами. Сравниваем с другими странами, даже по входящей цене по ГТД (по грузовым таможенным декларациям) цены значительно превышают цены этих же производителей, когда они их завозят в другие страны. Я понимаю, что существует ситуация, и ФАС должен заняться ценовым сговором в этом отношении против таких компаний.

Кроме того, если говорить о совершенствовании системы по регистрации, конечно, это очень болезненный вопрос, потому что изменение системы повлекло резкое снижение зарегистрированных российскими фармпроизводителями лекарственных препаратов. Это факт. И нам нужно действительно устранить избыточные административные барьеры. Поправки в федеральный закон № 61-ФЗ должны придти в Государственную Думу. Но я думаю, что мы должны остановиться на нескольких вопросах.



Прежде всего, явно, когда эксперт является анонимным, а даже в суде в Российской Федерации у нас все стороны не анонимные, это приводит к очень серьёзным последствиям. Нужно ограничить возможность эксперта энное количество раз возвращать документы на доработку.

Второе. Государство должно дать ясную и чёткую форму, по которой должно разрабатываться, и эксперт не имеет права менять даже запятые. Кроме того, нужно обеспечить доступ к эксперту при исправлении, и определить, что такое есть критические замечания, а что можно отнести к замечаниям, которые можно исправить после доработки этого регистрационного досье. Мы не зря говорим о системе GMP, там всё это чётко прописано. Вот Надежда Константиновна (Дараган. — *Прим. ред.*) несколько лет положила на эту систему и разрабатывала её в составе межведомственной группы, там это чётко прописано.

Следующее, клинические базы. Нам нужно перестать раздавать налево и направо лицензии для проведения клинических испытаний. Я знаю такой факт, что 11 клинических баз по противовирусному лекарству по гриппу в этом году не нашли ни одного случая гриппа. Меня это удивляет. В России, видимо, гриппа нет вообще. За всю зиму не нашли. Поэтому над этим тоже надо думать.

И последнее. По экспорту российских препаратов. Здесь нужно начинать с головы. Есть Указ Президента: 15 процентов лекарственных препаратов российского производства по экспорту мы должны достигнуть. Нам нужно начать с головы. У нас не правильно, и это абсолютно объективно, ВОЗ никогда не признает, нам нужно создать единый орган, и нам это нужно записать в решении «круглого стола», что согласно рекомендациям и требованиям ВОЗ мы должны такой орган создать, у которого будут объединены шесть функций. И не надо нам этого бояться. Сегодня Минпромторг, Минздрав, Росздравнадзор... Я не за то, что именно Росздравнадзор, но мне кажется, более логично, что Росздравнадзор должен эти функции объединить. Но в любом случае такой орган должен быть. Тогда ВОЗ с нами начнёт работать. Иначе экспорта не будет, мы этой цифры не достигнем. Почему правительство это не понимает, я это себе не представляю.

Спасибо за внимание.

Есть ещё масса вопросов, но вот это основное, что я хотел сказать.

**Председательствующий.** Спасибо. Александр Петрович.

Слово предоставляется нашему коллеге, заместителю председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике, профессору Козловой Людмиле Вячеславовне. Пожалуйста.

**Козлова Л. В.** Коллеги, я вообще не задержу ваше внимание очень долго. Почему? Потому что очень мне понравилось, большое спасибо, Александр Петрович (Петров. — *Прим. ред.*). Я сидела рядом с коллегой, как раз показала ей, что я написала. И сегодня у нас было заседание экспертного совета по здравоохранению, где мы говорили о вакцинопрофилактике. И там же я сказала в ответ на поддержку отечественных производителей: да, поддержка должна быть, но она должна иметь отдачу в виде эффективности, доступности и качества. Тут, правильно, деньги нельзя разбазаривать.

Но в это же время меня удивило следующее: коли государство вкладывает деньги, должно быть регулирование цен. Задали мне вопрос, я, кстати, не готова ответить была на него. Сегодня сказали, что вот, понимаете, почему растут цены на наш отечественный туберкулин, причём растут без всякой регуляции государственной, хотя вклад был государства в производство большой? Поэтому безопасность, эффективность, качество, государственное регулирование цен и, конечно, я повторяю, только разумное регулирование или разумное упрощение регистрации.

Я обеими руками за контролирующий надзорный орган за обращением лекарственных средств и медицинских изделий. Это, мне кажется, не может вызвать никакую реакцию однозначно, кроме согласия.

Я искренне благодарю за сегодняшний «круглый стол» организаторов, потому что и сама получила определённую информацию и убедилась в том, в чём, в общем-то, испытываю уверенность. И, конечно, благодарю тех, кто занимается производством. Я искренне надеюсь, что мы будем иметь действительно хорошие, конкурентоспособные отечественные препараты. Нужны, законодательные акты, пердусматривающие наказание за сознательное, допустим, распространение некачественных субстанций, вот это законодательно надо принять, а то мы всё знаем и сидим, и никакой реакции, а кто-то продолжает это использовать. Вот то, что я хотела сказать.

**Председательствующий.** Спасибо, Людмила Вячеславовна.

Так, теперь я предлагаю послушать Дмитриева Виктора Александровича, генерального директора Ассоциации Российских фармацевтических производителей. Как обстоят дела реально по выполнению «Фарма-2020»? Пожалуйста.

**Дмитриев В. А.** Спасибо. Уважаемый Николай Фёдорович (Герасименко. — *Прим. ред.*), уважаемые коллеги!

Тема нашего «круглого стола» заявлена как «Нормативно-правовые аспекты реализации «Фарма-2020». Я не буду говорить, насколько для нас и стратегия, и ФЦП важны, даже, несмотря на то, что стратегия принята ведомственным приказом, а не Постановлением Правительства, как мы это ждали. Но, тем не менее, для нас это определённый вектор, куда стремиться, на что ориентироваться, с кого спрашивать и к кому бежать, если возникают проблемы.

Одним из краеугольных камней в этой стратегии был заложен вопрос перехода отрасли на стандарты GMP. В прошлом году мир отметил 50-летие существования GMP. Мы надеялись, что 2014 год мы встретим также в клубе любителей этих трех букв. Но с 1 января формально, по закону, мы должны были перейти в полном объёме, но реально это, в общем, не произошло, это надо честно признать. Есть масса и объективных, и субъективных причин, сейчас, наверное, об этом говорить не будем. Я хочу сказать, что рабочая группа участников рынка, в которую вошли представители фактически всех отраслевых объединений, сегодня подготовила проект «дорожной карты», мы в ближайшее время его направим в правительство, где главными выделили пять основных блоков.

Первый — это блок непосредственно самого инспектирования, в котором необходимо подготовить положение об инспекторате, его права, обязанности.

Второй блок — это подготовка кадров для уполномоченных лиц, для непосредственной работы инспекторами, опять же — определение их прав, обязанностей.

Третий — вопросы регистрации в данном случае с учётом соответствия либо несоответствия этим стандартам.

Вопросы импорта — четвёртый блок.

И последний блок — это вопросы бюджетных закупок, потому что на сегодня, к сожалению, даже в бюджетных закупках у нас

конкурируют препараты, произведённые по этим стандартам и далекие, соответственно, от этих критериев. Это момент, который мне кажется, крайне важно решить для того, чтобы двигаться дальше, реализовывая те положения, которые заложены в ФЦП.

Второй момент, об этом уже много говорили, не буду повторяться, — это федеральный закон № 61-ФЗ. С одной стороны, безусловно, долго мы над ним работаем. С другой стороны, когда мы начинали над ним работать, основные моменты были связаны как раз с вопросами регистрации. Сегодня мы вышли уже и на взаимозаменяемость, и на патентное право, и на вопросы орфанных препаратов, и так далее. С одной стороны, я посмотрел, в рекомендациях «круглого стола», — ускорить процесс, безусловно, это крайне важно. С другой стороны, важно, чтобы и качество этого документа, который попадёт в Госдуму, было достаточно хорошим, чтобы не как с федеральным законом № 61-ФЗ: через две недели надо было в него вносить поправки и изменения.

Второй момент, которого коснулись частично, — это федеральный закон № 44-ФЗ о контрактной системе. Для нас, безусловно, он тоже крайне важен, потому что именно от него будут зависеть, в том числе и цифровые показатели ФЦП, насколько отечественные препараты попадут в бюджетные программы, и, самое главное, насколько туда попадут те препараты, которые в частности сделаны или частично сделаны за бюджетные средства в рамках этой программы.

Борьба с фальсификатами. Подготовлен законопроект, мы с ним ознакомились, и я могу сказать однозначно, мы его поддерживаем. Но есть моменты, с которыми надо поработать, потому что, например, объединение и недоброкачественной продукции, и фальсифицированной, на мой взгляд, в частности, в плане наказания требует дополнительной работы, потому что всё-таки фальсификат — это сознательно произведённое фальсифицированное средство, а недоброкачественное. Это может быть и брак в транспортировке и так далее. Поэтому с законом надо работать. Мы двумя руками за, чтобы он вышел хорошим и востребованным отраслью.

Вопрос единого органа. Об этом уже много говорили. И мы здесь полностью поддерживаем идею создания такого органа. А то у нас получается несколько разорванный бублик

Росздравнадзора, когда он контролирует всё, начиная от доклиники и заканчивая уничтожением лекарственных средств, а вот вопрос инспектирования производства оказывается в стороне. Мы уже столкнулись с тем, что в определённый момент в начале года у нас фактически был остановлен экспорт, вот сейчас Минпромторг начал выдавать сертификаты качества продукта — СРР, но мы всё-таки ждём, потому что, на наш взгляд, это бомба замедленного действия. Потому что сегодня в реестре ввоза у нас всё-таки сертификационным органом является Минздрав, и никто этого не поменял. Если вы откроете сайт, то вы увидите и адрес: Рахмановский переулок, и Министерство здравоохранения, а не Минпромторг. Это первое. Второе, всё-таки это паспорт качества продукта, и соответствие стандартам GMP — это лишь одна из составляющих. Поэтому мы боимся, что на очередной границе какой-то таможенник залезет на сайт ВОЗ и скажет: ребята, вам выдал-то не тот орган. Поэтому либо надо эту тему довести до конца и как-то урегулировать с ВОЗ, либо вернуть так, как это и было у нас с 1999 года.

И последний момент, я с Александром Петровичем (Петровым. — *Прим. ред.*) полностью соглашусь, то, что касается иностранцев: локаливайтесь, но при этом правила локализации должны быть честными, понятными и прозрачными. Потому что, я, к сожалению, не присутствовал на встрече замминистра промышленности и торговли в АИРМ, но от коллег, тех, кто локализовался сегодня, в том числе являются членами нашей ассоциации, я узнал, что очень много таких неконкретных, я бы сказал, моментов было связано уже даже с теми, кто локализовался. Поэтому такие туманности, в общем-то, отпугивают потенциальных инвесторов, и делают вопрос локализации несколько спорным. Здесь программа должна быть чёткая. Мы должны понимать, какая глубина локализации должна быть, какой продукт будет признан после этого локальным, какие возможны преференции.

И в завершение я хотел бы буквально в двух словах коснуться тех рекомендаций, которые здесь записаны. Первое — полностью, в целом соглашаюсь со всем. Вот здесь отмечен момент, что Минпромторг занимается вопросами лицензирования и производства как российских, так и иностранных производителей. Но иностранных производителей не лицензирует Минпромторг,

и это как раз для нас тоже большой вопрос, потому что сегодня при той нормативной шкале, которую мы имеем, мы сталкиваемся с некоторым перекосом. То есть российские компании лицензируются, проверяются на соответствие GMP, а кто заходит и где эти препараты произведены, к сожалению, у нас никто не контролирует. И это, конечно, крайне важный момент, на наш взгляд. Это первое.

Второе. Я уже говорил, что мы поддерживаем идею принятия законодательного акта по поводу борьбы с фальсификатами. И вопрос о возможности признания результатов международных клинических исследований. Но об этом уже было сказано, я просто хочу поддержать тот постулат, что если эти исследования произведены по признанным стандартам, по стандартам GCP, то вопросов, наверное, не должно никаких возникать. Но если у нас каждый имеет свой стандарт, но тогда проверяют и правильно делают. И то, что это воспроизводится, наверное, это абсолютно правильно. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Виктор Александрович.

Мы плавно теперь переходим к Ассоциации международных фармпроизводителей. Сейчас нам расскажут, как будут локализоваться, что мешает локализации, и вообще какие есть проблемы. Шипков Владимир Григорьевич, исполнительный директор Ассоциации международных фармацевтических производителей.

**Шипков В. Г.** Спасибо, Николай Фёдорович!

Уважаемые коллеги, я представляю Ассоциацию международных фармацевтических производителей. Хочу сказать, это всего-навсего 60 компаний из тех многих сотен зарубежных компаний, которые оперируют на российском рынке, и тем не менее только в последние четыре-пять лет компании — члены нашей ассоциации инвестировали в различные формы локализации никак не менее одного миллиарда 600 миллионов долларов США. Давайте подумаем: вот только одна ассоциация силами компаний — один миллиард 600 миллионов долларов. Согласитесь, это немалая сумма. Я имею в виду не только строительство заводов, RND-проекты, передачу технологий, я имею в виду и подготовку кадров, соответствующих мировым требованиям современным. Это очень-очень знаковое явление, если хотите, это наш вклад в поддержку

реализации задач правительства и конкретный вклад в реализацию задач «Фарма-2020».

Теперь хочу сказать, что, говоря о локализации, нам не очень, естественно, нравится это деление — российский, не российский, потому что мы считаем, что Россия — тоже часть международного контекста. И в этом смысле, особенно в условиях членства в ВТО не должно быть, наверное, таких ярко выраженных границ между российским и не российским. Мы должны быть добропорядочными или недобропорядочными операторами рынка со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Что касается законодательства. Хочу заметить, что если в последние годы действительно был, я бы сказал, бум инвестиций в локализацию и трансферт технологий, партнёрство, обучение кадров и так далее, то в последнее время эта активность несколько снижена. Говорю весьма и весьма дипломатично. И этому, видимо, есть основания, в том числе связанные с разработкой соответствующих поправок в действующее законодательство. И этот факт, наверное, тоже не следует замалчивать в этих стенах, поскольку, например, действительно много говорилось о стимулировании инвестиций, но на самом деле мы анализируем ситуацию следующим образом. Мы получаем, к сожалению, противоречивые сигналы, особенно в условиях, когда мы как представители международной индустрии — я думаю, и не только мы, — лишены возможности, будучи экспертами, будучи институтом общественной организации, которая в состоянии принести на российскую землю лучшие мировые практики, тем не менее, лишены возможности участвовать в разработке правильных норм регулирования, гармонизированных с международными. И поправки в федеральный закон № 61-ФЗ или в соответствующее Постановление Правительства по локализации разрабатываются, к большому сожалению, без привлечения профессионального сообщества, которое много знает и понимает в международном опыте и в состоянии внести некий вклад. А те многочисленные версии поправок в федеральный закон № 61-ФЗ, были разработаны без какого-то ни было нашего участия. К сожалению, вынужден сказать, в значительных местах они имеют тенденцию к ухудшению, а не к улучшению.

Сегодня много говорилось, например, о пересмотре якобы чрезмерных обязательств по ТРИПС в рамках вступления в ВТО,

одновременно говорилось об упрощении процедур регистрации дженериков. Я задаю вопрос: почему тогда процедура обязательства Российской Федерации по соблюдению защиты данных доклинических исследований уменьшается сразу на три года? У нас что, дженерики регистрируются три года? Кому-то так нравится? Дженерики — два года, а биологические — три года. У нас разве есть специфические требования к регистрации биологических препаратов? А почему тогда один год, а не пять лет не оставить на разработку дженериков? Давайте сделаем так и тогда посмотрим, как будут реагировать инвесторы, в том числе и действующие. К этому очень серьёзному вопросу, мне кажется, надо подходить очень взвешенно, я бы даже сказал, мудро. Наша ассоциация демонстрирует себя не просто партнёрами российского государства, а, возможно, самыми надёжными партнёрами, которые в состоянии обеспечить доступность лекарственных средств и в физическом плане, и в экономическом.

А что касается вопросов, которые здесь поднимались с точки зрения разницы цены, то давайте задумаемся над тем, какая у нас система лекарственного обеспечения, в какой мере механизмы лекарственного страхования или возмещения государством задействованы, в какой мере задействованы долгосрочные контракты, в какой мере задействованы переговорные процессы, которые используются во всём мире и которые имеют в себе серьёзные резервы оптимизации цены? Поэтому вопрос не из категории «чёрное и белое», вопрос слишком сложный, и я предлагаю подходить к нему и к другим вопросам весьма и весьма ответственно.

Благодарю вас.

**Председательствующий.** Спасибо. Слово предоставляется нашему бывшему коллеге, который давно с нами работал в Комитете по охране здоровья. Колесников Сергей Иванович, заместитель председателя наблюдательного совета СРО «БАД», академик РАМН, член Президиума РАМН, профессор, заслуженный деятель науки России.

Уважаемые коллеги, нам осталось работать 30 минут чисто по техническим причинам, просьба жёстко соблюдать регламент, потому что появились ещё некоторые новые записи. Мы должны закончить в 17.30.



Пожалуйста, Сергей Иванович.

**Колесников С. И.** Спасибо, Николай Фёдорович. Я буду очень краток, потому что я хотел, чтобы Надежде Константиновне (Дараган. — *Прим. ред.*) можно было бы выступить, она очень опытный человек, о чём говорил Александр Петрович (Петров. — *Прим. ред.*).

Я только остановлюсь на трёх-четырёх кратких вопросах.

Первое. Изначально при формировании программы «Фарма-2020» ставился вопрос о координации вообще всех инвестиционных проектов и понимании того, какие молекулы нужно заказывать, какие молекулы будут конкурентоспособными, и чтобы они не конкурировали друг с другом, потому что зря тратить государственные средства на то, чтобы создавать добавочные площадки по производству одних и тех же молекул, мне кажется, нецелесообразным. Эта беда, к сожалению, не преодолена. Мы видим это и по розданным материалам, и по своему собственному опыту это чувствуется.

Второе. Насчёт защиты внутреннего рынка. Понятно, что было подготовлено два приказа. Один — по защите внутреннего рынка от лекарств зарубежных. Второй — по защите внутреннего рынка от медицинских изделий, он ещё, так сказать, разрабатывается.

Но они не действуют, в том числе и преференции, потому что Минэкономразвития играет в очень интересную игру, и тут антимонопольной службе вообще пора бы заинтересоваться, почему приказ о преференционных закупках выходит тогда, когда все закупки уже проведены. Это вообще такая классическая вещь, и за это надо вообще, извините, уголовное преследование начинать, хватит, ребята. У нас в конце концов страна-то великая, а не частная лавочка, где правят люди, которые на этом зарабатывают деньги.

Третье. Есть достаточно серьёзные проблемы с регистрационными процедурами и тем же самым списком жизненно важных и необходимых лекарственных средств, которые формируются почему-то в противоположном порядке от того, что делается во всем мире, когда сначала утверждаются клинические протоколы, а потом включаются эти лекарства в список жизненно важных. У нас все наоборот, сначала чиновники включают в список, а потом формируются протоколы лечения. И, мало того, создаются препятствия для наших, отечественных средств.

Допустим, единственная противотуберкулёзная молекула, разработанная в нашей стране, — единственная за последние 40 лет в мире. Я повторяю, это будущий блокбастер, его категорически не хотят пускать на рынок России некоторые чиновники, которые пропагандируют токсичный американский противотуберкулёзный препарат. Пора бы тоже антимонопольной службе иногда обращать внимание на такие вещи. Это уже конфликт интересов, и должно быть уголовное преследование.

И продвижение за рубеж. К сожалению, у нас никто этим не занимается, и то, что называется Торгово-промышленная палата, хоть там и есть комиссия, довольно-таки влиятельная, которую возглавляет, в том числе и Калинин Юрий Тихонович, РСПП я имею в виду, и вТПП там тоже такая же комиссия существует, но пока никаких инструментов продвижения наших препаратов на рынок зарубежный не существует. Поэтому это тоже одна из проблем, которая была записана в программе «Фарма-2020», но её нет.

И насчет RND-центров. К сожалению, да. И Ольга Николаевна (Колотилова. — *Прим. ред.*) сказала очень образно, что это будет только в вузах. Совершенно непонятная позиция. Я понимаю, это позиция правительства, но вы не можете ей противоречить. Но, простите, где вы видели, кроме научно-исследовательских институтов, которые вместе работают с вузами, где-то ещё какие-то такие площадки?

Так что, я думаю, что это очень неправильная позиция, потому что это просто закрывает путь тем ученым, которые уже работают в научно-исследовательском секторе, для работы в этом отношении.

Я больше ничего говорить не буду. Спасибо большое. Я получил огромную информацию для размышлений сегодня. И спасибо огромное Ольге Николаевне, Елене Анатольевне (Максимкиной. — *Прим. ред.*) и, естественно, нашим контролирующим органам. Повторяю, кое-что прояснилось, потому что уж поначалу было совсем не понятно, будет ли эффективна программа «Фарма-2020», за которую я, как вы помните, выступал, начиная с первого дня моего появления в Государственной Думе. Очень хочется, чтобы она состоялась.

**Председательствующий.** Спасибо, Сергей Иванович.

Слово предоставляется Дараган Надежде Константиновне, председателю Координационного Совета Ассоциации производителей фармацевтической продукции и изделий медицинского назначения.

У нас, коллеги, осталось три выступающих. Юрию Тихоновичу Калинину следующему подготовиться, и будем завершать. Нет возражений? Пожалуйста.

**Дараган Н. К.** Спасибо. Уважаемые коллеги, я представлю ассоциацию российских производителей, причём я хочу подчеркнуть, не локализованных иностранных производителей, а именно российских производителей. В нашей ассоциации более 20 предприятий, поэтому я хочу озвучить и наши предложения и надеюсь, что они найдут отражение и в решении, и наши проблемы.

Среди исполнителей государственных контрактов программы «Фарма-2020» есть и наши предприятия. Однако при проведении научных исследований по созданию инновационных препаратов наши организации испытывают значительные трудности при получении разрешений на клинические испытания в Министерстве здравоохранения. Очень часто предприятиям отказывают в разрешении на проведение испытаний по формальным, а иногда и по надуманным причинам.

От имени ассоциации мы обращались в Минздрав с просьбой рассматривать документы по разработкам, финансируемым в рамках программы за счёт бюджетных средств в приоритетном порядке, и оказывать разработчикам помощь. Однако получили отказ с мотивировкой: остальные не хуже. Мы тоже думаем, что остальные не хуже. Но если государство в лице Минпромторга решило, что разработка именно этих лекарственных препаратов необходима, и финансирует её за счёт бюджетных средств, то почему другое ведомство этому противодействует? Может быть, в комиссию, которая производит отбор проектов для финансирования в рамках программы «Фарма-2020», включить и представителей Минздрава, чтобы они тоже чувствовали ответственность за решение этих проблем?

Ещё проблема — финансирование работ всегда комбинированное, то есть в условиях получения грантов одним из обязательных требований является привлечение внебюджетных средств. Однако организации, которые предоставляют эти внебюджетные средства,

на саму разработку в конечном итоге никаких прав не имеют. Наверное, нужно предоставить, чтобы они имели право на патенты, как-то решить этот вопрос.

Ещё проблема. Мы предлагаем с целью оказания содействия развитию инновационной фармацевтической промышленности при создании новых фармацевтических производств или модернизации имеющихся стоимость работ и технологического оборудования относить на прямые затраты организаций, осуществляющих данные работы или закупку этого оборудования, и, может быть, освободить выпуск инновационных лекарственных средств, защищённых патентами Российской Федерации или международными патентами, от налога на прибыль или НДС в течение пяти или трёх первых лет с начала выпуска препаратов.

Ещё одна проблема. Статья 262 части второй Налогового кодекса предоставляет возможность включать расходы организаций на научные исследования и опытно-конструкторские разработки, после завершения этих исследований, подписания сторонами акта с коэффициентом 1,5. Однако налоговые органы отказываются принимать такие отчёты. Проблема требует решения.

С первого дня наша Ассоциация обращалась в Минздрав, с первого дня принятия федерального закона об обращении лекарственных средств, в котором была исключена регистрация субстанций, то есть исключено наличие регистрационных удостоверений, решить проблему с НДС при ввозе фармацевтических субстанций. Уже 2014 год. Казалось бы, проблема проста. Нет регистрационных удостоверений, ну, решите, приведите Постановление Правительства № 688 в соответствие с законом. Три года прошло. Значит, российские предприятия по-прежнему платят 18 процентов при ввозе субстанций. Естественно, это влияет на себестоимость отечественных лекарственных препаратов. Да, мне могут сказать, сейчас в Налоговый кодекс внесли изменения, но конечное постановление до сих пор не вышло.

Ещё одна проблема, согласно закону «Об обращении лекарственных средств», российские предприятия имеют право использовать в своём производстве фармацевтические субстанции, только внесённые в реестр лекарственных средств. Это проблема, которая требует решения. Вот Елена Анатольевна (Максимкина. — *Прим. ред.*) озвучила один препарат: камфора.

Простите, камфора — природный продукт. Как можно? Такой же прополис. Что, пчёлки должны нарисовать свидетельство о соответствии требованиям GMP?

Есть ещё целый ряд субстанций, продуктов, так скажем, которые выпускаются на химических предприятиях, эти предприятия никогда не будут соответствовать правилам организации производства. То количество продукции, которую закупают наши предприятия для своего производства, им не интересно. Они выпускают тонны, десятки тысяч тонн. Мы можем закупать сто килограмм. И попытки наши представить это как технический продукт и дальше уже реализовать его, то есть на производстве сделать из него фармацевтическую субстанцию фармакопейного качества Минздравом пресекаются на корню. Причём основанием для отказа стало — вы вслушайтесь, пожалуйста — отсутствие в составе регистрационного досье документа, подтверждающего соответствие производителя исходной фармацевтической субстанции, используемой для получения фармацевтической субстанции требованиям правил организации производства и контроля качества.

Мы обратили внимание Минздрава на тот факт, что в федеральном законе № 61-ФЗ отсутствует понятие «исходная фармацевтическая субстанция, используемая для получения фармацевтических субстанций». Тогда основания для отказа стали формулировать иначе: «Из-за отсутствия в составе регистрационного досье документа, переведенного на русский язык... это от российского предприятия... подтверждающего соответствие производителя фармацевтической субстанции, используемое при производстве фармацевтической субстанцией требованиям правил...»

Нужно, наверное, собрать какое-то отдельное совещание для решения этой проблемы. Я не знаю, в рамках Комитета, в рамках, может быть, Минпромторга с приглашением Минздрава, потому что наши попытки это сделать пока не нашли решения.

Все прекрасно знают, что зарубежный рынок сейчас сокращается, и, конечно, понятна агрессивная позиция иностранных производителей, им не хочется сокращать свое присутствие на российском рынке. Вот вы приобретаете лекарство, на котором написано, что оно сделано в странах Европы или Северной

Америки. Можно гарантировать, что оно было там лишь упаковано. Уже доказано, что большая часть субстанций делается в Южной Азии, многие препараты там и выпускаются, а расфасовываться они могут в Швеции, в Германии, где угодно. Поэтому проблема фармацевтических субстанций в России чрезвычайно важна и актуальна, особенно сейчас, как вы сказали, когда против России придумывают различные санкции. И нужно начинать с чего-то, нельзя рубить какие-то зачатки... сейчас нашим предприятиям нужно помогать.

Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Надежда Константиновна.

Я хотел бы предоставить слово Калинину Юрию Тихоновичу, председателю Комиссии по фармацевтической и медицинской промышленности, члену Правления РСПП. Юрий Тихонович, пожалуйста.

**Калинин Ю. Т.** Спасибо. Я очень кратко. Здесь сегодня много вопросов задавалось по поводу того, что мы сделали, сколько мы вложили. Вот Ольга Николаевна (Колотилова. — *Прим. ред.*) уже говорила, что только федеральной целевой программой на сегодня уже профинансировано 60 миллиардов рублей бюджетных средств и столько же внебюджетных. Плюс Владимир Григорьевич (Шипков. — *Прим. ред.*) всё время говорит, что аж миллиард вложило в нас большое зарубежное фармацевтическое объединение. Плюс — 2 миллиарда вложили наши предприятия на реконструкцию и техническое перевооружение, чтобы сделать в соответствии с требованием GMP. То есть затраты очень большие.

Дальше. Восстановили у нас уже сейчас мощности не на такую, конечно, потребность, как раньше, в Усолье-Сибирском, Новокузнецкий завод. В Кургане сейчас антибиотики стали делать — и классические, и полусинтетические тоже делает из собственных субстанций. Затем у нас появляются новые небольшие предприятия, например, в Санкт-Петербурге, которые тоже готовы делать по заказу из субстанций...

Но вот один вопрос, который мы здесь не задели сегодня, — это конкурентоспособность не только самой продукции, но и работы, которую мы проводим. Раньше мы всегда гордились тем,

что у нас электроэнергия дешевая и рабочая сила дешёвая, поэтому мы создаём продукцию конкурентоспособную. Теперь у нас остался только один козырь — это технологии, совершенствование технологии. Действительно, здесь очень большие успехи есть. Но для того, чтобы эти разработки, которые называла Ольга Николаевна (Колотилова. — *Прим. ред.*), реализовать сейчас — а это десятки препаратов, которые мы уже сегодня подали на регистрацию, либо уже зарегистрировали, в рамках перечня стратегических лекарственных средств, затем в рамках семи нозологий, это и препараты крови, которые мы теперь уже умеем делать, рекомбинантные, для ревматоидных технологий на основе моноклональных антител, и перечислять можно очень и очень долго, то есть я хочу сказать, что работа эта ведётся, но создавать мощности для того, чтобы пускать уже на потребность — есть проблема.

Поэтому у меня просьба: сегодня в решении записать это. Сейчас Минпромторг разрабатывает по заданию правительства проект федерального закона о промышленной политике. Там как раз предусмотрено, чтобы мы на эти работы получили конкурентоспособные кредиты, то есть чтобы они были долгосрочные, на 8–10 лет, и чтобы не 16–18 или 14–18, как сейчас, а хотя бы 7–8 процентов. И такой документ на съезде РСПП уже озвучил Денис Валентинович Мантуров, и все буквально просили, чтобы и в правительство обратиться с просьбой ускорить прохождение.

Я поддерживаю всех выступающих, которые говорили о том, что необходимо усовершенствовать систему регистрации лекарственных средств. Проблем здесь очень много, повторяться не буду. Но я мог бы сказать так, что, Елена Анатольевна (Максимкина. — *Прим. ред.*), 30 процентов того, что мы сегодня не вышли на цифры, которые говорила Ольга Николаевна (Колотилова. — *Прим. ред.*), — это вина как раз этой системы. И у меня просьба в решении записать: у нас есть теперь Координационный Совет при Министерстве здравоохранения, где мы договорились такие вопросы выносить, чтобы вынести его и рассмотреть на координационном совете. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Юрий Тихонович.

Уважаемые коллеги, время истекает, у нас ещё два представителя. Я прошу уложиться в три-четыре минуты, не больше.

Я предоставляю слово Родионову Петру Петровичу, генеральному директору ООО «Герофарм». Подготовиться Груздеву Василию Владимировичу. Потом будем подводить итоги.

**Родионов П. П.** Спасибо, Николай Фёдорович.

Добрый день, уважаемые коллеги! Буду очень краток. Начну с того, что принятие стратегии «Фарма-2020» стало действительно поворотным событием для развития отрасли, позитивным сигналом, на который многие инвесторы откликнулись. Это к тому, что в 2008, 2009, 2010 годах многие компании приняли положительные решения об инвестициях в Российской Федерации.

Надо сказать, что все последние пять лет мы жили в ожидании исполнения тех обязательств, которые на себя взяло государство, в плане ФЦП, в плане принятия тех законов, о которых мы много раз говорили. Появилось очень много проектов. Среди них есть проекты, которые мы реализовали.

В конце 2011 года мы открыли крупный RND-центр в особой экономической зоне, в Санкт-Петербурге. В октябре 2013 года мы открыли биотехнологический завод по полному циклу, включая производство и субстанций. То есть речь идёт о том, что многие проекты реализуются, несмотря на то, что Ольга Николаевна (Колотилова. — *Прим. ред.*) сказала, что понятие о локальном продукте только сейчас внесено в Минюст, хотя мы его ждали, начиная с 2010–2011 годов.

Более того, приказ (который мы обсуждали) о преференциях, которые должны последовать за внедрением понятия «локальный продукт», отложен на неопределённый срок. Тем самым само введение понятия «локальный продукт» для нас, для производителей, не имеет никакого смысла, если не наделено никакими преференциями с точки зрения различных этапов производства, стадий производства, которые включают производители. Это производство по полному циклу, включая субстанции, или же это только упаковка, или же это производство готовых лекарственных форм. Мы это обсуждали неоднократно. Это как раз таки одна из тех мер господдержки, которая могла бы стимулировать развитие и производство приоритетных фарм-субстанций на территории Российской Федерации. Просто не все фарм-субстанции мы можем на конкурентной основе производить в Российской Федерации. Но биотехнологические субстанции,



моноклональные антитела это то, что мы в состоянии сделать. Мы это делаем уже сегодня, только, к сожалению, преференции от государства в этом отношении мы не получаем.

Что касается налоговых льгот, то налоговые льготы, которые мы получаем в рамках развития фармкластеров, а мы являемся участниками двух фармкластеров — и в Московской области, и в Санкт-Петербурге, и те налоговые преференции, которые мы получаем в особых экономических зонах, лишь стимулируют развитие предложения на инновации, на те продукции, которые мы создаём. Но, с другой стороны, мы не обсуждаем развитие спроса на то, что мы создаём. Ведь вся программа «Фарма-2020» направлена на создание новых научно-исследовательских центров, на создание новой локализованной производственной базы, на развитие научно-исследовательских работ. Но мы практически никогда не говорим о том, как будет востребована та продукция, которую мы сейчас создаём, вкладывая огромные деньги.

Мы вкладываем сами, как инвесторы, как государство, которое вкладывает вместе, когда мы участвуем в федеральных целевых программах. И вот на это, мне кажется, нужно обратить внимание, именно на стимулирование спроса на инновации, стимулирование спроса на ту продукцию, которую мы создаём как частный инвестор или в рамках государственно-частного партнёрства, или же участвуя в федеральной целевой программе. А что же такое стимулирование спроса? Это стимулирование государственных закупок, чтобы наша продукция, которую мы здесь создаём и производим, была востребована потом, и был у неё доступ на рынок государственных закупок. Это отраслевое регулирование, чтобы мы могли зарегистрировать те препараты, которые мы создаём, и чтобы это было не перерегулировано.

И подытоживая, я бы хотел сказать, что поправки, которые подготовлены совместными усилиями ФОИВов в федеральном законе № 61-ФЗ, в результате практически двухгодичных прений и обсуждений, являются очень взвешенными и сбалансированными, они как раз являются мудрыми. Это — в ответ на замечания коллег. И мы с нетерпением ждем, когда они будут приняты.

Всё-таки возвращаясь к вопросу по долгосрочным контрактам в рамках федерального закона № 44-ФЗ, для продуктов, которые полностью производятся на территории Российской Федерации,

включая и производство субстанций, и производство готовых лекарственных форм, эта тема пока на сегодняшний день никак не обсуждается.

У меня интересная ремарка будет, что одним из показателей федеральной целевой программы является 90 процентов, столько должно быть произведено из списка ЖНВЛП в Российской Федерации, номенклатурно, но никак не в объёме, ни в деньгах, по крайней мере, я так услышал сегодня, не в объёме. Собственно говоря, это такой косвенный показатель. От того, что это будет произведено в России, но при этом не будет доступно и не будет востребовано государством, по сути дела, ту задачу, которую перед собой ставим, мы не решим. От того, что мы зарегистрируем даже препарат, не продавая его и не делая его доступным для населения, для граждан, результата не будет. Спасибо большое.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Я хочу предоставить слово Груздеву Василию Владимировичу, директору по работе с органами государственной власти и связям с общественностью компании Сервье в России.

**Груздев В. В.** Спасибо, Николай Фёдорович!

Уважаемые депутаты Государственной Думы, уважаемые коллеги! В чём проблема, которую мы хотели сегодня осветить, — это реальные противоречия между тем, что есть в наличии в нормативно-регуляторной среде, и теми стратегиями, Указами Президента, которые регулируют развитие российского фармпрома.

В федеральном законе № 61-ФЗ установлены разные принципы регистрации цен, методика регистрации цен гораздо более жёстко, чем закон, регулирует регистрацию цены. Извините за такой плотный слайд, но я его упрощу. На самом деле правило очень простое. Федеральный закон № 61-ФЗ гласит: для препаратов, которые обращаются на территории Российской Федерации, при регистрации берется за основу средневзвешенная цена за прошлый год. Для препаратов, которые не обращались для россиян, надо показать ваши расходы на то, что вы создали этот препарат, коммерциализировали и производите. Для иностранцев используется принцип референтных цен. Смотрим на другие страны, какие там цены.

Но вот далее в законе, собственно говоря, в чём проблема: вводятся дополнительные принципы, они заключаются в том,

что при регистрации, при проведении расчета учитываются также цены на аналогичные препараты в данной группе и для иностранных производителей, и для российских. Препарат, который находится в гражданском обороте. Что это по факту означает? Да, и самое главное, что методика ещё более ужесточает эту норму закона и предлагает, и говорит о том, что цена не должна превышать цены, зарегистрированные цены на аналоги в данных группах. В чём здесь риски? Именно в этих дополнительных принципах, которые есть и в законе, и ещё в более жёсткой методике.

Основные принципы решают задачи социально-экономического ограничения роста цен, а дополнительные принципы, сейчас я объясню, на самом деле входят в противоречие с задачей развития российского фармпрома, и создают риски для локализации в соответствии с высокими стандартами.

В чём риски? Лекарственные препараты, по сути, произведённые в Российской Федерации на современных заводах по стандартам GMP с соответствующими большими инвестициями, должны при практической регистрации сравниваться с наиболее дешёвыми аналогами, либо локальными, понятно, что GMP у нас только вступил в силу, и практически качество всех препаратов, производящихся в Российской Федерации или импортными, ещё не подтверждено. Речь идёт об азиатских не-GMP препаратах. Они имеют сертификат GMP, но понятно, что это не настоящий GMP. То есть национальным и иностранным компаниям, которые хотят производить здесь сложный препарат, невозможно на практике зарегистрировать экономически обоснованную цену, потому что вы привязаны при регистрации к уже зарегистрированным низким ценам на возможно дешёвые и возможно некачественные аналоги.

Поэтому такая регистрация цены и, главное, локализация не имеет экономического смысла. Более того, есть угроза ограничения конкуренции, потому что недобросовестный игрок может заходя зарегистрировать низкую демпинговую цену, и вы не сможете зарегистрировать нормальную цену. Последствия понятны — потеря экономического смысла. И, самое главное, на мой взгляд, здесь существует потеря темпа развития передовой индустрии и новой

нашей фармпромышленности, так как с этой проблемой сталкиваются многие локализирующиеся компании.

Собственно говоря, нужно сделать, то, о чём говорила Елена Анатольевна (Максимкина. — *Прим. ред.*). Минздрав предлагает из федерального закона № 61-ФЗ полностью убрать принципы расчёта цен на GMP, полностью сместить их в методику, на уровень методики. И мы поддержим это предложение, безусловно. И далее внести изменения в саму методику, и убрать принцип сравнения с аналогами, потому что он вредит развитию отрасли, ничего не добавляя с точки зрения задачи ограничения цен. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо.

Слово предоставляется Блинову Даниилу Александровичу, главе представительства корпорации «Пфайзер» в России.

**Блинов Д. А.** Спасибо большое.

Добрый день, уважаемые коллеги! Буквально пару слов. Я, может быть, добавлю несколько позитива, поскольку оказалось, что я последний среди выступающих. Дело в том, что все те вещи, которые сегодня были озвучены, разумеется, имеют как множество проблемных зон, так и множество позитива. Почему? Потому что, то, что делается и делалось за последние два, три года, и это на самом деле титанический труд. И нужно отдать должное всем тем людям, которые вкладывают в это свою жизнь и огромное количество времени и энергии.

Посмотрите, где мы были три года назад, и что сейчас мы видим, как реализацию программы «Фарма-2020». Более того, сам этот диалог, который сейчас идёт, — это уже свидетельство того, что мы можем сделать. Поэтому скажу так, западная фарма прекрасно видит все те потребности и ожидания российского государства, и она прекрасно понимает, чего ждут от нас здесь, в России. Это касается и обучения, это касается RND, это касается и производства, и локализации, и ценообразования.

Могу такую аналогию провести. Мы едем в машине, у которой огромные возможности, хороший двигатель и в принципе неплохой дизайн. Просто у этой машины заляпано лобовое стекло, и с каждым шагом законодательным мы это стекло пытаемся очистить. И чем больше мы его очищаем, тем больше мы видим, куда мы едем, и тем больше мы понимаем, что можем ускориться. И водители есть, и подготовить их можно вполне спокойно с помощью

западной экспертизы и усилий локальных законодателей и всех людей, которые это делают.

Проблема только в том, что дайте чуть больше ясности, что такое локализованный продукт, что такое система ценообразования, нужно ли регистрировать цену — прояснить то, о чём говорилось. И мы приведем сюда молекулы, мы приведем сюда препараты, мы локализуемся, мы вложим деньги в эту локализацию. Потому что примеры есть, и я не хочу их повторять, все прекрасно их слышали. Просто для этого необходимо чуть больше ясности и чуть больше времени. И пока мы такой диалог строим, я думаю, что именно это будет способствовать тому, что тот же Pfizer из 28 молекул, которые входят в GMP, будет готов вывести максимальное количество сюда в кратчайшие сроки. Дайте чуть-чуть больше ясности, и это поможет всем нам. Спасибо большое.

**Председательствующий.** Спасибо. Я не хотел бы подводить сейчас какие-то окончательные итоги. Впервые в Государственной Думе мы слушаем реализацию программы «Фарма-2020». И мы тоже в качестве парламентского контроля хотели получить немного ясности: как реализуется, в каком объёме, какие перспективы и т. д.

Я скажу, что не скрою — я вначале говорил, — что одна из важных проблем, стимулирующая проведение этого «круглого стола», — это возможные санкции. Как говорят, оптимист хорош тогда, когда он думает о лучшем, но готовится к худшему. Поэтому Правительство России должно прекрасно понимать, чтобы потом не говорить — не знали, мы не догадывались, мы не думали и так далее, когда возникнет такая необходимость. Это нужно решать уже было, как говорится, вчера.

Получился довольно серьёзный, иногда острый разговор, обстоятельный. Я хотел бы поблагодарить всех участников, было очень много хороших предложений, анализа.

У меня просьба ко всем участникам — я прошу извинить, кому не дал слова, а кто-то хотел выступить, потому что просто по времени уже не получается — оставьте своё выступление и предложения нам. Мы их обобщим и тогда уже обсудим на заседании Комитета и примем решение. Конечно, рамки нашего разговора вышли за рамки программы «Фарма-2020», без обращения лекарственных

средств это тоже невозможно, поэтому мы тоже ждём, когда законопроект по обращению лекарственных средств поступит в Государственную Думу. Я думаю, что мы создадим рабочую группу, которая будет сопровождать законопроект, и — как всегда это бывает с крупными законопроектами — ко второму чтению очень много будет поправок. Поэтому, если какие-то вопросы будут, вы все посмотрите, есть возможность ещё дорабатывать законопроект уже в рамках и на площадке Государственной Думы.

Я ещё раз хотел бы поблагодарить всех. Спасибо за интересный разговор.

**СТЕНОГРАММА**  
**парламентских слушаний Комитета Государственной Думы**  
**по охране здоровья на тему:**  
**«О совершенствовании законодательства**  
**в сфере обращения биологически активных добавок к пище»**

*Здание Государственной Думы. Малый зал.*  
*24 апреля 2014 года. 11 часов.*

*Председательствует председатель*  
*Комитета Государственной Думы*  
*по охране здоровья С. В. Калашников*

**Председательствующий.** Уважаемые участинки, мы уже практически в третий раз, с учётом того, что были парламентские слушания на эту тему, был «круглый стол» на эту тему, собрались для того, чтобы обсудить проблему совершенствования законодательства в сфере обращения биологически активных добавок к пище.

Коллеги, вы знаете мою позицию. Я вообще против употребления слов «биологически активные добавки», к чему бы это ни было. И когда мы формулировали тему наших сегодняшних парламентских слушаний, я вообще-то очень сомневался, стоит ли «биологически активные добавки» выносить в заголовок. Но поскольку это на сегодняшний день всем понятный, широко употребляемый и я бы даже сказал единственный в Российской Федерации термин, обозначающий соответствующий класс пищевых добавок, мы всё-таки приняли решение придерживаться старой терминологии, от которой, я лично считаю, нужно отказываться.

Коллеги, каковы цели данных парламентских слушаний?

Мы с вами уже минимум два года постоянно на площадке Государственной Думы обсуждаем проблему биологически активных добавок. Мы уже говорили о том, что необходимо жёсткое разграничение биологически активных добавок и лекарственных средств. Мы говорили о том, что недостаточная система контроля за производством, распространением и качеством того, что называется «биологически активными добавками». Мы говорили о том, что агрессивная реклама биологически активных добавок по сути стала альтернативой нормальному лечению и рекламе

лекарственных средств и методов. Мы говорили с вами также и о том, что бесконтрольное допущение на российский рынок иностранных так называемых биологически активных добавок без достаточного контроля ставит, скажем так, под сомнение в определённой степени безопасность страны. Были уже публикации, и я сам был свидетелем этого, что в целый ряд поставляемых в Российскую Федерацию биологически активных добавок входят синтетические элементы, которые, в общем-то можно считать доказанным по отдельным наименованиям, вызывают привыкание. А что такое привыкание к биологически активным добавкам, вам, я думаю, объяснять не надо.

На сегодняшний день Минздрав подготовил закон «Об обращении лекарственных средств». Биологически активные добавки никаким разделом не входят в этот законопроект. Но мы в Комитете по охране здоровья считаем, что принятие закона «Об обращении лекарственных средств» должно идти параллельно с принятием закона о регулировании рынка того, что мы называем биологически активные добавки. Иначе у нас может возникнуть правовая коллизия, которая, скажем так, создаст больше проблем, чем даже есть сейчас.

Поэтому наша задача в результате этих парламентских слушаний — выйти на какие-то принципиальные позиции, которые необходимо зафиксировать с учётом того контроля, который должен осуществляться как за производством и оборотом и регистрацией лекарственных средств, так и параллельно мы должны это синхронизировать с контролем за обращением того, что мы называем биологически активные добавки.

То есть, коллеги, говорим давно, проблема известная. Хорошо бы, чтобы результатом наших парламентских слушаний были основные позиции: три, четыре, пять, десять, которые необходимо зафиксировать в новом законодательстве. Вот под этим углом зрения я и просил бы вас выступить, высказывать своё мнение.

Поэтому позвольте мне открыть парламентские слушания, посвящённые проблеме совершенствования законодательства в сфере обращения биологически активных добавок к пище и предоставить слово Сергею Владимировичу Железняку, заместителю Председателя Государственной Думы.



**Железняк С. В.** День добрый, уважаемые коллеги! Хочу поприветствовать всех, кто сегодня, несмотря на свой плотный график, счёл важным принять участие в проводимых парламентских слушаниях. Действительно, я считаю, что тема, которая вынесена в заголовок парламентских слушаний и о которой уже сказал Сергей Вячеславович (Калашников. — *Прим. ред.*), крайне важна для нас как для законодателей. Потому что, с одной стороны, мы прекрасно понимаем, что даже большая часть современной медицины, в том числе и современной фармакологии, — это извлечение полезных веществ, которые даны нам от природы, и неиспользование этих полезных веществ было бы крайне неразумным.

С другой стороны, мы прекрасно понимаем, что всё, что имеет в себе фармакологическую составляющую, должно прямо относиться к законодательству об обращении лекарственных средств, и здесь, при обсуждении законодательства об активных пищевых добавках не должно происходить смешение, потому что смешение — абсолютно правильно было сказано — приводит и к различным злоупотреблениям, и к различным негативным последствиям от самолечения или от несвоевременного лечения пациентов. Так что эти вопросы напрямую связаны не только с системой здравоохранения или профилактики здоровья, но и с национальной безопасностью Российской Федерации.

Я бы даже ужесточил тот тезис, о котором Сергей Вячеславович упомянул: в силу несовершенства регулирования, касающегося производства и распространения активных пищевых добавок в целом ряде таких добавок, особенно импортных, были прямо обнаружены наркотические средства как природного, так и синтетического происхождения, которые уже попадали в сферу оборота и контроля, и реакции со стороны ФСКН и правоохранительных органов.

Это всё приводит к тому, что в целом идёт негативное формирование имиджа той индустрии, которая активно развивается, связанной с производством и распространением различных вытяжек и использованием ингредиентов, полезных для здоровья человека, которые нам даны природой.

Уверен, что активную роль в этом должно осуществлять не только государство, но, прежде всего сами производители и распространители этих полезных пищевых добавок.

Я приветствую те процессы по интеграции, по саморегулированию, которые, наконец-то, я так понимаю, под давлением как внешних обстоятельств, репутационных, регулятивных, судебных, так и просто за счёт взросления и роста уровня самосознания части отрасли, начали происходить. Мои коллеги из Федеральной антимонопольной службы, которые здесь присутствуют, из других ведомств, знают: я всегда, в любой аудитории повторяю тезис: чем активнее саморегулирование, тем проще нам как законодателям, и тем проще государству как регулятору, потому что мы можем, во-первых, рассматривать социально-ответственную часть индустрии как наших партнёров, как тех, кто понимает, ради кого мы реализуем методы регулирования и саморегулирования, так и вместе бороться с пиратством, с контрафактом и с другими негативными явлениями, которые всегда возникают при росте той или иной индустрии.

То есть пока индустрия не интересна экономически, она не интересна пиратам, она не интересна тем, кто занимается контрафактом. Как только индустрия начинает развиваться, появляются интересы, соответственно, у всех тех преступников, которые хотят на этом нажиться.

Надеюсь, что в результате парламентских слушаний также будут предложены и более чёткие алгоритмы по тому, что может быть отнесено со временем на саморегулирование, а что должно находиться в прямой сфере регулирования со стороны государства. Потому что, например, мне кажется, что вопросы, которые касаются экспертной деятельности, конечно же, могут и должны поощряться и поддерживаться со стороны индустрии, а вопросы, связанные с лабораторными и контрольными исследованиями, должны находиться в ведении государством. И здесь необходимо принимать и соответствующие решения, и добиваться их исполнения, потому что на сегодня таких контрольных инструментов у нас недостаточно.

Так что хочу пожелать всем тем, кто беспокоится о здоровье и благополучии наших граждан, о развитии социально-ответственной индустрии, о развитии производства и распространении тех пищевых добавок, которые могут помочь человеку поддерживать здоровый образ жизни, заботиться о своём здоровье, для того, чтобы меньше работы оставалось для медицины и для прямой фармакологии.

Ну и, конечно же, хочу пожелать, чтобы наши контакты с профильным комитетом, с Государственной Думой происходили не только на парламентских слушаниях, время от времени, а были интенсивными, постоянными, содержательными и ответственными. Всего вам самого доброго, здоровья!

**Председательствующий.** Большое спасибо, Сергей Владимирович.

Коллеги, предлагаю установить следующий регламент. У нас есть несколько основных докладов представителей тех государственных органов, которые непосредственно связаны с проблемой оборота БАД. Предлагается этим докладчикам предоставить время до 10 минут. Я специально подчёркиваю: «до». Любое сокращение времени будет приветствоваться по той простой причине, что многим хочется высказаться. Выступления предлагаю установить до 5 минут с тем же самым, как говорится, рефреном — если можно сократить, то сократить. Вопросы давайте оставим на последние 20 минут перед окончанием парламентских слушаний. Я думаю, что время работы парламентских слушаний мы ограничим двумя часами, больше просто уже будет непродуктивно. Ну, и позвольте пожелать вам успешной работы.

Я хотел бы предоставить первое слово Никитиной Татьяне Евгеньевне, заместителя начальника Управления контроля рекламы и недобросовестной конкуренции ФАС России. И подготовить Геннадия Евгеньевичу Иванову.

Я передаю правление Александру Сергеевичу Прокопьеву, члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья, председателю подкомитета по совершенствованию медицинского образования, развитию науки и новых технологий в медицине.

**Никитина Т. Е.** Здравствуйте! Большое спасибо за приглашение к участию в этих парламентских слушаниях. Я действительно не займу больше 10 минут. От лица Федеральной антимонопольной службы просто хочу немного рассказать, что называется, о проделанной работе.

У нас оборот биологически активных добавок регулируется не только законодательством, связанным непосредственно с оборотом, продажей, реализацией, производством и так далее, но и законом «О рекламе», который определяет требования к рекламе биологически активных добавок. И вот в прошлом году были

внесены очень серьёзные изменения в закон «О рекламе», связанной именно с БАД. Они были подготовлены Правительством Российской Федерации, и очень хорошо, очень быстро прошли через Федеральное Собрание. Поэтому большое спасибо законодательному органу, который участвовал и непосредственно реализовывал ту волю, которую предложило Правительство России.

Смысл поправок сводился к тому, что к существующей норме о том, что в рекламе БАД не должны представляться как лекарственные средства, были введены дополнительные серьёзные моменты, связанные с тем, что ответственность была возложена на рекламодателей в том числе, которые теперь выступают в качестве дополнительного фильтра при распространении рекламы БАД. И этот фильтр действительно работает. Надо сказать, что если раньше у нас поступало достаточно много обращений, связанных с рекламой БАД, которые воспринимаются или представляются в рекламе как лекарственные средства, как панацея от тех или иных заболеваний, то сейчас таких обращений поступает существенно меньше, прямо в разы уменьшилось.

Соответственно, юристы, которые работают в газетах, в журналах, на телеканалах, у операторов наружной рекламы, останавливают ту рекламу, которая, на их взгляд, является сомнительной и просто не допускают её к распространению. Это действительно тот плюс, которого мы ожидали от этого законопроекта, когда правительство его готовило.

И плюс, соответственно, в рекламе. Теперь в рекламе биологически активных добавок требуется размещение пометки о том, что рекламируемый товар является непосредственно БАД, что даёт лишний раз потребителю возможность опознать, что конкретно он видит в рекламе.

Ответственность за нарушение новых норм была увеличена, и теперь она по сравнению с теми санкциями, которые применяются при выявлении нарушения закона «О рекламе», повышена, минимальная санкция — с 200 тысяч до 500 тысяч рублей на юридических лиц.

Но, конечно, реклама — это не единственная сфера, связанная с оборотом БАД, есть ещё достаточно много проблем в сфере оборота. Мы сейчас сталкиваемся с ситуацией и пока не знаем, как на неё реагировать, возможно, в рамках парламентских

слушаний какие-то мысли появятся. Ситуация такая: когда и биологически активные добавки, и лекарственные препараты выпускаются под одним наименованием, и соответственно, потребитель, возможно, несколько путает или не понимает, что он приобретает в аптеке: БАД или лекарство. И возможно, стоит над этим подумать с точки зрения либо какого-то отдельного реестра названий биологически активных добавок либо некоего запрета на такое дублирование. Думаю, этот вопрос, возможно, будет разрешён в ближайшем будущем. Возможно, не будет, если это не та проблема, которую требуется решать с точки зрения потребителя. Мы со своей стороны пока только размышляем над этим моментом.

Ну вот, с учётом регламента и тех функций, которые осуществляет Федеральная антимонопольная служба, наверное, на этом я своё выступление закончу и предоставлю возможность другим выступить. Но, если будут какие-то вопросы, то отвечу.

**Председательствующий.** Татьяна Евгеньевна, спасибо вам огромное. Вопросы, наверное, мы проведём далее в формате дискуссии.

Коллеги, я хотел бы дать небольшую вводную. Действительно, мы год назад с вами встречались на подобных слушаниях с такой же тематикой, и мы на тех слушаниях обозначили три ключевые проблемы отрасли. Первая — это недобросовестная реклама, как раз нарушение требований статьи 25 Федерального закона «О рекламе». Вторая — это проблема, которая, наверное, в последнее время приняла особую остроту, — фальсификация и подделка биологически активных добавок и импорт заведомо контрафактной продукции на территорию Российской Федерации, о чём говорили и Сергей Вячеславович (Калашников. — *Прим. ред.*) и Сергей Владимирович (Железняк. — *Прим. ред.*). И третья проблема, которую мы тогда обозначили, — это необходимость создания механизмов самоконтроля на рынке непосредственно внутри отрасли.

Коллеги, за прошедший год совместной работы удалось добиться следующих результатов. Татьяна Евгеньевна (Никитина. — *Прим. ред.*) нам доложила о федеральном законе, который мы совместно с Федеральной антимонопольной службой и депутатами Госдумы разработали, и главной новеллой является введение ответственности рекламодателей. Татьяна Евгеньевна нам подробно рассказала про введённый в эксплуатацию закон и о том, как он работает. Я считаю, что это положительная новелла.

Второй момент. С целью решения проблемы фальсификата на рынке медицинской продукции и биологически активных добавок депутатами Государственной Думы был разработан и внесён в Государственную Думу проект федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части противодействия обороту фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок». Законопроектом предлагается введение новых статей Уголовного кодекса, а также дополнения Кодекса об административных правонарушениях.

Должен отметить, что законопроект на данный момент прошёл все согласительные комиссии, получил поддержку Минздрава, Росздравнадзора, Роспотребнадзора, Верховного Суда Российской Федерации и впоследствии получил положительный отзыв Правительства Российской Федерации. Сегодня мы вкратце этот законопроект тоже обсудим.

Ну и третья проблематика и пути её решения. С целью создания эффективных механизмов самоконтроля большинством участников рынка биологически активных добавок была создана саморегулируемая организация, основными функциями которой является контроль за обращением продукции, ну и, конечно, тесное экспертное сотрудничество и с законодательной властью, и с исполнительной властью.

Коллеги, у нас есть определённые результаты, успехи, но, тем не менее, есть и направления, по которым нам нужно двигаться и дальше. Поэтому сегодня мы в ходе слушаний обсудим все возможные направления, наши задачи, требующие скорейшего решения, и отметим основные направления дальнейшего совершенствования законодательства в области обращения биологически активных добавок в пищу.

Далее. Иванов Геннадий Евгеньевич, заместитель начальника Управления санитарного надзора Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей, благополучия человека. Пожалуйста.

**Иванов Г. Е.** Уважаемые коллеги! Хочу отметить, что биологически активные добавки являются одним из важнейших рычагов

регуляции и оптимизации питания населения. В современных условиях применение БАД способствует ликвидации дефицита макро- и микронутриентов, оптимизации пищевого рациона.

В настоящее время оборот и производство биологически активных добавок регулируется техническими регламентами Таможенного союза «О безопасности пищевой продукции» и «Пищевая продукция в части её маркировки».

На территории Российской Федерации также действуют санитарные правила, гигиенические требования к организации производства и оборота биологически активных добавок к пище.

Согласно техническому регламенту «О безопасности пищевой продукции», биологически активные добавки — это природные, идентичные природным биологически активные вещества, а также пробиотические микроорганизмы, предназначенные для употребления одновременно с пищей или введение в состав пищевой продукции.

Также согласно данному техническому регламенту, БАД относятся к специализированной пищевой продукции и подлежат государственной регистрации. В Российской Федерации полномочиями по государственной регистрации продукции обладает Роспотребнадзор. Итак, в 2013 году Роспотребнадзором зарегистрировано 2101 биологическая активная добавка, в 2012 году — 3029.

В 2013 году основная часть зарегистрированных БАД — это БАД отечественного производства — 70 процентов. На втором месте продукция, изготовленная в США — около 14 процентов. Далее ФРГ — 7 процентов, Франция — 5 процентов. Обращаю внимание, Китай и Финляндия — 4 процента. Со сведениями о зарегистрированных БАД можно ознакомиться как на сайте Роспотребнадзора, так и на сайте Евразийской экономической комиссии.

На контроле у Роспотребнадзора находится 41194 объекта, занятых производством и оборотом биологически активных добавок, в том числе 212 предприятий по производству БАД, около двух тысяч предприятий торговли, около 900 складов хранения, и около 38 тысяч объектов аптечной сети.

За 2013 год в ходе плановых и внеплановых мероприятий было обследовано 3640 предприятий. Основные нарушения, которые выявлялись, — это производство БАД без свидетельства о государственной регистрации, отсутствие документов, подтверждающих

качество безопасности поступающего сырья, неудовлетворительное санитарно-техническое состояние производства, отсутствие моющих дезинфицирующих средств на производстве, отсутствие лабораторного контроля за выпускаемой продукцией. Большое количество нарушений выявляется в организациях, занятых в сфере обращения БАД: это торговля, склады хранения, аптечная сеть, где нарушаются условия хранения, выявляются БАД с неправильно оформленной этикеткой, нарушением сроков годности и без свидетельства о государственной регистрации.

Мероприятия по контролю сопровождаются и исследованием БАД по показателям качества и безопасности. В 2013 году было исследовано более 13 тысяч БАД. Из них импортных — около 400. Несоответствие обязательным требованиям было выявлено порядка двух процентов, что соответствует и предыдущим годам, когда исследовалась эта продукция. В целом около двух процентов БАД не соответствовало нормативным требованиям, техническим регламентам.

В 2013 году было наложено 1111 штрафов на сумму около 3,5 миллионов рублей, в 2012 году — 734 штрафа на сумму около двух миллионов рублей. Как мы видим, процесс надзорной деятельности, именно пресса со стороны Роспотребнадзора из года в год увеличивается.

Роспотребнадзором также проводится большая работа среди населения по разъяснению роли БАД в жизни человека, пропаганде, принципу здорового питания, как на каналах телевидения, так и в печатных средствах массовой информации.

Какие существуют проблемы? Проблема дистанционной продажи БАД. Роспотребнадзор осуществляет контроль только за официально зарегистрированными объектами торговли и производства БАД, теми, которые подали уведомление в Роспотребнадзор о своей деятельности или содержатся в реестре налоговых лиц. А дистанционная продажа — это, как правило, незаконная торговля, нелегальная, поэтому только если по каким-то жалобам мы можем как-то выйти на эти объекты, узнать об их существовании и проверить. В плановом порядке у нас такого права нет, так как начинает действовать Федеральный закон № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля».



Ещё одна проблема в том, что в Российской Федерации по сравнению с другими странами Таможенного союза: Республика Беларусь и Республика Казахстан, более строгие правила регистрации БАД. Особенно по содержанию растительных компонентов, которые также используются и в лекарственных средствах. В связи с этим большая часть, как мы предполагаем, это китайские производители, ушла в другие страны Таможенного союза на регистрацию, в частности в Казахстан, и регистрируют их там, а потом эти БАД поступают к нам на российский рынок. Мы уже вышли с предложениями по оптимизации процессов государственной регистрации в странах-членах Таможенного союза. И данные предложения направлены в Евразийскую экономическую комиссию. Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Геннадий Евгеньевич.

Далее выступает Жириновский Владимир Вольфович, руководитель фракции ЛДПР в Государственной Думе.

**Жириновский В. В.** Добрый день! Парламентские слушания по линии Комитета Госдумы по охране здоровья. Поскольку наш депутат Калашников — председатель этого Комитета, то нам особенно приятно участвовать в таких мероприятиях.

БАД появились у нас не так давно. Большинство граждан не знают, что это такое. В основном это характерно для крупных городов. И в крупных городах тоже мало людей, которые бы активно использовали их. И здесь я только хочу остановиться на опасности.

У нас очень много проблем с фальсификатом лекарств. Эти биологически активные добавки к пище ещё легче это делать, поскольку компоненты могут быть совершенно неизвестны. Там могут быть те травы, которые вообще являются вредными для организма, но в малой доле, добавлены в какой-то порошок — вот и активная добавка, сразу не будет реакции, заболел человек, но постепенно в организме будут накапливаться эти вредные вещества. Проверить их все, наверное, сложно, потому что по факту отравления не успевают лаборатории работать, когда отравились конкретными пищевыми продуктами. Поэтому здесь нужно, я так считаю, не рекомендовать использовать, потому что где доказательство того, что это даст пользу? То есть это вкус пище не придаёт, имеется в виду, что это в какой-то степени нам замещают нормальные пищевые

продукты. И мы знаем, что на Западе и на Востоке в качестве пищи употребляются уже те биологические структуры, ну, живые организмы, там всякие паучки, червячки, собаки — для них это норма. У нас никто собачье мясо не ест, а в Корее это лакомством считается. Ну, это национальная кухня, особенности.

А вот эти биологические добавки — они красиво упакованы, производится в массовом порядке. И мы с вами не знаем даже рецепт «Пепси-Колы», «Кока-Колы», если там всё в порядке, почему американцы скрывают этот рецепт? Сам факт сокрытия состава какого-то вещества уже вызывает подозрение, но навязывается в массовом порядке для использования.

Поэтому когда идёт рост каких-то заболеваний, то надо проверять, с чем это связано? Потому что в каком-то городе очень много лет продавались БАД, и там появилось какое-то заболевание, может быть, как-то можно провести какую-то параллель, что жители этого города стали чаще болеть?

Мы знаем, что есть этническое оружие, оно разрабатывается, чтобы эти вещества воздействовали только на определённую национальность и какое-то расовое меньшинство. Допустим, птичий грипп — в основном в Азии, Китае, хотя может где угодно заболеть, потому что люди мигрируют: он заболел в Шанхае, а через пять часов он уже в Сибири, у нас. И как мы назовём это? У нас же есть понятие «сибирская язва». Это что в Сибири возникло заболевание? Нет, конечно.

Поэтому здесь проблема есть. Идут разработки, и вот эти БАД могут быть материалом сопровождения для того, чтобы через питание воздействовать на организм. Повторяю: там нет напрямую отравляющих веществ, но там те компоненты, которые могут понижать иммунную систему, медленно разрушать костный скелет человека. Всё в порядке, но разрушение скелета идёт быстрее, быстрее ухудшается зрение, допустим, быстрее возникают какие-то воспалительные процессы, и врач не сможет провести прямую параллель.

Поэтому я, завершая выступление, хочу сказать, что сам никогда не употребляю их, всегда с опаской смотрю на те упаковки, где написано «стимулируют», «против усталости», «против депрессии». Ведь уже не только пищевые добавки, уже даже выпускают препараты, которые не являются лекарством, но якобы они положительно воздействуют на организм человека.

Поэтому хотелось бы, чтобы Минздрав и наш комитет усиливали надзорные функции в этом направлении, потому что устроить нам такие вот медицинские революции — очень много желающих в некоторых лабораториях на Западе. Поскольку прямая война невозможна никогда, экономически невозможно разрушить страну с огромными ресурсами, алкоголь не способствовал разрушению, наркотики — тоже, поэтому вот остаётся... Химическое оружие не применишь, биологические, а вот такие красивые вещи, упаковки, вроде бы биологически активная добавка...

«Активия», вот реклама идёт всё время, вот «Активия», улучшает пищеварение, так сказать. А кто её выпускает, «Активию»? Кто? Я не уверен, что это то же самое, что наше «Простоквашино», наш йогурт — ацидофилин и так далее. Поэтому есть желание у кого-то в красивой упаковке всё сделать. Они и себя травят, они даже себя не стесняются тоже травить, у них тоже возникает очень много проблем со здоровьем. То есть самое опасное — это будет, конечно, продовольствие, потому что с газом найдут варианты замен, нефть и лес — всё можно заменить, продовольствие уже замещают, тоже искусственное.

Но самое эффективное воздействие будет вот через подобного рода БАД, когда всё красиво, дешево, даже бесплатно могут раздавать, пожалуйста, берите в магазинах, в крупных торговых сетях. Вот здесь, конечно, нужны надзорные функции. Жвачка даже, за рубежом же создавалась. А какой там компонент? Малиновая, клубничная, ребёнку вкусно, сладко, хорошо пахнет, а дальше что там ещё есть в этой жвачке?

Поэтому я не хочу, чтобы все боялись любого продовольствия, произведенного за рубежом. Если будем воздерживаться... Хотя и на наших фабриках и заводах тоже, может быть, что-то добавлено, и это может иметь отрицательные последствия, но тем не менее. К осторожности мы должны призывать, тем более что эти вот БАД будут всё шире внедряться в нашу жизнь. И люди хотят показать, что у них наступило улучшение здоровья от применения БАД. Но иногда улучшение здоровья наступает очень резко перед смертью, это тоже надо учитывать.

**Председательствующий.** Спасибо, Владимир Вольфович. Далее — Елена Анатольевна Максимкина, директор лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России.

**Максимкина Е. А.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Во-первых, судя по тому, что сегодня в зале гораздо меньше собралось участников данных «парламентских слушаний», я могу констатировать, что в отношении регулирования обращений БАД мы движемся в правильном направлении. И сегодня Татьяна Евгеньевна (Никитина. — *Прим. ред.*) как раз сказала, что, действительно, это регулирование рекламы БАД уже дало свои положительные результаты.

И на самом деле Федеральная антимонопольная служба проводит, на мой взгляд, колоссальную работу по утверждению рекламных клеймов, потому что это тоже является достаточно важным компонентом, который позволяет говорить о достаточно взвешенной рекламе, которую получает потребитель. Потому что, безусловно, мы все равно столкнемся с тем, что наши врачи-диетологи говорят, что современный ритм жизни, охрана здоровья, которая является более комплексной проблемой, чем просто оказание медицинской помощи или фармацевтической помощи, не позволяет в настоящее время современному человеку с продуктами питания получить весь тот набор микроэлементов, витаминов, который бы позволял ему чувствовать себя лучше, улучшать свое качество жизни, быть более здоровым, иметь здоровый внешний вид, волосы и так далее.

Если вы помните, у нас была достаточно принципиальная позиция, чтобы потребитель отличал лекарственные средства и БАД, не погружать регулирование БАД в процедуру регистрации Министерства здравоохранения. Потому что Министерство здравоохранения должно заниматься именно регистрацией лекарственных средств, а вот уже всё, что является вспомогательным к пище и позволяет просто сохранять здоровье и чувствовать себя лучше, должно регулироваться иным законодательством, по-иному регистрироваться.

Поэтому все регуляторные нормы, наши предложения тоже были, в том числе, в ужесточении, в ведении списков, перечней в отношении биологически активной продукции, это именно в законе, который регулирует оборот пищевой продукции. И такой подход, на мой взгляд, является правильным и взвешенным.

Что касается иных рисков, один из рисков, которые обозначила Татьяна Евгеньевна (Никитина. — *Прим. ред.*), но она очень

мягко сказала, что только используется название. К сожалению, используется не только название, но и синтетические, химические вещества, которые по сути являются лекарственными средствами. Но, просто будучи зарегистрированными в иных дозировках, переходят, в так называемую стадию лайт. Это, безусловно, введение потребителя в заблуждение. Я здесь коллегу по федеральному органу поддержки, потому что такое введение в заблуждение потребителей недопустимо, требуется корректировка. И сегодня уже и Сергей Вячеславович (Калашников. — *Прим. ред.*) говорил о том, что готовится законопроект о внесении изменений в закон «Об обращении лекарственных средств». Считаю, что на площадке Государственной Думы ещё будут предложения по тому, чем данный законопроект можно было бы дополнить. Действительно, на мой взгляд, решение является взвешенным, только нужно продумать очень внимательно, как норму, которая касается торгового наименования лекарственного препарата, запретить применять к биологически активным добавкам в том или ином виде, когда заходит лекарственный препарат на регистрацию. Мы вышли с предложением регулировать присвоение наименований лекарственных препаратов в отношении биологически активных добавок. Так и наоборот, в последующем переносить это на биологически активные добавки к пище. Поэтому проблема эта есть.

Кроме того, сегодня Александр Сергеевич (Прокопьев. — *Прим. ред.*) говорил о том, и я с удовлетворением в рекомендациях к сегодняшним парламентским слушаниям увидела, что есть пункт — поддержать законопроект, внесённый депутатами Государственной Думы, и одним из инициаторов этого законопроекта тоже является Александр Сергеевич (Прокопьев. — *Прим. ред.*). Мы очень внимательно проработали данный законопроект, который касается обращения недоброкачественной и фальсифицированной продукции в целом — не только лекарственных средств, но и биологически активных добавок и медицинских изделий. Данный законопроект является для нас очень важным. Мы надеемся, что с его принятием нам удастся и сделать следующий шаг — Российской Федерации ратифицировать конвенцию «Медикрим». Потому что те нормы, которые погружены в данный законопроект, являются важными, своевременными и позволяют оградить наших граждан от той продукции, которая наносит ущерб здоровью. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Елена Анатольевна. Далее — Сергей Анатольевич Хотимченко, заместитель директора по научной работе ФГБНУ «НИИ питания».

**Хотимченко С. А.** Добрый день, уважаемые коллеги!

Я тоже, надеюсь, недолго выступлю. Хочу озвучить некоторые положения, которые здесь уже обсуждались и рассматривались не один раз. Но, тем не менее, хочу напомнить и некоторые вещи, акцентировать ваше внимание на те или иные вопросы. Слайд можно?

История БАД, как вы все прекрасно знаете, идёт примерно с конца 1980-х годов, когда за рубежом, в Соединённых Штатах, в Европе начали выпускать эти продукты под названием «фуд самплиенс» то есть фактически с перевода с английского является как «дополнение к пище». У нас такой категории в России не было. И фактически вот только начала формироваться законодательная и нормативная база в этом отношении. Фактически только в 1997 году в приказе Минздрава Российской Федерации было впервые определено, что такое БАД — это биологически активные добавки к пище, нутрицевтики и парафармацевтики. И я не буду здесь останавливаться, вы, наверное, знаете документы. И дальше законодательная и нормативная базы развивались. Опять же в 1998 году Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации в терминах и определениях дано чёткое распределение на нутрицевтики и парафармацевтики.

Позвольте вот тут немножко напомнить, что если анализировать международное законодательство в отношении БАД, то здесь оно неоднозначно. В американском законодательстве допускается достаточно большой перечень тех ингредиентов, которые могут использоваться при производстве БАД. При этом у них есть свои особенности, в том числе и разрешительные. В европейском законодательстве, если говорить о директивах и постановлениях Европейского совета, речь фактически идёт только о минералах и витаминах. Все остальные аспекты сейчас обсуждаются. И вопросы в общем-то достаточно большие.

Так вот, у нас тогда, в 1998 году, было разделение на нутрицевтики и парафармацевтики. Однако в 2000 году вышел федеральный закон № 29-ФЗ с определением «биологически активные добавки к пище», где распределение на эти две группы продукции БАД уже отсутствует.

В дальнейшем это развитие законодательной, нормативной базы проходило, уже говорили сегодня о СанПиНе 2.3.2. 1290–03 — это очень важный СанПиН, в нём были даны гигиенические требования к организации производства, оборота биологически активных добавок к пище. Имелся позитивный список, то есть то, что можно применять, а также негативный список — что не допускается при производстве биологически активных добавок к пище.

Я хочу обратить внимание, что на слайде с правой стороны — растения, содержащие сильнодействующие, наркотические, ядовитые вещества (это начало 2000-х годов), это вещества, не свойственные пище, пищевым и лекарственным растениям. То есть эта база продолжала развиваться — достаточно большое количество документов.

И в результате — технический регламент Таможенного союза, где были взяты, но в данном случае не все те вещи, которые необходимы для законодательного регулирования. Фактически осталось только определение БАД, то, которое было в российском федеральном законе № 29-ФЗ. Всё, что было, и то, что было наработано, например, те формы витаминно-минеральных веществ, которые могут использоваться в составе БАД, те адекватные верхние допустимые уровни, ну и ряд других положений, в этот таможенный регламент не были включены.

И одно из предложений — надо внести изменения, выйти с инициативой внесения изменений в технический регламент Таможенного союза о расширении тех показателей, по которым все три страны работали уже в рамках единых санитарных требований Таможенного союза.

Дальше — в 2013 году письмо Роспотребнадзора, где прописано осуществлять государственную регистрацию БАД — я прошу обратить внимание, — «не содержащих ингредиенты, включенные в государственную фармакопею, и другие ингредиенты природного происхождения, не имеющие традиций пищевого применения». Фактически это повторение того, как развивалась в России в рамках Таможенного союза эта законодательная и нормативная база.

Мы ещё будем говорить достаточно много о том, что сейчас, к сожалению, без применения биологически активных добавок к пище в нормальном нефальсифицированном положении практически невозможно поддерживать состояние здоровья. Рационы питания

неадекватны у населения, к сожалению. Используется всё более и большая часть рафинированных пищевых продуктов. Поэтому есть определённое обеднение рациона питания теми или иными биологически активными веществами, куда относятся и минеральные вещества, и полиненасыщенные жирные кислоты, и витамины, и другие биологически активные минорные компоненты пищевых продуктов.

Поэтому современные реалии таковы, что через коррекцию дефицита, через обогащение пищевых продуктов, биотехнологическую модификацию пищевых продуктов, конечно, идёт использование БАД как источников именно пищевых веществ.

Слабые звенья, о которых уже здесь говорилось, я повторять не буду — это реклама, недобросовестные производства, прямая фальсификация. Часто бывает необоснованность ценообразования — об этом тоже надо говорить. Низкий уровень образования населения, к сожалению, в этом отношении низкий уровень образования врачей, которые при слове «БАД» видят, что это нельзя и надо запретить, и не пущать, извините за такое выражение.

И в то же время существует категория пищевых добавок, отношение к этому абсолютно не имеющих. Консерванты, например, которые выполняют технологические функции. Но если смотреть в средствах массовой информации, там всё время идёт: биологические, пищевые добавки. И эта путаница, в общем-то, постоянно имеют место быть и в средствах массовой информации, и даже студенты, и даже врачи — я знаю, говорил с врачами — часто встречается, что даже врачи не могут разъединить это: пищевые или не пищевые.

Предлагается, может быть, внести новые показатели: «диетические добавки», «диетические добавки нутрицевтики» и «диетические добавки парафармацевтики». И определить: если это парафармацевтики, например, то они содержат те естественные компоненты из пищевых продуктов, а не другие вещества или чисто лекарственные растения. Тут, наверное, надо думать, и, наверное, если это они содержат, или есть вытяжки лекарственных растений, у которых достаточно сложный состав, которые никогда не используются в питании населения России, то, наверное, это можно относить к сфере деятельности лекарственных средств.

Поэтому есть предложение подумать об изменении наименований, терминологий, чтобы не путать разные вещи, и вернуться



к тому, с чего мы начинали, — «парафармацевтики» и «нутрицевтики» вместо «биологически активных добавок». И, соответственно, — внесение изменений в законодательные акты Российской Федерации и в законодательные акты Таможенного союза. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Сергей Анатольевич.

Далее приглашается Колесников Сергей Иванович, заместитель председателя наблюдательного совета СРО «БАД», академик РАМН, член Президиума РАМН, профессор, заслуженный деятель науки России, академик РАН. Приготовиться Орловой Светлане Владимировне.

**Колесников С. И.** Спасибо, Александр Сергеевич.

Дело в том, что мы постоянно возвращаемся к проблеме биологически активных добавок, к тому, что ситуация недостаточно зарегулирована, и есть несколько путей выхода из этой ситуации. Первый путь — это регуляторный карательный путь — издание законов, издание самых разнообразных запретительных документов. Это приводит к тому, что запретительные документы начинают обходиться сбоку.

Но в результате не всегда удаётся решить эти проблемы, а проблемы во многом могут лежать в сфере развития системы саморегулирования. Система для нашей страны достаточно молодая, должен вам сказать. И если мы говорим о законах и организациях, которые возникли в системе саморегулирования, то это в основном законом введённая система в градостроительстве, то есть в строительных организациях.

Вот тут я привёл примеры, я не буду на них останавливаться, саморегулируемых организаций, которые существуют в соответствии с законом и где есть регуляторные органы, которые этим занимаются.

Вы видите, тут и реклама, тут и оценщики, аудиторы, рынок ценных бумаг, медиаторы, кредитные кооперативы, даже теплоснабжение, но совершенно не отрегулирована ситуация в нашей медицинской сфере. И даже на днях закончился съезд Национальной палаты, и в постановлении этого съезда было отмечено, что надо «ускорить работу по законодательному обеспечению вопросов саморегулирования в здравоохранении».

Понятно, что БАД находятся в промежутке между здравоохранением, промышленностью, медицинской помощью, лекарственным

обеспечением, тут достаточно сложная система саморегуляции. Тем более эту систему саморегулирования надо создавать для того, чтобы определить предмет, как всё-таки в этой сфере работать и как наладить ситуацию.

Причём Федеральный закон №315-ФЗ «О саморегулируемых организациях» говорит о том, что как раз предметом работы саморегулируемых организаций является установление стандартов и правил указанной деятельности и контроль за соблюдением этих требований. То есть, это всё очень разумно, и мало того, что разрабатываются стандарты, но эта организация может внедряться и в законотворчество и даже в судебное разбирательство, то есть в правовую деятельность, защиту своих интересов и интересов потребителей. Потому что саморегулируемая организация ещё и от потребителя принимает жалобы на какие-то нарушения стандартов, правил и, соответственно, имеет право наказывать членов своей саморегулируемой организации и нести ответственность за деятельность своих членов саморегулируемой организации. То есть может накладывать самые разнообразные дисциплинарные наказания, но в то же время и отвечать, за то, что в этих организациях не соблюдаются правила.

Но, я не буду говорить так подробно, эту презентацию я оставлю, кто захочет, может её списать с компьютера. Тем не менее, самое важное, что саморегулируемая организация ещё имеет право оспаривать любые акты, решения и действия или бездействия органов государственной власти, как федеральных, так и субъектов Федерации, и даже местного самоуправления, которые защищают интересы и защищать интересы, соответственно, но и имеет право обсуждать законы, я уже об этом говорил, и также вносить предложения, которые обязаны рассматриваться государственной властью, по вопросам формирования и реализации госполитики в этой сфере и запрашивать, соответственно, информацию. Но, и уполномоченный орган в этой сфере, в данном случае, я даже не знаю какой, Минпромторг или Минздрав или другое министерство должно быть регулирующим органом, даже это не определено в данной сфере, может быть ФАС ещё. Он должен привлекать саморегулируемые организации к участию в обсуждении проектов федеральных законов. И это, в общем, очень важно.

Потому что сегодня сначала принимается какой-то закон — не в обиду депутатам, членам Совета Федерации и президенту, — а потом начинаем его стремительно обосновывать, что иногда выглядит достаточно смешно. Потому что после принятия закона, спустя 2–3 недели, начинаются поправки к этому закону, что говорит о его недостаточной проработанности.

Регуляторы саморегулируемой организации в нашей сфере, как я и повторяю, отсутствуют, пока объединения саморегулируемых организаций у нас нет — одна, единственная, пожалуй, саморегулируемая организация, которая создана, и общественные движения саморегулирования, тоже таковые существуют, третейские суды. И всё это, если по строительству посмотреть, они как раз хорошо проработаны. Мало того, есть даже неформальные общественные объединения, движения, которые называются антисаморегулируемые организации. То есть в этом секторе очень хорошо все отрегулировано.

И по нашей сфере, медицине и фармацевтике. У нас, к сожалению, это существует эпизодически, всего где-то около 10 разных организаций в сфере медицины, фармацевтики. Сейчас, слава Богу, по БАД саморегулируемая организация создана. Можно создавать их только в форме некоммерческих, к сожалению, объединений, а потом уже регистрировать как саморегулируемую организацию при наличии 25 членов этой организации. И была такая попытка в 2000, 2009 году и даже здесь в Думе, я как депутат обсуждал эти проблемы — о замене лицензирования и ряда государственных разрешительных функций на систему саморегулирования. Оно было признано, даже было внесено поначалу в закон, а потом Закон «О лицензировании отдельных видов деятельности» был поправлен. То есть фактически пока мы стоим на месте по одной простой причине — не развита система саморегулирования. И, слава Богу, что сегодня это делается.

Я должен сказать, что создан такой общественный Институт проблем саморегулирования, который тоже занимается этими проблемами. Надеюсь, он нам будет помогать.

Ну, и минусы я уже вам сказал. Это необоснованное законодательное ограничение, что уменьшит экономическую ёмкость рынка, дискредитация отрасли действиями мошенников, если не будет системы саморегулирования, необоснованное ограничение рекламы, необоснованная безнаказанная травля со стороны СМИ.

А преимущества для пациентов в обращении БАД, они очевидны. Вот они тут суммированы, шесть таких преимуществ. И хочется пожелать этой новой организации стать неким центром кристаллизации, который позволил бы нам многие проблемы обращения биологически активных добавок к пище снять, и тем самым помочь и производителям, и пациентам. Спасибо.

**Председательствующий.** Сергей Иванович, спасибо вам большое.

Насколько мне известно, законодательная власть уже взаимодействует с вами, осталось с исполнительной найти общий вектор развития.

Орлова Светлана Владимировна, заведующая кафедрой клинической нутрициологии РУДН. Приготовиться Марьяновскому Леониду Михайловичу.

**Орлова С. В.** Вопрос маркировки биологически активных добавок к пище на сегодня остаётся очень дискуссионным во всём мире. Единой концепции подхода на сегодняшний день не создано. И каждая страна регулирует процесс маркировки по-своему.

В этом году проходило три совещательных форума. Первый — это Соединённые Штаты Америки, Канада и Европа. И второй — это Япония, Европа и США. И на самом деле общей концепции до сих пор ещё не создано, как правильно выносить на этикетку и какую давать информацию для потребителя по отношению к биологически активным добавкам к пище.

У нас в стране, господин Хатимченко показывал, начиная с 1997 года, шла позитивная тенденция к созданию, в том числе вынесению информации для потребителя. В частности, показывали СанПиН 1998 года, где в принципе было определено, что должно выноситься и какая информация для потребителя, в частности, структурная или функциональная.

Но в последующем при создании документов это всё исчезло, и на сегодняшний день в России маркировка состоит из единой фразы: источник чего-то, что, собственно говоря, позволяет мошенникам продавать добавки в качестве лекарства. Потому что, когда на этикетке стоит, что это источник катехинов или источник каких-то флавоноидов, то для потребителя это ничего не значит, и под этой маркой БАД продаются как лекарственные средства, вплоть до онкологических заболеваний.

Если посмотреть на Соединённые Штаты Америки, родоначальников, собственно говоря, добавок... Меня всегда обижает, когда говорят, рынок добавок в России недавний. На самом деле первые добавки были созданы и у нас в России, в Институте питания. И в 1980-х годах они имели даже названия — БАД-1 и БАД-2. Как мы их назовём — «диетические добавки», «нутрицевтики» — это терминология, над которой учёные поработают и приведут в соответствие.

Но на самом деле, это не сегодняшний рынок. Практически уже 15 лет этому рынку. Мы, наоборот, пошли по пути снижения информации для потребителя, что, собственно говоря, мне кажется, тоже негативно вышло к этому.

Так вот, в Америке существуют утверждения трёх типов. Здесь, если говорить о нутрицевтиках, на самом деле только о двух компонентах, о которых разрешается говорить, что они снижают риск... Это только кальций в отношении остеопороза и фолиевая кислота по предупреждению развития дефектов нервной системы. Это всё. Всё остальное должно наноситься на этикетку фразой «источник кальция», и только одна фраза — «для здоровья костей».

Если писать, что кальций способствует снижению риска развития рака кишечника — это запрещено во всех странах, не только Соединённых Штатах, но и в Японии той же самой, и в Европе.

Для примера этикетка по гиалулоновой кислоте — кстати, тоже спекулируется в России как источник красоты, молодости и так далее. Утверждённый клейм для американцев — это здоровье и подвижность суставов.

Мы сейчас стали почему-то очень стесняться понятий «диетопрофилактика и здоровье», «здоровое питание». На самом деле именно в рамках диетологической службы добавки играют огромную роль в диетопрофилактике. А если мы разграничили то, что профилактика — это лекарственные средства, нужно тогда разграничить — первичная или вторичная профилактика. Первичная профилактика — это чисто диетологическая служба в отношении добавок. Вот здесь как раз нужно обозначить, для чего эти добавки — для здорового питания, костей, или суставов, или в крайнем случае как диетопрофилактика чего-то. И тогда потребитель, читая это, никогда не заподозрит, что это лекарственное средство. Хотя мы пишем, что добавка не является лекарством, и может быть,

нужно ужесточить это требование как раз по отношению к добавкам, писать так, как пишут американцы: «не предназначено для лечения и диагностики», чтобы человек, прочитав этикетку, мог понимать, что перед ним.

Япония, которая традиционно в большом количестве потребляет добавки, до 90 процентов населения, имеет более жесткий закон по отношению к Америке. Здесь в отношении нутрицевтиков всё более-менее понятно, опять-таки функциональные или структурные компоненты более жёстко ограничены, и об этом должно быть написано соответствующим образом. Если добавка просуществовала шесть лет, это касается и лекарственных растений, и это подтверждено какими-то испытаниями во всем мире, то может писаться как функциональные и структурные.

Вот если новый какой-то компонент, то, чего Владимир Вольфович (Жириновский. — *Прим. ред.*) боится, что будут травить какими-то добавками население, этот вопрос как раз очень жёстко стоит и в нашей стране. И меня всегда обижает, когда говорят, что добавки не проверяются, добавки не контролируются. В Институте питания, начиная с 1990-х годов, построена система контроля и проверки не только на содержание этих компонентов, но и на соответствие заявленному, и сейчас в структуре Роспотребнадзора есть несколько аккредитованных лабораторий, в том числе и Всероссийский институт лекарственных ароматических растений, который подтверждает и лекарственные растения... И не надо говорить, что мы на заднем плане в плане фармацевтики или контроля, что мы не можем поставить препятствия какому-то биологическому оружию по отношению к нашему населению. Зачем мы тогда вообще здесь с вами сидим?

Поэтому здесь очень важный момент — определить категории, что мы можем делать и что мы должны, какую давать информацию для потребителя.

Мне кажется, что нужно не забывать о том, что было разработано, то, что говорил правильно замдиректора Института питания, что уже было сделано, и отбрасывать в документах то, что уже было наработано, я считаю, что это неправильно, нужно вернуться к тому моменту, когда мы делали какие-то правильные вещи.

Сейчас появилось очень много в Европе учёных и организаций, которые наоборот стараются, стремятся снизить накал

по отношению к добавкам, который существуют в Европе. Так, в частности, если до 2012 года в Европе прирост продажи добавок был каждый год 12–14 процентов, после введения вот этих жёстких законодательных мер рост продажи добавок составил 1,3 процента. И это за счёт Румынии, так как они считают, что этот рынок не насыщен.

Дабы не повторять ошибки таких ужесточений, мне кажется, нужно разработать регламент, где мы могли бы по отношению к нутрицевтикам дать разъяснение, что могут делать эти добавки в качестве нутрицевтического средства, и если эти лекарственные растения известны давно, давно существуют на рынке, надо дать возможность писать, для чего нужны эти добавки.

Ещё раз хочу сказать, что фраза «в качестве питательной поддержки органов и систем» должна быть. И опять-таки вернуться в рамках функционального значения, потому что наша работа и отличается тем от работы с лекарственными препаратами, что мы работаем в рамках функциональных границ, а лекарственные препараты — в рамках патологии. И здесь нужно чётко разграничить, и тогда, мне кажется, будет понятно, что выносить на этикетки и клеймировать в рамках России. Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Светлана Владимировна.

Далее Марьяновский Леонид Михайлович, исполнительный директор Некоммерческого партнерства «Производители биологически активных добавок к пище, лечебного и профилактического питания» (НПП БАД).

**Марьяновский Л. М.** Добрый день, уважаемый президиум, уважаемые слушатели!

Прежде всего, пару слов об организации, которую я представляю. Я представляю саморегулируемую организацию, некоммерческое партнёрство производителей биологически активных добавок к пище. Мы — первая саморегулируемая организация на рынке БАД, мы являемся объединением добросовестных, социально ориентированных производителей и распространителей продукции отрасли. Безусловно, нашей основной задачей является обеспечение потребителей безопасной и качественной продукцией, оказание помощи государству в обеспечении эффективного контроля над отечественным рынком, условиями производства и распространения

продукции отрасли и защиты потребителей от недобросовестных производителей и распространителей продукции. Также мы заинтересованы в защите внутреннего рынка от недобросовестной конкуренции, которая имеет место быть, занимаемся информационным обеспечением населения о роли БАД в оптимизации питания, в сохранении здоровья и увеличения продолжительности жизни. Также одной из наших важнейших задач является повышение профессиональной грамотности врачей, специалистов здравоохранения, работников торговых организаций в вопросах назначения и применения продукции нашей отрасли.

А теперь с вашего позволения несколько слов о самом предмете, о котором мы сегодня говорим. Для примера я убрал просто все промежуточные даты и представил три реперные точки: вот 2008 год, 2012 и 2016. Вы видите, что объём российского рынка БАД практически за каждые четыре года увеличивается на 50 процентов. То есть сегодня мы уже говорим о том, что рынок БАД — рынок биологически активных добавок к пище и витаминов — уже приближается к полутора миллиардам долларов, то есть это весьма и весьма ощутимая цифра.

Также я хотел бы немного развеять мифы, которые иногда создаются о том, что население не знает что такое БАД. Всероссийский центр исследования общественного мнения проводил исследование, и оно подтвердило, что 80 процентов российского населения прекрасно знают, что такое БАД к пище. 60 процентов населения совершенно однозначно отличают их от лекарственных средств, и только 5 процентов опрошенных имеют сомнения и иногда смешивают их с лекарственными средствами.

Далее. Что представляет из себя наше партнёрство? Вот для примера всего-навсего 10 компаний нашего партнёрства. Вы можете увидеть, что сегодня они занимают более 50 процентов рынка биологически активных добавок к пище на российском рынке. Это наши ведущие компании «Эвалар», «Пфайзер», «Гербалайф», «Амвэй», «Валеант», «Байер», «Алтайвитамины», «Леовит», «Алтай-Фарм». Кроме этих компаний, в нашем партнёрстве имеются ещё на сегодняшний день 19 компаний. Можете себе представить, какой объём рынка занимают наши партнёры. И если учесть, что в числе наших партнёров есть такие компании, как «ДСМ», «Лонза», «Натурекс», «Капсуджель», которые поставляют компоненты для производства



биологически активных добавок к пище для российских производителей, то понятно, что мы представляем очень важный и большой сегмент рынка.

Теперь несколько слов о каналах распространения продукции нашей отрасли. Я разделил на несколько самых основных продуктов, которые реализуются на рынке. Вот первое представление — это БАД к пище и витамины как таковые. Это не касается, безусловно, витаминов, которые зарегистрированы как лекарственные средства. Если вы обратите внимание, то для этой продукции основным каналом распространения являются аптечные учреждения. Однако вы можете проследить, что небольшое снижение доли этого канала всё-таки наблюдается. При этом серьёзное увеличение продаж идёт по каналам прямых продаж, то есть, как правило, это вообще-то представители не российских компаний, а представители зарубежных компаний, которые приходят на наш рынок.

Следующим большим сектором биологически активных добавок к пище являются БАД для контроля за весом тела. Как вы видите на этом слайде, они очень интенсивно развиваются. Объёмы продаж резко растут. Но здесь наблюдается серьёзное изменение в каналах распространения. В аптечных учреждениях изначально было меньше 50 процентов этой продукции. Доля аптечных учреждений немножко снижается. Но очень интенсивно растут другие продажи, такие, как Интернет, прямые продажи. И их суммарная доля, продаж через эти каналы сбыта, превышает 90 процентов. А общие объёмы продаж за четыре года практически увеличились, как и средне-статистические данные по всему рынку, более чем на 50 процентов.

Ещё одним важным элементом рынка БАД являются БАД для спортивного питания. Здесь совершенно другая структура распространения. Практически аптечный сегмент здесь не присутствует. Основными точками распространения является продажа через пункты продажи непродовольственных товаров, которые занимают больше половины рынка, ну и точки продажи товаров для здоровья, Интернет-продажи и прямые продажи, доля их, как вы видите, значительно растёт. Однако общая доля их немножко снижается, а объём продаж тоже немножко опережает темпы развития всего рынка.

Все разговоры за последние несколько лет, буквально три-четыре прошедших года, о том, что БАД попали под некоторое гонение,

достаточно много было негативных высказываний в отношении этой продукции, привели к довольно интересному эффекту.

На сегодняшний день доля отечественных и зарубежных производителей, как здесь представлена доля в стоимостном и в натуральном объёме, в отличие от рынка лекарств, например, пока ещё превышает 50 процентов, а в натуральном объёме доля почти зашкаливает за 80 процентов.

Но если бы мы сделали шаг назад и посмотрели, хотя бы всего год или два назад, то мы бы увидели, что доля отечественных производителей всё-таки снизилась, и на это повлияло именно негативное отношение к продукции, которая была проявлена за эти несколько лет.

Теперь несколько слов об аптечных продажах. Это один из важнейших сегментов реализации биологически активных добавок к пище. Здесь вы видите, вот в 2012 году и в прошедшем 2013 году, что рост продаж через аптечные сети произошёл на 20 процентов в стоимостном выражении, а в количестве упаковок несколько больше, чем на 10 процентов.

Кто же является основным игроком на рынке аптечных продаж, вы можете увидеть, здесь опять же перечисляется большое количество наших членов партнёрств, но также присутствуют некоторые другие компании, которые также оказывают достаточно мощное влияние на рынок.

Теперь несколько слов о рекламе. Все здесь говорили о том, что предпринятые меры по внесению изменений в закон «О рекламе» привели к тому, что, безусловно, снизилось количество претензий к рекламе, потому что ответственность за недобросовестную рекламу была распространена не только на производителей, но и на распространителей рекламной продукции, и это действительно повлияло.

Но здесь говорили о том, что распространители продукции повлияли на результаты улучшения ситуации. Я должен сказать, что, безусловно, на эту ситуацию серьёзное влияние оказали и сами производители, потому что они стали ответственно относиться к рекламе. Но, несмотря на это, до сих пор у нас сохраняются проблемы, потому что заявленное качество продукции до сих пор с большим трудом выносятся на упаковку продукции. И об этом правильно говорили докладчики здесь, и о том,

что клеймы, то есть заявления о полезности или необходимости данных продуктов, могут выноситься на упаковку продукции только в случае подтверждения именно наличия подобного рода эффектов. Эти заявления до сих пор ещё не согласованы, не утверждены, и нужно провести работу для того, чтобы эти клеймы были зафиксированы, их можно было бы использовать без причинения ущерба потребителям, так и с пользой в работе производителей. Благодарю вас внимание.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Леонид Михайлович.

Далее Астафуров Олег Игоревич, исполнительный директор Союза профессиональных фармацевтических организаций. Приготовиться Говорову Александру Викторовичу.

**Астафуров О. И.** Добрый день, уважаемые коллеги! Выступая здесь от имени Союза профессиональных фармацевтических организаций, я хочу обратить ваше внимание на очень конкретную и очень серьёзную проблему, которая несёт в себе огромные риски для здоровья населения Российской Федерации, а также большие риски потери репутации для добросовестных участников, игроков фармацевтического рынка.

Речь пойдёт об особо опасном способе фальсификации БАД. Итак, в Российской Федерации зарегистрировано 14 биологически активных добавок в качестве минеральных веществ, и позиционируются они производителями для нормализации сексуальных функций мужчин. В регистрационных документах таких БАД, конечно же, заявляются только природные и растительные компоненты. Результаты исследований, которые были проведены в 2013 году в независимой российской лаборатории, показали, что фактически все эти БАД содержат запрещённые к использованию фармацевтические субстанции, которые являются, подчёркиваю, активными фармацевтическими субстанциями рецептурных лекарственных препаратов. И концентрация данных активных веществ — тадалафил, силденафил — может превышать максимальную дозировку зарегистрированных лекарственных препаратов с соответствующими фармацевтическими ингредиентами.

Указанные БАД, конечно же, находятся в свободной продаже в аптеках, в аптечных пунктах и могут закупаться населением в свободном виде, без всяких рекомендаций и назначений врача.

Итак, собственно, результаты тестирования. Вот посмотрите, пожалуйста, какие препараты тестировались, я очень аккуратно указываю в разделе «производитель», что это указанный на упаковке производитель и здесь не идёт речь о том, чтобы обвинить каких-то конкретных производителей в фальсификации, просто я обращаю внимание на вот факты.

Вот препараты, которые очень известны в этом сегменте рынка, во всех выбранных сериях, которые закупались в аптеках Москвы и Санкт-Петербурга, Нижнего Новгорода, присутствует та самая группа активных фармацевтических субстанций. Я обращаю ваше внимание, что количества, в которых они присутствуют, вполне терапевтические и даже могут превышать терапевтические дозы, как, например, в «Тонгкат Али Платинум».

Вот ещё одна группа препаратов, которые исследовались, и также во всех них были обнаружены соответствующие фармацевтические ингредиенты.

Почему, собственно, такая проблема возникает? Она возникает на поле, во-первых, ведомственной разобщённости, и конечно же, недостаточного регулирования обращения БАД. Мы видим, что при регистрации в Роспотребнадзоре заявители регистрируют тот состав, который позволяет получить положительное заключение и свидетельство о государственной регистрации. Естественно, никто не заявляет наличие каких-то фармацевтических ингредиентов, а сам Роспотребнадзор не уполномочен контролировать их наличие. Соответственно, у него нет соответствующих инструментов для этого. А Росздравнадзор, который мог бы контролировать наличие, не имеет прав регулирования обращения БАД.

Наши предложения — наделить Роспотребнадзор полномочиями по контролю и надзору, наличию в составе БАД незадекларированных фармацевтических компонентов, запрещённых к использованию. Усилить надзор и контроль за обращением БАД, особенно в части контроля наличия в их составе тех самых незадекларированных синтетических веществ, запрещённых для использования.

Поручить Роспотребнадзору осуществлять пострегистрационный мониторинг наличия в обращаемых на рынке БАД запрещённых компонентов, так же, как это делает Росздравнадзор.

И также поддержать проект поправок в Кодекс об административных правонарушениях и Уголовный кодекс Российской

Федерации, который был подготовлен депутатской группой Прокопьев — Яровая, которые приравнивают фальсификацию БАД к фальсификации лекарственных средств. Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Олег Игоревич, есть вопрос.

**Дорофеев С. Б.** Судя по информации, главные злодеи сидят в Санкт-Петербурге.

**Астафуров О. И.** Я бы не хотел, чтобы сообщённая мной информация воспринималась как конкретное указание на каких-то производителей, ещё раз подчёркиваю, что...

**Дорофеев С. Б.** Шучу, шучу. Вопрос к залу. А кто-то есть, может быть, из этой компании случайно? Нет? Или есть? Такой крупный производитель и не приглашён, жалко. Ну, тогда к вам вопрос. В вашем союзе много участников? Вы сказали, вы представляете союз производителей. Сколько?

**Астафуров О. И.** Да. В нашем союзе примерно 25–27 участников.

**Дорофеев С. Б.** А всего у нас таких производителей?

**Астафуров О. И.** Давайте два слова тогда о нашем союзе, раз вопрос возник. Членами Союза профессиональных фарморганизаций являются как фармацевтические дистрибьюторы, так и производители лекарственных средств, причём без разделения их на иностранные или российские, дженериковые или инновационные, а также аптеки, аптечные сети, то есть представители всех трёх сегментов, в которых обращаются лекарственные препараты и биологически активные добавки. Одним из членов нашего союза является компания «Эвалар», которая недавно вступила в наш союз и которая известна большей части экспертов как бадовская компания, но, вообще говоря, она производитель и лекарственных препаратов.

**Председательствующий.** Сергей Борисович, в чём вопрос?

**Астафуров О. И.** Да, в чём вопрос?

**Дорофеев С. Б.** А вопрос к вам. У нас, знаете, кто не выходит, все говорят: я в союзе таком, в союзе таком, в союзе таком. У нас вот «Эвалар» во всех союзах состоит, получается. Сейчас второй выступает и говорит, что «Эвалар» и там, и там, и там. Объединились бы вы все, представляли бы какую-нибудь одну организацию.

Вопрос следующий. Если вы нашли вот такие вот вещи, грабничащие с уголовными правонарушениями, не пробовали подать

в прокуратуру информацию? Вы же официальное юридическое лицо, очень даже запросто можете подать, вы же ведь определили, как вы сейчас сказали, такую информацию...

**Председательствующий.** Сергей Борисович, она в перспективе уголовная. Это неконтролируемый приём химических и синтетических веществ. Как раз закон, который мы представляли, в том числе и в комитете при Совете Европы, говорит о том, что, вводится уголовная ответственность за фальсификацию биологически активных добавок запрещёнными химическими веществами.

**Дорофеев С. Б.** Я понял, я задаю этот вопрос человеку на трибуне в том смысле, что если профессиональное сообщество видит, что кто-то из коллег делает что-то неправильно, то почему не принимает решение? Прокуратура-то разберётся, кто должен там проконтролировать: Роспотребнадзор или не Роспотребнадзор, они найдут механизм. Но если вы говорите факты, то надо что-то делать.

**Астафуров О. И.** Да, безусловно. Спасибо, будем считать это предложением обратиться в прокуратуру с полученной информацией.

**Председательствующий.** Олег Игоревич, спасибо большое. И я ещё вкратце уточню. И, Сергей Борисович, поймите, тут такая ситуация. Четыре статьи Уголовного кодекса сегодня работают на такие виды преступлений: это статья 159 «Мошенничество», это статья 171 «Незаконное предпринимательство», статья 180 «Незаконное использование товарного знака» и статья 238 «Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности».

Уже на доследственном этапе правоохранительные органы, которые к нам приходили на этапе рассмотрения и внесения нашего законопроекта по фальсификату, говорили, что у них объективные причины, по которым они не могут доказывать фальсификацию того или иного препарата.

Например, статья 238 требует доказывать вред, нанесённый здоровью гражданина. По большому счету, это невозможно задокументировать, умер от личных показаний по здоровью, либо на фоне того, что препарат не оказал определённых запланированных действий.

Статья 171 — найти человека, который получил материальный ущерб, фактически не возможно.

Статья 180 — проблема незаконного использования товарного знака, в основном это репутационные издержки тех организаций, бренды которых фальсифицируют. То есть, для того, чтобы не получить падения продаж, такие организации просто не обращаются в органы внутренних дел. И на данный момент ситуация действительно острая. С учётом того, что есть группы риска, которые не знают, что в этом препарате содержится то вещество, которое им принципиально запрещено по личным показаниям здоровья.

Конечно, для этого необходим отдельный состав преступления, что и содержится в законопроекте «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части противодействия обороту фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок».

После того, как, я надеюсь, законопроект будет полностью поддержан — на данный момент он поддержан Правительством Российской Федерации, — пройдёт все процедуры первого, второго, третьего чтения и с учётом того, что были предложены определённые инструментарии для Роспотребнадзора, я думаю, все это в целом действительно даст результат. А так мы будем сидеть и смотреть, показывать вот эти слайды, и не сможем ничего сделать. И правоохранительные органы тоже ничего не смогут сделать.

Так, коллеги, далее выступает Говоров Александр Викторович, заместитель главного уролога Минздрава России по научной работе. Приготовиться Неволіной Елене Викторовне.

**Говоров А. В.** Уважаемые коллеги, добрый день! Я представляю кафедру урологии Московского Государственного Медико-стоматологического университета, кафедру возглавляет профессор Пушкарь Дмитрий Юрьевич, главный уролог Минздрава, то есть я врач-уролог.

Нам была предоставлена возможность ознакомиться с результатами экспертиз, которые показали, что в тех препаратах, в тех БАД, которые достаточно часто принимают урологические пациенты для лечения эректильной дисфункции, для лечения

доброкачественной гиперплазии предстательной железы, содержатся фармакологически активные вещества.

Я должен отметить, что в настоящее время основной группой препаратов для лечения, например, эректильной дисфункции, являются ингибиторы фосфодиэстеразы пятого типа. И это препараты, которые хорошо известны и изучены, это препараты, которые действительно работают хорошо. Но это те лекарственные средства, которые, помимо показаний, имеют определённые противопоказания. И есть целый ряд пациентов, которым эти препараты назначать или нельзя, или необходимо назначать с особой осторожностью.

Это больные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, это пациенты с печёночной, почечной недостаточностью, это наши же урологические больные, которые, например, лечатся по поводу аденомы предстательной железы и принимают альфа-адреноблокаторы.

Поэтому, если мы назначаем пациенту оригинальный препарат, то это ситуация, которая требует выписки рецепта, потому что все эти препараты относятся к рецептурным. И решение в отношении возможности подобного лечения у каждого пациента принимается индивидуально, и эти пациенты время от времени приходят к нам, врачам, для контрольного обследования. Не только для оценки эффективности лечения, но и для оценки ситуации, связанной с безопасностью терапии.

Если же пациент видит эту агрессивную рекламу в СМИ, идёт сам в аптеку, покупает БАД, не зная о том, что в составе БАД содержится ингибитор фосфодиэстеразы пятого типа, то в такой ситуации пациент неизбежно столкнется с каким-то негативным проявлением, с каким-то побочным действием, вплоть до жизнеугрожающей ситуации, которая возможна, в частности у больных, принимающих нитраты. А это ситуация не редкая у мужчин старше 60 лет.

Отдельное беспокойство вызывает тот факт, что в одной и той же добавке, в разных партиях препарата, эта фармакологически активная субстанция может содержаться в разных концентрациях. То есть пациент, принимая БАД какое-то время и чувствуя себя, скажем так, нормально, может принять тот же самый БАД, купленный в другой аптеке, и получить какое-то серьёзное осложнение, вплоть, повторю, до жизнеугрожающего. Для нас, для врачей,



эта ситуация сложна тем, что практически невозможно в подобной ситуации поставить правильный диагноз и невозможно оценить, с чем связано ухудшение состояния пациента, соответственно, нам очень трудно подобрать адекватную медицинскую помощь в данной ситуации.

В связи со всем вышеизложенным, мы считаем, оборот БАД, содержащих в своём составе незадекларированные фармакологические активные субстанции, опасным для пациентов и недопустимым. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Александр Викторович.

Далее — Елена Викторовна Неволina, исполнительный директор Некоммерческого Партнёрства «Аптечная гильдия». Приготовиться Игнатъевой Нелли Валентиновне.

**Неволina Е. В.** Добрый день, уважаемые коллеги! Сегодня мы уже достаточно долго сидим, обсудили много вопросов, и вот последние два выступления зачеркнули всё, что было сказано ранее. То есть все те регуляторные механизмы, которые сегодня существуют, даже создание саморегулируемой организации, оказывается, не могут избавить нашего потребителя от тех проблем, которые возникают при реализации БАД.

Ведь те препараты, которые были названы господином Астафуровым, их производят достаточно крупные производители. Но что касается контроля. Мы рекламу видим все, и реклама эта соответствует закону. Они не намекают на лечебный эффект, они пишут стандартными буквами, которыми положено, что не является лекарством, а просто биологически активная добавка. И при этом, понимаете, оказывается, содержит то, что не могут содержать биологически активные добавки.

Я как раз хотела рассказать о тех проблемах, которые мы тоже выявили, проводя собственное дело, в целях спортивного интереса. На сколько сегодня можно прекратить незаконную торговлю биологически активными добавками? Потому что получается так: покупают через Интернет, а отношения выяснять приходят в аптеку — почему не помогает?

Мы поискали на сайтах, что продаётся. В основном, конечно, это средства для эректильной дисфункции. Вот тот пример интернет-продажи — «Волум» капсулы. Вы, наверное, пока я тут говорила, смогли уже ознакомиться с контентом этого слайда, это

всё снято с сайта. Мы обратились в Роспотребнадзор. Поскольку Сергей Иванович (Колесников. — *Прим. ред.*) говорил о проблеме регулирующего органа, она действительно существует. Потому что, если говорят, что это действует как лекарственное средство, а оно не зарегистрировано, то вроде как это епархия Росздравнадзора, если это БАД — вроде как Роспотребнадзора. Опять же, какое министерство регулирует: Министерство торговли или Министерство здравоохранения — в этой ситуации?

Роспотребнадзор нам ответил, что невозможно провести проверку этого сайта, потому что на сайте нет юридически значимой информации об ИНН и о номере государственной регистрации этого юридического лица. Но при этом они нам сообщили, что этот «Волум» никогда не проходил регистрацию как БАД. Соответственно, он не проходил регистрацию как лекарственное средство, после чего мы решили обратиться в ФАС. Почему на сайте возможна такая шикарная информация о том, что предлагается препарат чудодейственный для лечения эректильной дисфункции?

Оказывается, и ФАС здесь не усмотрел нарушений. То есть, когда есть намёк на лечебное действие в рекламе законопослушного и добропорядочного производителя БАД, то вы, наверное, сами знаете, как быстро штрафы выставляет ФАС. А оказывается, то, что на сайте, это предназначено для информирования потребителей и не является рекламой.

А когда неопределённый круг наших потребителей заходит на этот сайт, читает эту информацию, как её назвать? Какая это информация? Это, естественно, реклама, это оферта к продаже. Но ФАС вот здесь нарушений не усматривает.

Затем мы решили немного поупражняться. На столбах в Москве летом прошлого года появилась реклама «Виагра» — таблетка по 100 рублей». Как оказалось, тоже к «Виагре» эти препараты не имеют никакого отношения. Это тоже всё биологически активные добавки, ввезённые из Китая, из Индии, нигде не зарегистрированные и продаваемые в основном посредством сайта. Ну, здесь, я вам скажу, мы намучились.

Второй момент. Вот тоже, посмотрите, здесь всё красиво. Примеры интернет-продаж, мы показываем препарат. Сайт [fitbar.ru](http://fitbar.ru) предлагает продукт для красивого цвета кожи при загаре. Заметим, что применяется он подкожно. То есть это инъекции. Одновременно

этот препарат также влияет, оказывается, на эректильную дисфункцию. Правда, не объясняют, как.

Что мне понравилось. Честно на сайте написано, что это препарат нового поколения и ещё не прошёл весь процесс испытаний. Именно поэтому до сих пор не выписывается врачами и в свободную продажу не попадает. Его использование можно только под личную ответственность. Я вам могу сказать, что закрыть этот сайт нам тоже не удалось, хотя был даже человек, который пострадал от применения этого продукта.

Вот ответ Росздравнадзора. Оказывается, тоже невозможно проверить этого продавца, потому что федеральный закон № 294-ФЗ запрещает нам без согласования прокуратуры проводить такие проверки. Соответственно, у нас получается федеральный закон № 294-ФЗ очень хорошо защищает недобросовестных участников рынка, которые просто наносят прямой вред нашим потребителям. И здесь, конечно, нужно что-то с этим решать.

Мы попробовали обратиться в ФАС. Ну, во-первых, оказалось, что фонарный столб, как нам ответили в ФАСе, не является рекламным носителем. Поэтому то, что наклеено на фонарном столбе, это фактически не реклама. А вот здесь мы тоже привели пример специально, как ФАС выполняет закон по работе с обращениями граждан и организаций. Как вы видите, первый запрос мы написали в июне. В середине июля ФАС вдруг вспомнил о нём и решил, что это не его вопрос, а надо отправить в Управление по городу Москве, но там оно было зарегистрировано только в октябре. До сих пор мы ответ не получили, несмотря на все наши усилия. Видимо, рассматривают.

А вот это ответы МВД на вопрос, обращались ли мы в прокуратуру. Мы обратились в МВД. И тут оказывается, что доменное имя принадлежит одному юрлицу, страница с сайтом принадлежит другому юрлицу, продажи осуществляются с юридического адреса третьего юрлица, а серверное оборудование у четвёртого юрлица. И, как правило, все юрлица в Москве находятся в разных округах.

Вот здесь веер из писем из наших обращений и ответов из МВД. Оказывается, в МВД никак не могут установить, что же главное — домен, сайт, серверное оборудование или факт продажи. Поэтому сейчас разные округа между собой решают вопрос, кому первому возбудить это дело.

Поэтому есть над чем работать. И, конечно, мы поддерживаем законопроект «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части противодействия обороту фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок». И также даём пищу для размышления, куда ещё, в какие законодательные акты надо будет внести изменения. Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Спасибо, Елена Викторовна.

Далее Игнатьева Нелли Валентиновна, исполнительный директор Российской ассоциации аптечных сетей (РААС).

**Игнатьева Н. В.** Уважаемые коллеги, добрый день!

Спасибо за возможность сегодня в очередной раз высказать свою позицию от имени Российской ассоциации аптечных сетей о том, что сегодня происходит в сфере обращения биологически активных добавок.

У меня, с одной стороны, завидная, а с другой стороны, незавидная позиция в списке выступающих, поскольку постольку я согласна с коллегами, выступающими до меня, и не хотелось бы повторяться. Сложность теперь в том, что выделить основное и важное.

То, что касается необходимости регулирования сферы биологически активных добавок и признания того факта, что у нас просто нет чёткого представления среди населения, да и, собственно, нужно признать и среди даже отдельных представителей профессионального сообщества, которых не совсем хочется относить к профессионалам, о том, что такое биологически активные добавки. По сути, у нас просто в стране нет самой культуры потребления биологически активных добавок. И эту реальную проблему мы должны вместе решать, кем бы мы ни являлись в этой товаропроводящей цепи обращения биологически активных добавок. Это первое, на что хотелось бы сегодня обратить внимание.

Второй момент. Нужно признаться всем — и производителям лекарственных препаратов, и производителям биологически активных добавок — в следующем. Я не хотела сейчас бы объединять всех воедино. Но, тем не менее, это так. Простота, то есть отсутствие этих жёстких барьеров вхождения на рынок биологически активных добавок в отличие от лекарственных препаратов некоторое время назад, пожалуй, породила то явление, что отдельные

лекарственные препараты просто на территории Российской Федерации регистрируются как биологически активные добавки. И для того, чтобы сегодня навести, я позволю себе использовать это слово, «порядок», нужно из той огромной массы обращения БАД на рынке Российской Федерации просто отделить те препараты, которые потенциально относятся к лекарственным препаратам. И таким образом просто развить качественный, регулируемый, ответственный рынок биологически активных добавок, которые бесспорно нужны, как и подчёркивали сегодня специалисты, как качественные продукты. И таким же образом воспрепятствовать тому, что сейчас Елена Викторовна (Неволина. — *Прим. ред.*) достаточно и объёмно и правильно, и спасибо за проведённую работу, на отдельных примерах рассказала о биологически активных добавках, точнее, о тех продуктах, которые преподносят нам, злоупотребляя ответственным термином «биологически активная добавка».

Со своей стороны, я хотела бы сегодня ещё напомнить те моменты, которые обсуждались и ранее на площадках Государственной Думы с целью регулирования института саморегулирования в сфере обращения биологически активных добавок. На одном из «круглых столов» было предложено всем участникам рынка войти в это СРО. И хотя ничего плохого действительно в этом нет, но поскольку на тот момент рассматривался вариант обязательный, я от имени аптек осмелюсь за все аптеки сказать, что просто мы сегодня к этому не готовы. Это не значит, что мы не поддерживаем все механизмы. Мы действительно поддерживаем механизмы саморегулирования. Российская ассоциация аптечных сетей именно с этой целью саморегулирования и создавалась 11 лет назад. И мы к этому ещё пока идём. Поскольку осторожно к этому вопросу подходим.

Но вам, коллеги в сфере обращения биологически активных добавок, большое спасибо за тот импульс, который вы придаёте по сути всем нам, всем участникам товаропроводящей цепи. Вот быть обязательными участниками СРО, на наш взгляд, аптекам на сегодняшний день остаётся неинтересным, поскольку это экономически для аптек будет накладно. И потом есть особенность у аптечных организаций — мы обладаем ограниченным перечнем для реализации в аптечных организациях. По сути вот этот момент тоже для аптечных организаций нужно рассматривать как наиболее реалистичный по сценарию. Мы же, как аптеки, бесспорно

поддерживаем то, что биологически активные добавки должны быть качественные, и должна сфера БАД регулироваться. И мы со своей стороны являлись сторонниками о закреплении БАД в ассортименте аптечных организаций ровно для того, чтобы ввести ту информацию для населения, которую сегодня в самом начале обозначили, как самокультуру потребления биологически активных добавок.

И в заключение своего выступления хочу сказать: мы поддерживаем все те предложения, которые были высказаны в качестве законопроекта и поддержаны Минздравом России по ужесточению контроля за обращением биологически активных добавок. И хочу пожелать нам всем здоровья и удачи. И действительно не бояться БАД, как сегодня господин Жириновский это произнёс. Это совсем не так. Нам нужно пересмотреть абсолютно всё, что мы потребляем. Во всём есть позитив. И наша задача — сделать это прозрачным и контролируемым. Спасибо.

**Председательствующий.** Нелли Валентиновна, спасибо вам огромное.

Далее у нас вопрос — ответ, прения. Если у кого-то есть предложения либо вопросы, пожалуйста. К микрофону, чтобы стенограмма записывалась. Пожалуйста, Светлана Владимировна.

**Орлова С. В.** Конечно, контролировать всё нужно и дифференцировать фальсификаты, я в этом абсолютно согласна. Но я против того, чтобы всё, что не зарегистрировано на российском рынке, называли добавками, как в прошлом про тайские таблетки всё время говорили — добавки, добавки. Они не были зарегистрированы как биологически активные добавки. Это контрафактные лекарственные препараты. Сейчас уважаемый выступающий из «Аптечной гильдии» говорил о том, что даже подкожные инъекции опять отнесли к добавкам. И так это закрепится — добавки, которые продаются незаконным образом. Но опять-таки мы будем говорить, что это не зарегистрированные биологически активные добавки.

Господа, мне хочется, чтобы мы очень осознанно подходили к тому, что мы говорим. Потому что в целом это валится как ком именно на биологически активные добавки и вызывает негатив и у специалистов в том числе. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Пожалуйста. Государственная инспекция города Москвы по качеству сельхозпродукции, сырья и продовольствия (МосГИК).

**Представитель МосГИК.** Прежде всего спасибо, что пригласили на такое интересное обсуждение. Мне очень близко выступление Владимира Вольфовича (Жириновского. — *Прим. ред.*), который попытался выразить мнение большинства россиян. Ведь действительно многие не знают, что такое добавки, и то, что сейчас учёные мужья и профессионалы рассказывали об этом, это положительно. Потому что мой учитель Александр Николаевич Кудрин, известный фармацевт, фармаколог, который передал последнюю рукопись, где писал, что чем больше добавок, чем больше компонентов, витаминов, то не кончится ли это неуправляемой атомной реакцией. Он так это называл. Потому что тогда придётся брать на себя ответственность изучать, как эти многокомпонентные добавки реагируют уже внутри себя при попадании в организм. И, конечно, когда я увидел это красивое изображение рекламы добавки, то я вспомнил латинскую поговорку «всё неизвестное кажется нам великолепным». А в результате не получится ли это «всего понемножку, в результате ничего»?

Так вот корреспондируясь с выступлением Владимира Вольфовича и слушая то, что здесь было, заканчивая своё выступление, скажу: нам, как людям, которые работают на земле, тоже приходится отвечать на эти вопросы, обращать внимание на то, что соответствует тому, что внутри продукта, и что написано на этикетке, это чрезвычайно важно, идентификация состава. Вправе ли человек знать, что он будет потреблять? Это краеугольный камень. Это самый серьёзный вопрос. Покупая БАД, покупая лекарство, покупая пищевой продукт, я считаю, что я имею право знать, из чего он состоит. Выводы я могу делать сам или привлекать вас, консультантов, помочь мне разобраться, какие будут дальнейшие действия на ткани, органы, микроструктурные элементы, морфологические системы моего организма. Но я должен знать, что там внутри. Поэтому я считаю, что идентификация состава всё-таки нужна. Уважаемый депутат сказал, что там четыре статьи, но одна ведь — статья 159, если на этикетке одно, а внутри другое.

Большое спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо.

Знаете, эта проблема, на самом деле не является локальной, действительно, и на международном уровне этим озабочены. Вот, например, в начале апреля мы совместно с Минздравом России и Росздравнадзором, принимали участие в экспертном комитете Совета Европы по минимизации рисков, связанных со здоровьем населения, вследствие фальсификации медицинской продукции.

У них на данный момент существует база данных, созданная экспертным комитетом. Только за три месяца существования такой базы туда было помещено более двух тысяч фальсифицированных лекарственных средств, натуральных препаратов. Цифры наглядно видно в этих базах, но конечно, чаще всего это субстанции, это тадалафил, силденафил, сибутрамин, фенолфталеин, очень сильные химические, синтетические субстанции, в основном не заявленные в составе.

Коллеги, я хотел бы внести предложение, я всё-таки считаю, что представители Роспотребнадзора наравне с представителями Росздравнадзора должны присоединиться к работе в экспертном комитете Совета Европы, чтобы получить доступ ко всем базам данных, по всей информации о фальсификатах и лекарственных средств, и БАД. Со своей стороны готовы предоставить все необходимые контакты в Совете Европы.

Ну, и также, коллеги, наверное, всё-таки верно будет закончить эту важную тему, которую мы обозначали ещё на прошлых парламентских слушаниях, — это рекомендации Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Во-первых, совместно с Министерством внутренних дел Российской Федерации принять оперативные меры по выявлению фальсифицированных БАД к пище и пресечению их оборота на территории Российской Федерации.

Второе. Рассмотреть вопрос о внесении изменений в положение «О Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека» в части наделения Роспотребнадзора полномочиями, необходимыми для определения содержания незадекларированных и запрещенных к применению в БАД веществ, в том числе лекарственных средств, о чём говорил Олег Игоревич Астафуров, и аккредитовать испытательные



лаборатории в части проведения исследований с целью выявления в БАД незадекларированных запрещенных веществ, в том числе лекарственных средств.

Надеюсь, что ряд этих мер и принятие законопроекта, который мы сегодня вкратце обсудили, позволит в значительной степени разрешить ситуацию с фальсификацией и лекарств и биологически активных добавок.

Коллеги, наверное, нам пора уже заканчивать.

Спасибо за беседу, спасибо всем за конструктивную работу, всего хорошего!

## Содержание

Стенограмма парламентских слушаний на тему «Здоровый образ жизни и профилактика неинфекционных заболеваний как основной фактор увеличения продолжительности жизни населения» (17 октября 2013 года).....	3
Стенограмма «круглого стола» на тему «Государство и «Российский Красный Крест». Поиск оптимальных правовых механизмов сотрудничества и взаимодействия» (6 ноября 2013 года).....	48
Стенограмма «круглого стола» на тему «О концепции организации саморегулирования профессиональной деятельности в системе здравоохранения Российской Федерации» (21 ноября 2013 года).....	115
Стенограмма «круглого стола» на тему «Законодательное и нормативное регулирование медицинской помощи при неотложных состояниях в кардиологии» (16 декабря 2013 года).....	169
Стенограмма «круглого стола» на тему «Реформа медицинского образования в свете масштабной модернизации системы здравоохранения в Российской Федерации» (19 декабря 2013 года).....	222
Стенограмма «круглого стола» на тему «Реализация государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией. Правовое обеспечение организации оказания медицинской помощи лицам, злоупотребляющим алкогольной продукцией и больным алкоголизмом» (13 марта 2014 года).....	270
Стенограмма «круглого стола» на тему «Нормативно-правовые аспекты реализации программы «Фарма-2020» и обращения лекарственных средств в России» (7 апреля 2014 года).....	319
Стенограмма парламентских слушаний на тему «О совершенствовании законодательства в сфере обращения биологически активных добавок к пище» (24 апреля 2014 года).....	375

Материалы  
парламентских слушаний и «круглых столов»,  
проведенных Комитетом Государственной Думы  
по охране здоровья в период осенней сессии  
2013 года и весенней сессии 2014 года

*Электронное издание*

Макет подготовлен издательством «Артишок»  
(Индивидуальный предприниматель Остапенко Геннадий Иванович)  
432000, г. Ульяновск, ул. Гончарова, 32а

---

Редактор — И. Г. Данилова, корректор — И. Г. Данилова,  
Вёрстка: В. Г. Ойкин

---

Подписано к выпуску 10.12.2014  
Формат А5