

ФЕДЕРАЛЬНОЕ СОБРАНИЕ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ДУМА

Материалы парламентских слушаний
и «круглых столов», проведённых
Комитетом Государственной Думы
по охране здоровья
в весеннюю сессию 2012 года

Издание Государственной Думы
Москва • 2012

УДК 342.53:614.2(470)
ББК 67.400.621.12+51.1(2)
М34

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

Составители:

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

**М34 Материалы парламентских слушаний и «круглых столов»,
проведённых Комитетом Государственной Думы по охране здоровья
в весеннюю сессию 2012 года. – М.: Издание Государственной Думы
(электронное), 2012. – 331 с.**

В настоящем издании собраны материалы парламентских слушаний и «круглых столов», проведённых 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 342.53:614.2(470)
ББК 67.400.621.12+51.1(2)

**Материалы «круглого стола» на тему
«О проблемах медико-социального характера сезонных
переводов времени»**

**СТЕНОГРАММА
«круглого стола»**

***Здание Государственной Думы. Зал 830.
6 марта 2012 года.***

***Председательствует председатель Комитета Государственной
Думы по охране здоровья С. В. Калашников***

Председательствующий. Во-первых, я хочу поблагодарить всех присутствующих за то, что они нашли часть своего личного времени и выделили его на обсуждение, на мой взгляд, весьма актуальной проблемы – изменение времени в Российской Федерации. Коллеги, я думаю, что здесь вводного слова делать не надо, здесь собрались все специалисты. Я единственное хочу обратить ваше внимание на те развилки, которые хотелось бы обсудить в рамках нашего сегодняшнего «круглого стола».

Первая развилка – это принципиальный вопрос о том, стоит ли вообще будить лихо, я имею в виду изменять принятую на сегодняшний день систему исчисления времени, которая зафиксировала отклонение на два часа от астрономического времени. Может быть, не нужно ничего делать? Хотя у нас субъективных мнений по этому поводу, я имею в виду писем в Государственную Думу о том, что многих граждан Российской Федерации это не устраивает, достаточно много. И есть заявление премьер-министра Российской Федерации, будущего Президента Российской Федерации о том, что это было неудачное решение – оставить летнее время.

Вторая развилка – а куда нам возвращаться? Возвращаться нам, закрепив только зимнее время или возвращаться нам к астрономическому поясному времени? Однозначного ответа на этот вопрос нет, и это один из тех актуальных вопросов, на которые хотелось бы ответить сегодня.

С этими двумя вопросами связано ещё несколько технических вопросов. Главный из технических вопросов заключается в том, каковы реальные выгоды энергосбережения от закрепления, допустим, летнего времени как

постоянного, смены времён – отдельно летнее, отдельно зимнее, или переход к астрономическому поясному времени? К сожалению, гуляет цифра экономии 0,5 процента, она дана РАО «ЕЭС», её никто не проверял. Я хотел бы, чтобы эксперты в этом направлении высказались.

Скажу честно, на меня очень воздействовало первое впечатление Бенджамина Франклина, когда он посчитал, сколько Франция сэкономит свечей, если перейдёт на декретное время. Фантастические какие-то цифры. Хотелось бы на нашем уже материале, когда мы имеем дело не со свечами, а с электроэнергией, понять: стоит ли шкурка выделки, и что нам это даёт для народного хозяйства. Ну и понятно, что нужно понять и что это отбирает или даёт для здоровья человека, критерий-то всё-таки один.

Ну и ещё одна очень важная развилка. Есть несколько, ну хотя, может быть, это технические развилки, есть несколько инициатив, которые, на мой взгляд, тоже имеют право на жизнь, и которые нужно обсуждать.

Ну, например, есть идея о том, что в рамках часового пояса на полчаса смещать время на восточной границе этого пояса и на полчаса смещать по отношению к центру на западной границе этого пояса. Ну, наверное, предложение имеет право на жизнь.

Есть предложение унифицировать часовое время с отдельными, скажем так, территориями. Например, Москву перевести на западное, средневропейское, время и зафиксировать, а вся страна пусть живёт, как хочет. Есть много всяких вариантов, и я думаю, что они здесь будут звучать, на мой взгляд, их нельзя тоже вот так вот отметать как экзотические или ещё как-то, всё требует комплексного обсуждения.

На этом я свою речь заканчиваю и сразу хотел бы предоставить слово Апрелеву Вячеславу Пантелеймоновичу, председателю Санкт-Петербургского общественного комитета «За восстановление в России жизни по поясному времени».

Коллеги, сразу оговорюсь, на выступление мы не можем допустить более пяти минут. Записавшихся много, все эксперты находятся в теме, поэтому я жёстко буду соблюдать регламент – пять минут на основные выступления.

Апрелев В. П. Уважаемые коллеги, все мы помним известное изречение известного всем Цицерона – «Благо народа – высший закон». Поэтому я от имени Санкт-Петербургского общественного комитета «За восстановление в России жизни по поясному времени» искренне благодарю Комитет Государственной Думы по охране здоровья и всю Государственную Думу Российской Федерации за предоставленную мне возможность ответить на практически все вопросы, поставленные председателем комитета.

Как известно, Международная вашингтонская конференция 1884 года рекомендовала правительствам всех стран мира на основе разделения по-

верхности Земли на 24 часовых пояса по числу часов в сутках перейти к поясному времени, отказавшись от жизни по местному солнечному времени, по которому жило всё население Земли до этого.

Конференция приняла в качестве нулевого, начального для счёта долготы времени меридиан Гринвичской обсерватории. Нулевым часовым поясом для счёта времени по международной системе часовых поясов был определён часовой пояс со средним меридианом Гринвича. Счёт времени при перемещении внутри пояса не изменяется, что удобно при быстрых передвижениях по Земле.

Максимальная разница между местным и предложенным поясным временем не превышала трёх четвертей часа, что показано на схеме первой.

Поскольку здесь собрались все знающие, я потом отвечу на вопросы по каждой из схем.

Значит, эти три четверти часа отклонения от поясного времени были признаны практически безвредными для здоровья.

Россия перешла на поясное время в 1919 году, но, следуя примеру одной трети стран мира, начала тут же нарушать рекомендации Вашингтонской конференции, и нарушала до 1923 года включительно.

С 1924 по 1930 год весь Советский Союз жил по поясному времени. В 1930 году было принято решение по рекомендации чиновников Совнаркома увести летний сдвиг стрелок часов на 1 час. Но потом призадумались специалисты и решили распространить этот летний сдвиг на круглый год, так образовался известный всем декретный час. И этот час просуществовал до 1991 года.

Но в 1981 году, как вы знаете, Правительство Союза, идя навстречу западным, так сказать, идеологам экономии электроэнергии, как бы позабыв о том, что летний сдвиг ради этой экономии уже был сделан, согласилось перевести стрелки часов на лето ещё на 1 час. Так образовался декретно-летний час, опережающий летом поясное время на схеме 1 на 2 часа. А вместо того, чтобы 27 марта 2011 года, учтя рекомендации нашего комитета, новосибирских, томских и других учёных, в первую очередь Российской академии медицинских наук, вернуть страну к поясному времени простым сдвигом стрелок на час назад, руководство приняло ошибочное, на наш взгляд, решение, распространив действие летнего сдвига стрелок на весь год. Таким образом, получилось круглогодичное двойное декретное время. Был устранён тот скачок длительности соседних суток, который был вреден для здоровья и сокращал продолжительность жизни, но зато, простите, на одну треть выросло время, суммарное время хронического недосыпания и прочих его прелестей.

На схеме показана та цепочка нарушений нормального ночного сна здорового человека, которая приводит не только к хроническим болезням, син-

дрому хронической усталости, но и к преждевременной инвалидности и даже к преждевременной смертности. Ведь фактически три основных причины в России преждевременной смертности – это резкие экономические и социальные реформы, плюс опережение природного времени, в первую очередь поясного времени, очень близкого к природному. И все эти три фактора, работая негативно, ущемляют интересы народа, разрушая основы его здоровья.

Я должен напомнить, что ещё в 2001 году Российская академия медицинских наук признала необходимым вернуть Россию к поясному времени. Это решение основано на том, что все системы исчисления времени, не совпадающие с поясным, являются вредными для здоровья людей, особенно для растущего организма детей и подростков. После этого решения Государственная Дума Томской области, на основе исследований Сибири, проведённых с 1994 по 2000 год, выступила с инициативой о переходе России на поясное время, представив в Государственную Думу законопроект, который был выслан в декабре 2001 года во все субъекты Федерации. И три четверти субъектов этот законопроект приняли безоговорочно.

Но повторю, что с 30 октября прошлого года в России после введения круглогодичного летнего времени суммарное круглогодичное опережение поясного времени достигло уже упомянутых Сергеем Вячеславовичем двух часов. При нынешней системе времени ухудшено здоровье населения. В течение большей части года, особенно в зимнее полугодие, люди лишаются необходимых для здоровья предутренних фаз ночного сна, сокращается нормальная его продолжительность, что вызывает хронические недосыпания, болезни, хроническую усталость, преждевременную, как я сказал, инвалидность и даже смертность. На долю времени только за счёт летнего сдвига приходится по данным Росстата 75 тысяч, то есть 10 процентов того превышения смертности, которое мы наблюдали до принятого в 2010 году закона. При большем опережении, на два часа, эти нарушения ещё больше.

Дело в том, что и психическая, и эмоциональная сферы детей и подростков, их система адаптации и репродуктивная функция находятся только в стадии становления. И поэтому удары ошибочного времени, я мягко говорю, ошибочного времени на здоровье детей особенно ощутимы. Искривляются рекомендации хрономедицины по оптимальному времени приёма препаратов и процедур из-за рассогласованности с новым временем, разной причём рассогласованности в разных регионах страны, которые сейчас уже не разделены на часовые пояса международной системы, а разделены на часовые зоны, необоснованные в достаточной мере в законе.

Из-за ухудшения здоровья, и как следствие, снижения рождаемости, а также из-за роста смертности, в совокупности мы имеем не демографический кризис, а по-настоящему демографическую в стране катастрофу.

Удар по здоровью населения может быть нейтрализован, в том числе, в значительной мере и возвратом России к круглогодичному поясному времени, международной системе часовых поясов, так как нынешняя система, кроме сказанного, как мы убедились на последних обсуждениях в Минздраве, приводит и к росту самоубийств, что особенно страшно среди подростков, я уже не говорю о взрослых.

Теперь об экономии электроэнергии. Экономия электроэнергии на применении систем и предыдущей, и нынешней, тех систем, которые опережают поясное время, незначительна. Она достигает максимум полпроцента от производимой энергии, что составляет в расчёте на одного жителя 26–30 киловатт часов в год. Поясню, инициатор введения летнего времени англичанин Уиллит в 1907 году предложил перейти на летнее время от поясного, рекомендованного Вашингтонской конференцией, говоря, что этот переход даст экономию 2,5 миллиона фунтов стерлингов. Для отдельного человека это впечатляющая цифра.

Но наш комитет узнал, каково же было число жителей Великобритании в этом году – 41 миллион. Разделив экономию, рекламированную Уиллитом на число жителей, мы получаем шесть сотых фунта стерлингов, что в пересчёте на доллары и центы означает годовую экономию 15 центов. Это похоже на ту же экономию, которую проповедовали так называемые молодые учёные из Питера в 1977 году, говоря, что второй переход от декретного часа к летнему даст экономию 40 миллионов рублей. Разделив на 270 миллионов жителей Советского Союза, получим 15 копеек, – вот цена этой экономии. Она действительно настолько мизерная, что никак нельзя её сопоставить с ущербом для здоровья.

Кроме сказанного мною, опережение поясного времени снижает работоспособность людей. График мы получили из Российской академии медицинских наук, НИИ медицины труда, от хронобиологов Перми и Новосибирска. Двухвершинность графика создана для взрослого человека, и она получена не только статистическим путём, но и путём моделирования в Новосибирске.

Получилось, что из-за опережения поясного времени (шкала наверху, декрет на летнем времени), опережающего поясное на два часа, мы теряем работоспособность на 10 процентов.

Применив параметрический подход, нетрудно увидеть, что минимальная потеря валового внутреннего продукта страны минимум 1–2 процента, что в ценах докризисного 2007 года всего 300–600 миллиардов рублей, дополнительных в экономику.

Поэтому я предлагаю от имени комитета отказаться от нынешней системы, весьма вредной для здоровья, потому что хроническое недосыпание при

ней в несколько раз, чем при предыдущей системе, превышает недосыпание взрослых и в 3 раза – недосыпание детей, и отказаться от предыдущей системы, а перейти прямо к поясному времени, что мы просили сделать 27 марта 2010 года.

Я не буду перечислять все пункты, по которым мы доказательно утверждаем о положительных результатах такого перехода. Они доложены уважаемым сомнологам, уважаемому комитету, всей Государственной Думе давно.

Возврат России к поясному времени путём повсеместного перевода стрелок часов на два часа назад возможен в любое воскресенье года.

Некоторые члены комитета рекомендуют переходить на поясной режим в каникулярное время летом. Этот возврат не потребует никаких затрат. Наоборот, из-за роста работоспособности может быть получен ощутимый, на наш взгляд, прирост валового внутреннего продукта страны – не менее 90 миллиардов рублей в год.

Поэтому наш комитет просит уважаемый Комитет Государственной Думы по охране здоровья поддержать предложение наше по возврату России к круглогодичному счёту времени по международной системе часовых поясов и обратиться с соответствующим предложением к Председателю Государственной Думы Сергею Евгеньевичу Нарышкину.

Председательствующий. У меня к вам просьба, Вячеслав Пантелеймонович, вы свои подтверждающие научные выводы оставьте, пожалуйста, в комитете.

Апрелев В. П. Хорошо.

Председательствующий. Уважаемые коллеги, я хотел бы предоставить слово Николаю Ефимовичу Новикову – заместителю директора департамента государственной политики в области технического регулирования и обеспечения единства измерений Министерства промышленности и торговли Российской Федерации.

Новиков Н. Е. Я благодарен за возможность присутствовать на вашем заседании. Оно, на самом деле, очень интересное. Тем более что я представитель технического министерства. И я представляю позицию техническую, может быть, как раз несвойственную для вашего комитета, но напомним, что настоящий законопроект рассматривался в Государственной Думе в двух комитетах: в Комитете по промышленности и в Комитете по здравоохранению.

Это не случайность. Так оно и должно быть, потому что есть такое заблуждение по этому законопроекту, что это технический законопроект. То есть это какой-то законопроект о часовых поясах или о часовых зонах. На самом деле это совершенно не так. Поэтому неслучайно он был в Комитете по промышленности.

Многими совершенно не осознаётся, что вот время – это категория, которая не просто скрепляет государство. Таких категорий не так много, вы знаете, это вера, денежная система, метрическая система.

У государства не так много рычагов. В наше время, к сожалению, может быть, или к счастью, но время – это фактор национальной безопасности. И именно под это и делался этот законопроект. Почему национальной безопасности? Потому что на время сейчас завязана в чистом виде навигация.

Время сейчас – это самая точная физическая величина, которую в настоящее время цивилизация наиболее точно измеряет. И это неслучайно. Это не самоцель. Эта погрешность измерения времени в настоящее время достигает в Соединённых Штатах Америки – это единичка – 10^{-15} . Но у нас 5 на 10^{-15} .

Не так уж много отстаём, в два-три раза, поэтому, по крайней мере, это показатель. Потому что на время завязана вся навигация, вся синхронизация связи. Нарушения в системе времени немедленно рушат государственную систему, немедленно. Это была система управления, боевого управления, связи, коммуникаций, всё остальное. Это было неоднократно продемонстрировано.

Последний раз это было продемонстрировано на Ближнем Востоке: в Ливане, Египте, Сирии, когда все системы оружия завязаны были на GPS. Параллельно там есть грубый канал и точный канал, дифференциальный канал, так называемый.

Дифференциальный канал передаёт метки времени точного. Дифференциальный канал кодируется. Поскольку GPS находится в руках американцев, она в любом районе мира может выключать вот этот дифференциальный канал, в любом районе мира по своему желанию.

И доступ получают только те, кто имеет код соответствующий. То есть, например, войска, располагаемые на этой территории, имеющие доступ к этому коду, получают доступ к меткам времени. Не имеющие – не получают.

В результате, вы знаете, на Ближнем Востоке все, кто был оснащён современнейшим оружием, никто никуда не попал. Потому что, что такое делает навигатор? Он пересчитывает разность сигналов времени минимум с трёх спутников. Пересчитывает в координаты это всё, получает координаты.

Любой миномёт сейчас привязывается либо по GPS, либо по ГЛОНАСС. Поэтому мы это расценивали (и это неслучайно) как фактор суперважный. Потому что важно, в чьих руках будет находиться вот этот вот (включил – выключил) дифференциальный канал, какие права будут у правительства, у государственных органов по включению. Поэтому неслучайно, что одно из постановлений правительства, которое предусмотрено этим законом, будет носить закрытый характер, и оно носит название «Особенности рас-

пространения сигналов точного времени в военное время, в чрезвычайный период и в остальные периоды».

Это я сделал вступление, чтобы вы поняли, что на самом деле проблема этого закона, суперважная проблема – это проблема техническая. Это моё убеждение. Конечно, у вас свой, я понимаю, взгляд может быть (у вашего комитета), но она супертехническая. Потому что я лично понимаю, что это фактор национальной безопасности: без времени наша страна просто может перестать существовать как государство за несколько, что называется, мгновений.

Да, и неслучайно поэтому, что этот закон конституционный, то есть он предусмотрен пунктом «р» статьи 71 Конституции Российской Федерации, где написано, что исчисление времени относится к ведению Российской Федерации. И в своё время это записывалось в Конституцию именно из этих соображений, что время завязано на систему управления сигнализацией и без этого всё разваливается.

Тут перечислены поручения (и президента, и председателя правительства) высочайшего уровня. И уверяю вас, это связано не только с деятельностью вашего комитета, что суперважно, но и, в первую очередь, с системой распространения, воспроизведения и хранения сигналов этого точного времени, о чём я говорил ранее.

Основные цели закона здесь перечислены – это не установление часовых зон (это один из факторов), а это определение полномочий органов государственной власти и субъектов Российской Федерации в сфере исчисления времени, порядок установления часовых зон. Именно (обращаю внимание) порядок. Не нарезание часовых зон в законе, которое потом невозможно будет изменить, оптимизировать или что-то, а определён порядок – как вообще устанавливать часовые зоны в той или иной местности, а это потом делается отдельным документом, который как раз гораздо проще скорректировать, чем скорректировать закон.

Обеспечение единства изменений при осуществлении деятельности по распространению сигналов времени. Право собственности на объекты Государственной службы времени. Это суперважный момент, который законодатель прописал. Потому что законодатель прописал напрямую в законе, что приватизации не подлежит первичный государственный эталон хранения и воспроизведения национальной шкалы времени. Это не случайность, потому что от этого, ещё раз говорю, зависит, в чьих он будет руках, кто будет управлять страной, о чём я говорил раньше.

Система основных понятий установлена. Тоже впервые введено вот это понятие, которое здесь подвергалось критике. Это понятие часовой зоны. Оно здесь, наоборот, узаконено. Потому что здесь очень много говорилось

о часовых поясах и говорилось о международной системе часовых поясов. На самом деле ни в одной стране мира система часовых поясов не соблюдается в том виде, как говорилось, то есть, что по меридианам нарезаются вот эти через 30 градусов в этой системе часовых поясов. Потому что везде, в любой стране мира, она проводится либо по административно-территориальному делению, либо, как в Европейском союзе, она проводится в рамках Европейского союза.

Вот для сравнения: в Праге и Мадриде, которые разделяет больше 1 тысячи километров, одно и то же время часы показывают, одно и то же. У меня в тех материалах, которые вам розданы, в конце представлены таблицы для интереса, чтобы вы могли сравнить. Если их разделяют тысячи километров, а время на часах и там, и здесь у гражданина одно и то же, сколько он получает вот этого светлого времени суток? И вы увидите, что это различается очень существенно в Праге и в Мадриде.

Если возьмёте, например, Париж, здесь ещё более различается, потому что это зависит не только от меридиана, от дальности, но и от широты. Потому что вы знаете, что в зависимости от широты на Севере, например, там либо полгода белая ночь, либо день. Поэтому этот фактор нельзя вот так просто механически переносить.

Здесь представлена сложнейшая система Российской Федерации по распространению сигналов этого точного времени, которые предусмотрены этим законом и которые распространяются. Самым простейшим из этих сигналов, чтобы вы представляли, насколько она завязана, является, например, телевидение. Многие даже не догадываются, что десятки лет по шестой строке телевизионного сигнала распространяют сигналы точного времени, но, к сожалению, это уже не устраивает современные системы связи, поскольку современные системы связи высокоскоростные, оптические и прочие. Поэтому система эта реализует и узаконивает, то есть по этому закону узаконивается. Потому что раньше это была система, как бы функционирующая сама по себе, не регламентированная никакими действиями.

Важный момент для обсуждения, что же тогда делать Государственной Думе по данному вопросу: менять ли закон или какие-то другие способы существуют? Но это решение законодателей, а в целом в законе, я напоминаю вам, в настоящее время решение о переводе субъекта Федерации в другую часовую зону производится на основании совместного обращения законодательного (представительного) органа государственной власти субъекта Российской Федерации и высшего должностного лица. То есть просто так, например, пишут жалобы там какие-то и прочее. Это в настоящее время не соответствует действующему закону. Кстати, вот такая процедура и в обратную сторону работает.

Например, Якутия за этот год дважды обращалась в Правительство Российской Федерации произвести объединение в одну часовую зону. Поскольку территория Якутии находится в трёх часовых зонах, оба крупнейших города – Якутск и Благовещенск – находятся в одной часовой зоне, другие нет. Вроде бы всё логично, но они представляли вот это не в соответствии с законом. То есть было решение Государственного Совета об объединении в одну часовую зону и направлено в правительство, но не по представлению президента. А президент по тем или иным причинам не подписывает это представление. То есть, невзирая на решение Государственного Совета, решение не было принято и мы его не поддерживали, потому что оно не соответствует закону. Поэтому вот эти проблемы нужно решать в соответствии с законом, либо менять закон.

В результате, например, отмены перевода на зимнее время произойдёт резкое сокращение светлого времени суток. Ну и что? Ну и хорошо. От большого количества солнца человеку может наступить вред какой-то. Это вы должны сказать. Но нужно понимать при этом вот этот фактор, почему выбиралось такое время.

Это было поручение президента – остановиться на летнем времени. Но я убеждён, что это было правильное решение, потому что, вот если вы посмотрите на этот график, цена ошибки в обе стороны была большая.

Если мы остановились на летнем, то у нас произошло в среднем по районам увеличение продолжительности суммарного за год светлого времени суток где-то от 7 до 16 процентов. Например, в Ростове-на-Дону 16 процентов, в зависимости от широты. Поэтому фраза о том, что Россия во тьме, она неправильная, потому что в целом за год светлое время увеличилось. Так называемое эффективное использование населением светлого времени суток с 18.00 до 23.00, либо фактор, вообще, бодрствования населения с 7.00 до 23.00, в таблицах у вас это есть. А если бы остановились на зимнем времени, произошло бы существенное сокращение.

И поэтому я считаю, что было правильное решение принято.

Теперь, а если бы было на пояском времени – это привело бы к ещё более катастрофическим последствиям, результаты расчётов у вас приведены, среднее ухудшение светлого времени суток составило бы 55–60 процентов. Результаты моделей представлены вам. А это всё-таки сверхточные исследования, их производила Государственная служба времени и частоты и можно верить им с точностью до минут, суммарные за год.

Поэтому, например, если в Москве было до отмены переходов летнего времени 805 часов светлого времени, суммарное за год с 18 до 23, было бы 300 часов с небольшим. Это в три с лишним раза сократилось светлое время. В среднем это получилось бы после окончания рабочего дня час светлого

времени, час. Это очень серьёзно. Поэтому принимать такие решения нужно аккуратно. Но ещё слово за медиками, они должны сказать.

Председательствующий. Уважаемые коллеги, я прошу отложить дискуссию на потом. Сейчас мы заслушали наших основных докладчиков, предоставляем слово выступающим. И вот как раз в процессе выступления можно дискутировать с основными докладчиками.

Итак, мы услышали две точки зрения. Я хотел бы обратить внимание, что Николай Юрьевич Новиков обозначил ещё одну развилку, которую я не упомянул, он её сформулировал. Так что всё-таки является ориентиром при принятии решений: продолжительность светлого времени суток или биологические ритмы, задаваемые восходом солнца? Это тоже немаловажный вопрос и являющийся принципиальным.

Я должен попросить всех выступающих максимально быть приближенным к теме нашего заседания. Философия времени, вернее, время как философская категория – это вещь исключительно любопытная, интересная, но не тема нашего сегодняшнего заседания.

Итак, я хотел бы предоставить слово Герасименко Николаю Фёдоровичу, первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по науке и наукоёмким технологиям.

Герасименко Н. Ф. Я тоже обратился бы к коллегам: давайте очертим предмет нашей дискуссии. Я считаю, что сейчас не время говорить о поясах – это отдельная дискуссия, мы собрались больше обсудить проблему отмены декретного времени и проблему отмены летнего времени в данном случае. Надо чтобы мы дискутировали конкретно по этому предмету, потому что иначе, если мы будем сейчас обсуждать ещё все пояса, которые у нас в стране, мы вообще отсюда не выйдем. Это отдельно.

Я бы назвал то, что происходит в России – эксперименты со временем, нигде в мире такого не происходит. Уже называли, что Америка, Европа в середине 20-х годов перешла на летнее время, и было, в общем-то, понятно, почему перешла. И они до сих пор так и живут уже, можно сказать, 100 лет.

Что в России происходит. В 1917 году мы тоже летнее время ввели, потому, помните, 20 лет декретами Совнаркома регулировали, потом надоело нам это каждый год регулировать, решили сделать декретное время.

Потом в 1981 году, как в Европе решили перейти опять на летнее время, забыв, что мы уже приняли раньше. И у нас получилось летом два часа разницы, зимой – час разницы. Так? Так.

Потом в 1991 году было тоже решение, помните, оно продержалось, по-моему, три месяца только, отменили переход на летнее время. Потом снова вернулись обратно.

Государственная Дума занялась этим вопросом, я был тогда председателем комитета, ещё в начале 1999 года. Был подготовлен проект закона, там два основных пункта было: отмена декретного времени и отмена перехода на летнее время.

Некоторые здесь присутствующие были на парламентских слушаниях 23-го, по-моему, сентября 1999 года, были очень активные парламентские слушания с участием Академии медицинских наук, представителей многих регионов. Мы поддержали всё это, но Минэнерго сказало о некой мифической экономии, которую оно всегда, бездоказательно притом, приводит, учитывая, что летом и так меньше тратится электроэнергии из-за большого светового дня. При этом предельно понятно, вот сейчас уже говорили, энергосбережение всего, официально уже дали, последнее время 0,4 процента, и то это такой спорный вопрос. Потому что все предприятия, которые затратные по электроэнергии: железная дорога, допустим, выплавка алюминия, шахты и многое другое, даже дома холодильник, все работают круглосуточно. Поэтому разговор об экономии, он действительно мифический.

Когда этот законопроект просто не дошёл до пленарного заседания из-за того, что не было положительного заключения правительства, мы по договору с Томской Государственной Думой (они провели заседание сначала у себя, потом было заседание Сибирского соглашения на эту тему) обсуждали этот закон, потому что Сибирь наиболее испытывала затруднения. Внесли законопроект тот же самый, одно и то же примерно было, только было несколько другое название – о переходе Российской Федерации к поясному времени. Но опять же, отмена была и декретного времени, и отмена летнего времени. И опять не прошло, опять же, по мифической экономии.

Следующий закон уже дошёл до Государственной Думы, до пленарного заседания. Но, к сожалению, во время доклада не хватило голосов, кворума не было, и просто некому было голосовать.

Шесть раз, по-моему, вносились эти законопроекты. Это говорит об актуальности этой проблемы для народа.

Почему сейчас во время выборов актуализировалась эта проблема? Если раньше как бы не было чёткости, по-разному судили о влиянии времени, то сейчас вот, когда отменили зимнее время и перешли на летнее, то есть, сдвиг на два часа, народ стал очень недоволен, и везде стали говорить, что не высыпаются, хроническая усталость и так далее, и так далее. Провели исследования, ВЦИОМ сначала дал 26 процентов россиян недовольных, в 2011 году их было только 18, почти удвоилось количество. А исследования «Хит Гюнтер» – 46 процентов недовольных россиян, то, что оставили время на два часа.

Следующий вопрос касается уже проблемы сна. Нам всё-таки важнее всего здоровье, а не какая-то мифическая экономия, техника и так далее.

Тысячелетием выработался определённый стереотип жизни организма: вставать с рассветом, ложиться с закатом. Вы знаете, гормон сна мелатонин, он работает только в тёмное время, и тоже знаете о четвёртой фазе сна, когда она наступает, – утром. Поэтому, прежде всего, важно увеличить утреннее время, дневное, чтобы дольше вечером было светло, потому что нужно ложиться, когда темно, а не при свете ложиться. Вот это самое основное. Поэтому и считаю, что летом вообще нужен короче сон – 7 часов, а зимой должен он быть длиннее – 8 часов. Это тоже медики давно уже отметили. Поэтому для меня, например, нет вопроса сейчас, каким образом идти, есть чисто техника.

Наиболее простой вопрос сейчас он менее раздражителен, это вернуться к зимнему времени. Да, просто передвинуть в марте, как обычно мы передвигаем другое время, на час назад. Люди на час позже будут ложиться и на час позже будут вставать, и всё как бы нормализуется, все будут довольны. Вопрос отмены декретного времени, это вопрос. Допустим, если у нас получится, можно это сделать вторым этапом.

Но я, когда смотрел литературу по этим всем вопросам, прочёл, что болгарский пастух дожил до 122 лет. Журналисты ему задают вопрос: как вы достигли такого возраста? Он и говорит: у меня никогда не было начальника и никогда не было будильника. Вот будильник по стрессогенности. Почему иногда говорят, что лучше будильник не использовать, потому что стресс возникает, даже больше, чем от начальника. Поэтому здесь должны прийти к какой-то консолидированной точке зрения.

И последнее, на чём бы я хотел ещё остановиться. Во многих выступлениях, разных, что часто бывают на различных площадках, говорят, что очень мало актуализированных медицинских исследований о влиянии перевода стрелок на здоровье. Вот тот же С. И. Колесников, коллега из Новосибирска, когда выступает, говорит: нет медицинских данных. Везде он это говорит, поэтому необходимо здесь слово и Академии медицинских наук, и Министерства здравоохранения и социального развития доказательное, что перевод стрелок таким-то образом влияет и на вызовы скорой помощи, и на, допустим, инфаркты, и на, допустим, кризы гипертонические.

Председательствующий. Я хотел бы предоставить слово Марине Павловне Шевырёвой – директору Департамента охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека Минздравсоцразвития России.

Шевырёва М. П. В соответствии с поручением Правительства Российской Федерации о проведении в 2011–2012 годах мониторинга реализации федерального закона об исчислении времени в рамках плана научно-прак-

тических работ министерства в 2011 году проведён анализ риска здоровья населения регионов Российской Федерации при десинхронозе, связанном с уменьшением числа часовых поясов.

Анализ проводился Федеральным научным центром медико-профилактических технологий Управления рисками Роспотребнадзора. Заместитель руководителя этого учреждения присутствует у нас на заседании. И основные этапы этого исследования были следующими.

В первую очередь проводилась оценка пространственно-временного распределения показателей здоровья регионов, находящихся в разных часовых поясах. Далее – изучалась динамика показателей здоровья населения трудоспособных возрастов и групп риска, к которым относятся граждане старшего возраста, лица, страдающие теми или иными хроническими заболеваниями, а также дети. На примере регионов, в которых проведена смена административного времени.

Кроме того, проводился социологический опрос репрезентативной выборки населения, проживающего во всех часовых поясах России, о проблемах влияния десинхроноза на здоровье. Динамический анализ, который был проведён в ходе этого исследования, показал, что даже при незначительной смене административного времени (так, например, в Удмуртской Республике это смещение произошло лишь на один час к Западу) сокращение годового периода освещённости, приходящегося на время бодрствования большинства граждан, оказывает влияние на показатели их здоровья. Негативное влияние (десинхроноза) проявляется в виде повышенной обращаемости за медицинской помощью граждан всех возрастов, в первую очередь по поводу травматизма. Понятно, темно, люди идут на работу, скользко, или едут на транспорте, всё это способствует повышению случаев травматизма.

Кроме того, чаще у взрослых выявлялись нарушения сердечного ритма – это то, о чём Николай Фёдорович говорил. Патология, беременность, также случаи обращения в лечебно-профилактические учреждения, случаи учащаются. И, кроме того, учащаются функциональные нарушения органов пищеварения у детей.

Исследование острых эффектов для здоровья населения, по данным суточной обращаемости за медицинской помощью населения города Перми, показало, что в момент перехода на летнее время происходит увеличение обращаемости практически по всем маркёрным заболеваниям.

С другой стороны, при переходе на зимнее время наблюдается снижение обращаемости населения по поводу обострения хронических заболеваний системы кровообращения, нервной, эндокринной систем и других болезней. В среднем длительность выявленных неустойчивых тенденций, вызванных сменой административного времени, не превышает 14 дней, после чего, в общем-то, ситуация нормализуется.

Анализ результатов проведённого репрезентативного телефонного опроса жителей в возрасте от 18 лет и старше, проживающих в девяти часовых зонах страны, позволил сделать вывод о преобладании негативных оценок граждан после принятия решения о сокращении часовых зон и изменения принадлежности региона проживания к той или иной часовой зоне. Только четверть респондентов восприняли такие решения положительно. Опрашиваемые граждане в основном дали негативные оценки влиянию изменения времени на здоровье людей. При этом только около 8 процентов респондентов отметили положительное воздействие на их здоровье, 34 процента граждан сообщили об отсутствии влияния на здоровье, а 47,6 процента граждан сообщили о том, что влияние на здоровье носит исключительно отрицательный характер.

Таким образом, полученные данные о повышенной частоте обращаемости всех групп населения за медицинской помощью при переходе на летнее время, а также негативное восприятие особенностей влияния десинхронизации на здоровье подтверждает необходимость прогнозирования рисков, связанных с изменением показателей здоровья при длительном действии десинхронозов.

Поэтому при обосновании сценариев перераспределения субъектов Российской Федерации по часовым зонам и изменения количества часовых зон необходимо рассчитывать также возможные последствия со стороны здоровья населения и одновременно планировать мероприятия по профилактике негативных последствий. Вместе с тем, данные уже проведённого исследования, подтверждающие возникновение реальных, статистически доказанных проблем медико-социального характера и негативные результаты социологического опроса, позволяют сделать вывод о том, что при принятии решения о переводе на летнее время не учитывались возможные медико-социальные последствия и мнения органов здравоохранения о возможном влиянии принятия таких решений на здоровье человека.

Председательствующий. Слово предоставляется Владимиру Матвеевичу Ковальзону, ведущему научному сотруднику Института проблем экологии и эволюции имени Северцова РАН, руководителю Российского общества сомнологов.

Ковальзон В. М. Мы с Владимиром Борисовичем Дороховым представляем здесь Российское общество сомнологов. И я должен сразу сказать, что наше общество – российские сомнологи, то есть специалисты по проблеме сна, всегда выступали против игр со временем в кавычках, за отмену летнего и декретного времени и возвращение к жизни по поясному солнечному времени, установленному международным астрономическим союзом, о чём рассказывал Вячеслав Пантелеймонович, как к наиболее близкому к естест-

венной смене дня и ночи, продиктованному вращением Земли вокруг своей оси, к которому эволюция адаптировала всех живых существ.

Наше общество поддерживает деятельность Санкт-Петербургского комитета, возглавляемого Вячеславом Пантелеймоновичем Апрелевым, и считает, что рекомендация комитета по организации и началу рабочего дня в зависимости от поясного времени и широты местности заслуживает, по крайней мере, и внимания, и всяческой поддержки. Мы приветствуем инициативу Президента России по отмене ежегодных переходов на зимнее и летнее время, ухудшающих качество жизни и оказывающих негативное воздействие на здоровье и самочувствие значительной части населения, о чём здесь говорилось сегодня. Однако наше общество, как и комитет Апрелева Вячеслава Пантелеймоновича, негативно относится к идее круглогодичного сохранения летнего и декретного времени, то есть постоянного опережения солнечного поясного времени на два часа.

И кроме тех соображений, которые здесь уже высказывались, необходимо привести следующее. Вот на рисунке вы видите изображение биологических часов нашего организма, вот это вот крошечное образование в глубине нашего мозга размером с булавочную головку, парные два ядра, так называемые супрахиазменные ядра. Это вот часы, которые тикают бесшумно внутри нас, они начинают тикать ещё в утробе матери и останавливаются только с нашей кончиной. Всю нашу жизнь они тикают, они определяют деятельность всех систем нашего организма: эндокринной, нервной, сердечно-сосудистой и всех систем, то есть это основной ритмоводитель всего нашего организма.

Эта вот система супрахиазменных ядер, она определяет течение внутреннего времени, и она не изменяется от внешних факторов. Единственный внешний фактор, который может изменить ход этих часов – это солнечный свет, только солнечный, электрический свет здесь в силу разницы спектрального состава не эффективен. Сейчас созданы специальные лампы, которые могут имитировать солнечный свет, так скажем, но они очень дорогие. Вот такие лампы есть голландского производства в некоторых медицинских центрах, но там стоимость лампы каждой несколько тысяч евро. Поэтому пока мы, человечество, привязаны к реальному солнечному времени.

Почему? Это вот супрахиазменные ядра. Вот показано, как работают наши биологические часы, вот эти вот грызуны, мышки или крысы, они, как вы знаете, днём спят, а ночью бодрствуют, но в данном случае биологические часы работают одинаково. То есть у них эти часы работают таким образом, что в каждой клеточке этого крошечного образования работают собственные часы, не нужна сеть этих клеток, одной клетки достаточно. Вот у неё такие биохимические реакции, связанные с синтезом определённых бел-

ков, которые тормозят, собственно, синтез, потом распадаются и синтез возобновляется. Это циклический процесс, который внутри нас идёт, и определяет это вот течение ход наших внутрибиологических часов.

Фокус в том, что эти биохимические реакции не укладываются в 24 часа, у большинства людей они составляют около 25 часов. И каждое утро мы должны подводить наши внутрибиологические часы. Если наши часы спешат, то мы подводим их каждое утро, головку поворачивая, так же и организм подстраивает свои часы под 24-часовой цикл. Если он не подстраивает, человек живёт в условиях постоянной темноты или, скажем, в пещерах там, в условиях подводных лодок и так далее, в изоляции, то у него начинает смещаться, он начинает всё позже и позже вставать и за 25 дней у него проходит 24 субъективных дня. То есть, мы внутрибиологические часы должны подводить. Подводим только единственным способом – ярким солнечным светом. Утром, когда мы встаём, мы открываем шторы, и яркий солнечный свет запускает, перезапускает наши внутренние часы. Это основной фактор, определяющий всю дальнейшую нашу жизнь в течение всего дня, это необходимый фактор для нашего здоровья, для бодрости, для работы систем организма, гормональных и всех прочих.

Поэтому солнечный свет необходим утром при пробуждении, а не вечером, не днём, утром он необходим. И электрический свет, ещё раз повторяю, до сих пор не может нам его заменить. Поэтому это важнейший фактор, и то, что мы вынуждены вставать за два часа до восхода солнца, и дети получали первый солнечный свет только на первом, а то и на втором уроке в школе, это резко отрицательно. И то, что многие люди отмечают субъективное ухудшение здоровья, самочувствия, то, о чём говорил предыдущий докладчик, это действительно оттого, что часы не подведены, то есть человек ещё субъективно находится в состоянии субъективной ночи.

Ну и вот вторая половина часов биологических, это вот так называемая шишковидная железа или эпифиз, она работает с этими часами, то есть когда часы генерируют сигнал, там тормозится выброс мелатонина, когда они не генерируют сигнал, мелатонин выделяется. Это вторая половина часов, которая также зависит от солнечного света, поскольку первый же луч солнца блокирует выброс мелатонина, а многие заболевания и ухудшение здоровья, и депрессия связаны с увеличением выброса мелатонина.

Председательствующий. Я хочу предоставить слово Михаилу Аркадьевичу Бланку, ведущему научному сотруднику отдела клинической радиологии Центрального научно-исследовательского рентгенорадиологического института Минздравсоцразвития Российской Федерации, город Санкт-Петербург, члена проблемной комиссии Российской академии медицинских наук по хронобиологии и хрономедицине.

Бланк М. А. Приятно услышать в докладе Марины Павловны ключевое слово «десинхронозы». Дело в том, что, к великому сожалению, эти десинхронозы в результате деятельности правительственных структур по перемещению времени туда-сюда приводят к тотальному поражению здоровья всего проживающего населения. Счастье было, что отказались от осенних и весенних часовых перескоков.

Насколько я понимаю, главная задача организации нормальной жизни, которая описывается уважаемыми мною физиологами, сводится к тому, чтобы все наши модельные представления о времени, а они действительно носят модельный характер, были максимально приближены к именно естественному времени, потому что на протяжении многих миллионов лет жизнь на Земле формировалась в зависимости от тех астрофизических особенностей, которые имела наша планета Земля. И все наши потомки унаследуют от нас возможность жить приближёнными к естественным условиям, эти условия могут быть только физиологическими.

В полдень солнце должно быть в зените, тогда, в общем, всё в порядке, и спать надо ночью.

И чтобы сократить время, надо отстроить законодательство таким образом, чтобы максимально оградить население от социально-индуцированных десинхронозов. И для нормального функционирования организма необходимо, чтобы его условия существования были максимально физиологичны, именно поэтому в решении этих вопросов надо прислушиваться к мнению именно физиологов, а не врачей, тех, кто изучает норму жизни.

Ни одна система исчисления социального времени не может абсолютно точно соответствовать естественному ходу времён, это понятно, потому что все наши модели, они искусственны, однако, среди множества систем исчисления суточного времени и календарных систем можно выбрать наиболее приближённые к естественному ходу времени. Если до глобальной системы, смены календарной системы, мы ещё просто не доросли, то проблему исчисления суточного времени, я думаю, решить можно, и довольно просто, хотя бы в пределах России. Для этого достаточно вернуться к международным договорённостям 1884 года, о которых тут говорилось, ввести их в Конституцию, ну и тем самым проявить истинную заботу о здоровье всего населения страны.

Председательствующий. Я хотел бы предоставить слово Владимиру Борисовичу Дорохову, заведующему лабораторией нейробиологии сна и бодрствования Института высшей нервной деятельности и нейрофизиологии Российской академии наук.

Дорохов В. Б. Уважаемый Сергей Вячеславович! Вот вы поставили такой вопрос: что является главным, длительность светлого времени или со-

гласование с Солнцем? Ну, нейробиологи отвечают на это однозначно. Вот профессор Ковальзон В. М. сказал, что надо ориентироваться на Солнце. Человек вышел из Африки, где 12 часов – солнце, 12 часов – ночь. Северные олени, они жили в Приполярье, там этого нет.

Вот этот закон, он делает из нас северных оленей, но мы родились в Африке, так что нужно ориентироваться на Солнце.

Председательствующий. Слово предоставляется Юрию Васильевичу Ястребову, члену-корреспонденту Академии медико-технических наук, Санкт-Петербург.

Ястребов Ю. В. Прежде всего, я тоже благодарен за приглашение по обсуждению проблемы, которой занимается комитет по установлению в России жизни по поясному времени уже более 10 лет, с 1997 года. На основании многочисленных жалоб граждан о негативном влиянии на здоровье круглогодичного декретного часа и ежегодных переходов на летнее и зимнее время Президент Российской Федерации Дмитрий Анатольевич Медведев в прошлом году отменил ежегодный перевод часовых стрелок. Но вместо ожидаемого от него восстановления в стране жизни по поясному времени, он принял самый неудачный временной режим, опережающий поясное время на два часа круглый год, что только обострило эту проблему.

Как уже до меня подчёркивалось, такой вредной для здоровья системы исчисления времени нет ни в одной стране мира. Навязанный нам сверху разлад в природе, цикл бодрствования и сна нарушает наш биологический суточный ритм. В силу многолетней привычки человек раньше не ложится спать, а вставать вынужден раньше. Летом, потому что нет физиологической подготовленности к этому, приходится позже ложиться, а зимой вставать приходится задолго до восхода Солнца, что противостоит естеству.

Поскольку все люди существенно различаются по индивидуальным особенностям, различается их цикл бодрствования, сна, то некоторые легко переносят перевод часовых стрелок, но их явно меньшинство. Подавляющее большинство населения испытывает физиологические трудности. Особенно это относится к детям и подросткам, а также к пожилым людям, люди среднего возраста, у которых иммунная система уже окрепла, они быстрее и легче относятся к новому временному режиму.

Остановлюсь более подробно на юных спортсменах. Училища олимпийского резерва номер 1 и 2, летние и зимние виды спорта, возраст от 12 до 20 лет. Разлад времени с природой приводит у них к различным нервным расстройствам, дискомфорту, упадку физических сил, снижению общей и специальной работоспособности. Сокращение нормальной продолжительности сна за счёт лишения необходимых для здоровья предутренних фаз ночного сна приводит к хроническому недосыпанию. Хроническое недосыпание накапливается,

ослабляется организм, он больше подвержен всяким болезням и инфекциям, нарушается внимание, память, умственная деятельность.

При ежегодном обследовании училищ олимпийского резерва Институтом физкультуры в Санкт-Петербурге весной и осенью 100 процентов юношей и девушек в один голос жалуются на недосыпание. Развивается синдром хронической усталости, разбалансировка биологических часов. Многие психофизиологические показатели юных спортсменов выходят из нормы. Адаптация занимает в среднем одну-две недели.

Согласно последним исследованиям новосибирских учёных, полная адаптация так и не наступает. Положение усложняется при перелётах спортсменов на сборы и соревнования, когда они длительное время испытывают десинхронизацию из-за опережения местного времени в пунктах проживания. В этом случае их спортивная деятельность, на наш взгляд, может быть отнесена к разряду вахтовой тяжёлой работы. Период адаптации организма к новым временным условиям зависит от многих факторов, одним из которых является направление перелёта.

Установлено, что у спортсменов, постоянно проживающих в западных районах (Москва, Петербург), при перелётах в восточные направления адаптация протекает продолжительнее и тяжелее, чем в западном направлении. Возврат к поясному времени в месте постоянного проживания или в месте длительных сборов благоприятно повлияет на здоровье спортсменов. В любом случае перевод часовых стрелок существенно затрудняет прогнозирование функционального состояния и работоспособность спортсменов, проведение организационных и восстановительных мероприятий. Согласно третьему закону Ньютона, как аукнется, так и откликнется, народ откликнулся потоком писем в СМИ и в адрес комитета.

Председательствующий. Я хотел бы предоставить слово профессору Вячеславу Ивановичу Хаснулину руководителю лаборатории механизма дезадаптации Научного центра клинической и экспериментальной медицины Сибирского отделения РАН.

Хаснулин В. И. Действительно, сейчас часто в Интернете и в таких выступлениях ссылаются на то, что медики практически никаких исследований не проводили. На самом деле исследования проводилось и даже Минздравсоцразвития России проводило такое исследование.

Что я могу сказать по поводу этого времени? Уже Вячеслав Пантелеймонович Апрельев говорил, что в 2001 году академики четырёх отделений Академии медицинских наук собрались и однозначно сказали, что человек должен жить по солнечному времени и больше никак не отвлекаться от него. Вопрос о том, когда человеку спать, нужен ли нам сдвиг так называемого светлого времени к вечеру или к утру. На него ответили в этом исследовании. Значит человек должен спать только в тёмное время суток.

Ещё 5 тысяч лет тому назад китайцы говорили, что внутренние наши органы после дневной работы восстанавливаются только в ночные часы. И поэтому сегодня менять туда-сюда время и говорить, что человек адаптируется к вот этим сменам часовых или поясов, или, так сказать, времён, нельзя. Значит, однозначно те исследования, которые мы проводили, говорят о том, что десинхроноз, вызываемый переходом или на летнее время, или круглогодичное летнее время, который, так сказать, отличается от смены дня и ночи, и от того, что полдень должен всё-таки в 12 часов быть, по максимальному восходу солнца, всё это говорит о том, что вот этот десинхроноз – это стресс для человека. А стресс, он быстрее расходует наши резервы организма и, в конце концов, чем быстрее мы расходует эти резервы, тем быстрее мы старимся, тем быстрее приходят болезни.

И поэтому когда мы говорим сегодня о безопасности нашей страны, то почему мы должны быть привязаны к спутникам американским? ГЛОНАСС мы сейчас уже пустили, но он ещё плохо там работает. Но мы можем заменить это всё и совершенно не задействовать в эту безопасность население, хотя люди и их здоровье – это тоже безопасность страны. Потому что от того, в стрессе я нахожусь, в депрессии или в агрессии, я могу нажать не на ту кнопку, я могу запустить не ту ракету и так далее.

Лётчики (много исследований было) аварии совершают только из-за таких психоэмоциональных срывов.

Например, скорая помощь. Скорая помощь реагирует, но в разные годы по-разному, мы смотрели при переходе на летнее время. В течение месяца после перехода на летнее время количество вызовов скорой помощи, прежде всего, к сердечно-сосудистым больным, увеличивалось. Мы показали, что и увеличивается количество инфарктов, и различные другие заболевания увеличиваются, и сейчас Минздравсоцразвития России это подтвердил.

Кроме того, мы проводили исследования на молодых людях – студентах различных вузов, начиная с 1998 года и заканчивая этим годом. И было показано в разных исследованиях, что примерно у 60 процентов обследованных молодых людей, это приводит к негативным психофизиологическим последствиям.

Взяли и сравнили две группы студентов: в 2010 году (в ноябре месяце) и в 2011 году (в ноябре месяце). И оказалось, что у них у всех эти показатели стресса достоверно повысились. То есть мы можем сегодня говорить о том, что этот переход на круглогодичное летнее время сказался даже на молодых людях очень неблагоприятно.

И, конечно, нужно, как Николай Фёдорович Герасименко правильно сказал, сейчас хотя бы перейти на зимнее время постоянное, которое ближе всего к нашему поясному, но предусмотреть какой-нибудь поэтапный потом переход к нормальному солнечному времени.

Председательствующий. Я хочу предоставить слово Андрею Валерьевичу Панину – доценту географического факультета МГУ.

Панин А. В. Я буду говорить тезисно, чтобы сэкономить время.

Я абсолютно согласен со всеми выступавшими о том, что жить надо по солнцу и бодрствовать надо, когда светло, а спать надо, когда темно. И я предлагаю всем присутствующим сейчас и определить, как же нужно оптимально установить часы, чтобы соблюсти это очевидное правило.

Это Москва, июнь месяц. Шкала времени солнечная, это солнечное время, астрономическое время. Соответственно, тёмное – это ночь, серое – это, так называемые, гражданские сумерки, но и светлое – это день, а вот это период бодрствования наш. 16 часов человек бодрствует, 8 часов ему надо спать. Звёздочкой отмечена середина этого времени бодрствования. Но я думаю, что очевидно, что мы должны середину этого времени бодрствования совместить с серединой светового дня. Согласны присутствующие.

Мы так и делаем, но если мы посмотрим во сколько в среднем человек просыпается и во сколько он встаёт, уже по гражданским часам, то окажется, что середина нашего бодрствования по нашему гражданскому времени, это вовсе не 12 часов, это 14–15 часов. Значит, для того, чтобы нам совместить, мы должны стрелки часов передвинуть вперёд на два, а то и на три часа.

Почему же так происходит? Тут сложный график, долго его объяснять. Вот это представительное социологическое исследование по Бирмингему, отечественных данных у нас, к сожалению, приличных нет, которое показывает, сколько людей бодрствует, а сколько спит в течение суток. Вот эта кривая, 100 процентов, соответственно, спят и это бодрствуют. Посмотрите, она смещена, она не симметрична относительно середины светового дня.

Почему так происходит? Потому что, когда было аграрное общество, и крестьянин вставал с рассветом, ложился с закатом, это было одно. Но когда мы перешли в индустриальное общество, ритм жизни изменился и социальный ритм жизни в городах, он вот такой, он сдвинут к вечеру.

Это Москва. Дни равноденствия, дни солнцестояния. Вот давайте мы теперь посмотрим два варианта системы установки часов в Москве. Слева – это поясное время, время второго часового пояса. Справа – это современная наша система времени, то есть поясное плюс два часа.

Действительно, нужно просыпаться с рассветом. Давайте мы посмотрим, если мы будем жить по поясному времени, то мы большую часть года будем просыпаться не с рассветом, а много позже рассвета. И только зимой мы будем просыпаться с рассветом.

При современной системе времени мы будем большую часть года просыпаться близко к рассвету, но действительно зимой у нас будет несколько

тёмное утро. Ну, к сожалению, такова природа, что невозможно, установив часы единожды, удовлетворить всем этим фактам.

И ещё, второе, очень важно, обратите внимание, при поясном времени у нас большая часть вечернего времени, а зимой это вообще половина нашего времени бодрствования, проходит в темноте. Если при современной системе, мы видим, в вечернее время экономится значительная часть светлого времени.

Я полагаю, что главный аспект – это безопасность. И один из факторов этой безопасности, это аварийность на дорогах. Есть представительные данные статистические, которые на сотнях тысяч данных основаны. Причём есть примерно десяток публикаций, я готов предоставить список, в рецензируемых международных журналах, которые говорят о том, что в темноте возрастает риск ДТП и, в частности, для пешехода возможность попасть под машину возрастает в темноте примерно в 7 раз. Обратите внимание, это транспортные пики в Москве, Петербурге, Киеве.

Кстати говоря, интересный момент. Киев, как вы знаете, он живёт хоть и в том часовом поясе, но на час назад, потому что они отменили у себя декретное время. Петербург тоже не совпадает по меридиану с Москвой, но во всех городах абсолютно одинаковый ритм жизни, потому что это ритм социальный. У нас офисы открываются в 8, в 9. Зима ли, лето ли, всё равно мы вынуждены подчиняться этому социальному ритму.

Что интересно, число ДТП, оно гораздо больше в вечерний транспортный пик. Это данные по Москве. Ну, там есть много факторов. Из этого следует, что если мы, например, погружаем этот вечерний час пик в темноту, то мы тем самым увеличиваем число ДТП и наоборот. Вот почему важно осветить именно вечер.

Я сделал оценку. По данным Великобритании, у них был трехгодичный эксперимент по переходу на центральное европейское время на рубеже 70-х годов. Там много можно об этом говорить, но вот сухой остаток. Сдвиг на час вперёд в условиях Великобритании уменьшает количество смертей в ДТП в год на 3 процента и количество тяжёлой инвалидности, то есть, когда люди в инвалидные кресла садятся, на 1 процент.

Это относительные данные, мы их можем проецировать и на другие страны. Россия – 25–30 тысяч у нас убивают на дорогах. 3 процента от этого – это почти тысяча человек в год. Вот это цена светлого часа вечером. Переведите, отмените летнее время, лишняя тысяча человек будет гибнуть на дорогах и 2,5–3 тысячи сядут в инвалидные коляски. Перейдите на поясное время, это будет 2 тысячи трупов и пять-шесть тысяч инвалидов. Напомню вам, что за последние 20 лет от терроризма в России погибло меньше двух тысяч человек. Вот переход на поясное время – это каждый год у нас будет 20 лет терроризма примерно.

Председательствующий. Я хотел бы предоставить слово Константину Васильевичу Даниленко – доктору медицинских наук, НИИ терапии Сибирского отделения РАМН.

Даниленко К. В. Я немножко затрону и зарубежные данные, и также остановлюсь на физиологических механизмах, что стоит у нас за этим вот переходом.

Основные исследования, на которые сейчас обязательно обратит внимание европейское сообщество, это шведские исследования по инфарктам миокарда за 15 лет. И они показали, что после перехода на летнее время, допустим, если взять вторник, на 10 процентов выше частота инфаркта миокарда, по сравнению со вторниками двумя – до и после.

В этой диаграмме я бы хотел обратить ещё внимание на вторую цифру после каждого столбика. Это общее количество инфарктов миокарда. Вы видите, что после понедельника она выше, чем во все другие дни. А вот в субботу и воскресенье (1300–1374) она ниже. Этот феномен – повышение инфарктов миокарда в понедельник, тоже известен. И мы сейчас узнаем, почему это происходит. На второй диаграмме после перехода на зимнее время у нас некоторое снижение, но оно не достоверно, и можно сказать, что вот здесь весной было плохо, осенью хорошо, а в целом – нормально. Почему бы не оставить так, как есть?

Я затрону ещё опубликованные в зарубежных журналах данные, в том числе влияние на ДТП: пять работ «за» и пять работ «против».

Люди, которые живут на западе часовой зоны, встают на 40–80 минут позже в выходные. Это относится не только к сельскому населению. Там это больше выражено, но это относится к городскому населению. И проанализирована, заметьте, 21 тысяча жителей Европы. Это же исследование у нас проведено на севере московской часовой зоны в четырёх населённых пунктах – тот же самый результат: на 80 минут разница между двумя городами на западе и на востоке. Это значит, что наш организм, в отличие от нас самих, равняется на восход солнца. Также на западе выше частота зимней депрессии. И также очень важно, это наши исследования: в 59 регионах европейской части России проанализировали случаи частоты рака и оказалось, что на западе выше частота рака мозга, молочных желёз и яичников.

С чем это связано? Вот здесь реальный человек из наших исследований новосибирских. Это мелатонин, суточный ритм. Какая здесь связь? Связь простая: мелатонин расширяет сосуды на ладонках и стопах, мы отдаём тепло, и температура снижается. И вот как раз, когда температура снижается, вот в это время, это зафиксировано, мы готовы спать. Поэтому мелатонин действует не как реальное снотворное, он на нас оказывает физиологическое влияние.

Это говорит о том, что у нас есть эндогенные часы, ход у них не 25 часов в среднем, а чуть больше 24-х.

И что происходит летом и зимой? Значит, летом у нас ночь короткая, и она держит наши суточные ритмы, в определённом строгом режиме удерживает. Что происходит ночью? Ночью у нас суточные ритмы дрейфуют в основном на позднее время.

В исследовании было показано, что суточные ритмы сдвинулись за три дня на 30 минут позже. Что делать в данном случае? Значит, внутренний ход биологических часов нам не помощник, чтобы адаптироваться. И единственный фактор, который нас сдерживает от того, чтобы наши суточные ритмы сдвигались на всё более позднее время – это естественный свет. В массовом порядке, как рекомендуют специалисты за рубежом, перед тем, как переходить на летнее время, использовать вечером «Мелаксен», а утром рассветное устройство.

Председательствующий. Я бы хотел предоставить слово последнему записавшемуся, это Алексеев Вадим Борисович, заместитель директора Федерального научного центра медико-профилактических технологий.

Алексеев В. Б. Работу мы делали по заданию Минздравсоцразвития России. Когда Минздравсоцразвития России формировал техническое задание, особо было подчёркнуто, что та статистика, которой мы должны были пользоваться, должна быть максимально доказательна в аспекте оценки медицинских последствий административного исчисления времени, его смены. Поэтому мы использовали базы данных ОМС тех регионов, где вся медицинская помощь имеет одноканальное финансирование через фонды медицинского страхования, поэтому туда входит и скорая помощь. Поэтому я считаю, что статистика, которой мы пользовались, она достоверна. И вот, к сожалению, негативное влияние любой смены исчисления времени, пусть кратковременное, но негативное на здоровье населения оказывает.

Председательствующий. Уважаемые коллеги, сейчас у нас есть возможность задать друг другу, выступающим вопросы. Ещё раз подчёркиваю, что всё-таки нужно в основном сейчас уделить время вопросам. У кого какие вопросы?

Герасименко Н. Ф. Сергей Вячеславович, можно я? Не успел просто.

Председательствующий. Да, пожалуйста.

Герасименко Н. Ф. Значит, по поводу энергосбережения. В своё время, когда мы готовили в 2001 году заседание вот это большое, мы запросили через Сибирское отделение Академии наук «Сибирские энергосистемы». Они считали нам месяц, и через месяц сказали, что эта цифра где-то меньше одного процента. То есть точно они не сказали – 0,4, 0,3. Но где-то меньше одного процента, то есть это реальные цифры, которые были просчитаны.

Председательствующий. Я тоже попытаюсь задать вопрос. Он меня очень мучает. Я себе не представляю ситуацию, если мы вернёмся к астрономическому времени, что мы летом должны будем вставать через четыре-пять часов после восхода солнца. Вот меня это несколько смущает. И как это накладывается на те научные данные, что всё-таки пусковым механизмом является рассвет? В 3 часа рассвет, а так в 2 будет, а я встаю в 8. Кто мог бы ответить?

Герасименко Н. Ф. Выступление затронуло именно этот вопрос. К чему подводил? Значит, зашториться от света гораздо легче, чем его получить. Очень простой совет: каждый из нас может зашторить шторы и спать сколько он хочет, и свет ему не будет мешать. Получить свет. Никто за человека не будет вставать и включать ему свет, тем более, искусственный рассвет, понимаете?

Из зала. Можно, Сергей Вячеславович? Летом восстановительные процессы у человека нормальные. И мы показали, что зимой они тормозятся. И поэтому само собой количество сна зимой должно быть больше, и мы должны думать, как регулировать это всё, чтобы люди дольше отдыхали. А вот летом мы успеваем за шесть-семь часов восстановиться полностью. Поэтому я думаю, что летнее время – это не страшно.

Герасименко Н. Ф. Сергей Вячеславович, я ещё хотел про тему, которую вы затронули, рассвета. Почему Гитлер напал на Советский Союз в четыре утра, а? Потому что, во-первых, неправильно, что рассвет в два часа. Он примерно в районе четырёх, это самое слабое место у человека между сном и бодрствованием. Поэтому ни в два, ни в три ещё рассвета нет. В основном это идёт где-то в районе четырёх часов.

Председательствующий. Спасибо. Какие ещё будут вопросы?

Артёмов Д. А. Дмитрий Артёмьевич Артёмов – Государственная служба времени и частоты.

Я просто хочу дать маленькую справку о том, что в 2010 году и в 1991 году мы уже применяли время, равное астрономическому. Это Москва, 1991 год (осень). Когда было отменено декретное время и исчезло летнее время, сразу же начали женщины перекрывать дороги в Москве. И в 1992 году (в январе месяце) был восстановлен декретный час в Москве, в России. Это справка.

И второй момент. Если вы помните события 2010 года на Дальнем Востоке и Сахалине, когда начались многотысячные митинги и демонстрации, вот в этот период они как раз попали на жизнь по астрономическому времени по своему международному часовому поясу.

После того как применено два декретных часа, будем говорить так, у них сейчас один декретный час. Если сейчас мы отменим декретный час,

сдвинем, то они опять вернутся на астрономическое время, и опять начнутся эти многотысячные митинги.

Председательствующий. А какова их причина?

Артёмов Д. А. Причина? У них это в основном связано с тем, что социальная активность населения всё-таки сдвинута относительно утра на более позднее время.

Председательствующий. У них и сейчас сдвинуто.

Артёмов Д. А. И сейчас сдвинуто, да. Но сейчас вечернее время, оно более осветлено. Светлое время сдвинуто на вечернее. Дети из школы возвращались, будем говорить так, уже по темноте. И тогда родители очень беспокоились за своих детей, что они идут из школы, а уже темно.

Председательствующий. А идут в школу и темно – это как?

Артёмов Д. А. Дети идут в школу утром, и не такая преступность, как в вечернее время. Я просто говорю, что вот такие эксперименты уже были.

Председательствующий. Хорошо. Спасибо.

Герасименко Н. Ф. Я могу тоже ответить, почему такое предложение. Идеально, конечно, – отменить и декретное, и летнее. Это идеально. Но здесь же всё нужно усреднённое. У нас зимой 22 декабря в Москве уже начинается темнеть в три часа примерно. Если мы переведём, будет в два часа темнеть.

Второе. Всегда где-то нужно золотую середину найти, чтобы посмотреть не ради доказательства, что вот так будет, а у всех не вызывает сомнения, их здесь большинство сидит, что лучше сейчас перейти к зимнему времени, это наиболее оптимальный вариант.

Председательствующий. Уважаемые коллеги, честно говоря, из всей нашей дискуссии я не хронобиолог, но как старый бюрократ знаю, больше двух часов бессмысленно сидеть, два часа мы уже отсидели.

Коллеги, подводя итог, я могу сказать так, что меня несколько не убедило то, что вы не полемизировали с Андреем Валерьевичем Паниным.

По сути дела, он единственный, кто доказательно попытался опровергнуть необходимость перехода к астрономическому времени. И мне, конечно, хочется, чтобы вот эта дискуссия была продолжена.

Что касается (я не люблю этого слова, но вынужден его применить) технарского подхода (это не очень даже и по-русски, я прошу прощения), то мне кажется, что здесь несколько надуманные аргументы. Потому что никакого отношения к общему регулированию времени наш вопрос не имеет. А здесь главным, определяющим является вопрос о том, есть ли экономия энергии, и какую плату мы платим здоровьем за этот перевод?

И вот тут я должен сказать: много или мало экономится, полпроцента, 0,4 процента от энергетики всей страны, я не знаю. Это можно узнать, только сопоставив: а сколько мы теряем, если мы теряем здоровье?

У многих здесь, насколько я понимаю, такое глубокое убеждение, что на здоровье мы теряем и в экономическом плане, не говоря уж о гуманитарном, гораздо больше, чем от энергетики.

Но, уважаемые поборники естественной жизни. Честно говоря, мне кажется, что научных аргументов (хотя прозвучали очень убедительные цифры), на мой взгляд, недостаточно.

Очень выпуклые данные привёл Минздравсоцразвития России и ваш центр, я думаю, что на них нужно опереться.

Очень интересные данные, я понимаю, накоплены в Сибирском отделении Академии медицинских наук. Этими данными можно оперировать, они, по крайней мере, имеют содержательную часть. Что касается сомнологов, понимая всю важность и нужность этого направления, мне кажется, что здесь необходима какая-то более объективная статистика, чем та, которую вы проводили. Это никак не умаляет ни вашу точку зрения, ни вашу позицию научную, но просто хотелось бы от вас же, ни от кого больше услышать какую-то более обоснованную аргументацию.

Коллеги, главный вывод, который я лично делаю для себя в рамках нашего «круглого стола», заключается в том, что, безусловно, рубить с плеча и завтра вынести законопроект, хотя он, кстати, в черновом варианте подготовлен, всё-таки, на мой взгляд, кажется преждевременным.

То есть я думаю, что обсуждение нужно вынести на более широкую аудиторию, сформулировать на основе нашего «круглого стола» основные как бы положения, тезисы и попробовать попросить обсудить эти тезисы как в профессиональном сообществе, например, в Академии медицинских наук, в Сибирском отделении Академии медицинских наук, в Академии наук Российской Федерации, во врачебных сообществах, так и, может быть, даже и более широко – в печати и так далее. Народ тоже должен принимать участие и высказывать своё мнение.

Уважаемые коллеги, я понимаю, что каждый учёный убеждён в своей правоте, но законодатель, он не может игнорировать никакие стороны нашей реальной жизни. Сам, будучи поборником Руссо с его естественными ритмами жизни, я считаю, что правы и те, кто говорит, что социоритм, который сейчас существует, особенно в больших городах, не может тоже игнорироваться, и он тоже привносит свои факторы. Можно игнорировать и сказать, что не проблема того, что мы решаем по поводу времени, допустим, освещённость дорог или то, что преступность вечером больше, чем утром. Да, действительно, это не имеет прямого отношения к нашей проблеме. Но это имеет отношение к норме, которую законодатель примет, исходя из того, какое время внедрять. Мы не можем не учитывать, что действительно уровень преступности в вечернее время больше, чем в утреннее по определению.

Поэтому я ещё раз повторяю, задача законодателя, прежде всего, как и у врача, не навреди и не наломай дров, добавил бы я, понимаете.

Таким образом, коллеги, сейчас, имея подготовленный уже законопроект, который мы немножко поправим, исходя из нашей дискуссии, всё-таки, прежде чем его вносить в Государственную Думу, во-первых, его опубликуем, во-вторых, мы всё-таки попытаемся навязать обществу эту дискуссию. Вот исходя из этого, я и хотел бы всё-таки принять наше решение, поскольку оно как раз и направлено на это.

Вам роздан проект нашего решения по итогам «круглого стола». Я считаю, что он достаточно такой обтекаемый, но в то же время ставит проблемы.

Я предлагаю вам принять его за основу.

И ещё один маленький момент. У нас «круглый стол» – это формат экспертного разговора общего типа. Но, во-первых, закон будет внесён после парламентских слушаний, где мы ещё раз обсудим это всё. Кроме того, мы, конечно же, создадим экспертную группу по этой проблеме, где уже эксперты самостоятельно, ну, как бы по отдельным направлениям, о чём мы с вами и говорили, начнут работать.

Коллеги, я не хотел бы, чтобы наше экспертное обсуждение стало предметом политических спекуляций. Поэтому я считаю, что стенограмму нашего «круглого стола» смысла опубликовывать нет.

А основные позиции, которые прозвучали на нашем «круглом столе», безусловно, наверное, надо опубликовать, и пусть они широко обсуждаются.

Коллеги, ещё раз большое спасибо, огромное спасибо за участие.

**Материалы парламентских слушаний
Комитета Государственной Думы по науке и наукоёмким
технологиям совместно с Комитетом Государственной Думы
по охране здоровья на тему
«Экономико-правовые проблемы деятельности бюджетных
учреждений науки в новых условиях хозяйствования»
(в связи с принятием Федерального закона от 8 мая 2010 года
№ 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные
акты Российской Федерации в связи с совершенствованием
правового положения государственных
(муниципальных) учреждений»)**

СТЕНОГРАММА
парламентских слушаний

***Здание Государственной Думы. Зал 830.
12 марта 2012 года***

***Председательствует председатель Комитета Государственной
Думы по науке и наукоёмким технологиям В. А. Черешнев***

Председательствующий. Уважаемые коллеги, я рад приветствовать всех, потому что многие приехали из регионов, присутствуют и представители обеих столиц.

Уважаемые коллеги, давайте сразу договоримся о регламенте.

Будет два вступительных слова председателей комитетов-организаторов (Комитета по науке и наукоёмким технологиям и Комитета по охране здоровья). Председатель Комитета по охране здоровья Сергей Вячеславович Калашников здесь также присутствует.

У нас здесь присутствуют члены Совета Федерации, депутаты Государственной Думы и все приглашённые (мы в динамике выступлений всех представим).

Для чего проводятся эти парламентские слушания? Мы бы хотели услышать ваши конкретные предложения по изменению механизма хозяйствования научных учреждений, что не так, что очень хорошо, что очень плохо.

У нас ведётся стенограмма, поэтому прошу представляться, пожалуйста, всех коллег. Мы расшифруем, и как всегда, разошлём её.

И вот к тем поправкам в законы, которые будут приниматься, они всегда так готовятся: закон принят, потом нарабатывается какой-то опыт, и вносятся соответствующие поправки. Вот с этой позиции, что бы вы хотели изменить в лучшую сторону, естественно, что нужно поправить в этом законе, что нужно усилить, мы бы и хотели вас послушать.

Ну а в коротком своём вступительном слове я скажу, что вы уже слышали, в мае текущего года уже будет два года, как был принят закон № 83-ФЗ. Закон, как вы знаете, рассчитан на три уровня управления: для федеральных органов он вступил в силу с 1 января этого года, для регионов, почти 70 регионов перешли уже в течение 2011 года, это было расписано, он такой сложный закон, а для остальных регионов он вступит в силу с 1 июля 2012 года. Таким образом, все заинтересованные участники процесса с 1 июля текущего года будут в этом задействованы и будут участвовать.

Я просто хочу сказать, что этот закон перекликается со многими законами, и поправки внесены соответствующие в государственные законы.

Я хочу напомнить, что, например, Федеральный закон № 174-ФЗ от 2006 года «Об автономных учреждениях», он перекликается во многом с законом № 83-ФЗ. Вот каков итог за пять лет с небольшим. За пять лет по закону «Об автономных учреждениях» в научно-технической сфере всего было создано лишь 16 автономных учреждений. Всего 16. Потому что многие статьи трудовые коллективы научных учреждений настораживают, и они не спешат переходить в такую форму.

Вот мы разослали более ста научным организациям, в ряд федеральных органов исполнительной власти, в субъекты Российской Федерации, многим депутатам Государственной Думы, представителям государственных академий наук анкету-опросник.

И попробовали проанализировать, что же, как реагируют коллеги на закон № 83-ФЗ. И вот первое, это важность вопросов, на решение которых направлен закон.

Первое из этого подпункта, это повышение степени экономической свободы, это хорошо для бюджетных учреждений. Развитие практики договорных контрактных отношений с потребителями научно-технической продукции и образовательных услуг. Вот тут уже настораживает, потому что наука начинается, деятельность сложная, но начинает определяться, как услуга, вы уже слышали этот мотив.

Дальше. Формирование гибкого организационно-экономического механизма управления, это тоже вроде бы неплохо. Диверсификация и расширение источников финансирования в текущей и перспективной научной и образовательной деятельности.

Следующее. Создание необходимых экономических стимулов и условий для повышения эффективности использования кадровых материально-

технических финансовых ресурсов. Чем это достигается? Прежде всего, изменением правового положения в существующих бюджетных учреждениях, совершенствованием механизмов финансового обеспечения в бюджетных учреждениях с расширением объёма их прав, они переводятся со сметного финансирования на субсидии в рамках выполнения государственного задания на оказание услуг.

Но вот как формируется это государственное задание, что учитывается в нём, и почему для государственных академий наук это должно было быть с 2007 года, а перешли только сейчас, с 1 января 2012 года? А до этого пять лет мы в авральном порядке в трёх чтениях в конце декабря принимали поправки в действующее бюджетное законодательство для того, чтобы пролонгировать государственным академиям наук обычное сметное финансирование. Вот как это будет?

И ещё интересно. В этом законе говорится о том, что субсидия выделяется на год. А как с долгосрочными планами на 5 лет, на более длительный срок и так далее? Ну, вот принимает решение учредитель, в подчинении которого находится конкретный научно-исследовательский институт и прерывает финансирование по субсидиям. И что, значит, пятилетний план тянется за этим, не выполняется. Какие меры приняты, как эти субсидии в отличие от обычного сметного финансирования принимались, какие критерии вносились?

Но знаем, что сейчас параллельно ведь идёт процесс оптимизации, предложена классификация научных организаций, включающая три вида институтов: институты первой категории, работающие на высоком уровне, второй вид – хорошо, и третьи институты, которые должны быть либо распущены, либо присоединены, в общем, оптимизированы. И это, конечно, настораживает научную общественность: как это всё будет в реальном конкретном практическом действии.

Ну, и целый ряд вопросов. Я думаю, мы услышим много здесь пожеланий, и самое главное, вот у нас сводится к тому, что, а готовы ли сегодня научные учреждения во всех сферах к применению этого закона, всё ли ясно и понятно до конца? Вот об этом мы и поговорим.

Я передаю слово Сергею Вячеславовичу Калашникову – председателю Комитета Государственной Думы по охране здоровья.

Калашников С. В. Уважаемые коллеги, мне кажется, что формат наших сегодняшних парламентских слушаний, он требует более жёсткого определения.

Дело в том, что принятие закона № 83-ФЗ произошло без учёта принципиальных представлений какого-то консенсуса о том, что должна представлять собой наука, в том числе и отраслевая наука, и прикладная наука.

А в отсутствие вот этого консенсуса, да и вообще в отсутствие модели научной деятельности в современных условиях, у нас появляется целый ряд таких эклектичных законов. И вот одним из них является закон № 83-ФЗ, который в несколько законов внёс поправки и тем самым нарушил некую существовавшую конструкцию.

Поэтому мне кажется, что очень важно для наших сегодняшних парламентских слушаний чётко отделить принципиальные методологические проблемы, связанные с осознанием механизма функционирования науки в рыночных условиях и в наших специфических национальных условиях. Я не думаю, что это сейчас может быть предметом нашего обсуждения, но мы неминуемо будем отсылаться к каким-то, ну, основополагающим моментам, каким-то основополагающим представлениям, которые есть у каждого.

Поэтому я считаю, что одна из целей наших сегодняшних парламентских слушаний заключается в том, чтобы всё-таки осуществить наработку для дальнейшего рассмотрения новой редакции закона «О науке». Всё-таки нужна какая-то национальная модель развития науки в Российской Федерации. Но мне кажется, это всё-таки должен быть побочный продукт, а главным всё-таки является ответ на вопрос. Что на сегодняшний день можно сделать, чтобы улучшить функционирование закона № 83-ФЗ?

Закон принят. Просто его отменить и придумать что-то новое – это будет повтор того же самого, опять того же лоскутного одеяла. Поэтому мне кажется, что главной целью наших парламентских слушаний является выявление основной проблематики, связанной с неэффективностью деятельности этого закона. Почему я акцентирую внимание на эффективности? Там, где закон эффективно работает, в частности, предоставляя дополнительную свободу руководителям научных учреждений, ну, наверное, это хорошо. Что это обсуждать. Но есть проблемы, где это не работает, или где это создаёт определённые слагаемые для продвижения научной мысли, для развития инновационных подходов, для, собственно, НИОКР, для, собственно, прикладной науки. Вот, мне кажется, что в связи с этим здесь есть несколько пунктов, которые требуют особого обсуждения. Ну, я буду говорить прежде всего о здравоохранении, поскольку мы слушания совместно проводим, и меня больше волнует эта связь.

Но я могу сказать и следующее. Здравоохранение является, на мой взгляд, очень яркой лакмусовой бумажкой, которая показывает проблемы всей науки в целом. Дело в том, что инновации в здравоохранении самым непосредственным образом сразу выплёскиваются в общество, отвечают реальным сиюминутным потребностям людей, их значимость достаточно высокая. Если по фундаментальным разделам, допустим, физической науки можно и годами ждать результатов, то тут результаты,

налицо, они востребованы. И я считаю, что в данном случае есть несколько вопросов.

Первый вопрос – это, конечно, госзаказ. Ну, я не представляю себе ситуацию, когда чиновник, даже опираясь на большое, хорошее экспертное сообщество, определяет основные направления развития науки, тем более фундаментальной науки, где нет предсказуемого результата.

Вот сейчас Минздравсоцразвития России выделил 12 самых актуальных направлений. Я не знаю, может быть, этого достаточно, но, на мой взгляд, чисто такого обыденного сознания, мне кажется, медицина никак не укладывается в 12 приоритетных направлений. И, конечно же, меня абсолютно не устраивает, что в условиях низкой организации здравоохранения в целом вопросы организации здравоохранения тоже достаточно фундаментальные, они, в общем-то, провисают.

Второе. Это то, что уже сейчас говорил Валерий Александрович, ну нельзя науку финансировать в календарный год. Проблема продвинутого финансирования, проблема результатов, промежуточных результатов, она на сегодняшний день провисает.

И третье. Коллеги, мы живём там, где мы живём. Известно, как используются научными учреждениями те возможности, которые у них есть, в том числе и связанные с недвижимостью, и так далее. Коллеги, без жёсткого понимания, где научное учреждение работает на рынок, на заказ, и где научное учреждение работает на развитие науки, ну, наверное, говорить о финансировании не приходится.

И ещё одна проблема, которую, мне кажется, нужно затронуть. Коллеги, современная наука – это сетевая наука. То есть это не вертикаль власти, а это возможность взаимодействовать со своими коллегами, увлечёнными теми же самыми темами не только в рамках одной страны, но и за рубежом. Наука, она вот кристаллизируется из многих идей, которые, в общем-то, витают в воздухе, но требуют апробации и так далее. Вот этот закон не то что не акцентирует на этом внимание, но ставит достаточно крупный крест на всех этих взаимодействиях. Но как могут две конкурирующие коммерческие организации, которые в этом случае возникают, делиться научными разработками, исследованиями и так далее, тому подобное? Наверное, требуются какие-то дополнения.

Я не хочу озвучивать весь перечень проблем, вы их знаете гораздо лучше, я просто хотел бы сказать, что на сегодняшний день стоит задача – в меру наших возможностей поправить данный закон. И это основная цель наших парламентских слушаний. Всё мы не изменим, новый закон о науке мы вот так, в одни парламентские слушания, не родим, но поправить то, что, очевидно, возможно поправить, и не просто поправить, а подсказать, каким

образом, как это будет взаимодействовать с другими, мне кажется, что это цель наших парламентских слушаний.

Председательствующий. Переходим уже непосредственно к обсуждению. И я предоставляю слово первому Григорию Петровичу Ивлиеву— заместителю министра культуры Российской Федерации.

Ивлиев Г. П. Уважаемый Валерий Александрович, уважаемый Сергей Вячеславович, уважаемые участники слушаний!

Конечно, закон № 83-ФЗ оживил всю работу научных учреждений в нашей сфере и вскрыл очень много проблем, о которых мы даже не говорили. В то же время работа над этим законом показала, что возникают новые проблемы, которые требуют разрешения.

Мы ввели закон № 83-ФЗ в отрасли культуры в полном объёме и, конечно, последние 2 месяца с учётом всяких организационных погрешностей при введении этого закона не могут быть показательны для общей оценки эффективности этого закона сейчас.

Закон только начинает действовать и, по нашему убеждению, только к осени мы будем считать тех цыплят, которых принёс этот закон. Но какие-то его положения, которые введены, уже сейчас показали свою действенность. Я имею в виду, прежде всего, государственные задания.

Во многом благодаря этому требованию мы задумались над тем, что нужно поручать нашим институтам, как это делать, что должно быть заданием, что должно быть профильным, как создавать ту необходимую инфраструктуру, которая позволяла бы решать задачи отрасли в целом. Причём я могу сказать, что если в естественных науках, наверное, это вопросы действительно многолетние и там понимания больше, то в вопросах культуры продиктовать научному сообществу госзадание от имени государства, это чрезвычайно сложная задача. И, естественно, что в нашей сфере, как может быть и в некоторых других гуманитарных сферах, эта работа проводилась, прежде всего, с опорой на сами научно-исследовательские подразделения. И тематика исследований, которые проводятся в этом году, она в целом остаётся продолжением той работы, которая осуществлялась нашими научно-исследовательскими учреждениями ранее.

При этом, конечно же, в рамках нашей отрасли наука развивается не только в системе специализированных научно-исследовательских институтов, которых всего семь. Научные подразделения университетов, научные подразделения консерваторий, это те подразделения, которые двигают науку в нашей отрасли в не меньшей мере, чем научно-исследовательские институты. И для нас актуально поддерживать вот эту связь науки и образования с тем, чтобы наука питалась правильно и была правильно направлена.

Но, к сожалению, создание таких научно-образовательных центров в системе Министерства культуры Российской Федерации не завершено.

Задача была поставлена и задача в такой сложной сфере как кинопроизводство. И мы здесь уже приняли необходимые меры, но вся ситуация находится ещё только в стадии соединения и объединения активов – как научных, так и материальных и нематериальных активов.

Для нас, конечно, чрезвычайно важно создание таких научно-образовательных комплексов по тому типу, которые создаются в больших национальных университетах. И с учётом специфики и объёмов нашей отрасли всё-таки в масштабах всей науки мы – маленькая частичка этого процесса. Нам очень важно не просто скопировать развитие национального университета, но создать такую структуру, которая бы в своей сфере занимала ту же самую ведущую роль в стране, как это делается в развитие науки в целом.

Для введения закона № 83-ФЗ в действие Министерством культуры был принят специальный документ, который бы позволял требовать отчётности ежеквартальной не только о результатах деятельности подведомственных учреждений, что само по себе уже достаточно сложная для организации работа, но и в целом о результативности деятельности научных учреждений. Такие показатели с учётом нашей специфики определены и все находящиеся в ведении Министерства культуры организации, выполняющие научно-исследовательские, опытно-конструкторские и технологические работы гражданского назначения, дают соответствующие показатели. В 2011 году мы уже пытались оценить нынешний уровень развития наших учреждений, была создана соответствующая комиссия, которая дала оценку результативности деятельности наших организаций.

Подведомственные организации в настоящее время будут выполнять задания в рамках государственных, и эти задания утверждены в декабре 2011 года для каждого учреждения, и будут осуществлять работу на возмездной основе, перечень услуг утверждён для каждого учреждения.

Нам совершенно понятно, что мы должны сейчас соединить наши государственные задания с исследовательской работой вузов более плотно, и у нас уже есть такое понимание по целому ряду вузов. Скажем, Институт искусствознания – это концептуальное развитие понимания культуры, это концептуальное развитие государственной политики о культуре. Если говорим об Институте культурологии, то это, прежде всего, законодательство о культуре и закон о культуре как одна из её важнейших частей.

Мы сейчас наш Институт природного и культурного наследия привлекли по существу в качестве головного исполнителя к подготовке государственного доклада, который будет делать правительство в обеих палатах парламента уже к концу этого года. Решением глобальных вопросов, которыми занимаются министерства, мы и озабочены сейчас вместе с научно-исследовательскими учреждениями.

Могу сказать, что, конечно же, мы ищем и иные подходы, кроме как вот реализация закона № 83-ФЗ, в научной сфере, и для нас таким подходом является правильное формирование Федеральной целевой программы «Культура России на 2012–2018 годы». Эта программа принята совсем недавно, её объём, может быть, не так значителен, как иные инфраструктурные программы, но в ней, в этой программе, есть раздел, который посвящён специально научно-исследовательским работам, причём работам самого высокого уровня.

Нам важно, скажем, определить влияние культуры на национальное самосознание, и именно такую тему мы заявляем в рамках целевой программы для научного осмысления. Причём мы надеемся, что к этому конкурсу мы привлечём не только ведомственные учреждения, а могут участвовать в нём все научно-исследовательские учреждения гуманитарного профиля, которые чувствуют в себе силы ответить на этот вопрос.

И, конечно же, такого уровня задания от государства – это не государственные задания для исследовательского института, а это тема, которая требует общего исследования, она требует междисциплинарного исследования. Как раз, по мнению учёных, нашей отрасли не хватает междисциплинарного взаимодействия, и не хватает его как в рамках специальностей в области культуры и искусства, так и в целом в гуманитарных специальностях.

Из нашей науки в последние годы ушла социология, ушла экономика. И социологические, и экономические науки нашли более доходные, прибыльные сферы деятельности сейчас. Но мы видим, как не хватает этих подразделений, по существу в некоторых научно-исследовательских учреждениях даже отделы соответствующего профиля упразднены из-за того, что нет таких специалистов.

Мы вынуждены заказывать работы у социологов общего профиля. Это неплохие работы и мы на них ориентируемся. Но для нас важно, чтобы эта работа шла не только со стороны заказа такого государственно-общественного, а чтобы она шла со стороны научного анализа. И здесь, скорее всего, мы будем всё-таки или больше сотрудничать с учреждениями соответствующего профиля, научными, а не просто практическими организациями, либо будем воссоздавать у себя подобного рода структуры.

Я думаю, что нас призвали здесь говорить о том, что мы должны что-то менять в этом законе и уже сейчас сосредоточиться на этом. Не думаю, что как раз сегодня мы готовы к тому, чтобы увидеть, каким образом реформировать закон № 83-ФЗ. Мы, ещё раз повторяю, не приступили к его полной реализации. Хотя мы не против того, если кто-то нам укажет на его недостатки, тоже принимать участие в этой работе.

Но у нас есть много других проблем, связанных с законодательством в сфере науки, о которых тоже надо ставить вопрос в связи с реализацией

закона № 83-ФЗ и вот новых организационно-правовых форм, которые мы применяем. Мы же ведь руководствуемся, к примеру, ещё постановлением Правительства Российской Федерации 2005 года «О порядке распоряжения правами на результаты научно-технической деятельности». И согласно этому постановлению мы должны платить в федеральный бюджет и компенсационные платежи с правообладателей результатов научно-технической деятельности. И распоряжение закреплёнными за государственным учреждением правами на результаты научно-технической деятельности проводится сейчас по неким специальным соглашениям с главным распорядителем бюджетных средств. Я отношусь к главному распорядителю бюджетных средств, но, поверьте, что мы хотели бы здесь более свободный порядок, который бы предполагал возможность извлечения из произведённых открытий и прав, которые мы имеем, больших результатов, и мы будем за это выступать.

По нашему мнению, всё-таки следует продолжить работу над разработкой законопроекта о введении в бюджетную классификацию расходов бюджетов всех уровней целевых статей, расходов, конкретизирующих представление государственной поддержки организациям, занимающимся научной и инновационной деятельностью. Такие статьи позволяют нам совершенно по-иному относиться к результативности как раз деятельности научных организаций, она виднее, она понятнее, она масштабнее, и это как раз в духе закона № 83-ФЗ.

Есть и другие предложения, мы их передавали в рабочем порядке в комитеты. Надеемся на дальнейшее сотрудничество.

Председательствующий. Михаил Михайлович Котюков – директор департамента бюджетной политики в отраслях социальной сферы Министерства финансов Российской Федерации.

Котюков М. М. Прежде чем начать по сути обсуждать последствия закона, хотел бы очень коротко ещё раз напомнить те основные задачи, те основные цели, которые ставил перед собой закон. Сам по себе федеральный закон № 83-ФЗ – это документ, который как отдельный закон очень сложно обсуждать. По сути, это документ, внёсший изменения в три десятка других законов, кодексов и так далее. И ещё до сих пор он в полном объёме у нас и не вступил в силу, потому что 1 июля 2012 года заканчивается срок переходного периода.

Мы в своей работе ориентируемся как раз на то, что по итогам уже накопления практики возможно и придётся изменять какие-то отдельные решения, может быть, законодательно закреплённые, а может быть, уже и принятые во исполнение законодательных норм подзаконные акты либо ведомственные решения. Мы такую практику сейчас накапливаем.

За Минфином России закреплена Правительством Российской Федерации задача осуществлять мониторинг реализации закона на федеральном уровне и взаимодействовать с регионами по реализации этих положений в субъектах Российской Федерации.

Основными целями федерального закона были всё-таки три базовые задачи. Первое – это обеспечить повышение качества государственных услуг либо работ. Применительно к сфере сегодняшней темы, конечно, правильно всегда говорить о работах, потому что мы полагаем, что, действительно, научную деятельность, услуги переложить невозможно, и мы такой задачи не ставили ни перед собой, ни перед коллегами, с которыми реализовывали эти положения. Поэтому мы говорим, конечно же, о работах, если где-то в слайдах вы видите «услуга», значит, считайте, что через запятую там написано «и работа». Повышение доступности государственных услуг, повышение эффективности работы в целом тех учреждений, которые являются государственной либо муниципальной формой собственности.

Какими же инструментами в этой работе мы можем пользоваться. Для повышения качества формируется перечень государственных муниципальных услуг, отраслевой, ведомственный. Учреждение получает из бюджета не как традиционно привычное сметное финансирование с защитой каждой отдельной статьи и при исполнении, соответственно, в течение года необходимостью внесения изменений в это распределение по статьям через достаточно непростую процедуру.

Сейчас это возможность получить субсидию на государственное задание одной строкой из бюджета и уже самостоятельно принимать решения о внутреннем распределении этих средств между отдельными элементами, направлениями затрат.

Сразу отмечу, прослушав вступительное слово сопредседателей наших слушаний, что субсидию можно доводить на три года. То есть нет нигде ограничителя, что госзадание формируется только на один год. В условиях формирования трёхлетнего бюджета, а Минфин России пытается сейчас со всеми министерствами отработать, чтобы это стало обычной практикой – формирование государственного задания в пределах тех бюджетных ассигнований, которые утверждены. Вот эта задача, которую мы перед собой ставим и сейчас проводим как раз мониторинг того, как эта задача реализуется.

Безусловно, важнейшая задача – это обеспечить институт мотивации руководства и коллектива учреждений к работе в новых условиях, потому что коллектив не всегда готов брать на себя дополнительную самостоятельность и принимать статус либо бюджетного, либо ещё дальше – автономного. Вы справедливо сказали, что автономных не так много, потому что там есть права определённые, дополнительная самостоятельность, но и меньше, что называется, гарантий.

В этом плане, конечно, должна быть готовность к работе в этих условиях, ответственная, эффективная, потому что за наличие кредиторской задолженности руководитель учреждения может потерять свою должность.

При этом важнейший институт или инструмент, которым должна обеспечиваться задача, – это развитие открытости в деятельности учреждений. Поэтому уже сейчас создан единый федеральный портал всех государственных и муниципальных учреждений, где отражается очень широкий спектр показателей, характеризующих деятельность того или иного учреждения. Мы считаем, что это должно помочь как потребителям соответствующих (здесь, конечно, это больше имеет отношение к услугам) услуг ориентироваться при выборе учреждения, так и органам управления, так и самим учреждениям ориентироваться на какую-то лучшую практику, лучший опыт и так далее.

Портал пока ещё в стадии формирования, тестовой эксплуатации. Я думаю, что в ближайшее время мы сможем его вывести уже на необходимый режим работы.

Вопросы доступности государственных услуг, конечно же, формируются через чёткое определение в государственном задании тех границ ответственности обязательств, которые возлагаются данным заданием на его исполнительные учреждения – это финансовое обеспечение на основе нормативных затрат. Конечно, мы понимаем, что работу отнормировать, так как услугу, наверное, невозможно. И здесь таких жёстких требований, критериев нет. Нам в перспективе, конечно, нужно будет, наверное, продумать, может быть, какую-то методологию, дополнительно проработать как формируются затраты, необходимые для обеспечения государственного задания, в основе которого находится работа, в данной сфере, в научной сфере.

Также чёткое разделение здесь уже в сфере услуг, конечно, платных услуг и тех, что доведены в рамках государственного задания и оказываются без взимания платы.

Какие же инструменты и механизмы учредителю и, собственно, коллективу даёт сам закон с точки зрения повышения эффективности работы учреждений?

Тип учреждения может быть достаточно оперативно изменён в случае определённых тенденций в развитии деятельности учреждений. Он, может быть, как, скажем, повышен, с точки зрения самостоятельности, так и понижен, если данная самостоятельность не привела к ожидаемым результатам. Там есть, конечно, определённые процедуры, но изменение типа не является реорганизацией.

В этом плане там часть значительных вопросов снята, и учредитель может достаточно оперативно принимать решения: изменить тип автономного

на бюджетный, либо обратно. Сложнее с казённым, но тоже процедура достаточно чётко урегулирована.

Уйдя от сметного финансирования учреждений, мы никоим образом не предполагали, что называется, утратить управление финансовой и хозяйственной деятельностью данного учреждения.

И появляется достаточно серьёзный инструмент, называется план финансово-хозяйственной деятельности. Собственно, теперь учредитель бюджетного учреждения либо там совет автономного учреждения ежегодно должен сформировать такой план финансово-хозяйственной деятельности учреждения, в котором отразить все направления деятельности, в которых это учреждение должно предпринимать усилия в предстоящем году либо в плановом периоде в зависимости от того, как сформирован данный документ. Мы считаем, что он также должен быть среднесрочного периода, а, может быть, в перспективе даже и более долгосрочном.

Расширение объёма прав бюджетных и автономных учреждений при ограничении субсидиарной ответственности государства – более оперативная возможность распоряжения имуществом и доходами от приносящей доход деятельности.

Соответственно, отсутствие необходимости подтверждения остатков средств в рамках субсидий на государственные задания, переходящих через 1 января. Традиционно для старого типа учреждений это являлось достаточно серьёзной проблемой, что 1 января все остатки средств поднулялись, полностью зачислялись в бюджет. Для учреждений нового типа такой необходимости нет.

Изменения организации работы по предоставлению услуг. Видите, до вступления в силу закона фактически публично правовое образование (это может быть Российская Федерация, субъект Российской Федерации, муниципальное образование), формируя смету бюджетному учреждению, фактически, само как бы оказывало либо услугу, либо выполняло работу.

Сейчас изменяется принцип, и бюджетное учреждение или автономное учреждение для государственных или муниципальных нужд уже фактически оказывают либо услугу, либо выполняют работу. То есть, произошло некое изменение: государство либо муниципалитет стало в большей степени не производить и продавать услугу, а закупать услугу, которая должна быть более конкурентная на рынке. И здесь у нас ещё в перспективе, я думаю, серьёзный есть резерв для повышения эффективности деятельности. Как раз развитие конкурентных принципов, поддержка активности и так далее. При этом субсидия в части науки как раз должна доводиться на выполнение работ, она может формироваться на три года. И мы сейчас пока на этом этапе не ставим задачу жёсткого нормирования, собственно, этого объёма, пони-

мая, что это невозможно универсально предложить применительно к научной практике.

Учреждение в рамках государственного задания получает одну субсидию. Субсидия может состоять из трёх частей. Первая часть субсидии – на оказание услуг и она считается по определённым нормативам. Вторая часть субсидии – на выполнение работ. Вот здесь как раз сфера научная. И третья часть субсидии – на содержание имущества. Но мы так называем, условно, в спящем режиме. К примеру, есть у нас какое-то имущество, но пока спроса на это имущество нет, мы должны всё равно его содержать минимально: отапливать помещение, освещать, поддерживать охрану и так далее.

Вот это классически может быть применено к вузам, потому что у нас значительная часть науки вузовская. Либо можем говорить о медицинских организациях, научных центрах, где совмещаются несколько направлений. Но субсидия в этой части у нас одна.

Здесь есть развилка. С одной стороны, теперь в бюджете мы приняли решение, что отражать субсидию будем на том разделе (рекомендуем, по крайней мере, так делать), где больший объём у учреждения этого государственного задания. Поэтому часть субсидий научных в вузах ушла в раздел «Образование». Поэтому мы, когда смотрим просто раздел бюджета, там некоторые могут быть изменения, мы их всегда, я помню, защищая бюджет, комментировали: почему там такой переток состоялся.

С другой стороны, можно было бы попытаться разделить, скажем, довести две субсидии. Но тогда есть вопрос при исполнении, при отчётности. То есть, если сейчас одна субсидия и учреждение её получило и самостоятельно распределяет уже по конкретным направлениям. Сэкономили в одном месте, можно направить на другую часть одного из этих трёх направлений. Если же субсидии мы закрепим каждую отдельно, значит, каждое изменение это опять нужно будет изменять – либо роспись, либо даже изменять закон о бюджете, но, соответственно. То есть это вот та процедура, которая есть сегодня для сметы. Здесь необходимо принять решение. Вот мы сейчас просто пока имеем такой рекомендательный порядок и анализируем его последствия.

Много было обращений при формировании бюджета, давайте разделим. Сейчас по мере того, как мы начали уже в текущем режиме исполнять этот бюджет, уже меньше таких предложений, что нужно разделять. А всё-таки учреждения выстраивают систему, и органы управления выстраивают систему работы в рамках плана финансово-хозяйственной деятельности, который, кстати, вам представлен.

И было много у нас опасений, что изменение принципа финансового обеспечения приведёт к сокращению бюджетных ассигнований. Ни в коем

случае. У нас даже есть специальная запись в этом законе, что объём государственного задания и объём субсидии очень жёстко увязан. Нельзя уменьшить субсидию при том же объёме задания.

Соответственно, в плане финансово-хозяйственной деятельности, как я уже говорил, не только субсидия на выполнение госзадания, либо иная субсидия из бюджета, а это вся деятельность учреждения. Поэтому говорим то, что посчитано как затрата, связанная с выполнением государственного задания, точно в плане финхоздеятельности отражается в полном объёме. И без корректировки объёма задания уменьшена эта субсидия быть не может.

Традиционно привычное (я знаю, что много руководителей учреждений в зале) распределение по всем видам расходов, по целевым статьям, по кодам экономической классификации затрат сейчас у нас структурировано в значительной степени. Мы имеем в бюджете три направления, которые могут быть у любого бюджетного или основного учреждения. Я не говорю про казённые, там осталось всё, как было.

Это субсидия на выполнение государственного задания, там, если интересно, код 611-й для бюджетных, 621-й для автономных учреждений по виду расходов. Субсидии на иные цели, не связанные с выполнением государственного задания, 612-й и 622-й соответственно код для бюджетных и автономных учреждений. И отдельным видом расходов проводятся бюджетные инвестиции. Мы как раз сейчас с коллегами из Минэкономразвития дополнительно ещё вырабатываем алгоритм, который бы повысил эффективность нашей работы по этому направлению. Но в целом достаточно всё укрупнено, я следующим слайдом покажу, как это выглядит на цифрах.

Смотрите, 1 тысяча 63 государственных учреждения у нас было до закона, и сейчас ровно столько же их осталось. По нашим оперативным данным, 12 имеют тип казённых, 5 автономных и остальные созданы как бюджетные учреждения, соответственно, объём, вы видите, ассигнований также никоим образом не сократился, просто он теперь по-другому структурирован. Основной объём средств это государственное задание, далее субсидия на иные цели и отдельно мы выделили учтённые в расходах на образование вузовскую науку.

Достаточно сложной для нас задачей было формирование правового поля для учреждений государственных академий наук. Потому что сроки были крайне ограниченные и поправки в закон вступили уже ближе к концу года, закон «О науке и государственной научно-технической политике», и мы должны были в очень напряжённом режиме с коллегами организовать работу, чтобы всю нормативную базу подготовить.

Таким образом, семь проектов постановления правительства было подготовлено, шесть – это изменение уставов, с учётом прошедших общих со-

браний у всех академий, и один общий, который определил функции и полномочия, и я на следующих слайдах покажу, как это разграничено между Правительством России, учреждениями, министерствами.

74 документа нужно принять непосредственно академиям в отношении подведомственных им учреждений.

По научным фондам, сейчас мы говорим о трёх фондах, соответственно уставы всех также на сегодняшний день у нас в Минфине России уже согласованы.

Каждая государственная академия наук должна была разработать и принять 15 нормативных правовых актов в отношении подведомственных ей учреждений. Семь из них необходимы были для открытия финансирования, это порядок формирования планов финансово-хозяйственной деятельности и отчёта.

Перечень услуг либо работ для подведомственных учреждений там, где они есть, а они у нас фактически везде есть, и не только учреждения научные, но и учреждения в иных сферах.

Перечень особо ценного имущества.

Перечень недвижимого имущества.

Правила предоставления субсидий на иные цели и порядок формирования государственного задания и соответственно нормативных затрат, которые в него включаются.

Значит, что как раз по статусу, как сегодня мы видим уже итоговое разграничение, скажем так, полномочий в этой сфере. Вот обратите внимание, сами государственные академии наук, сами по себе, по центральный аппарат получили тип бюджетных учреждений. И правительством делегированные им полномочия по управлению теми учреждениями, которые раньше мы называли учреждения академий наук, а теперь это учреждения государственные, они могут быть также бюджетными, также могут быть автономными и могут быть и казёнными.

Значит, академии наук могут сами принимать решения по управлению данными учреждениями, в том числе и определять, и формировать госзадания. Вот это опять же к вопросу министерства: министерство ли будет определять тематику или всё-таки академия. Вот здесь решение принято, что формируют и утверждают задания академии. Соответственно и академии, и фонды сохранили статус главного распорядителя бюджетных средств со всеми вытекающими отсюда функциональными последствиями.

И, наверное, что здесь ещё нужно сказать, ну, это справочная, может быть, информация: 967 учреждений подведомственны академиям наук, из них 815 учреждений научных.

Значит, фактически по финансовому обеспечению, что мы сейчас можем найти в бюджете. Посмотрите, пожалуйста. Сама государственная ака-

демия наук получает субсидию на иные цели, это финансовое обеспечение деятельности самого центрального аппарата. А также формирует и доводит государственные задания. Либо получает субсидии на иные цели для подведомственных учреждений – либо научных, либо там в иных сферах. Соответственно это могут быть субсидии на госзадания, на иные цели, а также и иные возможности.

Значит, фонды научные. На содержание аппарата получают государственное задание на выполнение работ, а на поддержку самих проектов получают субсидию на иные цели, то есть это целевые средства, которые бюджет передаёт, и дальше они уже своё соответствующим образом администрируют.

В завершение хочу просто справочно показать объёмы бюджетных ассигнований в части науки и гражданского назначения. Уверен, вы помните, примерно, эти цифры из бюджета. Мы посмотрели там за ряд лет: и доля в бюджете, и отношение к валовому продукту устойчиво растут, не считая 2014 год, там идёт некое снижение объёмов ФЦП, поэтому при следующем бюджетном цикле и принятии решения о продлении эти объёмы могут быть уточнены.

По науке гражданского назначения также хочу обратить внимание, что те разделы, которые непосредственно относятся к взаимодействию с учреждениями, это последний слайд, они также по годам достаточно стабильны. Если будут какие-то вопросы, я готов после на них ответить.

Председательствующий. Да, пожалуйста, давайте. Один, два вопроса.

Герасименко Н. Ф., *первый заместитель председателя Комитета Государственной Думы по науке и наукоёмким технологиям.* С 2013 года правительство готовится к переходу на формирование бюджета на совершенно новом принципе. Программно-целевой, да. Сегодня со Степашиным говорили. Там из 43-х программ только шесть утверждены. В связи с этим есть вопрос.

Во-первых, а) состоится или нет? Потому что есть сомнения по этому вопросу.

И б) как изменится финансирование науки в условиях программно-целевого планирования? И существует ли какая-то программа, утверждённая правительством, по развитию науки?

Котюков М. М. По мере задавания вопросов.

Первое. Мы действительно пока не имеем решения отказаться от перехода на программный бюджет. Мы сейчас с коллегами дискутируем относительно формата программ, сроков, детализации распределения ассигнований в бюджетном периоде, который есть сегодня, законом утверждённый, и за его границами. И планируем всё-таки в ближайшее время эту дискуссию продолжить, чтобы мы программный бюджет обеспечили.

Действительно, вы правы, госпрограмм, вот в том виде, как госпрограмма, пока ещё нет ни одной. То есть, есть несколько программ, которые называются госпрограммами, но по статусу пока ещё не соответствуют тому, что мы ожидали. Мы сейчас дорабатываем активно со всеми министерствами, являющимися ответственными за госпрограммы, содержание этих программ и планируем в какое-то ближайшее время их представить. Какие-то будут, конечно, компромиссы найдены, но отказа от этого нет.

Вот когда будет госпрограмма, по сути, госзадание для учреждения – это есть вот та часть госпрограммы, которая есть в целом как государственная программа. Мы даже говорили, что есть некая декомпозиция. Вот у нас сверху есть большая госпрограмма и учреждения, в этой сфере работающие, каждое из них, получившее задание, сложили по сумме задания, получили ту часть госпрограммы, которая имела задачи управлять учреждениями.

Герасименко Н. Ф. Михаил Михайлович, я спросил: существует или планируется ли разработать государственную программу по развитию науки?

Котюков М. М. Есть в перечне проект госпрограммы «Развитие науки и технологий». И мы по этой программе сейчас с Минобрнауки России взаимодействуем достаточно активно.

Председательствующий. Ещё один вопрос.

Корниенко А. В., *главный научный сотрудник Всероссийского НИИ сахарной свёклы им. А. Л. Мазлумова.* Возможно ли, или будет ли повышение этих субсидий для академий, например, по разделу селекции, или нет? Потому что то, что сегодня происходит, – это катастрофа.

Котюков М. М. Я, может быть, не очень понял суть вопроса.

Корниенко А. В. Суть вопроса следующая. Те субсидии, которые сегодня выделены для развития селекции – это не то, что нищета, а это очень мало.

Председательствующий. Вы имеете в виду – для сельхозакадемий?

Корниенко А. В. Конечно.

Котюков М. М. Понятно. У нас процесс. Технология реализации закона № 83-ФЗ никак не конфликтует и не противоречит бюджетному процессу по его сути. Есть сегодня утверждённый парламентом трехлетний бюджет, в нём есть ассигнования, которые оформлены в виде госзадания и доведены до соответствующих учреждений через ту процедуру, которую я показывал.

Будет принято решение об увеличении госзадания – это отразится либо увеличением, либо соответствующей корректировкой по срокам реализации.

Председательствующий. Ещё один вопрос. Вот ушёл заместитель председателя Комитета Государственной Думы по науке и наукоёмким технологиям Михаил Владимирович Дегтярёв на заседание фракции, но просил задать вопрос представителям Минфина России. Вот он пишет. Создано 29 исследовательских национальных университетов. Они финан-

сируются путём заключения договоров в 2010–2011 годах на возмездное оказание услуг, что приводит к огромным выплатам налога на прибыль университетами.

Вопрос. Нельзя ли быстро перевести финансирование университетов исследовательских на целевые субсидии, а не путём заключения договоров?

Котюков М. М. Вопрос действительно есть, он актуальный, мы его с коллегами из Минобрнауки обсуждали, это сфера ведения действительно Министерства образования и науки, технологические решения. Пока там есть уже обязательства заключённые и их сейчас менять, задним числом менять.

А вот как действовать дальше при условии продления программы, мы должны будем выработать такой подход общий. Да, да, да. В рамках цикла очередного мы должны будем принять решение, как действовать в отношении поддержки этих учреждений в следующий уже цикл.

Председательствующий. Ну, и последнее. Я несколько вопросов слышу. А где написано о трёх годах по субсидиям, Михаил Михайлович. В законе мы этого не увидели.

Котюков М. М. Смотрите, сам по себе закон эту сферу вообще не затрагивает, потому что это не его зона ответственности. Мы говорим о бюджетном законодательстве, мы говорим о том, что учредитель или орган, выполняющий функции, полномочия учредителя, может довести или доводит задание в пределах объёма бюджетных ассигнований.

Вот сейчас у каждого главного распределителя бюджетных средств есть объём бюджетных ассигнований, он утверждён законом, трёхлетний, соответственно на три года.

Другое дело, что у нас, к сожалению, практика такая, что очень осторожно этим пользуются и мы вынуждены, условно, что называется, ещё там разяснять, показывать, просить.

Председательствующий. Да, это очень важно.

Котюков М. М. Это очень правильно.

Председательствующий. Разяснить, что это и на субсидии тоже переносится.

Котюков М. М. Конечно, конечно. Любые бюджетные ассигнования, мы считаем, должны обязательно доводиться до учреждений. В противном случае, если они не нужны, так их может быть не надо в закон тогда включать о бюджете.

Председательствующий. Слово Боровской Марине Александровне – заместителю директора департамента организации бюджетного процесса, учёта и отчётности Министерства образования и науки Российской Федерации.

Боровская М. А. Мне бы хотелось назвать, наверное, те основные позиции, в отношении которых всё-таки, мы считаем, что закон № 83-ФЗ

является неким инструментальным средством. То есть он сам по себе инструмент. И здесь я полностью согласна с Михаилом Михайловичем, что это некая технология. Рассматривать закон никак по-другому, наверное, не представляется возможным. И здесь можно назвать основные преимущества, которые даёт закон № 83-ФЗ в связи с новым подходом к взаимодействию учредителя и тех учреждений, которые находятся в его сети.

Я хочу сказать, что безусловным преимуществом является то, что финансовый период не ограничивается годом. Субсидия, которая доводится на выполнение государственного задания, позволяет в результате, если такая экономия сложилась по выполнению государственного задания, позволяет перевести её на следующий финансовый период и начинать финансовый год, а мы знаем как в сфере образования и науки тяжело начинать январь месяц, потому что финансирование закончилось, программы идут, работа идёт, а финансирование мы ожидаем в рамках получения сметы в прошлых периодах и вот субсидий в новом периоде.

То есть мы понимаем, что при правильном планировании деятельности учреждения субсидия на выполнение госзадания может иметь переходящую основу.

Второй момент важный, который мне тоже хотелось бы отметить, это момент, связанный с тем, что мы долгий период обсуждали вопросы, связанные с финансированием учреждения. Здесь же мы имеем возможность перейти от финансирования учреждения к финансированию как раз конкретного государственного задания, то есть работать на тот результат, ради которого эта система организована. То есть учредитель, понимая цель создания соответствующей организации, научная или образовательная она, формулирует цель в виде государственного задания и эта цель является как раз тем достижением. Или финансовое обеспечение этого госзадания как раз и работает на эти цели, ради которых действует учреждение.

Мне кажется, что мы благодаря закону № 83-ФЗ вступаем несколько в новую для себя фазу развития деятельности в частности учреждений образования и науки, мы вступаем в сферу конкуренции за государственное задание. Это несколько новое для нас сегодня понятие, то есть мы начинаем конкурировать в глазах учредителя по критериям качества выполнения государственного задания, насколько качественно мы его выполняем, чтобы у учредителя получить соответствующий заказ на большие объёмы государственного задания.

И вот этот момент мне кажется достаточно важным в условиях перехода на закон № 83-ФЗ. Я бы хотела остановиться на некоторых моментах, безусловно, уже многие вопросы были здесь так или иначе озвучены, я бы хотела развить только некоторые из вот этих направлений. Хочу немножко

остановиться на разработке перечня государственных услуг и того государственного задания, которое в результате формируется.

Мы формируем госзадание сегодня по одной части – это государственные услуги. Это тот перечень услуг, который сформирован ведомственным перечнем Министерства образования и науки. Это тот базовый перечень услуг, который Министерство образования и науки сформулировало для отрасли образования и науки в целом. И вторая часть государственного задания – это, безусловно, те государственные работы, которые тоже формируются в госзадании.

Государственное задание не содержит количественного, то есть денежного выражения, там содержатся только объёмные показатели, в частности сколько услуг поручено выполнять учреждению и какой объём, количество работ будет закреплено за тем или иным учреждением. Для того, чтобы этот перечень работ или количественное выражение работ попало в данный перечень, в Министерстве образования и науки на сегодняшний момент формируется, как и в прежние годы, тематический план, который отражает те направления исследований, которые есть у научных организаций, у учреждений высшей школы. И этот тематический план действует на сегодня и является основой для формирования государственного задания.

Задача, связанная с внедрением закона № 83-ФЗ, даёт большую свободу руководителям. Мы же понимаем сегодня, что мы так или иначе в какой-то пропорции финансируем фундаментальные и прикладные исследования.

Так вот переход на инструменты закона № 83-ФЗ позволяет рассчитать государственное задание учреждению, позволяет рассчитать субсидию на выполнение этого государственного задания. А учреждению, формируя план финансово-хозяйственной деятельности, пересмотреть пропорциональные денежные объёмы на выполнение того госзадания, которое есть. И увеличить, если возможности финансирования, то есть субсидии на госзадание, позволяют увеличить объём на фундаментальные исследования, что сегодня очень важно для нас, то в рамках плана финансово-хозяйственной деятельности, объёма этой субсидии, пересмотреть соотношение и значительную часть денег от учредителя направить на фундаментальные исследования и прикладные, сопровождать выполнением этих исследований уже в рамках объёма.

Наверное, всё-таки прикладные исследования – это задача уже, скажем так, рыночных позиций научного учреждения и учреждения высшей школы, а задача поддерживать фундаментальные исследования – всё-таки это функция государственная. И поэтому нам кажется, что при использовании инструмента закона № 83-ФЗ здесь можно использовать этот инструмент при планировании организации научной деятельности.

Хотела немножко остановиться на тех критериях, которые мы закладываем при определении объёмов финансового обеспечения для государственного задания по выполнению НИОКРовских работ. Здесь выделены те критерии или те профильные группы образовательных учреждений, в отношении которых уже вводятся дополнительные коэффициенты, связанные с увеличением объёмов финансирования науки.

Это и национальные исследовательские университеты, и классические университеты. Также выделяется отдельно группа инженерно-технических университетов, в отношении которых тоже поддерживаются научные исследования. И формирование объёма государственного задания для вузов на сегодняшний момент, Михаил Михайлович уже говорил об этом: мы сегодня находимся только на первом этапе формирования государственного задания.

Наверное, нам нужно задуматься о том, стоит ли нормировать работы. Наверное, нам нужно задуматься о том, стоит ли подойти к этому как-то действительно более содержательно в части определения пропорций или нормативов финансового обеспечения на тот или иной объём фундаментальных ОКРовских работ или прикладных исследований.

Но мы эту работу по направлению финансового обеспечения и нормирования ведём, поэтому я думаю, что в ближайшее время и с помощью и вашего комитета, и с помощью тех людей, которые здесь присутствуют и достаточно часто выступают экспертами при наших обсуждениях, этот путь мы сможем, так сказать, правильно для себя определить.

Как определяется объём финансовых средств на науку и образование. Конечно, два основных критерия мы сегодня используем – это объём средств, который был привлечён научным учреждением в рамках, скажем так, приносящей доход деятельности, тот объём средств, который сегодня уже есть в виде задела у научно-образовательных учреждений. И конечно, одним из критериев является структура или штатная численность самого научного учреждения. Потому что каков состав штатных работников, научных работников организации, этот критерий тоже так или иначе учитывается при формировании государственного задания и служит, следовательно, основой финансирования.

Рассматривая для себя критерии, связанные с оценкой и содержанием научно-исследовательских работ, мы в качестве критериев, оценивающих качество выполнения государственного задания в разделе «работы научно-исследовательские», безусловно, закладываем те критерии, которые не являются для нас с вами новыми, они были и раньше в оценке научно-исследовательской деятельности учреждений. Но здесь мы хотим, так сказать, поддержать научные учреждения в части поддержки молодых кадров, и здесь нас интересуют научные работники, имеющие достаточно молодой

возраст, нас интересует и профессорско-преподавательский состав, и в задачу учредителя входит сформировать те критерии качества научных исследований, которые они хотят заложить. И мы понимаем, что критерии качества, действительно, здесь определяются количественным и носят субъективный характер, но мы работаем над тем, чтобы выработать и критерии, индикаторы найти, которые помогут оценить и качественный, и количественный критерий. Поэтому мы будем благодарны, если вы подключитесь к нам с этими исследованиями.

Я бы хотела немножко напомнить ту структуру, которая была до этого. Мы все знаем, и научные руководители научных учреждений согласятся со мной, как тяжело нам давалось финансирование по смете. Мы говорили о том, что дали бы нам укрупнёнными кодами, хотя бы 200–300, эту смету, и мы бы тогда в рамках планировали свою деятельность. Так вот, внедрение инструмента закона № 83-ФЗ как раз и позволяет нам с вами получить одну субсидию на выполнение государственного задания. Как правильно спланировать, распределить, посмотрите, вот в первой колонке, аж четыре источника было, образовательная смета, которая шла на образовательную деятельность, если говорить о вузах, затем на фундаментальные исследования 01–10, 07–08 – это прикладные исследования для учреждений, ну ещё отдельным доходом были средства от аренды.

Сегодня переход на условия закона № 83-ФЗ или на субсидию на выполнение государственного задания, мы получаем все эти средства, ну, за минусом арендных платежей, мы получаем, так сказать, общую сумму на выполнение государственного задания. Как спланировать, как повысить качество управления тем объёмом, который сегодня поступает в учреждения, безусловно, это задача уже ведущего менеджмента в учреждении. Здесь, конечно, нужно определиться и правильно для себя приоритеты расставить.

Мы говорили, и я вот здесь немножко хочу остановиться на критериях, которые на первом этапе нам позволяли выбрать образовательные учреждения и учреждения науки – отнести ли их к автономным или оставить за ними статус новых бюджетных учреждений, мы определяли, как правильно поступить в этой ситуации. Сейчас же эти критерии всё-таки, мне кажется, должны руководители предприятий взять на вооружение. Потому что имущественный комплекс, большой, серьёзный остался у учреждений. Мы знаем, что большая проблема – очень большой отрыв остаточной и восстановительной стоимости, и эти объекты, безусловно, надо включать в планы реконструкции и развития, то есть их необходимо продумывать. И учреждения должны думать, какова программа развития этого учреждения, где какие объекты будут, так или иначе, включены в развитие.

Учредитель должен побеспокоиться о том, как обеспечить иную целевую субсидию на программу развития этих учреждений для того, чтобы

решить проблему вот этого тяжёлого в части содержания имущественного комплекса. Безусловно, здесь критериями для выбора направлений научных исследований или как раз вот той конкуренции за государственное задание является и качество выполнения научных работ-исследований. Те результаты, которых, мы знаем, в науке достаточно много, говорили об этом уже руководители секций, что в науке много отрицательного результата. Но это тоже результат научных исследований, который, так или иначе, должен быть включён в параметры оценки деятельности учреждения и увеличения объёма государственного задания, если, действительно, эти исследования ведутся в рамках критических технологий, в рамках тех направлений деятельности, которые сегодня должны быть в качестве приоритетных выбраны в стране.

Управление имущественным комплексом – это большая сложная проблема. И сегодня мы уже, федеральные учреждения, перешли первый этап, оценили, что является особо ценным, что является объектами недвижимости. Выбрали для себя, как это имущество поставить на соответствующий учёт. Но управление имущественным комплексом, имеющимся у учреждений сегодня, тоже достаточно серьёзная проблема, которая требует структурирования.

Но здесь как бы общая схема финансирования. Я, наверное, на ней останавливаться не буду. Немножко хочу остановиться на платных услугах, которые сегодня тоже являются основой деятельности учреждений.

Для выполнения работ и услуг, вернее, для выполнения работ критерий платности пока является самостоятельным критерием. И прикладные исследования имеют свою структуру цены и определяются самостоятельно.

Для услуги же образовательной – платная услуга должна быть соизмерима с той услугой, которая финансируется в счёт государственных средств. Поэтому эту тему, я бы тоже хотела, чтобы вы для себя её отметили и в перспективе могли бы пообсуждать.

Я здесь не буду останавливаться на плане финансово-хозяйственной деятельности. Буквально справочно хочу показать некоторые моменты, связанные с финансированием услуг.

Буквально с этого года Министерство образования и науки, а, следовательно, и другие ведомства переходят на финансирование, то есть сформировали норматив стоимости по образовательным услугам и переходят на финансирование образовательных услуг по первому курсу по контрольным цифрам набора уже с учётом определения базовой стоимости финансирования и с введением соответствующих коэффициентов.

Данная система позволит нам, то есть введение вот этих базовых нормативов и переход на соответствующее финансовое обеспечение в рамках выполнения государственного задания позволит системе образования в те-

чение трёх-четырёх лет выйти на формульный норматив стоимости образовательной услуги.

Что касается научно-исследовательских работ в этом направлении, я уже говорила, мы тоже работаем и тоже надеемся, что в течение вот этих вот двух-трёх лет параметры определения объёма государственного задания по работам мы тоже для себя выберем.

Ну и мониторинг – это неотъемлемая часть перехода на условия закона № 83-ФЗ. Открытость, доступность информации должна сопровождать деятельность каждого учреждения.

Если есть вопросы, готова ответить.

Стародубов В. И. Можно? Стародубов Владимир Иванович – вице-президент Российской академии медицинских наук. Марина Александровна, вопрос о тех семи нормативных актах, которые до сих пор не приняты. Это шесть уставов академии и один, связанный с наделением полномочий в отношении подведомственной сети государственной академии. Если это в компетенции вашего департамента, какова их судьба?

Боровская М. А. Но тут компетенцией нашего департамента и нашего министерства всё, наверное, не заканчивается. Мы знаем, что мы здесь находимся в тесном контакте с Министерством финансов Российской Федерации и, главное, с Правительством Российской Федерации, которое готовит все эти документы и распределяет полномочия в отношении Министерства образования и науки Российской Федерации. Поэтому мы ведём достаточно активную работу и занимаем позицию коротких сроков согласования. Как только документ поступает в этой части к нам, он сразу же запускается.

Все проекты этих документов нами разработаны, с Минфином России согласованы. Поэтому речь идёт о технике, скажем так, их продвижения.

Стародубов В. И. С Министерством экономического развития Российской Федерации. Потому что понятно, где подводные камни. Как там взаимоотношения ваши развиваются?

Боровская М. А. Вы знаете, что вопрос связан с имущественным комплексом. Как раз Росимущество. То есть многие вопросы требуют здесь дополнительного уточнения: кто ведёт ваш реестр, и как согласовывается, и как определяется порядок. Мы здесь заняли самую, на наш взгляд, активную позицию. И все согласования пытаемся проводить достаточно оперативно. Я услышала вопрос и активизируюсь.

Председательствующий. Так, Анатолий Васильевич Корниенко, пожалуйста, ваш вопрос.

Корниенко А. В. У меня вопрос такой. Вы сказали о конкуренции на задания. А эти принципы конкуренции будут исходить из того, что сделают сегодня в мире или то, что делается тут? Потому что мы сегодня с иностран-

цами работаем, а получаем на селекцию в 10–15 раз меньше. Как вы будете финансировать: исходя из того, что нам нужно или то, что нам дают?

Боровская М. А. Если можно, я хочу коротко уточнить. То есть, сейчас мы находимся на первом этапе формирования нормативов затрат на выполнение тех или иных работ или услуг, которые здесь являются основными.

Мы понимаем и оцениваем ту ситуацию, что нормативы, наверное, сегодня далеки от реальной стоимости выполнения соответствующих работ.

Корниенко А. В. Однозначно.

Боровская М. А. Но мы считаем, что этот закон, как инструментальное средство, позволяет нам двигаться в соответствующем направлении. Поэтому пытаемся наращивать объёмы.

Председательствующий. Сейчас выступит Олег Николаевич Смолин – первый заместитель председателя Комитета Государственной Думы по образованию.

Смолин О. Н. Я обозначил тему моего выступления нарочно провокационным образом, она звучит так: «Федеральный закон № 83-ФЗ: отменить нельзя улучшить?». Как вы понимаете, это аналогия с известной формулой: «Казнить нельзя помиловать» (где поставить запятую).

Начну с главного. Группа депутатов Государственной Думы внесла законопроект о признании утратившим силу федерального закона № 83-ФЗ, причём внесла достаточно давно. Пока это депутаты фракции КПРФ. Мы приглашаем к соавторству депутатов всех других фракций в Государственной Думе.

Мы, безусловно, признаём, что у закона № 83-ФЗ есть свои достоинства. Главное достоинство – это расширение самостоятельности учреждений.

Но, кстати, хочу сделать две оговорки.

Во-первых, например, в образовании до 2005 года, до закона о монетизации, и самостоятельности было больше, что предусмотрено законом № 83-ФЗ. Говорю это как автор закона «Об образовании» в редакции 1992–1996 годов.

А вторая оговорка заключается в следующем – главного, свободы выбора, учреждения оказались лишёнными. Вы не можете выбрать себе статус казённого учреждения, даже если хотите. Только автономное учреждение или, соответственно, бюджетное учреждение с так называемыми расширенными правами, а я бы добавил, с усечёнными гарантиями.

Здесь Валерий Александрович говорил уже, что довольно мало учреждений перешли на автономный статус именно потому, что была свобода выбора и большинство руководителей предпочли меньше свободы, но больше финансовых гарантий.

Здесь немало говорили о достоинствах закона № 83-ФЗ. Я позволю себе сказать нечто о рисках, забегая вперёд, на мой взгляд, его риски превышают его достоинства.

Первое. Если вы откроете, уважаемые коллеги, заключение думского комитета по законодательству во главе с Павлом Крашенинниковым на проект ещё федерального закона, будущего закона № 83-ФЗ, вы там прочитаете, что по мнению комитета закон фактически превращает бюджетные (некоммерческие) учреждения в коммерческие организации.

Понятно, что главная задача коммерческих организаций в отличие от некоммерческих учреждений – это уже не социальные блага, не конкретный, скажем, научный результат, а, прежде всего, результат коммерческий.

Понятно, что в результате качество так называемых услуг в образовании, медицине и культуре может ещё более упасть. Во всяком случае, когда «Левада-центр» провёл опрос граждан России: каких результатов они ожидают от введения закона № 83-ФЗ, 54 процента заявили, что качество образования, медицины и культуры (про науку не спрашивали) упадёт, 7 процентов придерживаются надежды, что качество улучшится, остальные о законе представления не имеют.

К этому я хотел бы добавить две вещи.

Известно положение Макса Вебера о том, что принципы работы коммерческого сектора, сектора бизнеса и некоммерческого сектора должны различаться до противоположности. Макс Вебер обосновал это более 100 лет тому назад. И известную фразу Резерфорда, который неоднократно говорил, что нельзя одновременно служить Богу и мамоне, в частности, в науке.

Второй риск заключается в том, что бюджетные учреждения, которые вынуждены будут, естественно, зарабатывать деньги, будут стремиться это делать преимущественно за счёт карманов граждан.

С нашей точки зрения закон № 83-ФЗ приведёт к вытеснению бюджетного образования, медицины и культуры так называемыми платными услугами. Причём хочу заметить, что мы в настоящее время и без того являемся одними из мировых лидеров по развитию так называемых платных услуг.

А в подтверждение того, что сказал, приведу результаты опроса портала «Суперджоб». В 2011 году, когда закон ещё только вступал в силу, две трети опрошенных порталом заявили, что их расходы на образование и медицину в 2011 году значительно выросли, и прямо связали это с федеральным законом № 83-ФЗ.

Кстати, в московской школе с физико-математическим уклоном мне заявили, что им предлагают купить макаронную машину, для того чтобы зарабатывать деньги.

Что касается науки, то можно предполагать, что снизится интерес к фундаментальным исследованиям, за которые, кроме государства, никто не платит. Пойдёт ли это на пользу науке – это вопрос отдельный.

Третье. Новый закон, как известно, предполагает финансирование учреждений путём предоставления им государственных заданий и, соответствен-

но, государственных субсидий. Да, действительно начинается конкуренция за государственные задания на государственные субсидии, но это не конкуренция в рамках образовательного сообщества за внимание граждан – это конкуренция перед государственными чиновниками.

Именно государственные чиновники будут определять, кому давать задание, в каком объёме, кому разрешать продавать имущество, какое именно: особо ценное или не особо ценное? Поэтому, мы полагаем, что там, где есть возможность выбора для чиновников, есть поле для расширения коррупции. Очевидно, всем известно, можно к этому по-разному относиться, что, по данным фонда ИНДЭМ, за прошедшее десятилетие объём коррупционных сделок в России увеличился с 40 до 300 миллиардов долларов, то есть сопоставим с федеральным бюджетом. И что, согласно международным рейтингам, мы за это время переместились с 90-го места на 154-е.

Четвёртое. Государственные задания, которые предусмотрены новым законом, являются хорошим средством для массовой реструктуризации бюджетных учреждений. Есть задание, существуют учреждения, нет задания – учреждения не существуют.

Я хочу заметить, уважаемые коллеги, то, на что, наверное, не все обратили внимание. Согласно Гражданскому кодексу, отныне учредитель негосударственного, частного учреждения обязан финансировать учреждения. Государство или муниципалитет как учредитель учреждения финансировать не обязан, он обязан финансировать только государственное задание. Это закон, резко повышающий ответственность учреждений и увеличивающий, одновременно, безответственность государства и соответствующих структур государственного аппарата.

Мы ожидаем дальнейшего закрытия, соответственно, школ, больниц, учреждений науки, учреждений культуры. Причём закрытие это далеко не всегда будет происходить по соображениям реальным, то есть деловым. Например, уже сейчас из центров городов, где стремятся освободить место для будущего элитного жилья или офисов, постепенно вытесняются социальные учреждения.

Далее, уважаемые коллеги, пятое. Понятно, что ликвидация учреждений может привести к значительному росту так называемых высвобождаемых или, по-русски говоря, безработных.

Я напомним, что и без того сокращение в науке персонала превысило два раза в послесоветский период. Я напомним заявление министра образования и науки о том, что в ближайшее время нам предстоит сократить 100 тысяч вузовских преподавателей и 200 тысяч учителей. Я напомним, что, согласно нашим данным, в последние годы сокращение числа учителей вдвое превосходило сокращение числа учеников. Надо полагать, что здесь довольно много чем придётся заниматься профсоюзам.

Шестое. Вследствие этих причин можно ожидать роста социального напряжения в обществе. Мы не думаем, что это произойдёт так же, как после принятия закона о монетизации в начале 2005 года, мы думаем, что это будет происходить постепенно, но социальное напряжение будет накапливаться, создавая потенциальную, трудно прогнозируемую угрозу.

Наконец, с нашей точки зрения, закон приведёт к дальнейшему ухудшению данных человеческого потенциала в нашей стране. Напомню, что в конце советского периода мы входили в десятку, в 1992 году были тридцать четвёртыми, в конце 90-х годов – пятьдесят пятыми, а в настоящее время мы занимаем шестьдесят шестое место в рейтинге ООН о развитии человеческого потенциала.

Между тем, с нашей точки зрения, в XXI веке повторить модернизацию по Петру I или по Сталину невозможно, модернизация может базироваться только на человеческом потенциале.

Подводя итоги, уважаемые коллеги, я хочу сказать, что Россия крайне заинтересована в коммерциализации результатов научных исследований, но коммерциализация результатов – это вовсе не то же самое, что коммерциализация самой фундаментальной науки.

Попытка интеллектуальной монетизации или монетизации духа, с нашей точки зрения, вызовет только дальнейшее падение интеллектуального потенциала нашей страны.

Возвращаясь к началу, хотел бы заметить, что закон № 83-ФЗ можно улучшить, для этого надо сохранить экономическую свободу и вернуть финансовые и социальные гарантии. Однако наши попытки сделать это в рамках рассмотрения закона во втором чтении, к сожалению, тогда закончились неудачей. Если этого не удастся сделать сейчас, мы полагаем, что риски закона № 83-ФЗ значительно превосходят его достоинство и закон лучше отменить.

Председательствующий. Вопросы, пожалуйста.

Корниенко А. В. Всё-таки вы предусматриваете увеличение финансирования на науку и образование?

Смолин О. Н. Понятно. Значит, первое. Не только я, но и многие депутаты, ежегодно вносят поправки к бюджету, предполагающие увеличение финансирования тех или других расходов. Мы полагаем, что финансирование науки в стране должно увеличиваться примерно вдвое, так же, как и финансирование образования. И не потому что нам так хочется, потому что таковы условия модернизации. Это первое.

Что касается результатов голосований по нашим поправкам, вы можете зайти, например, на сайт смолин.ру и посмотреть, как голосовали различные фракции по этим вопросам.

Корниенко А. В. И последний вопрос. Скажите, пожалуйста, вы в курсе дела, что научные сотрудники сегодня, которые занимаются селекцией, получают по 10 тысяч рублей. Может ли молодой человек 20–28 лет, получающий такую зарплату, работать и конкурировать с иностранцами?

Председательствующий. Анатолий Васильевич, вы скоро будете выступать и скажете об этом.

Смолин О. Н. Можно я последнее произнесу? С уважаемыми представителями Минфина по поводу заработной платы российской интеллигенции мы дискутируем как минимум при каждом обсуждении бюджета на очередной финансовый год.

Более того, мы прекрасно знаем, что, я не знаю зарплату именно в области селекции, но прекрасно знаю, что, скажем, зарплата вузовского преподавателя ниже средней заработной платы по стране, и другой такой страны я не знаю. Я уверен, что если мы резко не увеличим заработную плату высококвалифицированных работников в науке, в образовании и в культуре, никакой модернизации у нас просто не состоится. Поэтому будем продолжать.

Председательствующий. Слово предоставляется Антипенко Эвалду Евгеньевичу, заместителю президента Российской академии наук.

Антипенко Э. Е. Я начну с того, с чего начал Михаил Михайлович Котюков, и не только потому что он похвалил нас за совместную солидарную работу, я хочу немножко обратить внимание на сроки.

Закон № 83-ФЗ был принят в мае 2010 года и к 1 декабря 2010 года должны были быть разработаны все документы, необходимые для перехода в новую организационно-правовую форму и на новую систему финансирования. Срок был год, плюс ещё год, потому что реальный переход осуществился окончательно с 1 января 2012 года.

Закон, который распространил действие закона № 83-ФЗ на учреждения академии наук государственные, был принят 6 ноября 2011 года, и сами понимаете, что до начала, вернее, до завершения всех работ было полтора месяца. И мы действительно еженедельно, ежедневно работали вместе, за что мы очень благодарны Минфину России и Михаилу Михайловичу Котюкову, его заместителю Михаилу Юрьевичу Алашкевичу, он здесь тоже присутствует.

Первая мысль, которая возникает, что когда мы смотрим на закон № 83-ФЗ, то в первую очередь бросается в глаза главная его цель – повышение качества услуг, повышение доступности услуг и повышение самостоятельности и ответственности учреждений.

Если к науке последняя цель подходит очень хорошо, то простой заменой слова «услуг» на «работ», на «работу» мы не изменим сути, не поменяем сути. Значит, повышение качества научной работы – понятие достаточно сложное. Повышение доступности научной работы – понятие тоже достаточно сложное и впрямую, наверное, неприменимо.

Может быть, поэтому вот излишняя заточенность подзаконных актов, принятых во исполнение закона № 83-ФЗ на обсчёт услуг, на оказание услуг, на оценку их качества, оно и переворачивает немножко сам закон в другую сторону, в более такую меркантильную, в более такую прагматичную, хотя на самом деле и для науки там тоже достаточно приличное и достаточно плодотворное поле деятельности.

И, естественно, первое, с чего надо начать, это надо понять, что нормативно обусловленные затраты для науки, как уже говорил Михаил Михайлович Котюков, они должны формироваться совершенно по-другому. Значит, надо это делать, по-видимому, с учётом мирового опыта, надо это делать с учётом или с участием международной экспертизы, и надо придумывать для этого соответствующие инструменты, хотя, в принципе, наверное, придумывать, это я сказал слишком. Этот инструмент уже есть. Это программа научных исследований, фундаментальных научных исследований государственных академий наук, которые в соответствии с законом о науке должна приниматься сроком на пять лет, значит, каждые пять лет, это записано.

И если бы этой программы не было вот в этот период, то вряд ли мы бы смогли сформировать и государственные задания для академий, вряд ли мы бы договорились, какие объёмы нужно на эти государственные задания тратить и как нам определить, что у нас является субсидией на выполнение государственного задания, что у нас является субсидией на иные цели.

Поэтому мне бы даже представлялось важным, чтобы в рекомендациях наших этих слушаний появились слова, что необходимо, поскольку срок программы заканчивается в 2012 году, действие программы заканчивается в 2012 году и она требует своего продления, продолжения. Может быть, можно изменить срок и увеличить его там до 10-ти лет, как сейчас это принято, но программа такая просто необходима, она необходима не только РАН, но она необходима каждой государственной академии наук. Она позволяет нам определить наши будущие затраты, она позволяет широко привлекать международную экспертизу для оценки всех этих работ, использовать мировой опыт, ну, и, естественно, она базируется на том прогнозе, который делают учёные по развитию тех или иных направлений научных исследований. При этом речь идёт, конечно, не о прикладных исследованиях, а исключительно об фундаментальных исследованиях.

Поэтому всё, что нам удалось сделать, я считаю, удалось только благодаря тому, что мы работали слаженно в рамках программы, наверное, эта программа понадобится нам и в следующем.

Значит, следующий очень важный момент с моей точки зрения, он здесь тоже обсуждался, и об этом говорили, это новый подход к плану финансово-хозяйственной деятельности. Ну, я опять бы здесь подчеркнул.

Значит, во всех нормативных документах он выглядит очень просто – там большая финансово-хозяйственная часть и очень мало написано, услуга № 1, услуга № 2. Для нас представляется важным, чтобы тематика деятельности учреждений или там направление, не направление деятельности, а те задания, которые они получают, были, по крайней мере, равнозначны с той финансовой частью.

Может быть, конечно, не надо каждую тему осметчивать и заранее говорить, сколько она будет стоить. Может быть, действительно пойти по тому, что есть общий план и есть укрупнённые финансовые показатели по направлениям этого плана. Но вот благодаря закону № 83-ФЗ в наших планах впервые соединилось научное задание, то есть научная тема, научная работа со сметой. Мне представляется это очень важным обстоятельством, которое позволяет существенно, вообще говоря, повысить эффективность нашей работы.

Следующие моменты, которые были. Я могу сказать, что, конечно, трудностей при переходе на новую систему было достаточно, и до сих пор мы вынуждены иногда работать в практически ручном режиме.

Поэтому я бы просил и Минфин России, и законодателей обратить внимание на то, что, да, мы сейчас работаем в совершенно новых IT-технологиях, это, с одной стороны, приятно, но, с другой стороны, накладывает большую ответственность, потому что любая ошибка ведёт к непринятию того или иного документа, я имею в виду платёжного документа.

Поэтому вот здесь помощь казначейства, которую они нам всем, государственным академиям оказывали, она тоже весьма ценна и полезна была, и поэтому у нас особенно задержек с финансированием учреждений не возникло в начале текущего года. Но я бы сказал так, что всё-таки у нас есть стремление к маленькому такому вождизму. Я не хочу обидеть никого из людей, но тем не менее это есть.

Вот, значит, допустим, у нас есть такая мощная проблема – помимо нас главными распорядителями бюджетных средств являются ещё четыре в центральной части и три отделения академии наук. И вот где-то на окраине нашей Родины от нас требуют на бюджетных заявках или на тех документах, которые должны уходить в казначейство, подпись академии наук как учредителя Сибирского отделения Российской академии наук. Причём это не в Сибирском отделении, а это в Дальневосточном.

Но эти проблемы мы снимаем. Я считаю, что они рабочие, хотя думаю, что 2012 год для академии наук в плане технической работы будет достаточно сложен. А в целом я думаю, что закон № 83-ФЗ, он, конечно, будет совершенствоваться и у нас уже вырабатываются какие-то предложения по улучшению, может быть, отдельных его положений. Это можно делать и через подзаконные акты, это можно делать и через изменение законодательства,

но то, что повышается ответственность и самостоятельность в научных учреждениях, мы уже почувствовали это даже сейчас.

Председательствующий. Я предоставляю слово Сергею Борисовичу Середенину – академику, директору «НИИ фармакологии» Российской академии медицинских наук.

Середенин С. Б. Я хотел бы сказать о законе № 83-ФЗ в связи с проблемой инноваций в фармакологии, которую я сегодня представляю. Я – директор Института фармакологии.

И вот первая проблема, которая возникает, это, конечно, формирование государственного задания. Кто должен формировать государственное задание? Вот я до сих пор этот термин «государственное задание для фундаментальной науки», чётко понять не могу. Понимаете?

Государственное задание, формирует его министерство, Минфин России, президиум Академии медицинских наук. Но если говорить о фундаментальной науке, в данном случае фармакологической, то в любом варианте это задание превратится в утверждение, предложение тех специалистов, которые в этой области работают. Я не думаю, что кто-то может, скажем, специалистов-фармакологов в Российской академии наук, в нашей академии медицинской обучить тому, что им надо делать.

Поэтому вот первое, что мне кажется, и очень важное в государственном задании: нужно определять, кто это государственное задание формирует, чтобы оно было содержательным и понятным. И отсюда много других вопросов. Сколько денег давать под это государственное задание?

Вот до сих пор идёт разговор о том, что есть инновации в фармакологии. С нашей точки зрения, инновации в фармакологии – это то, что повышает качество фармакотерапии, даёт усовершенствование. А вот я сижу в нескольких научных советах, даже сейчас не буду их называть, какие. Кто-то там известные лекарства упакует в известные фосфолипиды, которым уже 100 лет в обед, понимаете, и говорит, что это лучше. Никаких доказательств того, что это лучше, нет. Но прилепливается термин «нано» и проходит дело на ура.

Понимаете, ну можно равноценно оценивать вот такие разработки. Значит, проблема государственного задания и формулировки того, кто его должен делать и какое его качество, судьи кто, вот в чём вопрос. Судьи кто? Вот этот вопрос при корректировке закона № 83-ФЗ, он должен обязательно вставать.

Дальше проблема какая. Проблема, о которой зашла речь в первом выступлении – на сколько времени давать субсидию? Год? Сегодня мы получили субсидию на год. По мировой практике лекарство создаётся 12 лет уже тогда, когда известна молекула. А сколько будет фундаментальных исследований выполнено до этого? 10-летие.

В итоге что мы получили? Мы получили великолепное решение. Если бы на год субсидии давались, был бы этот препарат? Не было бы этого препарата. Наши разработки тоже, за каждой разработкой 20 лет жизни специалиста как минимум стоит, понимаете, то, что сегодня внедрено в практику. Как можно рассуждать о годовой или даже о трёхлетней субсидии, если мы хотим получить результат?

И дальше что получается? Дальше получается так, что если мы теперь получаем задание на что-то, а мы должны подписываться на реальное создание, то, товарищи, давайте понимать, сколько для этого нужно денег. Ведь сейчас для того, чтобы создать лекарство, нужно бежать в РФФИ, в Минобрнауки России, в Минпромторг России, понимаете, пытаться вписаться в разные программы, по кусочку собрать деньги, которые вложить в одну конечную цель. Иначе вы лекарство не создадите, потому что тех денег, которые даются по субсидиям в рамках академий, ни на одно лекарство никогда не хватит. Вы прекрасно знаете, какие цены в Европе и в Америке существуют для создания лекарств, поделите их в тысячу раз, и всё равно вы не получите наших субсидий. Руководитель фармакологической работы должен разрываться между министерствами.

А получается что. Есть великолепная программа сейчас – «Фарма-2020», Минпромторг России, она идёт, она наполняется. Но совершенно справедливо, что в эту программу берутся разработки со стадии НИОКР, то есть когда есть механизм, когда есть субстанция оригинальная, когда есть отсутствие токсичности. Всё, начинается доклиника, потом клиника, и это финансируется. Но когда вопрос возникает по главным позициям, именно поисковой работы, НИРовской работы, некому финансировать эти работы, денег академических явно не хватает. А Минобрнауки России требуется финансирование со стороны коммерческих фирм по этим работам, а коммерческие фирмы говорят: а мы сегодня на дженериках можем заработать, зачем нам нужны ваши НИР, которые неизвестно, чем кончатся.

Тоже вопрос заключается: либо надо как-то по этому закону поднимать дифференцировку между заданиями, финансировать, концентрировать финансирование на определённых работах вот этих в полном объёме, либо нужно министерствам понять, кто за кем будет работать. Потому что если бы, скажем, Минобрнауки России 100 процентов финансировало НИР, Минпромторг России имел бы постоянную качественную подпитку в создании лекарственных средств, мы бы шаг за шагом шли бы к этому и заполняли бы арсенал лекарственных средств российскими решениями научными.

Ещё один вопрос я хотел бы поднять. Может быть, я чего-то не знаю и не понимаю, но что в итоге мы решаем с интеллектуальной собственностью? При сметном финансировании Роспатент утверждал наши патенты,

мы имели право заключать лицензионное соглашение. Проблема заключалась только в различиях в позициях гражданского и бюджетного кодекса. Вот здесь были сложности в части вопросов, мы решали этот вопрос через генеральное разрешение.

Но что сейчас получается. Если мы сейчас по субсидиям начинаем работать, в этой ситуации интеллектуальная собственность по Гражданскому кодексу, по 4-й главе принадлежит исполнителю и заказчику. Кто заказчик? Если появляется заказчик в патенте, а мы сейчас обязаны это делать по Гражданскому кодексу, то, понимаете, такой патент, я вам скажу по своему опыту, когда есть государство и исполнитель, его нельзя коммерциализировать, никто за это не берётся. Вот шла речь о том, что вы должны делать какие-то отчисления по постановлению правительства, отменён этот пункт, он не был решён. Три месяца тем постановлениям предлагалось Минобрнауки России дать предложения по отчислениям, это не было сделано два года. И потом появилось новое постановление правительства, которое этот пункт отменяло. Сейчас если исполнителю принадлежит патент – работает Гражданский кодекс, и это хорошо.

Но какая ситуация сложилась сейчас? Когда у нас были совещания в академии, нам обещали, что с введением закона № 83-ФЗ интеллектуальная собственность полностью переходит к исполнителю и право распоряжения, право получения роялти и собственности мы будем иметь. В сегодняшних документах этого нет, мы этого не видим.

Более того, в последнем постановлении правительства, которое вышло по контролю за расходованием интеллектуальной собственности, там есть позиция, что проверяемый должен представить договор по интеллектуальной собственности между исполнителем и учредителем. Вот такая позиция появилась. А в документах этого нет. А в этом постановлении правительства это есть, понимаете. Тоже, значит, надо вопрос решать, потому что иначе мы не будем знать, где и чего работает. Понимаете?

Есть ещё частные вопросы, которые надо согласовать. Вот, например, выходит приказ Минздравсоцразвития России о том, что доклинические исследования (то есть препарата ещё нет, на животных проводятся исследования) надо проводить на лекарственном препарате. И отсылка идёт к закону. В законе лекарственный препарат – это то, что применяет человек, и он должен производиться лицензированным предприятием. Значит, в соответствии с этим приказом Минздравсоцразвития России, если я сейчас создаю лекарство, которого ещё нет на свете, которое только изучается, я уже должен, не сделав лекарство, наладить его производство на заводе. Ну, бессмыслица. Тем более что слова «лекарственный препарат» в доклинических исследованиях не существует. Существует слово «препарат». Это поисковые исследования. Тоже вопрос надо решать.

Ещё последний вопрос, если можно, две минуты. Значит, у нас есть очень большие ограничения в разработке лекарственных средств, потому что у нас нет мощностей по изучению взаимодействия с биомишенями. Это долгий процесс. Сейчас постановлением правительства введена позиция выявления механизма действия при создании лекарственных средств. Это обязательная позиция.

На сегодняшний день выход один только. Мы должны использовать роботизированные комплексы, которые существуют на Западе, в Азии, они дешёвые. Никаких проблем нет. Заплатить деньги, даже нами самими заработанные, за это исследование, но оно даёт очень большую информацию. Так вот, для того, чтобы вывезти 50 миллиграммов для этого исследования, я должен преодолеть такие барьеры колоссальные, если перечислять, то я выйду вообще из регламента. Но при этом, я самое абсурдное скажу, новое неизвестное вещество мы должны запихнуть в Таможенный кодекс, который для торговли предусмотрен, и поставить ему цену. Если я хочу по-честному, а не в кармане, вывезти эти 50 миллилитров.

Надо дать просто прямое право руководителям научных учреждений подтверждать научные цели вывоза этого микроколичества вещества для исследования и исключить всякие таможенные платежи при этом. Но это же полный нонсенс, понимаете?

Можно ещё перечислять много проблем, но мне хотелось бы, чтобы, если мы будем что-то готовить, и будет какая-то рабочая группа, чтобы хотя бы одного-двух людей, которые имеют опыт создания лекарств, привлечь к этой работе.

Председательствующий. Слово передаём Корниенко Анатолию Васильевичу – главному научному сотруднику Всероссийского НИИ сахарной свёклы им. А. Л. Мазлумова.

Корниенко А. В. У меня очень двоякое мнение по данному вопросу.

Первое. О том, что кроме свободы, мы больше ничего не получили. Мы получили столько свободы, а свобода, если без денег, кому она нужна? Вы понимаете? Поэтому если не будет предусмотрено увеличение финансирования, потому что мы три месяца в этом году не получали финансирования, то люди будут очень озадачены: а что мы с этого имеем?

Председательствующий. Анатолий Васильевич, извините, пожалуйста, вы сразу поясните, кто, институт не получал? Лаборатория?

Корниенко А. В. Институт не получал. Всероссийский институт сахарной свёклы и сахара.

Но это не только один институт, это часть институтов академии не получали. Понимаете? Поэтому я хочу вам сказать... Сейчас я немножко как бы патристически настроенный в этом деле. Поэтому, я считаю, что главный вопрос, тот, который созвучно со мной обозначил директор Института фар-

макологии. Смотрите, чтобы сорт создать, нужно 15–20 лет. И если мы сегодня этого не сделаем, то ничего не будет.

Возвращаюсь назад. Смотрите, мы говорим сегодня о том продовольственном кресте, который сегодня несут селекционеры. Вы смотрите, чем занимается Институт сахарной свёклы? Натуральные подсластители, сахар, эриулакт, нитрат натрия, то есть натуральные заменители, подсластители, сахар. В общей сложности сегодня Россия закупает сахара-сырца где-то 50 процентов.

Я очень благодарен, что сегодня тут медики есть. А вы знаете, что сахар-сырец вызывает у россиян рак и диабет? Поэтому 62 миллиона людей сегодня потребуют коррекцию диеты.

Всё необходимое, чтобы прожить 120–140 лет, есть в сахарной свёкле. Это, извините, периодическая система Д. И. Менделеева. Если мы сегодня этого не сделаем, то мы, конечно, будем иметь то, что имеем.

Какие сегодня взаимодействия?

За период с 1996-го по 2008-й год создано 52 гибрида. Стоимость одной затраты на одну селекцию 98 миллионов рублей. Мы же получили всего-навсего 590 миллионов, недополучено 4 миллиарда. Вот в чём сегодня суть нашей науки. Если мы сегодня этого не сделаем, конечно, очень трудно жить.

Вот мы передаём концепцию, как мы хотели сделать. Вот принципы финансирования мы считаем нужными. Ведь селекция – это фундамент науки. Значит, что мы получаем с него?

И, конечно, я бы хотел закончить своё выступление следующим: если финансирования не будет от науки до реализации продукции, то мы ничего не будем иметь.

И вот, смотрите, вот разработана теория-модель селекции сахарной свёклы. Сотрудник получает 10 тысяч, значит, тут 33 кубика, а в каждом кубике ещё по 33. Разве это наука? Поэтому я считаю следующее. По кадрам, в констатирующей части о кадрах там есть, а в постановляющей ничего нет. Для подготовки кадров есть, а для закрепления кадров? Ведь, фактически, сегодня мы ничего не имеем.

Уважаемые коллеги, закон № 83-ФЗ мы приняли, но сначала поставили спереди телегу, а потом сегодня цепляем коней. Поэтому, надо сделать так, чтобы эта телега ехала.

Председательствующий. Слово Владимиру Ивановичу Смирнову – исполняющему обязанности директора Института макроэкономических исследований Министерства экономического развития Российской Федерации.

Смирнов В. И. Я, как и многие здесь сидящие, всю жизнь в бюджетной науке, лет 35, может быть даже больше. И лет 20 на хозяйстве организации, которую представляю. Поэтому беды, проблемы бюджетников я, в общем-то, хорошо себе представляю, я надеюсь.

И из всего многообразия наших бед я бы выделил, скажем, пять главных проблем бюджетной сферы и бюджетной науки в особенности.

Первое, это совершенно очевидно и бесспорно, это низкий уровень оплаты труда. Даже комментарии не нужны.

Вторая тема бюджетной сферы – это, конечно, гнёт казначейства, когда элементарные операции занимают недели – выдача денег, налички и так далее, получение выписок, это неделя. Как мы можем здесь соперничать с иной сферой, небюджетной?

Следующая проблема для руководителей (прежде всего, руководителей) – это, конечно, изъятие бюджетных остатков в конце года, что существовало всегда, пока была смета.

Следующий момент – это ограничение по авансам, как правило, 30 процентов. Это тоже все знают.

И, наконец, пятая из таких крупных проблем – это закон № 94-ФЗ о закупках, который уже лет шесть травит душу честным заказчиком. Это с одной стороны. А с другой стороны, мешает науке, как поставщику научной продукции, и об этом много сказано.

Вот теперь я хотел бы посмотреть, как решает эти проблемы закон № 83-ФЗ. Если он их решает, значит, спасибо ему. Если он этого не делает, то как бы мы его не нахваливали, оценки понятны.

Значит, я бы сказал вот ещё что, и это сегодняшнее обсуждение тоже показало, что само принятие закона № 83-ФЗ два года назад получилось, как производственный брак Государственной Думы. Неудобно говорить будучи приглашённым в это здание, но это есть факт.

Что я имею в виду? Формат закона, и это все знают, это обрывки фраз об изменениях в три десятка законов. Но это нельзя читать. Это вообще нельзя читать, не говоря уже о понимании. Если нельзя было изменить формат, я вполне это допускаю, сам нередко участвовал в написании правовых актов, вполне допускаю, что это был единственно возможный путь, то тогда этому закону должна была предшествовать ясная концепция. Этой концепции нет до сих пор. Её отсутствие будет вести к тому, что мы без конца будем собираться на разных совещаниях и всем снова и снова рассказывать, что такое этот закон, потому что никто из нормальных людей его прочитать никогда не сможет. То есть нужна концепция ясная и понятная, что, собственно, хотели авторы. Этого нет по сей день.

Далее, и об этом сегодня уже говорилось, закон, конечно, содержит в себе огромные риски. Это есть факт. И, прежде всего, риски коррупционные. Субсидии, доленое, то есть неполное финансирование и без того недофинансируемой бюджетной сферы. Интересно.

Далее. Госзадание. Об этом сегодня тоже много говорили. Угрозы здесь как бы совершенно очевидные – произвол чиновников, поскольку, кто выдаёт задание, по чиновничьей вертикали пока дойдёт, тоже как бы всё понятно.

Наконец, нормирование затрат. Третий кит закона № 83-ФЗ – нормативные затраты, которых, в общем-то, скажем, применительно к науке не было и нет по сей день, ничего же этого нет. Это тоже есть факт.

Значит, это то, что было на этапе принятия документа.

А теперь вот по прошествии двух лет мы сами третий месяц, как вот в этих новых условиях находимся, с 1 января перешли, и кое-что можно сказать о том, что же фактически получилось из тех опасений, о которых я сказал выше.

Надо признать, что на сегодня эти риски смягчены, но то ли это было связано с выборами, то ли так было задумано, понять невозможно. То есть на данный момент эти риски, безусловно, смягчены.

Конечно, субсидии и задания, нормативные затраты как основа и стержень закона остались, но вселяет надежды то, что всё-таки в Бюджетном кодексе и это предусмотрено самим законом № 83-ФЗ, всё-таки бюджетные ассигнования на предоставление субсидий заложены в самом бюджете. Это хотя бы есть надежда на то, что, если какой-то чиновник нижестоящий пожелает изъять субсидии, ну ясно, что произойдет это в увязке с заданием, с уменьшением задания. То есть это будет известно наверху и, возможно, будет вызывать какую-то настороженность в произволе чиновников. Возможно.

Казначейство и его проблемы. В общем-то, конечно, здесь стало легче. Вот даже за два месяца мы чувствуем некое облегчение как руководитель и так далее. Всё-таки отсутствие бюджетных смет, объединение бюджета и внебюджета в финхозплане, это всё-таки некое снятие финансовых перегородок, меньше бумага, меньше документов в то же казначейство.

Совсем недавно, несколько месяцев назад мы предоставляли, скажем, по полкило бумаги на каждый платёж, на каждую операцию. Мы столько бумаги извели только на платежи. Вот совершенно бессмысленно, что в этом смысле даже неудобно говорить о какой-то экономии там, борьбе и прочее, прочее.

Далее бюджетные остатки в конце года. Бюджетные остатки субсидий на госзадания. По закону они не должны изыматься. Мы до конца года не дожили, надо посмотреть, но скорее всего так и будет, потому что финхозплан связал бюджет и внебюджет и, видимо, здесь трудно будет их просто чисто физически изъять. То есть, есть основания полагать, что эту проблему закон № 83-ФЗ действительно решает.

Ограничения по авансам. Мы являемся бюджетным учреждением. Наш тип – бюджетные учреждения. И, соответственно, по закону № 83-ФЗ мы

перестали быть бюджетополучателями и, соответственно, ежегодные постановления правительства о мерах по реализации закона о бюджете на нас не распространяются и ограничения по авансам тоже с нас, видимо, сняты. Что тоже есть некий... значительное решение из тех проблем, что я назвал.

Всё-таки, конечно, закон не совершенен. Там много работы и это есть факты, это все признают. И вот одно из таких направлений, это, конечно, как мне представляется, избыточная открытость бюджетных учреждений. Много что мы должны вывешивать в Интернет и в том числе планы финансово-хозяйственной деятельности.

Ну хорошо, ведь в этом плане как бюджетная, так и внебюджетная составляющая. Ну, допустим, бюджет, в части бюджета всё справедливо, всё верно. Но ведь внебюджетная составляющая – это наша коммерческая составляющая. Если нас заставляют показать всему свету наши коммерческие интересы, намерения и так далее и одновременно этого не спрашивают с других коммерческих организаций, значит, мы уже ставимся в неравные условия. Здесь надо рассуждать, обсуждать, если мы хотим действительно поставить, максимально поставить в равные условия.

Закон № 94-ФЗ. Ну, кто-то скажет, что сейчас идёт работа над проектом ФКС и так далее, и так далее. Но я как специалист прежде всего по общественным закупкам скажу сразу: тот проект, который сегодня подготовлен нашим министерством, я уже не говорю о ещё худшем сюжете ФАСа, это, в общем-то, прыжок на месте и никаких реальных продвижений это не даст и это со всеми вытекающими последствиями.

А что касается самого закона № 94-ФЗ, то, как мы знаем, в законе № 83-ФЗ он содержит порядка 20 процентов всего текста. И в этих 20 процентах текста, там нет ни строчки позитива, вообще ни одной.

Наконец, расчёт нормативных затрат на услуги и работы. Факт есть факт. По практике этого года все эти нормативные затраты были посчитаны обратным счётом. Значит, вроде бы это плохо, так как самообман, понятно, и так далее.

Но, с другой стороны, это хорошо, потому что если бы мы не посчитали обратным счётом, то вообще мог бы наступить, так сказать, финансовый какой-то такой, мягко говоря, хаос. Хорошо, что посчитали обратным счётом.

Почему мы считали? Потому что методики по расчёту нормативных затрат по услугам, и это надо признать, всё-таки остаются несовершенными, а по работам, в частности по научным работам, их вообще нет, их вообще нет никаких. Как можно строить закон № 83-ФЗ, где одна из ног, одна из опор закона – это нормативные затраты на работы, а этих затрат, этих нормативов нет вовсе. То есть эта нога, так сказать, просто упала.

Теперь к вопросу об оплате труда возвращаюсь. Я хотел связать, об этом сегодня просто никто не говорил, коллеги, может быть, это будет полезно. Сегодня это в бюджетном секторе одновременно действуют как бы две новации. Сегодня никто не упоминал. Это закон № 83-ФЗ, о котором мы все говорим, и 583-е постановление Правительства Российской Федерации о переходе на новую систему оплаты труда.

Минтруд России, который сегодня по ошибке находится внутри Минздравоохранения России, вот этого противоречия между этими двумя документами пока не понимает, пока, так сказать, не замечает. Доказательством тому является их проект программы поэтапного совершенствования оплаты труда в бюджетном секторе, и так далее. Мне довелось в конце прошлого года и в начале этого дважды давать свои заключения на эту программу, и я поэтому знаю, о чём говорю. Они действительно этого пока не понимают.

Судите сами. 583-е постановление и вот тот проект программы, они исходят из единого бюджетного сектора, что собственно было 3–4 года назад. А закон № 83-ФЗ исходит как бы из трёх категорий предприятий – автономные, бюджетные, казённые. Так вот 583-е постановление и всё, что с ним связано, и тот самый проект программы, они все как бы исходят, что будто вся бюджетная сфера по сей день является казёнными учреждениями. Посмотрите, почитайте и вы это увидите.

И, конечно, ну, вот примеры. 583-е постановление ориентирует на то, например, что, и применяется на практике несколько лет, централизация лимитов на оплату труда руководителю учреждения, там 5 процентов, 4, 3, и так далее. Но ведь у нас сегодня нет этих лимитов, нет. Значит, в этом смысле все руководители автономных и бюджетных учреждений как бы враз оказались в подвешенном состоянии.

Далее. Бюджет и внебюджет, как все знают, объединены в расходной части финхозплана в нечто единое. Субсидия на задание при этом возмещает только два вида затрат. Это затраты собственно на задание и на содержание имущества, о чём сегодня все говорили. И собственно никакого возмещения затрат на содержание руководителя, извините, в законе № 83-ФЗ и вытекающих документах ничего нет. А есть 583-е постановление, противоречащее этому.

В общем, есть проблема этих двух документов, и скорее всего, конечно, 583-е постановление необходимо приводить в соответствие с законом № 83-ФЗ.

Председательствующий. Я предоставляю слово Михаилу Валентиновичу Никитину, главному научному сотруднику НИИ профессионального образования департамента образования города Москвы.

Никитин М. В. Я представляю научно-исследовательский институт развития профессионального образования, наш институт занимается сферой начального и среднего профессионального образования. Мы провели

несколько конференций, где рассмотрели первый опыт действия закона № 83-ФЗ применительно к начальному и среднему профобразованию, исходя из различных политических соображений, связанных с выступлением наших руководителей и работодателей в связи с нехваткой рабочего класса и подготовкой высококвалифицированной рабочей силы. Что в этой связи и как действует закон № 83-ФЗ на обеспечение качества подготовки высококвалифицированных, среднеквалифицированных и неквалифицированных специалистов в учреждениях начального и среднего профессионального образования?

Что было в этой связи нами обнаружено. Первое. Федеральный закон № 83-ФЗ, ориентация на качество и результат в данном случае стопорится штатным расписанием. Потому что субсидия, выделяемая на штатное расписание, и это штатное расписание должно обеспечивать качество и результат. Что предусмотрено через инструмент штатного расписания для обеспечения качества результата? Мы выяснили, что ничего, потому что ни новые должности, ни утверждение учредителем этих штатных расписаний не способствует тому, чтобы заработная плата, название должностей обеспечивали качество подготовки квалифицированной рабочей силы. Ну, например, целый ряд учреждений, которые стали автономными учреждениями, говорят, что нельзя внести в штатное расписание юриста, юрисконсульта, нельзя внести в штатное расписание системного администратора, нельзя внести в штатное расписание маркетолога в автономные учреждения. А это, естественно, не даёт им возможности, поскольку учредитель утверждает штатное расписание, он исходит из типового положения, а в этих документах нет таких свобод, чтобы это штатное расписание было соответствующим образом ориентировано: первое – на качество и второе – на результат.

Поэтому мы при исследовании выявили две необходимые модели. Первая модель – это штатное расписание на институциональный комплекс, вот здесь всё стабильно. Управлять имущественным комплексом – нужно одно штатное расписание с чётким перечнем должностей. Здесь наши участники – колледжи, училища, лицеи, никакой дискуссии у них в этом плане не возникло. А вот дальше штатное расписание на образовательную программу начального и среднего профессионального образования. Вот здесь возникли достаточно серьёзные проблемы. Ну, например, одно штатное расписание нужно для подготовки электрогазосварщика и другое штатное расписание нужно для подготовки маркетолога либо страхового агента. Сегодня они в общем и целом в колледже сидят, а для обеспечения качества нужно структурировать виды деятельности в зависимости от тех должностей, которые есть.

Более того, вот сейчас мы подписали, Российская Федерация подписала вступление в ВТО, и с июля месяца эти документы вступят в законную силу. И когда мы встречаемся с зарубежными нашими коллегами, это Финляндия, Австрия, Германия, где высокий уровень подготовки квалифицированных специалистов, прежде всего рабочих высококвалифицированных, техников высококвалифицированных, они говорят: что вы будете вынуждены стоимостные параметры в своих содержательных программах ориентировать на высокое качество. Вот, например, подготовка механиков по ремонту машин в Финляндии. Когда мы посмотрели структуру затрат и штатное расписание подготовки в Финляндии механиков, что оказалось? У нас самая большая структура затрат для подготовки высококвалифицированного специалиста – это 190 тысяч рублей на одного обучающегося, а в Финляндии на подготовку по той же специальности высококвалифицированного специалиста – 10 тысяч евро в год. Несопоставимость структуры затрат не обеспечивает качество и эффективность. И как только вот эти барьеры с июля в течение двух лет будут сняты по конкуренции колледжей, учреждений начального и среднего профессионального образования, то подготовка высококвалифицированных рабочих, специалистов-техников, будет достаточно, так сказать, проблематична.

Поэтому наше предложение связано с изменением структуры штатного расписания, ориентации на программу.

Следующее. Мы начали смотреть по структуре затрат по нормативам образовательных программ. Если раньше у нас нормативы рассчитывались на уровень образования, то есть отдельно норматив на начальное профессиональное образование, отдельно норматив на среднее профессиональное образование, на учреждение, то сегодня норматив необходимо считать, здесь правильно уже это прозвучало, на образовательную программу. И когда мы начали смотреть по классификаторам, сколько таких нормативов нужно сделать, мы пришли к выводу: либо на каждую профессию нужно будет считать отдельный норматив, если государство это заказывает, либо образовательные программы надо структурировать по уровню затрат.

Мы предложили три уровня затрат. Все специальности НПО, СПО укладываются в малозатратные, средnezатратные и высокозатратные. В зависимости от границ уровня затратности появляется возможность просчитать этот норматив, но он очень средний. Например, дипломная работа. Если раньше затраты на дипломную работу студента нёс работодатель, сегодня он отказывается это делать. Возникает вопрос, нам задают вопрос: кто будет финансировать дипломную работу студента? За счёт какой структуры затрат? Государство ли это будет делать, либо ещё кто-то? Мы с работодателями советовались. «Газпром», подготовка электрогазо-

сварщиков 6-го разряда. «Газпром» говорит: ниже 6-го разряда электрогазосварщики нам не нужны. А наш стандарт предусматривает подготовку электрогазосварщика 3-го, 4-го разряда. Возникает вопрос. Если мальчик хочет трудоустроиться и, естественно, имеет возможность подготовиться, допустим, на 5-й разряд, то дипломную работу кто будет финансировать на более высокий разряд? Раньше это делал работодатель, сегодня он говорит: нет, мы не будем в этом участвовать. Поэтому нормативы структур затрат на дипломный проект, на стажировку, а дальше на приглашение, например, иностранных преподавателей. Мы столкнулись с тем, что мы не можем пригласить высококвалифицированных иностранных преподавателей для преподавания в колледж, потому что это не предусмотрено никакими видами документов. А именно они обеспечивают коммуникации студентов, обмены, преподавание более высокого уровня. Если за рубежом в колледжах сплошь и рядом преподают иностранные специалисты и тем самым колледж в Болонском процессе участвует, в Копенгагенском процессе СПО участвует, то у нас в этом плане совсем сложно.

Поэтому второй вопрос – это пересмотр всей структуры затрат по видам образовательных программ. И если бы эти данные, заканчиваю, если бы эти данные были опубликованы. Но мы так и не нашли опубликованных данных. Потому что, например, по нормативу затрат по школьникам по федеральным округам опубликованы данные, а вот по начальному и среднему профессиональному образования, к сожалению, таких данных опубликованных не нашли. Поэтому второй вопрос – это изменение структуры затрат и ориентация этой структуры на качество.

И последнее. Здесь уже звучал этот вопрос, мы тоже с ним столкнулись: взаимодействие бухгалтерии учебного заведения, централизованной бухгалтерии, казначейства и органа управления. Вот в этом клубке сегодня очень сложные проблемы происходят, и образовательное учреждение еле успевает в этом крутиться и никак не может победить в этом капиталистическом соревновании. Спасибо.

Председательствующий. Владимир Иванович Бабкин, советник Государственной Думы по науке, эксперт.

Бабкин В. И. Есть на Руси поговорка: в доме повешенного о верёвке не говорят. Мне кажется, что мы два с половиной часа говорили именно о верёвке. Приведу вам слова Стенли Фишера, бывшего вице-президента МВФ. Он сказал в 2005-м, по-моему, году: «Пока в России сохраняется образование и наука, у неё будут сохраняться ядерные амбиции. А нам этого не надо». Такое ощущение, что на самом деле эту точку зрения поддерживают и представители исполнительной власти, которые, собственно говоря, и были заказчиками этого законопроекта. Потому что, когда был законопро-

ект внесён по инициативе правительства, я зачитаю, говорили, что не было концепции. Да есть концепция. Пожалуйста. «Закон направлен на повышение эффективности и предоставление государственных и муниципальных услуг при условии сохранения (либо снижения) темпов роста расходов бюджета на их предоставление». И всё. То есть государство иными словами нам говорит: развитие образования, науки, и культуры – это, вообще говоря, ваше дело. Нас это не интересует. И это на самом деле не первый раз прозвучало.

Когда в 2006 году был внесён закон об автономных учреждениях, который был тоже разработан по инициативе правительства, там тоже шла речь об эффективности расходования бюджетных средств, имея в виду их сокращение.

Для справки. Расходы на науку в России более чем в сто раз меньше, чем в Соединённых Штатах. По уровню расходов на науку мы сопоставимы с Израилем. Сравните по численности населения. И Израиль сейчас в этом плане является одной из инновационно развитых стран.

Ведь самое главное о чём мы говорим, и здесь прозвучало, что этот закон, закон № 83-ФЗ, это технология. Но если не поставлена цель, то что мы должны получить в результате. Повышение уровня образованности? А у нас на самом деле он падает. Повышение уровня интеллектуального труда? А у нас он падает. Я могу вам сказать, что из развитых или соперничающих с нами стран только наша страна имеет отрицательный уровень, то есть падение роста занятых в научной сфере, в отличие от всех остальных. Китай уже скоро вырвется на первое место по количеству занятых в научно-технической сфере. Мы продолжаем упорно падать. И нам говорят, что надо ещё дальше реструктуризироваться.

Так вот вначале поставить нужно не цель, чего бы мы с потолка взяли. Вот мы хотим иметь обновлённую ядерную бомбу, давайте заявим об этом. Помните, когда, собственно, было заявлено Кеннеди о том, что США проиграли космос России, Советскому Союзу, тогда он и поставил программу «Аполлон». Это была задача, под неё было подвёрстано на самом деле направление. У нас хоть одна научная задача есть? Нет.

И ещё вторая задача – у нас нет на самом деле главного заказчика на передовую научно-техническую продукцию. У нас нет предприятий индустрии, у нас нет фармацевтических предприятий, у нас нет приборостроительных предприятий, у нас нет на самом деле ничего высокотехнологичного. А это означает, что нет самого главного – целевого указания. У нас изношено энергетическое оборудование. У нас где-нибудь это фиксируется? Как на самом деле этот закон, закон № 83-ФЗ, будет фиксировать те проблемы, которые стоят перед государством? Да никак.

Поэтому я в данном случае солидарен, конечно, с Олегом Николаевичем Смолиным в том, что этот закон вреден и его надо отменять.

И я вам по опыту своей работы в Государственной Думе могу сказать, что Государственная Дума принимает, вообще говоря, три категории законов: полезные, никакие и вредные. И соотношение приблизительно: один, десять, сто.

И когда на отчёте по завершению пятого созыва Борис Вячеславович Грызлов говорил о том, что мы установили рекорд по принятию законов, вообще говоря, если законы вредные, то лучше их не принимать.

Почему я об этом вспоминаю. В 1996 году, когда шло обсуждение закона о науке, я помню дискуссию на рабочей группе, когда на моё возражение, что закон несовершенен и надо его дорабатывать, мне последовало возражение, что да, закон плохой, но его надо принимать, он нужен.

Ну вот приблизительно в такой ситуации проистекает законотворчество, которое идёт по инициативе правительства.

Я напомним на самом деле ещё один момент, чтобы было понятно. Вероятность прохождения законопроектов, внесённых правительством и президентом, приближается к 90 процентам. Вероятность прохождения законопроектов, внесённых депутатами Государственной Думы, порядка одного процента.

Поэтому когда мы говорим о несовершенстве законодательства, в том числе и этого закона № 83-ФЗ, нужно посмотреть на самом деле, кто его внёс. А внесло его правительство.

Председательствующий. Я просто хочу сказать, что Владимир Иванович долгие годы был помощником у Жореса Ивановича Алфёрова, поэтому у него всегда такая очень боевая и активная позиция.

Сейчас мы предоставляем слово Белоусовой Ольге Михайловне. Ваши предложения.

Белоусова О. М. Если немножко вот продолжить высказывания предыдущего коллеги, то начну словами Жореса Ивановича Алфёрова, что конкурентоспособность любого государства в конечном счёте определяется благами, которые приносит это государство населению. То есть высшие цели – это блага, блага населению.

С другой стороны, конкурентоспособность государства, я так поняла из вашего высказывания, чтобы государство было конкурентоспособным, нужно конкретизировать образ врага. То есть как бы определиться. И тогда появятся национальные идеи. И, понятно, к чему будем стремиться вообще, а не в каких-то частных моментах.

Как представителю Финансового университета при Правительстве Российской Федерации, как скромному профессору, заместителю заведующего кафедрой по научной работе позвольте мне вот такими крупными срезками как бы озвучить некоторые моменты. Я бы не сказала, что это пока предло-

жения, но, по крайней мере, некоторые неразрешённые вопросы, которые для себя лично я задала.

Первый вопрос – это гармонизация понятия «государственные услуги», которое отражено в Бюджетном кодексе и в федеральном законе № 210-ФЗ.

Председательствующий. Ольга Михайловна, я извиняюсь. У вас тут два предложения. Первое и второе. У нас стенограмма идёт. Не выступления, а предложения. Вы так заявили. Первое предложение и второе.

Белуцова О. М. Первое предложение – это гармонизировать и привести к единообразию понятие «государственные услуги». То есть внести в Бюджетный кодекс категорию «государственные услуги» и «механизм формирования субсидий для предоставления государственных услуг». А в постановлении правительства уже утвердить этот перечень предоставления таких услуг.

Далее. Второе. В целях повышения эффективности использования субсидий и придания ей характера всё-таки целевого есть предложение, чтобы ввести параметр оценки эффективности деятельности учреждений высшего профессионального образования, в которых будут указаны цели, задачи и оценка социальной и бюджетной эффективности, как в налоге с федеральными целевыми программами.

Как же оценивать деятельность учреждений? Вот, ознакомившись с письмами, я буквально две секунды, ознакомившись с письмами, которые были на имя Валерия Александровича Черешнева...

Хотелось бы добавить такой показатель, как доля публикаций, но публикаций не ВАКовских, а проблем, которые ставят в диссертационных советах, за неё борются преподаватели и учёные, это просто доля публикаций в виде монографий и общее количество статей, потому что публикации работают на рынок и совершенно ограничивают творческий научный поиск преподавателей. Это безобразие просто, с точки зрения закона.

И последний вопрос, который касается уплаты налога на НИРы. Вот НИРовские вопросы, то есть реализация НИРов. Здесь вопрос ставят такой, что при сметной форме мы платили налог на Фонд оплаты труда, я с этим лично столкнулась, и налог на доходы с физических лиц. Сейчас, поскольку внедряется субсидия, мы будем ещё платить налог на прибыль. Вот этого бы не хотелось. Спасибо.

Председательствующий. Владимир Иванович, ваше предложение.

Стародубов В. И. Значит, первое предложение мы изложили. У нас ситуация с финансированием клинических, исследовательских медицинских институтов. С 2015 года будет проблема, связанная с тем, что перейдут все

в ОМС, а наши койки, они немножко по-другому финансируются и стоят по-другому. Чтобы этого не произошло, мы с Николаем Фёдоровичем Герасименко подумаем формулировку, чтобы Министерство здравоохранения и социального развития или правительство вместе с Российской академией медицинских наук проработало эту проблему для того, чтобы нам не потерять НИИ клинического профиля. Это первое.

И второе. Закон № 83-ФЗ, он не касается вопросов объёма финансирования, которые здесь звучали, но он предлагает нам какой-то механизм. Это нормативы финансовых затрат на работы. И вот здесь мы с вами можем не от противного идти, а от той себестоимости, которая возникает при проведении работ, и нам это даёт инструмент. Вот давайте им воспользуемся и будем работать. Я думаю, что это можно в рекомендации записать.

Герасименко Н. Ф. У нас в том составе Государственной Думы при Морозове Олеге Викторовиче была создана рабочая группа по отслеживанию закона № 83-ФЗ. И цель её создания была следующая: при выявлении каких-то недостатков в законе она будет вносить предложения по коррекции этого закона.

Поэтому есть предложение: если она сохраняет своё функционирование, то в этом случае как раз предложение направить и в рабочую группу Государственной Думы.

Председательствующий. Совершенно верно.

Уважаемые коллеги, я два слова буквально скажу в заключение. Спасибо, во-первых, мы действительно услышали много интересного и действительно, когда начинает реализовываться в практике, то возникают вопросы, вопросы. Но услышали и много того, что поддерживает концепцию. Действительно, надо может быть вернуться осенью, когда будут первые результаты, а скорее всего через год, чтобы действительно посмотреть и вот эту группу мониторинга закона № 83-ФЗ.

Уважаемые коллеги, что все эти слушания, все эти «круглые столы», которые проводятся в Государственной Думе, в конечном итоге направлены на совершенствование нормативной правовой базы хозяйствующих субъектов. Будет сделана выжимка из всего этого и представлена и Председателю Государственной Думы и заместителям председателя, курирующим вопросы науки и образования. Обязательно. Просто хочу сказать, что, как говорят, капля камень точит и в обсуждении на июнь поправок бюджета мы уже заключаем согласование с Министерством образования и науки Российской Федерации, Минфином России и Минэкономразвития России, изменения в финансировании РФФИ и РГНФ. Во всяком случае с Андреем Александровичем Фурсенко это обговорено, премьер уже дважды, я имею в виду Владимира Владимировича Путина, ставил вопрос о том, чтобы увеличить

финансирование РФФИ на 2 миллиарда и РГНФ – на 500 миллионов уже в этом году. Только тут сложности, мы сейчас встречались с представителем РФФИ: как, конкурсы все проведены. Что, финансировать этими двумя миллиардами? Тоже законодательный казус, но тем не менее деньги будут выделены, а дальше что?

И вот уже сейчас необходимо решать проблемы совершенствования механизма реализации программ, какие будут во втором полугодии через государственные научные фонды. Есть ряд целый таких программ, который может быть обсуждён, но тут опять условия финансирования конкурсов РФФИ, они должны быть объявлены с самого начала.

Вот мы здесь послушали дважды по закону № 94-ФЗ, вынесли на коллегию Минобрнауки России и Сергей Борисович Иванов поддержал, Андрей Александрович Фурсенко поддержал. Два года уже. Некоторые поправки к закону уже введены. Но то, что закон не работает, особенно в сфере науки, то, что это коррупционный закон, уже всем понятно.

Вот сейчас взамен закона № 94-ФЗ, как говорила министр экономического развития Набиуллина Эльвира Сахипзадовна, готовится контрзакон, закон о контрактной системе, будет лучше. Но и там радикальных решений для науки пока нет. Потому что начинаешь проследживать в области науки, а он, как и закон № 94-ФЗ, опять, опять не будет работать.

Поэтому действительно вот тут классификацию нам приводили. Вопросы очень много. Почему? Мы приняли в трёх чтениях в течение месяца закон о Сколково, работали сутками и Комитет Государственной Думы по бюджету, и Комитет Государственной Думы по науке и наукоёмким технологиям, и Комитет Государственной Думы по образованию, и Комитет Государственной Думы по инновационной политике. Чтобы заработала инновационная система в Сколково, пришлось поменять десятки законов.

Вот спрашивается, что мешает инновационной деятельности в России? Я вам отвечаю просто и ясно. Вот когда всё это сделали с налоговыми послаблениями и так далее, Сколково заработало. Хорошо, что вот эта концепция, идея, что Сколково – это не локальное место, а это идеология, есть резиденты Сколково и в Сибирском отделении Российской академии наук, и в Уральском, Дальневосточном, в Москве. Уже работают. Сколково нет, а уже существует, потому что эта концепция заработала. Если бы этого ещё не было, то представляете, какой это был бы оазис и кто бы там был. Ну, не буду пояснять, всё и так ясно.

Поэтому большое спасибо, уважаемые коллеги.

Рекомендации парламентских слушаний

Участники слушаний, обсудив вопрос «Экономико-правовые проблемы деятельности бюджетных учреждений науки в новых условиях хозяйствования (в связи с принятием Федерального закона от 8 мая 2010 года № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений», отмечают:

Решение задачи возвращения России в число ведущих экономически развитых держав во многом связано с созданием сектора исследований и разработок, способного проводить фундаментальные и прикладные исследования по актуальным для мировой экономики и науки и приоритетным для России направлениям, востребованным российскими и международными компаниями.

Несмотря на выдающиеся успехи отдельных коллективов российских учёных, отечественная наука по целому ряду показателей уступает многим странам мира. В 2010 году на Россию приходилось всего 2,08 процента научных статей, публикуемых в научных журналах, индексируемых в базе данных Web of Science, тогда как на Францию – 4,67 процента, Германию – 6,47 процента и Китай – 15,08 процента. Низкими остаются и удельные показатели научной результативности. Так, по данным за 2009 год, в Сингапуре на 1 статью в международно признанных изданиях приходится 3,5 активных исследователя, в Германии и Франции – 3,7 исследователя, в Аргентине – 5,1 исследователя, в Китае – 8,1 исследователя, в Японии – 8,3 исследователя. В России этот показатель составляет 15,3 исследователя.

Сохраняется и достаточно низкий уровень цитирования работ российских учёных. В соответствии с базой данных Web of Science за 2006–2010 годы в среднем на 1 статью, опубликованную российскими авторами (или с их участием), приходилось лишь 2,4 ссылки со стороны учёных всего мира. Для сравнения, на 1 статью, опубликованную учёными Китая, приходилось 3,62 ссылки, Японии – 5,12 ссылки, Франции – 6,38 ссылки и Германии – 6,86 ссылки. Если доля России в количестве публикаций в научных журналах всего мира составляла 2,08 процента, то её доля в количестве цитирований в научных журналах всего мира составила за 2006–2010 годы лишь 1,15 процента.

Стабилизировавшийся рост государственных вложений в поддержку научных исследований в последнее 10-летие не сопровождался увеличе-

нием научно-технического потенциала страны, результативности научной и научно-технической деятельности. По данным Счётной палаты Российской Федерации, шестикратный рост бюджетного финансирования НИОКР в 2002–2010 годах не обеспечил прироста валового внутреннего продукта (ВВП), в то время как в развитых странах 15 процентов увеличение затрат на науку обеспечивает прирост ВВП на 1 процент.

Характерной особенностью отечественной науки является ежегодное снижение числа организаций, выполняющих исследования и разработки. Так, по данным Росстата в январе-сентябре 2011 года выполняли научные исследования и разработки 3379 организаций, что меньше чем в 2010 году (3492 единицы). Кроме того, в структуре научно-технического потенциала страны имеет место преобладание государственных научных организаций. Так, по состоянию на сентябрь 2011 года в государственном секторе науки было сосредоточено 2028 организаций, выполняющих исследования и разработки (без учёта хозяйственных обществ с государственным участием) или 60 процентов от общего их числа. Среди организаций, выполнявших исследования и разработки, по организационно-правовым формам лидирующее положение занимают бюджетные учреждения (1612 единиц) или 46,9 процента от общего их числа. Анализ ведомственной структуры бюджетных учреждений свидетельствует о том, что основная их масса (869 единиц) или 53,9 процента от их числа сконцентрирована в государственных академиях наук.

Попытки увеличить численность научных организаций не государственного, в основном предпринимательского, сектора пока остаются малорезультативными. Поэтому осуществляются институциональные преобразования в государственном секторе науки (совершенствование правового положения научных учреждений, реструктуризация их сети, создание интеграционных научно-образовательных комплексов), как одно из ключевых условий формирования инновационной экономики. Параллельно идёт работа по повышению эффективности деятельности научных организаций. В предыдущие годы для решения проблем повышения эффективности работы бюджетных учреждений социальной сферы, в том числе бюджетных научных учреждений, был предпринят ряд последовательных действий, среди которых следует отметить принятие Федерального закона от 3.11.2006 года № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях» и утверждение Правительством Российской Федерации в 2007–2009 гг. соответствующих постановлений, необходимых для его реализации. Однако более чем за пять лет, прошедших с момента вступления в силу этого закона, было создано всего лишь 16 научных учреждений, имеющих статус автономных. Это связано с высокими рисками возможного ухудшения своего финансово-экономического положения из-за

утраты гарантированного бюджетного финансирования содержания учреждения, слабой востребованности научно-технической продукции предпринимательским сектором экономики, а также по причине незавершённости нормативно-правового регулирования научной, научно-технической и инновационной деятельности.

Очередной этап реформирования государственного сектора науки связан с принятием Федерального закона от 8.05.2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений». Закон внёс изменения в ряд правовых актов, в том числе в Гражданский, Бюджетный кодексы РФ и ряд иных федеральных законов и подзаконных актов.

В законе заложены следующие основные нормы:

- изменено правовое положение существующих бюджетных учреждений, способных функционировать на основе рыночных принципов;
- изменены механизмы финансового обеспечения бюджетных учреждений с расширенным объёмом прав, они переведены со сметного финансирования на субсидии в рамках выполнения государственного задания на оказание государственных (муниципальных) услуг;
- предоставлено право бюджетным учреждениям заниматься приносящей доходы деятельностью, доходы поступают в самостоятельное распоряжение этих учреждений;
- устранена субсидиарная ответственность государства по обязательствам бюджетных учреждений с расширенным объёмом прав;
- расширены права бюджетных учреждений по распоряжению любым закреплённым за учреждением движимым имуществом, за исключением особо ценного движимого имущества, перечень которого устанавливает орган публичной власти – учредитель соответствующего учреждения;
- создан новый тип государственных (муниципальных) учреждений – казённое учреждение, статус которых, по сути, совпадает с закреплённым в действующем законодательстве нынешним статусом бюджетного учреждения с дополнительным ограничением в виде зачисления всех доходов, полученных от приносящей доходы деятельности, в соответствующий бюджет.

С учётом имеющегося опыта перевода бюджетных научных учреждений в автономные учреждения на финансирование по субсидиям можно предположить, что при реализации закона неизбежно будут иметь место риски, снижающие эффективность реформ в научно-технической сфере. К числу основных рисков можно отнести следующие: правовые риски (риски существования пробелов в федеральном и региональном законодательстве), управленческие риски (риски недостаточной проработанности и неправильного формирования государственного задания на выполнение

НИОКР и расчёта нормативов финансовых затрат на его выполнение), кадровые риски (риски недостатка квалификации чиновников-управленцев учредителей бюджетных научных учреждений, а также низкая компетенция руководителей и специалистов финансовых служб бюджетных научных учреждений), финансовые риски (риски сокращения бюджетного финансирования со стороны учредителя бюджетного научного учреждения, отсутствия спроса на научно-техническую продукцию со стороны потенциальных заказчиков), имущественные риски (риски потери имущества и банкротства бюджетного научного учреждения), стратегические риски (риски невозможности планировать свою деятельность даже на среднесрочную перспективу, так как государственные задания формируются в основном до одного года).

Предусмотренный законодательством новый механизм финансирования государственного (муниципального) задания на оказание государственных (муниципальных) услуг по субсидиям распространяется на бюджетные научные учреждения, созданные Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации, муниципальным образованием, в том числе и на государственные академии наук.

Следует отметить, что понятие «государственные (муниципальные) услуги» установленные в статье 6 Бюджетного кодекса РФ и статье 2 Федерального закона от 27.07.2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных (муниципальных) услуг» имеют разное значение, из чего следует, что в действующем законодательстве отсутствует единое понимание государственной и муниципальной услуги.

В целях реализации положений закона № 83-ФЗ постановлением Правительства Российской Федерации от 02.09.2010 г. № 671 «О порядке формирования государственного задания в отношении федеральных государственных учреждений и финансового обеспечения выполнения задания» утверждены:

Положение о формировании государственного задания в отношении федеральных бюджетных и казённых учреждений и финансовом обеспечении выполнения государственного задания;

изменения, которые внесены в постановление Правительства Российской Федерации от 18.03.2008 г. № 182 «Об условиях и порядке формирования задания учредителя в отношении автономного учреждения, созданного на базе имущества, находящегося в федеральной собственности, и порядке финансового обеспечения выполнения задания»;

форма ведомственного перечня государственных услуг (работ), оказываемых (выполняемых) находящимися в ведении федеральных органов исполнительной власти (государственных органов) федеральными государственными учреждениями в качестве основных видов деятельности;

форма базового (отраслевого) перечня государственных услуг (работ), оказываемых (выполняемых) федеральными государственными учреждениями в установленной сфере деятельности.

Во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 02.09.2010 г. № 671 «О порядке формирования государственного задания в отношении федеральных государственных учреждений и финансового обеспечения выполнения задания» министерствами финансово-экономического блока были утверждены соответствующие методические рекомендации. Министерством финансов Российской Федерации (приказ № 136 н от 29.10.2010 г.) и Министерством экономического развития Российской Федерации (приказ № 526 от 29.10.2010 г.) утверждены Методические рекомендации по формированию государственных заданий федеральным государственным учреждениям и контролю за их выполнением. Министерством финансов Российской Федерации (приказ № 137 н от 29.10.2010 г.) и Министерством экономического развития Российской Федерации (приказ № 527 от 29.10.2010 г.) утверждены Методические рекомендации по расчёту нормативных затрат на оказание федеральными государственными учреждениями государственных услуг и нормативных затрат на содержание имущества федеральных государственных учреждений. Примерная форма соглашения о порядке и условиях предоставления субсидии на финансовое обеспечение выполнения государственного задания на оказание государственных услуг (выполнение работ) утверждена Министерством финансов Российской Федерации (приказ № 138 н от 29.10.2010 г.) и Министерством экономического развития Российской Федерации (приказ № 528 от 29.10.2010 г.).

На основе указанных выше методических рекомендаций учредители бюджетных научных учреждений должны были до 1 декабря 2011 года разработать и утвердить комплект нормативных правовых актов для обеспечения их деятельности в новых условиях, в том числе отраслевые методики формирования государственных заданий на выполнение НИОКР и на их основе сформировать непосредственно государственные задания на выполнение НИОКР; а также разработать и утвердить отраслевые методики по расчёту нормативных затрат на выполнение государственных заданий и на их основе рассчитать и утвердить непосредственно величину указанных нормативных затрат по каждому государственному заданию на выполнение НИОКР.

Анализ нормативной правовой базы целого ряда учредителей бюджетных научных учреждений, в том числе основных научных ведомств, отвечающих за формирование и реализацию государственной научной технической политики (Министерство образования и науки Российской Федерации),

а также осуществляющих координацию фундаментальных научных исследований, выполняемых за счёт средств федерального бюджета научными организациями и образовательными учреждениями высшего профессионального образования (Российская академия наук), показал, что ими не разработан комплект указанных выше ведомственных нормативных правовых актов, учитывающих специфику научной и (или) научно-технической деятельности.

В соответствии с законом № 83-ФЗ бюджетное научное учреждение не вправе отказаться от выполнения государственного (муниципального) задания. Оно вправе сверх установленного государственного (муниципального) задания, а также в случаях, определённых федеральными законами, в пределах установленного государственного (муниципального) задания выполнять работы, оказывать услуги, относящиеся к его основным видам деятельности, предусмотренным его учредительным документом, для граждан и юридических лиц за плату и на одинаковых при оказании одних и тех же услуг условиях. Порядок определения указанной платы устанавливается соответствующим органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя, если иное не предусмотрено федеральным законом.

Финансовое обеспечение выполнения государственного (муниципального) задания бюджетным научным учреждением осуществляется посредством предоставления субсидий из соответствующего бюджета бюджетной системы Российской Федерации.

Финансовое обеспечение выполнения государственного (муниципального) задания осуществляется с учётом расходов на содержание недвижимого имущества и особо ценного движимого имущества, закреплённого за бюджетным учреждением учредителем или приобретённого бюджетным учреждением за счёт средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества, расходов на уплату налогов, в качестве объекта налогообложения по которым признается соответствующее имущество, в том числе земельные участки.

Финансовое обеспечение выполнения государственного (муниципального) задания федеральными бюджетными научными учреждениями осуществляется на основе федеральных нормативов государственных научных учреждений, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, и муниципальных научных учреждений – на основе региональных нормативов.

Финансовое обеспечение проведения научных исследований бюджетными высшими учебными заведениями осуществляется федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления городских

округов, муниципальных районов, в ведении которых находятся эти высшие учебные заведения, отдельно от финансового обеспечения образовательной деятельности.

При расчёте нормативов финансовых затрат на выполнение НИОКР следует иметь в виду высокий уровень износа основных средств сектора исследований и разработок (более 70 процентов), а также наличие негативной тенденции снижения фондовооруженности персонала, занятого исследованиями и разработками. В частности, стоимость основных средств исследований и разработок в 2009 году составила 71,3 процента от аналогичного показателя 1995 года ¹.

Поэтому при расчёте учредителями указанного финансового норматива, как того требует закон № 83-ФЗ, необходимо обеспечить включение в него не только затрат на реновацию, но и на обновление материально-технической базы бюджетных научных учреждений.

Кроме того, норматив финансового обеспечения государственного задания на выполнение НИОКР должен учитывать расходы на зарубежное патентование результатов интеллектуальной деятельности.

Для расчёта нормативов затрат на финансовое обеспечение государственного задания на выполнение НИОКР может быть использована методика, разработанная в Комитете Государственной Думы по науке и наукоёмким технологиям ².

Ещё одним средством решения проблемы модернизации материально-технической базы науки на уровне современных требований может быть дополнительное выделение бюджетным научным учреждениям целевых бюджетных инвестиций из соответствующего бюджета бюджетной системы Российской Федерации.

При переходе на новый механизм финансирования бюджетных учреждений по субсидиям следует указать на наличие факта противоречия нормы закона и подзаконного акта. В соответствии с п. 15 ст. 30 закона № 83-ФЗ, в случае осуществления бюджетными учреждениями расходов в виде субсидий, полученных на возмещение нормативных затрат, связанных с оказанием государственных (муниципальных) услуг, такие расходы осуществляются без представления ими в территориальный орган Федерального казначейства, в финансовый орган субъекта Российской Федерации (муниципального образования) документов, подтверждающих возникновение денежных обязательств.

¹ Индикаторы науки: 2011: стат. сб. – М.: НИУ ВШЭ, 2011, с. 102..

² Тодосийчук А. В. Планирование финансового обеспечения науки.//Инновации, 2009, № 8
Председатель Комитета Государственной Думы по науке и наукоёмким технологиям В. А. Черешнев, председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья С. В. Калашников.

Однако согласно п. 7 Порядка санкционирования оплаты денежных обязательств получателей средств федерального бюджета и администраторов источников финансирования дефицита федерального бюджета, утверждённого приказом Министерства финансов Российской Федерации от 01.09.2008 г. № 87н, получатели бюджетных средств, лицевые счета которых открыты в органах Федерального казначейства, по-прежнему должны будут представлять им контракты (договоры) и иные документы в обоснование возникших денежных обязательств.

Бюджетное научное учреждение вправе при выполнении государственного (муниципального) задания на подготовку кадров дополнительно использовать средства, полученные из иных предусмотренных законодательством Российской Федерации источников.

В случае сдачи в аренду с согласия учредителя недвижимого имущества и особо ценного движимого имущества, закреплённого за бюджетным научным учреждением учредителем или приобретённого бюджетным учреждением за счёт средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества, финансовое обеспечение содержания такого имущества учредителем не осуществляется.

Анализ нормативных актов федеральных и региональных органов государственной власти свидетельствует об отсутствии единого подхода к трактовке понятия «особо ценное движимое имущество» в отношении имущества бюджетных научных учреждений.

В соответствии с приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 31.12.2010 г. № 2261 «Об определении видов особо ценного имущества» определены виды особо ценного движимого имущества автономных или бюджетных учреждений, подведомственных Министерству образования и науки Российской Федерации, без которого осуществление автономным или бюджетным учреждением предусмотренных его уставом основных видов деятельности будет существенно затруднено. К ним отнесено движимое имущество независимо от его балансовой стоимости:

необходимое для осуществления видов деятельности, определённых уставом автономных или бюджетных учреждений, отсутствие которого приведёт к прекращению деятельности указанных учреждений, восполнение которого не представляется возможным в связи с уникальностью и (или) отсутствием достаточных средств у автономных или бюджетных учреждений на его приобретение;

необходимое для обеспечения безопасности содержания и эксплуатации ядерных, радиационных, химически и (или) биологически опасных объектов, а также содержания, охраны жизни и здоровья обучающихся и работников, воспитанников, в том числе для организации питания, меди-

цинского обслуживания, отсутствие которого приведёт к прекращению деятельности автономных или бюджетных учреждений, восполнение которого не представляется возможным в связи с уникальностью и (или) отсутствием достаточных средств у автономных или бюджетных учреждений на его приобретение;

отнесённое к исключительным правам.

При определении перечней особо ценного движимого имущества:

автономных или бюджетных образовательных учреждений высшего профессионального образования и научных организаций, подведомственных Министерству образования и науки Российской Федерации, подлежит включению в состав такого имущества движимое имущество, балансовая стоимость которого превышает 500 тысяч рублей;

иных автономных или бюджетных учреждений, подведомственных Министерству образования и науки Российской Федерации, подлежит включению в состав такого имущества движимое имущество, балансовая стоимость которого превышает 200 тысяч рублей;

автономных или бюджетных учреждений подлежит включению в состав такого имущества движимое имущество, отчуждение которого осуществляется в специальном порядке, установленном законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе музейные коллекции и предметы, находящиеся в федеральной собственности и включённые в состав государственной части Музейного фонда Российской Федерации, а также документы Архивного фонда Российской Федерации и национального библиотечного фонда.

Анализ указанной выше классификации видов ценного оборудования носит по сути дела универсальный характер и не учитывает специфику научной и (или) научно-технической деятельности, осуществляемой научными учреждениями. Ценность имущества научного учреждения должна определяться его возможностью, как средства производства, способствовать получению новых знаний в процессе осуществления научной и (или) научно-технической деятельности. Поэтому при формировании такого перечня необходимо учитывать индивидуальные особенности каждого конкретного бюджетного научного учреждения, особенно работающего в области естественных или технических наук.

В новых условиях хозяйствования бюджетное научное учреждение будет отвечать по своим обязательствам всем имуществом, за исключением особо ценного движимого имущества, закреплённого за бюджетным учреждением собственником этого имущества или приобретённого бюджетным учреждением за счёт выделенных таким собственником средств, а также недвижимого имущества. При этом в законе заложена норма об отказе

от субсидиарной ответственности собственника по обязательствам бюджетного учреждения.

В соответствии с нормами закона № 83-ФЗ бюджетные учреждения не являются участниками бюджетного процесса. Вместе с тем следует отметить, что на них распространяются нормы Федерального закона от 21.07.2005 г. № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд». В этой связи необходимо внести изменения в Федеральный закон от 21.07.2005 г. № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд», позволяющие либо исключить из сферы его действия бюджетные научные учреждения, либо существенно увеличить минимальный размер денежных средств на закупку товаров, работ, услуг, осуществляемых бюджетными научными учреждениями без проведения конкурсных процедур (например, 400,0 тысяч рублей).

Бюджетное научное учреждение должно строить свою работу на основе плана финансово-хозяйственной деятельности, составляемого и утверждаемого в порядке, определённом соответствующим органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя, и в соответствии с требованиями, установленными Министерством финансов Российской Федерации.

В этой связи особого внимания заслуживает научная обоснованность и методическая проработанность плана финансово-хозяйственной деятельности научной организации.

Анализ Порядка составления и утверждения плана финансово-хозяйственной деятельности федеральных государственных учреждений, находящихся в ведении Министерства образования и науки Российской Федерации, утверждённого приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 01.11.2010 г. № 1095 носит универсальный характер и не учитывает специфику научной и (или) научно-технической деятельности, осуществляемой научными учреждениями.

Эффективность нового хозяйственного механизма планирования и финансирования бюджетных научных учреждений в рамках государственных (муниципальных) заданий на выполнение НИОКР по субсидиям во многом будет зависеть от качества государственного управления научно-технологическим развитием, уровня научной обоснованности прогнозов потребности в научно-технической продукции (в результатах научной и (или) научно-технической деятельности) со стороны министерств и ведомств, государственных академий наук, как основы формирования государственного задания, а также нормативов финансовых затрат на выполнение НИОКР.

Для повышения качества государственного управления научно-технологическим развитием наряду с решением кадровых проблем в сфере управления, необходимо разработать эффективный инструментарий для обоснования и принятия научно обоснованных управленческих решений (методик научно-технического прогнозирования, технологии формирования перечня государственных (муниципальных) услуг (планирования тематики НИОКР), определения нормативов финансовых затрат на выполнение НИОКР бюджетными научными учреждениями, что позволит обеспечить тесную увязку объёмов бюджетного финансирования научных учреждений с результатами их деятельности, повысить эффективность бюджетных ассигнований на науку.

Отсутствие эффективных методик научно-технического прогнозирования, формирования перечня государственных (муниципальных) услуг (планирования тематики НИОКР), а также нормативов для определения финансовых затрат на выполнение НИОКР бюджетными научными учреждениями, находящимися в ведении федеральных органов исполнительной власти, государственных академий наук, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления, не позволит обеспечить тесную увязку объёмов финансирования бюджетных научных учреждений с результатами их деятельности, способствующую повышению эффективности бюджетных ассигнований на науку.

В качестве одной из основных причин снижения эффективности организационно-правовых и управленческих инноваций в научно-технической сфере можно назвать отсутствие соответствующего научного обеспечения реформирования государственного сектора науки. Научные исследования и разработки по направлению «Экономика науки» практически свёрнуты и ведутся в основном отдельными учёными в инициативном порядке.

В целом, анализ закона № 83-ФЗ позволяет сделать вывод о том, что для бюджетных научных учреждений повышается степень экономической свободы финансово-хозяйственной деятельности, что будет способствовать развитию практики договорных (контрактных) отношений с потребителями научно-технической продукции и образовательных услуг; формированию гибкого организационно-экономического механизма управления; диверсификации и расширению источников финансирования текущей и перспективной научной и образовательной деятельности; созданию необходимых экономических стимулов и условий для повышения эффективности использования кадровых, материально-технических и финансовых ресурсов. Вместе с тем следует отметить, в связи с вступлением в силу закона № 83-ФЗ можно прогнозировать, что в целом ряде случаев потенциальные выгоды от расширения экономической самостоятельности бюджетных научных уч-

реждений будут снижены реальными потерями для общества и конкретных трудовых коллективов из-за усиления коммерциализации науки, устойчивого перехода науки из некоммерческого сектора экономики в отрасль товарного производства, функционирующего сугубо на рыночных законах.

Участники парламентских слушаний **рекомендуют:**

I. Федеральному Собранию Российской Федерации:

1. Рассмотреть вопрос о внесении изменений в Федеральный закон от 8.05.2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» в части учёта специфики научной и научно-технической деятельности при принятии решения об изменении типа государственных научных учреждений, формировании государственного задания для бюджетных научных учреждений и предоставления субсидий из бюджетов бюджетной системы на выполнение указанного задания.

2. Ускорить доработку и принятие Федерального закона № 280839-5 «О внесении изменений в статью 5 Федерального закона «О науке и государственной научно-технической политике» (в части уточнения понятия «научная организация»).

3. Ускорить доработку и принятие Федерального закона № 280859-5 «О внесении дополнения в Федеральный закон «О науке и государственной научно-технической политике» (в части законодательного регулирования государственного сектора науки).

4. Ускорить доработку и принятие Федерального закона № 301311-5 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам обеспечения технологического единства научной и (или) научно-технической деятельности».

5. Ускорить доработку и принятие Федерального закона № 486787-5 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам разграничения полномочий между органами государственной власти Российской Федерации и органами государственной власти субъектов Российской Федерации в области формирования и реализации государственной научно-технической политики».

6. Ускорить принятие Федерального закона № 495392-5 «О государственной поддержке инновационной деятельности в Российской Федерации».

7. Разработать и принять федеральные законы о внесении изменений в бюджетное и налоговое законодательство Российской Федерации в части

восстановления льгот для бюджетных научных учреждений, бюджетных учреждений высшего профессионального образования по уплате земельного налога и налога на имущество организаций в отношении земельных участков и имущества, используемых ими для осуществления научной и (или) научно-технической деятельности.

II. Правительству Российской Федерации:

1. Поручить Министерству образования и науки Российской Федерации осуществить разработку пакета модельных правовых документов по реализации норм Федерального закона № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» применительно к бюджетным научным учреждениям, в том числе:

1.1. Методические рекомендации по разработке стратегии, программы и плана мероприятий по переходу научных учреждений в новую организационно-правовую форму, а также критерии готовности к такому переходу на основе анализа и оценки их научно-технического потенциала, спроса и предложения на рынке научно-технической продукции.

1.2. Совместно с государственными академиями наук разработать долгосрочный, среднесрочный и краткосрочный научно-технический прогнозы, являющиеся основой для формирования государственного задания на выполнение НИОКР. При разработке указанных прогнозов необходимо учесть предложения Российского союза промышленников и предпринимателей, Торгово-промышленной палаты Российской Федерации с целью повышения востребованности разработок бизнесом.

1.3. Разработать типовую Методику формирования государственного (муниципального) задания на выполнение НИОКР научными учреждениями с учётом областей науки и вида выполняемых работ (фундаментальные исследования, прикладные исследования, опытно-конструкторские работы) и требований к качеству ожидаемых результатов научной и (или) научно-технической деятельности.

1.4. Разработать Методику расчёта нормативов финансовых затрат на выполнение НИОКР научными учреждениями с учётом областей науки и вида выполняемых работ (фундаментальные исследования, прикладные исследования, опытно-конструкторские работы).

1.5. Разработать форму Типового соглашения о порядке и условиях предоставления субсидии на финансовое обеспечение выполнения государственного (муниципального) задания научным учреждениям на выполнение НИОКР.

1.6. Уточнить Порядок определения особо ценного имущества и Порядок составления и утверждения плана финансово-хозяйственной деятельности с учётом специфики научной и (или) научно-технической деятельности.

1.7. Разработать методические рекомендации по формированию базового (отраслевого) перечня государственных услуг (работ), оказываемых (выполняемых) бюджетными научными учреждениями с учётом областей науки и вида выполняемых работ (фундаментальные исследования, прикладные исследования, опытно-конструкторские работы).

1.8. Организовать проведение регулярных семинаров, «круглых столов» и тренингов для работников министерств и ведомств, руководителей и специалистов научных учреждений с целью повышения их квалификации для работы в экономических условиях.

2. Федеральным органам исполнительной государственной власти, государственным академиям наук:

2.1. Ускорить разработку, утверждение и доведение до научных учреждений государственных заданий на выполнение НИОКР и нормативов финансовых затрат на их выполнение.

2.2. Подготовить и внести в Правительство Российской Федерации предложения о порядке распоряжения бюджетными научными учреждениями правами на результаты научно-технической деятельности, полученные за счёт субсидий.

3. Поручить Министерству финансов Российской Федерации при разработке проекта федерального бюджета на очередной финансовый год и плановый период предусмотреть целевое выделение:

– бюджетных инвестиций заинтересованным федеральным органам исполнительной власти и государственным академиям наук для модернизации материально-технической базы подведомственных бюджетных научных учреждений;

– бюджетных средств для реализации военно-научного сопровождения важнейших инновационных проектов оборонного значения, приоритетных направлений развития технологий и техники, базовых и критических военных и специальных технологий.

4. Поручить Министерству финансов Российской Федерации разработать методические документы, разъясняющие положения законодательства, регулирующие деятельность учреждений государственных академий наук, государственных (муниципальных) бюджетных учреждений науки в части финансового обеспечения научной деятельности, земельно-имущественных отношений.

5. Поручить Министерству финансов Российской Федерации разработать и внести в Правительство Российской Федерации законопроекты, вносящие изменения в:

- Бюджетный кодекс РФ, согласно которым перечни государственных (муниципальных) услуг, оказываемых государственными (муниципальными) учреждениями, будут формироваться на основании утверждённых на федеральном уровне базовых перечней государственных и муниципальных услуг;

- ст. 12 и ст. 15 Федерального закона «О науке и государственной научно-технической политике» и п. 3 ст. 28 Закона РФ «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» в части расширений полномочий органов государственной власти субъектов Российской Федерации в целях получения возможности осуществлять межбюджетные трансферты научным организациям и высшим учебным заведениям;

- ст. 28 Бюджетного кодекса РФ в части предоставления возможности субъектам Российской Федерации осуществлять финансирование проектов в сфере образования и науки, выполняемых физическими и юридическими лицами, в том числе государственными и муниципальными учреждениями;

- Бюджетный кодекс РФ, дополняющие бюджетную классификацию расходов бюджетов всех уровней целевыми статьями расходов, конкретизирующие представление государственной поддержки организациям, занимающимся научной и инновационной деятельностью.

6. Поручить Министерству финансов Российской Федерации, Министерству экономического развития Российской Федерации и Министерству образования и науки Российской Федерации разработать предложения по совершенствованию подзаконных нормативных правовых актов, регулирующих вопросы оценки и учёта результатов научно-технической деятельности в составе нематериальных активов, полученных бюджетными научными учреждениями за счёт субсидий.

7. Принять постановление Правительства Российской Федерации «О порядке осуществления государственными академиями наук полномочий учредителей подведомственных организаций и собственников закреплённого за ними имущества».

8. Разработать правовые механизмы использования результатов интеллектуальной деятельности, получаемых в ходе выполнения государственного задания либо государственных контрактов на проведение научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ в учреждениях науки различной ведомственной принадлежности, для комплексного решения научного вопроса.

9. Разработать и принять постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении Типового положения о научной организации».

10. Внести изменение в постановление Правительства Российской Федерации от 14.02.2008 г. № 71 «Об утверждении Типового положения об образовательном учреждении высшего профессионального образования (высшем учебном заведении)» в части финансового обеспечения проведения научных исследований бюджетными высшими учебными заведениями отдельно от финансового обеспечения образовательной деятельности.

11. Разработать и внести в Государственную Думу проекты федеральных законов, предусматривающие расширение прав и возможностей субъектов Российской Федерации в части развития научно-технического потенциала регионов, расширения практики паритетного софинансирования из федерального и регионального бюджетов научных и научно-технических программ и проектов.

12. Разработать и внести в Государственную Думу проект федерального закона «О внесении изменений в статью 6 Федерального закона «Об обороне» (в части установления исключительной компетенции Правительства Российской Федерации в изменении типа государственных научных организаций оборонно-промышленного комплекса).

13. Поручить Министерству экономического развития Российской Федерации разработать и внести в Правительство Российской Федерации законопроект о внесении изменений в Федеральный закон от 21.07.2005 г. № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» в части исключения из его сферы действия бюджетных научных учреждений.

14. Рассмотреть вопрос о внесении дополнения в статью 17 Федерального закона от 14.11.2002 г. № 161-ФЗ «О государственных и муниципальных унитарных предприятиях» в части предоставления права федеральным государственным унитарным предприятиям, в отношении имущества которых права собственника осуществляются государственными академиями наук в соответствии с Федеральным законом «О науке и государственной научно-технической политике», часть прибыли, остающейся в их распоряжении после уплаты налогов и иных обязательных платежей, перечислять в доход соответствующей государственной академии наук.

15. Оперативно изменить механизм финансирования Программ развития национальных исследовательских университетов в части перехода от финансирования в рамках договоров возмездного оказания услуг на финансирование в виде целевых субсидий.

16. Рассмотреть возможность выделения средств из федерального бюджета на проведение в регионах научных исследований, входящих в перечень приоритетных направлений развития науки, технологий и техники в Российской Федерации, утверждённых Указом Президента Российской Федерации от 7 июля 2011 года № 899 «Об утверждении приоритетных направлений развития науки, технологий и техники в Российской Федерации и перечня критических технологий Российской Федерации».

17. Рассмотреть вопрос о переходе в 2012–2013 гг. от минимальных размеров должностных окладов (ставок) к установлению базовых окладов (ставок) по профессиональным квалификационным группам работникам бюджетных научных учреждений, ориентированных на уровень средней заработной платы по экономике региона.

18. Поручить Министерству образования и науки Российской Федерации ежегодно осуществлять мониторинг реализации положений Федерального закона от 08.05.2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» в отношении государственных (муниципальных) научных учреждений, результаты которого направлять в Правительство Российской Федерации и Комитет Государственной Думы по науке и наукоёмким технологиям.

19. Поручить Министерству образования и науки Российской Федерации разработать унифицированную систему критериев оценки эффективности и результативности деятельности научных учреждений, показателей качества выполняемых фундаментальных, прикладных научных исследований и экспериментальных разработок.

III. Органам государственной власти субъектов Российской Федерации:

1. Внести изменения в региональное законодательство для реализации норм Федерального закона № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» с учётом специфики научной и (или) научно-технической деятельности, осуществляемой бюджетными научными учреждениями.

2. Разработать предложения о внесении изменений в налоговое законодательство Российской Федерации в части восстановления льгот для бюджетных научных учреждений и бюджетных учреждений высшего профессионального образования по уплате земельного налога и налога на имущество организаций в отношении земельных участков и имущества, ис-

пользуемых ими для осуществления научной и (или) научно-технической деятельности.

3. Ежегодно проводить мониторинг реализации положений Федерального закона от 08.05.2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» в отношении региональных научных учреждений, результаты которого направлять в Правительство Российской Федерации и Комитет Государственной Думы по науке и наукоёмким технологиям.

**Материалы «круглого стола»
Комитета Государственной Думы по охране здоровья на тему
«Организация государственно-частного партнёрства
в сфере здравоохранения»**

**СТЕНОГРАММА
«круглого стола»**

***Здание Государственной Думы. Зал 830.
22 марта 2012 года.***

***Председательствует первый заместитель председателя
Комитета Государственной Думы по охране здоровья Т. В. Яковлева***

Председательствующий. Уважаемые коллеги, тема сегодня – «Государственно-частное партнёрство в системе здравоохранения Российской Федерации». Я бы сказала: новая экономика в социальной сфере.

Вы знаете, я в медицине с 1978 года, если начинать с медсестры, и не помню такого случая, когда бы столько внимания, столько финансовых средств было выделено именно системе здравоохранения, начиная с 2006 года. Это и национальный проект «Здоровье», и модернизация здравоохранения, и строительство перинатальных центров, центров медицины высоких технологий, программа по снижению смертности, и можно перечислять дальше.

И, действительно, мы получили с вами не только результат – улучшение материально-технической базы, повышение квалификации наших врачей и так далее, улучшение кадровой проблемы. Мы получили реальные результаты решений демографических проблем. Это и продолжительность жизни, возросшая, как Владимир Владимирович Путин сказал на итоговой коллегии Минздравсоцразвития России, уже до 70 лет, снижение младенческой смертности – 7,3 – это фактически европейские показатели, снижение общей смертности и особенно смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Это мы тоже с вами хорошо знаем.

Но и прекрасно понимаем, в этом зале сидят профессионалы, мы, конечно, не решим всех проблем в здравоохранении, их остаётся много. Доступность и качество медицинской помощи остаются ещё не на должном уровне, поэтому мы сегодня с вами будем решать именно эти проблемы. Возьмём финансирование здравоохранения, учитывая только прозрачные источники,

будем говорить о проблемах финансирования. Оно пока не дошло до пяти процентов минимальных, как рекомендует Всемирная организация здравоохранения. Если взять подушевое финансирование и сравнить с Западом, к сожалению, Россия пока проигрывает. Но какое бы мы с вами не брали самое богатое государство мира, ни одна страна не может содержать своё здравоохранение, финансируя только из государственного бюджета. Поэтому, я считаю, пришло время, и в Российской Федерации нам нужны частные инвестиции в систему здравоохранения.

Давайте посмотрим противоположный полюс, где у нас сейчас идёт развитие рынка оказания платных медицинских услуг. Хаотично он растёт, деформированно, я бы сказала, да, но бурно растёт. И по показателям некоторых экспертов темпы роста 25–30 процентов. Объёмы разные эксперты по-разному называют – от 350 до 460 миллиардов рублей в год. Я бы разделила этот рынок на три категории – это кассовые выплаты в медицинские учреждения, добровольное медицинское страхование и, к сожалению, теневые платежи. В основном наша частная медицина, она растёт таким образом, что происходит укрупнение медицинских клиник, расширение профиля. Все эти медицинские учреждения мы знаем в каких областях – это урология, гинекология, стоматология и так далее. И сам вот такой качественный скачок за счёт только частной инициативы, он не сможет быть без государственной поддержки, поэтому и тут нам нужно частно-государственное партнёрство, что, в принципе, сейчас очень широко стало использоваться на Западе.

Но, конечно, есть и субъективные, и объективные причины того, почему в России до сих пор не развивается частно-государственное партнёрство. Вы знаете, это несовершенство медицинского страхования и кадровые проблемы, и высокие риски, и высокие инвестиционные барьеры. И можно дальше это перечислять. И, конечно, нехватка правовой базы, именно чтобы действительно эффективно взаимодействовали частные инвесторы и государство. Нам не хватает и государственной поддержки, и опыта в этом направлении.

Поэтому я бы очень хотела сегодня с вами поговорить откровенно. Здесь сидят эксперты, которые выскажут свои мнения – надо ли нам развивать частно-государственное партнёрство. Если надо, то что для этого нужно делать. И недаром приглашены в первую очередь регионы, потому что опыт как раз имеют регионы. И я думаю, почему они этот опыт имеют, потому что у них более гибкие всё-таки региональные, будем говорить, законодательные и исполнительные власти.

Поэтому я прошу начать выступления, приглашено 114 человек, зарегистрировано 87. Количество субъектов Федерации: приглашено 32, зафиксировано 27. Я считаю, это всё правомочно.

Слово передаю Белякову Сергею Юрьевичу – Министерство экономического развития Российской Федерации, он представитель министерства, отвечающего за государственную политику, я так считаю, по частно-государственному партнёрству.

Беляков С. Ю. Я постараюсь быть кратким, потому что нас, представителей правительства, часто справедливо упрекают в том, что мы много чего говорим, много предлагаем, но по многим вопросам, о которых мы говорим, мы не являемся специалистами, экспертами.

Так вот я сегодня пришёл для того, чтобы поменьше говорить и побольше послушать позицию регионов, профессионалов-экспертов, кто занимается и государственным здравоохранением, и частным бизнесом в этом секторе и кто может подсказать, правильно ли мы для себя идентифицируем проблему, а главное, что нужно делать.

Для меня не стоит вопрос нужно ли развивать механизмы частно-государственного партнёрства в сфере здравоохранения. Ответ на этот вопрос у меня очевиден – обязательно нужно. По двум причинам, даже по одной причине. Охрана здоровья населения – это одна из важнейших социальных функций, которая закреплена за государством, и ни в одной стране мира, за исключением, может быть, таких стран как Куба, до недавнего времени СССР, государство не справлялось с этой функцией.

И мне кажется, никаких иллюзий по поводу того, возможно ли пытаться справиться с этим грузом (не в смысле какого-то такого уничижительно-го представления о том, что это такое, а с тем, насколько тяжело исполнение этой функции), не может быть. Поэтому частный капитал здесь нужен, но частный капитал не только в виде инвестиций, в виде денег, а в виде качества услуг, которые способен предоставить частный капитал, в виде компетенции, в виде новых технологий, управленческих, и не только управленческих.

Я сразу скажу, я не являюсь специалистом в области здравоохранения, именно на здравоохранение у меня, может быть, дилетантский взгляд, поэтому прошу меня за это простить, и поэтому много времени отнимать не буду, я про развитие институтов частно-государственного партнёрства могу много порассуждать.

У нас есть опыт Российской Федерации по реализации частно-государственного партнёрства в разных секторах, в первую очередь это создание транспортной инфраструктуры. У нас, когда начиналась эта история с концессионными соглашениями, а в России всё ЧГП – это в основном концессионные соглашения, они были характерны для таких крупных мегапроектов, транспортных в основном. Мы там много себе шишек набили, но и опыт хороший получили.

В результате вместе с коллегами – депутатами Государственной Думы – были внесены несколько лет назад поправки в законодательство о концессионных соглашениях, которые позволили реализовывать эти проекты не только на федеральном уровне, а на муниципальном и на региональном. И основной прорыв по количеству и качеству такого рода соглашений, концессионных соглашений, у нас произошёл именно на местном уровне. Это хорошо. Я думаю, что и проекты в сфере здравоохранения, наверное, пойдут по этому принципу.

Во-первых, регионам виднее и понятнее, что делать и как делать, и многие правила, которые можно регулировать на региональном уровне, они более относятся к жизни, чем законодательство федерального уровня, которое не учитывает ряд особенностей, специфики и так далее.

Сейчас в Государственной Думе находятся поправки в тот же закон о концессионных соглашениях, который предусматривает возможность заключать так называемые долгие контракты – контракты жизненного цикла их называют. Основная суть этих соглашений в том, что у нас для инвестора не разрывается лот на несколько составляющих: на строительство, эксплуатацию, что в ситуации оказания услуг в здравоохранении, мне кажется, принципиально важным. Потому что мы внимательно изучили международный опыт. И тут тоже велосипед, наверное, изобретать не надо.

Я абсолютно согласен, вопрос не только в доступности услуг, в количестве медицинских учреждений, наличии инфраструктуры медицинской. Вопрос ещё к качеству услуг. Мало построить госпиталь, мало построить больницу и передать её на баланс тому или иному учреждению здравоохранения, ещё хорошо бы привлечь специалистов и снизить нагрузку на государство в плане управления этими центрами.

Тут ключевой вопрос, как мне кажется, это вопрос мотивации частного инвестора и решения вопроса финансовой составляющей этих услуг. Потому что это социальная функция, и население не всегда готово оплачивать рыночную стоимость услуг, особенно если услуги связаны с эксплуатацией дорогого оборудования. И стоимость персонала, который занят в частных клиниках, она тоже дорогая, её надо как-то компенсировать, как-то поддерживать эту деятельность. Не всегда основная масса населения может обеспечить эти финансовые потоки, доходность этого бизнеса. В этом смысле государство всё равно должно компенсировать инвестору понесённые затраты и обеспечить какую-то доходность. Без рентабельности этого бизнеса никакого частного инвестора в этом секторе не будет.

Вот как это сделать, это вопрос, у меня на него однозначного ответа нет. Как увязать систему обязательного медицинского страхования с добровольным медицинским страхованием? Как заключать соглашения того или иного

уровня власти с частными инвесторами в этом секторе? Насколько международный опыт, а он разный – есть опыт Великобритании, англосаксонская система права, есть континентальный опыт – применим к России? Есть ли специфика какая-то в России, которая заставит нас в чём-то использовать опыт международный, а в чём-то идти своим путём?

Вот это все вопросы, на которые я бы хотел сегодня, ну если не получить ответ, то какую-то картинку для себя составить. Почему это важно сейчас? Потому что мы, это хорошая новость, потому что мы как министерство готовим пакет поправок в законодательство о частно-государственном партнёрстве.

У нас задача максимально расширить зону применения проектов частно-государственных. Сейчас они в недостаточной степени реализуются. Это проблема и действующего законодательства, и пробелов в правовом поле, которые не позволяют использовать те механизмы, которые в мировой практике наработаны. Кажется, это первый шаг в этом направлении, но он явно недостаточный. Нужно ли вносить отдельный закон о частно-государственном партнёрстве, где предусматривать возможность его распространения на социальные функции, чего у нас пока, к сожалению, нет, а вся Европа уже, кто-то раньше, кто-то позже, идёт по этому пути. Или достаточно поправок в действующее законодательство.

Это такие более технократичные вопросы, но для того, чтобы на них ответить, нужно понимать специфику ЧГП в разных секторах. Такие отрасли как образование, здравоохранение, с которыми каждый человек сталкивается в течение долгого периода времени, практически всей жизни, они специфичны и требуют особого урегулирования.

Вот насколько эти особенности нужны и какие их нужно прописать, это вопрос. С этими вопросами я пришёл сегодня сюда. И я тут, скорее, как потребитель той информации, которую вы, как носители этих знаний, можете нам предоставить. И спасибо большое за приглашение.

И последняя ремарка. Вы сказали о том, что вы в здравоохранении давно, я там вообще никогда не был. Но каждый из нас, даже тот, кто не занимался профессионально здравоохранением, с системой здравоохранения сталкивается с рождения и в качестве родителя, и в качестве потребителя услуг. Поэтому, наверное, у нас у всех есть достаточно адекватное представление о том, какова ситуация сейчас в здравоохранении.

Поэтому никаких сомнений в том, что сюда нужно привлекать капитал. Никаких сомнений в том, что никаких государственных инвестиций сюда достаточно быть не может. Нашу задачу, свою задачу я вижу таким образом: создать максимально комфортные, приятные условия, благоприятные для того, чтобы частный капитал на этот рынок входил.

То, что он высокодоходный потенциально для инвестора, это совершенно точно. Как обеспечить эту доходность – это вопрос. И как сделать так, чтобы услуги, которые оказывает частный инвестор, соответствовали стандартам медицинского образования с возможностью повышать эти стандарты, которые, на мой взгляд, сейчас в России можно написать. Есть стандарты, которые на бумаге, и есть стандарты, с которыми мы все сталкиваемся, когда получаем те или иные услуги.

Вот как повысить стандарты? Механизмы частно-государственного партнёрства – это, всего-навсего, механизмы. И тут нужно говорить о какой-то системной политике государства по привлечению частного капитала в этот сектор, но сопряжённой с достаточно жёсткими требованиями к тому, как, куда этот капитал должен приходить и какие услуги соответствующие учреждения должны оказывать.

Председательствующий. Что порадовало? Что действительно в Минэкономразвития России зреет пакет законопроектов, направленных на развитие, государственная такая, будем говорить, стратегия развития частно-государственного партнёрства и, в том числе, в социальной сфере.

Я вот уже даже написала в предложения к рекомендациям – это недостаточность правовой базы, способной эффективно регулировать взаимодействие частных партнёров и государства в рамках совместных проектов. И главное – это хорошо, что идёт параллельно. Сегодня уже и закон об охране здоровья говорит о частной медицине, закон об ОМС говорит уже о частной медицине. Это тоже всё очень хорошо.

И самое главное, тоже порадовали, я тоже написала: недостаточность существующих долгосрочных гарантий инвесторам. Это долгосрочные, конечно, договора.

И я хочу слово передать Колесникову Сергею Ивановичу – советнику президиума Российской академии медицинских наук.

Колесников С. И. Немножко облегчает мою функцию и упрощает то, что у вас в розданных материалах есть моя статья, которая почти что года три назад была написана, но своей актуальности она, по-моему, до сегодняшнего дня не потеряла.

Прежде всего, государственно-частное партнёрство, на мой взгляд, направлено преимущественно на повышение эффективности и доступности здравоохранения. Это важнейшая задача, которая поставлена достаточно давно, но решение этой программы стало возможным только сейчас.

У нас есть некоторые проблемы в здравоохранении, одна из них вот этот шестой пункт – это слабое развитие в системе здравоохранения частно-государственного партнёрства.

И то, что нужна программа такого частно-государственного партнёрства, которой нет реально на бумаге, что называется, твёрдой копии этой

программы нет на сегодня. Согласование интересов частного бизнеса, государства, экспертного сообщества, бизнес-сообщества – вот этой программы пока не существует. То есть она не формализована.

А в целях реформирования здравоохранения она просто необходима, потому что нам нужно и повысить качество, и оптимизировать госрасходы. Частный бизнес часто имеет больше опыта в этом, сейчас у нас есть уже частные системы здравоохранения, а не только наша государственная, так скажем, публичная, как её называют за рубежом, публичная система здравоохранения. И это один из инструментов, в том числе, ликвидации диспропорций в системе здравоохранения.

Формы какие есть государственно-частного партнёрства?

Дело в том, что мы не можем опираться на международный опыт. Я объясню почему. Там понимается достаточно узко, что такое государственно-частное партнёрство. Это, как правило, либо строительство объектов за счёт государственных средств, либо передача в управление того, что уже есть у государства. Вот и всё. Две проблемы, которые называются частно-государственным партнёрством.

У нас несколько по-другому мы воспринимаем частно-государственное партнёрство. И есть формы, уже существующие в нашей стране, ориентированные на коммерцию: это власть и частные структуры, которым государство даёт деньги и говорит: вы, пожалуйста, их расходуйте и управляйте или покупайте, или что-то делайте с ними. Потом учреждения разных форм собственности – это тоже частно-государственное партнёрство, когда заключаются хозяйственные или коммерческие договоры между учреждениями разной формы собственности. Это тоже фактически частно-государственное партнёрство.

И есть некоммерческий сектор частно-государственного партнёрства, неправительственные организации, которые сейчас поддерживаются государством. Вы знаете, что полтора миллиарда было, а сейчас, по-моему, 1 миллиард 250 миллионов тратится на неправительственные организации, которые государство поддерживает, благотворительные, естественно.

И появились саморегулируемые организации. Это что-то среднее между коммерческими и некоммерческими организациями, которые объединяют разные формы собственности.

И фактически частные интересы, и государственные интересы в сфере здравоохранения часто сочетаются, за одним только исключением. А это исключение, что государственные организации до закона № 83-ФЗ не имели вообще-то задачи извлечения прибыли и коммерциализации, а для частных основное, естественно, это получение прибыли. Понятно, да? Это вот

единственное различие, во всём остальном они вроде бы имеют одни и те же цели.

Есть разные формы. Я тут их просто быстро пролистну. Главное, что нам мешает, что у нас нет единой системы здравоохранения. Несмотря на то, что закон об охране здоровья постулирует вертикализацию системы здравоохранения и её объединение в единый такой блок из трёх блоков: государственный, региональный и муниципальный блоки. Но опять мы забываем, что мы частную систему здравоохранения только через стандарты, правила и нормы вводим. В большинстве стран мира регулируется вся система здравоохранения и ты не можешь даже вот в Израиле открыть клинику новую, если ты не закрыл такие же койки в государственной или в другой системе здравоохранения. То есть это очень хорошо балансирующая система, где частный капитал понимает, что если он вложит деньги в эту систему, то он неизбежно получит отдачу, потому что у него не будет суперконкуренции. Это важнейшие принципы государственного регулирования, иначе невозможно.

Государственных клиник до 2009 года становилось всё меньше и меньше как и амбулаторно-поликлинических учреждений, сейчас стабилизировался этот поток, а частных всё больше и больше становится. Это показывает лицензирование этих организаций. И уже до 40 процентов даже бедных слоёв населения уже обращаются за услугами в частную систему здравоохранения. То есть эта система уже живёт, её уже захлопнуть невозможно.

Наиболее крупные негосударственные медицинские структуры мы все знаем. Это ОАО «РЖД», «Мед-СИ», ОАО «Медицина», Европейский медицинский центр, стоматологические клиники узкопрофильные, клиники самые разнообразные, объединение ассоциаций частных клиник, и сейчас появились ещё такие своеобразные диализные центры. Сейчас модное направление, когда можно вложить деньги частному инвестору, а потом всё время получать прибыль, которая идёт за счёт региональных систем здравоохранения и, допустим, диализных расходных материалов. Это вот очень сейчас популярная сеть, которая в нашей стране развивается. Ну и дополнительные партнёры есть у нас, которые называются разнообразными компаниями медицинскими и фармацевтическими, которые как раз финансируют третий сектор: коммерческие организации, благотворительные организации, их довольно много.

Законов, которые связаны с регулированием государственно-частного партнёрства, их много. Но я бы остановился только на последних, которые приняты были в последние лет пять, которые способствуют развитию частно-государственного партнёрства. Прежде всего инвестиционные инструменты были созданы разнообразные, в том числе госкорпорации, венчурные ком-

пании, особые экономические зоны, банки экономического развития. Эти все инструменты, они как раз направлены на развитие частно-государственного партнёрства. То есть де-юре нет закона, а де-факто фактически разрабатываются инструменты, которые прямо направлены на государственно-частное партнёрство. И с ними связаны в том числе такие законы: закон № 94-ФЗ, корпорация «Медтехпром», то, что называется Ростехнологии, разрешение вузам и НИИ образовывать фактически венчурные компании, с использованием интеллектуальной собственности. И появилось постановление правительства о концессионных соглашениях в здравоохранении.

Оно, к сожалению, практически не используется. Я знаю всего два или три успешных опыта в стране. И то их тут же начинают давить, как в Казани это происходит, в Татарстане, потому что они начинают конкурировать достаточно реально на поле нашем медицинском, и их стараются как можно быстрее задуть. Но будем надеяться, что если закон появится, то этого не будет.

Есть законы, которые тоже способствуют явному развитию. Это ФЦП «Развитие фарм- и медпромышленности». Это разрабатываемая сегодня государственная целевая программа по биотехнологиям. Это, естественно, закон об охране здоровья. Он прямо направлен на развитие частно-государственного партнёрства, потому что он выравнивает формы собственности — собственность бюджетную и собственность частную, и даёт возможность притока государственных денег как раз в частные системы здравоохранения. И особенно сейчас может помочь программа модернизации здравоохранения. И тогда станет возможным и концессионные соглашения тоже продвинуть вперёд. Это мне так кажется. Потому что там три сектора, во всех трёх секторах может участвовать частный капитал. И в выполнении стандартов, информатизации — особенно, и реконструкции, и переоснащении медицинских учреждений. И, конечно, огромное поле для частно-государственного партнёрства — это развитие системы непрерывного медицинского образования. Вот здесь, на мой взгляд, очень большие перспективы для частных инвесторов, но, правда, не в том варианте, который показывают по телевизору, рассказывая как торгуют дипломами, тут должен быть серьёзный контроль.

Ну и констатируя, можно сказать, что пока нет такого единого закона о частно-государственном партнёрстве. Я, допустим, сторонник того, чтобы такой закон был, если хотите моё экспертное мнение. Потому что нам нужны изменения, которые стимулируют развитие ГЧП в сфере здравоохранения, провести. Это и способствование лучшему использованию собственности, это налоговые послабления, это создание условий для притока частного капитала в сферу здравоохранения, когда его освобождают так же, как в особых экономических зонах на десять, допустим, лет от налога на прибыль.

Там масса инструментов, я не буду о них говорить подробно, вы их видите, и, в общем-то, можете о них судить.

Ну а важно что? Чтобы Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации всё-таки разработало совместно с бизнес-сообществом программу развития государственно-частного партнёрства. Потому что просто так, сверху, его не насадить и должно быть с участием, естественно, экспертов из бизнес-сообщества. И разработать, естественно, ту «дорожную карту» налогового законодательства, которая бы этому способствовала. Ну а всё остальное – это уже, что называется, насколько активно будет наше сообщество, и медицинское и бизнес-сообщество, во внедрении этих принципов в жизнь.

Председательствующий. Следующий, кому я хотела бы дать слово – это Гурдус Владимир Оскарович, председатель совета директоров ЗАО «Рекавери-групп».

Гурдус В. О. Два года назад проходил предыдущий «круглый стол», посвящённый проблематике государственно-частного партнёрства, определённые изменения произошли, но есть много вопросов, которые можно было бы сегодня обсудить и затронуть, которые свою актуальность не только не утратили, а приобрели даже в большей степени, чем раньше.

Почему нужны инвестиции в здравоохранение? На сегодняшний день, если рассматривать по гамбургскому счёту, то необходимо построить порядка 500 региональных больниц, потратить на реконструкцию здравоохранения свыше 2 триллионов рублей, если идти обычным традиционным способом. Мы хотим довести уровень здравоохранения, материальной базы здравоохранения до средневропейского уровня, значит, берём то, что есть, начинаем реконструкцию, и вот порядка 80 лет у нас уйдёт на то, чтобы всё реконструировать, исходя из текущих бюджетных возможностей.

Значительная часть существующей медицинской инфраструктуры была построена довольно давно и морально устарела. Бизнес этот сам по себе является весьма капиталоемким.

Несколько примеров из международной практики развития системы здравоохранения. Более 600 миллиардов фунтов стерлингов планируется вложить в систему здравоохранения Великобритании по контрактам жизненного цикла, которые уже упоминались сегодня. С 4 процентов до 22 процентов возросла доля частно управляемых лечебных учреждений в Германии за последние 10 лет. Это учреждения, которые государство передаёт в концессию или продаёт за 1 евро под управление частным инвесторам, которые проводят соответствующие реконструкции. Есть интересные примеры в Швеции, в Австралии, в Новой Зеландии. В принципе, можно сказать, что модель государственно-частного партнёрства является одной из существ-

венных моделей развития системы здравоохранения многих стран. Я могу констатировать, что в странах с развитой экономикой государственно-частное партнёрство в области здравоохранения стоит на первом месте из всех вариантов государственно-частного партнёрства. Обращаю внимание представителей Минэкономразвития России, если мы хотим приблизиться к развивающимся странам, нам надо обратить на это внимание.

Частные инвестиции, как механизм модернизации здравоохранения. Как уже было сказано, и это абсолютно рационально, частные инвестиции придут в эту индустрию при условии, что эти инвестиции обеспечат определённый возврат на вложенный капитал. Все понимают, что это инвестиции не спекулятивного характера, это долгосрочные проекты на 20 и более лет. Но тем не менее даже в 20-летней перспективе возврат на вложенный капитал должен быть адекватно обеспечен финансовой моделью развития такой системы.

Предпосылки реализации механизмов государственно-частного партнёрства в здравоохранении. Первое. Введение адекватного тарифа оплаты медицинской помощи, полноценного тарифа, который должен включать в себя не только простое воспроизводство, оплату зарплаты, налогов и так далее, и так далее, но и возврат тех инвестиций, которые потрачены на строительство данного лечебного учреждения, то есть расширенного воспроизводства. Без решения этой проблемы (её можно решать разными способами: внедрение в тариф на медицинские услуги, целевым финансированием или ещё чем-то) никакие инвестиции в здравоохранение не пойдут. Уравнивание частных и государственных медицинских учреждений в вопросах реализации государственных программ, в том числе медицинского страхования и системы здравоохранения.

Да, в этом плане сделаны весьма серьёзные шаги, скажем, законом о медицинском страховании. Но есть существенные различия, связанные с тем, что частные инвесторы, естественно, платят и будут платить аренду за помещение, которое снимается под медицинские услуги, налогообложение несколько отличается и так далее. То есть окончательного выравнивания, наверное, никогда не произойдёт, но тем не менее движения в этом направлении будут стимулировать развитие государственно-частного партнёрства.

Многолетние контракты полного жизненного цикла – это один из наиболее действенных юридических механизмов долгосрочной защиты прав инвестора, который осуществляет инвестиции в здравоохранение. На сегодняшний день не существует, ну скажем, абсолютного доверия со стороны особенно западных инвесторов к долгосрочным инвестициям в Российскую Федерацию. Это может быть одним из шагов, который данное доверие увеличит.

И, наконец, стимулирование и привлечение управляющих компаний российских и иностранных к управлению существующими государственными объектами в системе здравоохранения. Считаю, что сам факт привлечения западной управляющей компании к одному, к двум-трём проектам может дать серьёзную пищу для размышления и серьёзную пищу для сравнения эффективности управления в разных моделях. Поэтому призываю к экспериментированию в данной области.

То, что непосредственно касается сегодняшнего «круглого стола»: необходимы изменения в законодательной базе. Как я уже говорил, первое необходимое изменение – это принцип формирования тарифов на обязательное медицинское страхование. У Минздравсоцразвития России существуют планы в 2015 году перейти на полный тариф, но я не знаю на сколько.

Из-зала. на 13.

Гурдус В. О. 13, ну ещё лучше. Насколько этот полный тариф позволит возместить инвестиционные затраты? Я думаю, что на этом этапе вряд ли позволит. Но не хочу заниматься досужими размышлениями на эту тему. Просто обращаю внимание, что это является необходимым, но недостаточным условием для того, чтобы система заработала.

Любые налоговые льготы в отношении инвестиций в здравоохранение – освобождение от НДС, налога на прибыль на какой-то период времени, льготное предоставление земельных участков и инфраструктуры для строительства лечебных учреждений – всё это не придуманные для данного уважаемого собрания, а существующие в мире механизмы, стимулирующие инвестиции в здравоохранение. Их можно применить, государство может дать сигналы инвесторам о том, что хочет привлечения инвестиций в эту отрасль. И соответственно это повлияет на решение инвесторов.

Отнесение платежей предприятий за ДМС сотрудников на себестоимость, возможность зачёта средств в ОМС при покупке полиса ДМС, возможность уменьшения НДФЛ на суммы, потраченные на лечение гражданами и членами их семей. Возможность использования механизма ГЧП в развитии управления бюджетными государственными и муниципальными лечебными учреждениями. И, наконец, возможность заключения концессионных договоров и договоров полного жизненного цикла.

Так как данный презентационный материал остаётся как бы в распоряжении «круглого стола», я позволю себе дальше его не расшифровывать, не комментировать.

Председательствующий. Сергей Юрьевич Беляков рвётся в бой по поводу этого выступления, некоторые замечания.

Беляков С. Ю. Комментарии по поводу того, что здравоохранение нужно поднимать в сферах, где частно-государственное партнёрство используется как основной механизм, вообще сомнения нет. Я вначале об этом

сказал. И опыт международный мы, конечно, знаем. Например, в Британии около 15 процентов всех проектов ЧГП – это именно проекты в сфере здравоохранения.

А по поводу сигнала, который государство может дать частным инвесторам, это уже сделано. Не считаем, что этого достаточно, но такой сигнал уже дан. У нас с 1 января 2012 года от налогообложения освобождена прибыль организаций, которые оказывают услуги в сфере здравоохранения. И образования. Там ещё были эти поправки. Но мы сегодня про здравоохранение. Хотя есть, да, в образовании, в этой части тоже.

И мы сознательно идём на то, чтобы стимулировать приход частных инвесторов и расширять частный бизнес в этих секторах, которые традиционно были за государством, у нас, по крайней мере, закреплены. Мы, конечно, будем двигаться в этой триаде (последний слайд, который вы показали). Но у нас традиционна была эта сфера за государством закреплена. Мы не можем сразу совершить скачок. Мы туда запускаем инвесторов. Они приходят. Говорят, что им нравится, что не нравится. И помогают. Вот вы нам помогаете формировать меню мер, которые нужно дальше принять. Но по налогам мы уже некоторые вещи сделали.

Гурдус В. О. Спасибо. Мы уже этому радуемся и пользуемся.

Председательствующий. Слово хочу предоставить Глубоковской Эльвире Гусейновне – депутату Государственной Думы, члену Комитета по природным ресурсам, природопользованию и экологии.

Глубоковская Э. Г. Я работала в Комитете Государственной Думы по охране здоровья прошлого созыва. И с удовольствием принимаю участие в данном обсуждении.

Хочу сказать, что, на мой взгляд, главное, на что должна быть ориентирована ситуация в частно-государственном партнёрстве, это достижение двух целей.

Первая – повышение эффективности и доступности здравоохранения для населения, в том числе за счёт инновационных прорывов, которые обеспечиваются частными инвестициями, за счёт создания непрерывной системы образования, о чём говорил Сергей Иванович Колесников, за счёт обеспечения медицинским оборудованием, фармацевтической продукцией отечественного производства.

И вторая, не менее важная цель – содействовать развитию предпринимательства в России именно в несырьевом секторе, потому что это главное условие экономического стабильного развития страны.

Вот, на мой взгляд, где наиболее перспективно сегодня.

Вот говорят о том, что в развитых странах сегодня ситуация действительно благоприятная, это всё понятно, но давайте не будем забывать сегодняшнюю социально-политическую ситуацию в стране.

В частности, подавляющее большинство россиян сегодня испытывает страх перед приватизацией медицинских учреждений, перед управлением медицинскими учреждениями частными компаниями.

Мы с Татьяной Владимировной Яковлевой очень хорошо эту ситуацию знаем, потому что страх этот раздувался оппозицией во время выборов в Государственную Думу, во время выборов президента. И люди просто боятся лишиться бесплатного медицинского обслуживания.

Эту ситуацию мы должны учитывать. И поэтому при любом обсуждении наших инициатив надо привлекать гражданское общество, надо привлекать потребителей медицинских услуг, надо привлекать общественные организации, и только после этого принимать решение.

Если говорить о сферах применения, то тут достаточно подробно было сказано, на мой взгляд. Вот мы упустили такую сферу, как хранение, утилизация медицинских отходов, потому что это очень важная сфера для взаимодействия в области частно-государственного партнёрства.

Не менее важная, конечно, фармацевтическая и медицинская промышленность. Мы знаем, есть концепция до 2020 года. И давайте не будем забывать, как нам нужно создавать свои препараты, не только дженерики, что создавать их нужно с самого нуля, и насколько дорогостоящие это экспериментальные исследования, и каких денег они требуют – никакой частный российский инвестор таких денег дать не может.

Но государство говорит в этих концепциях, что готово на экспериментальном этапе, на самом дорогостоящем, использовать и венчурные фонды, и другие возможности, для того чтобы развивать это направление. А уже на этапе доклинического и клинического испытания, производства пусть подключается частный инвестор.

Очень эффективно частно-государственное партнёрство при создании медицинских кластеров. Вот в Обнинске центр, на Дальнем Востоке. Представителем в Государственной Думе я являюсь от Дальнего Востока, у нас на базе ДВФУ строится Центр высоких медицинских технологий, здесь частный инвестор – «Гута-Капитал», и «Ростехнологии». Потрясающий центр получается, будет конкурировать с корейским, сингапурским, то есть это уже успешный пример.

Действительно, пока что можем похвастать только диализным оборудованием, которое строится на основе частно-государственного партнёрства. У «ЕДИНОЙ РОССИИ» есть даже программа о совершенствовании помощи детям, больным хронической почечной недостаточностью, когда инвесторы за свой счёт, в том числе и в Приморском крае, практически во всех городах построили такие диализные центры. И во Владивостоке, и в Уссурийске, в Находке. Люди счастливы, раньше они были обречены, а теперь могут дожидаться пересадки почки.

Но хочется отметить, что на сегодняшний день именно от Минздравсоцразвития России исходило много инициатив очень важных, в том числе закон о здравоохранении, об ОМС – теперь новые порядки, стандарты оказания медицинской помощи, всё это привело к унифицированности оказания медицинской помощи. И что теперь можно в рамках государственных гарантий финансировать и частные медицинские учреждения – это тоже один из элементов частно-государственного партнёрства.

На сегодняшний день нужно, конечно, совершенствовать законодательную правовую базу, но нужно обратить внимание на закон № 94-ФЗ.

Потому что если мы говорим о мотивации, если мы говорим о привлечении инвестиционного капитала, в регионах. Допустим, в Калужской области вот производят медицинское оборудование, и они готовы его поставлять в регион по льготным ценам. Но ведь тут правительство Калужской области чем-то нарушает законодательство, потому что оно даёт правительственные гарантии, оно даёт преференции налоговые, при этом делает всё, так что закон нарушается.

Поэтому нам нужно привести в соответствие всё, что сегодня есть для оптимизации условий, которые бы позволили мотивацию для развития частно-государственного партнёрства в России создать, развить. Ну, конечно, до таких высот, как вот говорил уважаемый оратор, нам ещё долго. Давайте доживём до того, чтобы финансирование нашего здравоохранения составляло такие проценты от ВВП, как в той же Англии и Германии, где уже 22 процента лечебно-профилактических учреждений управляется частными компаниями.

Дорофеев С. Б. (председательствующий) Верещагина Ольга Николаевна – директор по работе со стратегическими партнёрами компании «Джонсон и Джонсон» об опыте первого в мире государственно-частного партнёрства в сфере медицинского последипломного образования в Казани. Недавно был, слышал, но не видел. А теперь услышим и, может быть, даже увидим, да?

Верещагина О. Н. Действительно, у нашей компании есть позитивный опыт реализации частно-государственного партнёрства, и это, пожалуй, единственный опыт, о котором мы знаем, в здравоохранении, в частности, в сфере подготовки медицинских кадров. И хочется поделиться этим опытом, рассказать, сказать, какие условия, нам кажется, важны для реализации подобного проекта.

Первое. Хочется отметить, что действительно частно-государственное партнёрство – это тот механизм, который позволит наиболее эффективно использовать ресурсы и государственные, и ресурсы частных компаний, в этом нет никаких сомнений. При этом в таком процессе биологического

симбиоза есть некие факторы, которые необходимы для того, чтобы вот эти проекты были действительно эффективными.

Первое. Это наличие целей и задач, которые одинаково важны как для государства, так и для частных компаний. То есть обе стороны должны быть очень заинтересованы в том, чтобы проект состоялся. В нашем случае со стороны государства – потребность в подготовке кадров для высокотехнологичной медицины. С точки зрения компании – это развитие рынка, на котором мы работаем. То есть опять же подготовка специалистов, которые владеют методиками.

Второй аспект, это наличие уникальной экспертизы у каждой из сторон. Либо экспертизы, либо навыков, либо каких-то возможностей, которые вот совместно приводят к позитивному результату. В нашем случае со стороны государства – это опять же определение потребностей и возможности реализации этого проекта, административная поддержка, со стороны компании это опыт реализации коммерческих проектов, опыт управления проектами и опыт создания именно таких тренинговых центров. У компании «Джонсон&Джонсон» есть глобальная экспертиза, у нас во всём мире уже запущено и работают 20 таких центров. Поэтому мы очень активно этой экспертизой пользовались.

Ещё один очень важный момент – это наличие законодательной базы. Сегодня все, по-моему, отметили то, что действительно есть какие-то проблемы. Нам крайне сложно было выбрать ту легальную структуру, которая способствовала бы развитию этого проекта. Мы в результате выбрали структуру некоммерческого партнёрства. И, по сути, де-факто мы представляем собой частно-государственное партнёрство, то, о чём говорил Сергей Иванович. Де-факто, да, мы партнёры, де-юре по текущим определениям это не структура частно-государственного партнёрства, потому что при анализе мы поняли, что основная форма предполагает концессионные соглашения, направленные на развитие именно крупных инфраструктурных проектов, не применимых, например, к нашей области.

Ещё один аспект, наверное, самый важный по нашему опыту, это активная поддержка на уровне исполнительной власти. При наличии такой поддержки и желания с обеих сторон можно решить любую проблему – и проблемы в законодательной базе, и проблему с ресурсами, все проблемы можно решить, было бы желание. И со своей стороны могу сказать, что мы чётко понимаем, что без мощной поддержки административной со стороны Министерства здравоохранения Республики Татарстан и на многих этапах Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, этот проект бы не состоялся, это было бы невозможно. То есть наличие этой воли государства крайне важно.

Ещё один аспект, который бы хотелось отметить, это так называемый сигнал частным инвесторам, то, о чём говорил Сергей Юрьевич. Когда мы защищаем инвестиционный проект (мы, я имею в виду «Джонсон&Джонсон Россия»), защищаем инвестиционные проекты перед своим глобальным руководством, мы получаем, в первую очередь, массу вопросов относительно инвестиционного климата в России и имиджа России. Что происходит? Зачастую наши иностранные коллеги знают о России только то, что проецируют средства массовой информации за рубежом, CNN, BBC, ведущие аналитические агентства. И, как правило, я с сожалением готова это признать, это большой поток всё-таки негативной информации. И с этим, мне кажется, надо как-то работать, потому что это то, что делают страны, которые успешно привлекают иностранные инвестиции. Малайзия, Индонезия, Турция, Филиппины – любая страна, которая хочет привлечь иностранный капитал, активно проводит такие мощные международные пиар-кампании. Я могу сказать, что для нас это была бы существенная поддержка.

Кратко хочу рассказать о непосредственно самом проекте. Этот проект показал ещё более существенные результаты. Сегодня как раз открывается очередной такой блок-модуль – это ветеринарная лаборатория, где будут отрабатываться навыки на животных, то есть это такой новый этап, что делает этот центр ещё более уникальным.

С точки зрения экспертизы, которую привнесли «Джонсон&Джонсон» и государство, я уже отметила, что со стороны «Джонсон&Джонсон» это именно управление проектами в области образования, ну а от государства, естественно, мощная была поддержка со стороны министерства Республики Татарстан. Вот эта административная поддержка была ключом.

И просто хотела бы остановиться на результатах. С момента открытия этого центра в 2008 году уже более двух тысяч врачей подготовлено по курсам повышения квалификации. Это сертифицированные курсы. Больше 16 тысяч человек посетили различные научно-практические мероприятия. Центр оснащён в соответствии с самыми лучшими образцами западными. Этот проект очень успешный, эффективно развивается.

Спасибо большое за приглашение выступить. Я считаю, что это очень важная площадка для того, чтобы бизнес и представители власти могли вот так вести диалог.

Дорофеев С. Б. Ольга Николаевна, первое, поскольку вы несколько раз сказали – «благодаря министерству и хорошим взаимопониманиям», я понял, что любовь хороша только тогда, когда она взаимна. Правильно?

Верещагина О. Н. Правильно.

Дорофеев С. Б. А во-вторых, у меня такой прямой вопрос: извините, а вот ваш коммерческий интерес какой в этом? Если только вот прагматично сказать, коротко.

Верещагина О. Н. Это коммерчески неуспешный проект для тех, кто как раз пытается оценить коммерческую успешность этого проекта. Коммерчески неуспешный проект с точки зрения нашей компании. Мы не ставили перед собой эту задачу. Задача была – это именно развитие рынка. Я очень люблю, знаете, приводить эту аналогию. Прежде чем продавать дорогие ручки «Паркер», необходимо научить людей ими пользоваться. В принципе, любой ручкой или карандашом они должны уметь пользоваться, только после этого мы можем продать какую-то дорогую ручку. Абсолютно этим мы и занимаемся. Для нас – это центр, это возможность развития рынка, на котором мы работаем.

Председательствующий. Слово хочу предоставить Бураковой Наталье Ивановне – начальнику департамента образования Ивановской области.

Буракова Н. И. Я несколько слов хотела бы сказать, уважаемые коллеги, о проекте, который мы реализуем на стыке двух отраслей: и образования, и здравоохранения с участием частно-государственного партнёрства.

Я хотела бы поддержать предыдущего коллегу в том, что действительно у нас также наше частно-государственное партнёрство осуществляется де-факто, но де-юре мы, я думаю, тоже не могли бы это назвать.

Я хочу сказать, что безусловным приоритетом развития системы образования Ивановской области является формирование здорового образа жизни. И в Ивановской области сложилась модель формирования здорового образа жизни, в которую входят, естественно, школы, как социальный институт, где формируется целостная система личности, лечебные учреждения, общественные инициативы, мы их так называем, и государственно-частное партнёрство.

У каждого института есть свои базовые принципы работы. Я не буду их называть и остановлюсь на государственно-частном партнёрстве. Что входит вот в эту систему государственно-частного партнёрства? Это важнейший ресурс, как я сказала, и частно-государственное партнёрство департамент образования осуществляет с медицинской компанией «Медикум». Она у нас работает в Ивановской области. В рамках частно-государственного партнёрства мы реализуем несколько проектов. Вот, в частности, создан областной центр здоровья для педагогов, для учащихся, для школьников. Мы открыли областной оздоровительный центр для педагогов и учащихся. Практически во всех средних школах уже введена система автоматизированной программы «Мониторинг здоровья школьников».

Что очень важно? Мы этот проект называем «Школьная телемедицина». Вот в принципе на картинке представлена сама карта. Цель этого проекта – разработка индивидуальных рекомендаций оздоровления для ученика, учи-

телей, классных руководителей, родителей и оказание консультационных услуг, в том числе и для родителей.

Результаты. Не буду долго задерживать внимание. Всё же несколько слов скажу, что позволяет автоматизированная программа. Это формирование единой базы «Здоровье учащихся, первые, пятые и десятые классы», вот как раз самые сложные периоды. Мы выдаём заключение, вернее, центр выдаёт заключение о состоянии здоровья школьников и рекомендации по коррекции нарушений. Относятся дети с группой риска по формированию той или иной патологии к той или иной группе, и проводится скрининг-диагностика ряда заболеваний.

Каковы результаты проекта? Самый главный результат – значительно улучшились показатели здоровья школьников, и вы можете их увидеть на слайде. И улучшились показатели физической подготовленности школьников. Я такие цифры приведу: с 25 процентов до 15,7 процента уменьшилось количество детей с низким уровнем развития координации движений. С 45 процентов до 32,9 процента уменьшилось число школьников с низким уровнем силовых качеств. И с 30 до 11,4 процента уменьшилось число школьников с низким уровнем скоростных качеств. Это главный результат проекта. Но здесь мы показываем и работу волонтеров. Конечно, с нами работает очень много волонтеров. Мы проводим различные акции, различные соревнования.

И ещё один результат нашего проекта. Мы стали стажировочной площадкой в рамках федеральной целевой программы «Развитие образования». Именно в предыдущем году, в 2011-м году, Ивановская область выбрана как стажировочная площадка. И сейчас мы обучаем на базе и центра здоровья школьников, и на базе нашего института развития образования команды, школьные команды, и команды медиков из разных территорий. Но, в частности, у нас были все наши ближайшие соседи – Владимир, Кострома, Ярославль и приезжала к нам Камчатка. И вот как раз именно участие в этом проекте, то, что мы стали федеральной площадкой, обсуждение серьёзного этого проекта, как раз и позволило выделить ряд проблем в частно-государственном партнёрстве.

Председательствующий. А вот, Наталья Ивановна, я и хотела обратить внимание: что дало правительство в Ивановской области, а что дал частник? Вот это самое главное. Да, давайте. И что вы сэкономили или не сэкономили. Без частной инвестиции вы бы построили этот центр оздоровительный или нет? Вы бы оздоровили столько педагогов и учеников? Пожалуйста. Сосредоточьтесь.

Буракова Н. И. Что даёт правительство Ивановской области. Во-первых, мы обеспечили здание. Мы отдали здание в аренду бессрочную. Мы

отдали ряд оборудования в аренду. «Медиком» – это программа, разработка программы, апробация и поддержка программы. Это консультирование и оздоровление, конечно, оздоровление и детей, и педагогов. Я не могу сказать, что мы всех подряд оздоравливаем, но у нас выбраны определённые группы. Мы ежегодно подписываем договор и в этом договоре очень чётко определяем обязанности сторон. Это пятисторонний, кстати, договор с нашими партнёрами, с частным партнёром, с «Медикомом». И все, кто участвуют, здесь, на слайде, обозначены департаментом образования, департаментом здравоохранения, вот все наши коллеги.

Что бы хотелось сказать? Действительно, в реализации федерального закона № 83-ФЗ определены очень чёткие требования к организации, к определению услуги. Я думаю, что без частного государственного партнёрства нам бы реализовать такой масштабный проект, тем более на стыке двух отраслей, скорее всего, не удалось бы. И вот этот проект как раз реализуется благодаря, в основном, тому, что у нас есть такая серьёзная взаимосвязь частно-государственного партнёрства.

Проблема. Проблема, наверное, в том, что каждый договор мы всё же подписываем ежегодно, я сказала, но каждый раз это творчество. Это творчество департамента, это творчество всех участников этого договора. Очень бы хотелось, чтобы были какие-то методические рекомендации к подписанию таких отношений. Очень хотелось, чтобы, может быть, был какой-то проект или какая-то форма была этого договора. И самое главное, что условия меняются. Понимаете, под эту проблему, под этот проект такие условия.

Что получается? Мы сейчас обсуждаем с другими территориями, с Владимиром, с Костромой, и, например, с Ярославлем. Они говорят: у нас другие условия. А под наши условия ваш проект (которым мы делимся и о котором мы рассказываем) не подходит. Поэтому практически каждый раз в любом случае это всегда творчество. И всё же хотелось, чтобы были какие-то рамки. Может быть, был какой-то проект, может быть, действительно, какая-то форма контракта была какая-то.

Дорофеев С. Б. Не очень понятно. Это благотворительный проект или это то, что называется частно-государственное партнёрство?

Буракова Н. И. Я уже сказала, что де-факто мы, наверное, всё же частно-государственное партнёрство, а де-юре скорее всего нет. Я не могу сказать, что это благотворительный проект. Наверное, всё же наша компания «Медиком» имеет от этого проекта тоже бонусы определённые. Потому что они получили здание с достаточно солидной площадью в бессрочную аренду.

Дорофеев С. Б. А за деньги?

Буракова Н. И. Да.

Председательствующий. Ну это она так не может, конечно.

Ну хорошо, здание отдали. А больше никак не помогаете? Не финансируете, не выделяете субсидии? Ну конкретно, на что-то же надо? На одном альтруизме далеко ведь не уедешь.

Буракова Н. И. У нас здание, оборудование и в рамках долгосрочной целевой программы «Развитие образования» у нас прописана строка – реализация, межведомственная система оздоровления школьников.

Дорофеев С. Б. На конкурсной основе участвуют?

Буракова Н. И. Естественно.

Дорофеев С. Б. На конкурсной?

Буракова Н. И. Начинали на конкурсной.

Дорофеев С. Б. А сейчас?

Буракова Н. И. А сейчас субсидии мы выделяем, у нас в рамках прописано, конкурс для образовательных учреждений идёт уже, для участия в этом проекте. Деньги наши, деньги департамента.

Председательствующий. Вопросы ещё есть? Спасибо.

Вот представляете, сколько практически вопросов возникает, как сделать частно-государственное партнёрство, чтобы это именно региону помогло осуществлять доступность и качество оказания медицинской помощи.

Очень много вопросов. И спасибо Сергею Борисовичу, что он так вёжливо спрашивал. Действительно всё красиво звучит. А как на землю спустишься, не знаешь, как приступить. Это абсолютно правильно. Поэтому я и позволила вот так конкретно, чтобы человек рассказал, простой, обыкновенный человек, который живёт в Ивановском, глубоко дотационном регионе.

Предоставляю слово Володину Валерию Дмитриевичу – председателю правления МОТ «Здоровье нации», генеральному директору ГК «Прополис».

Володин В. Д. Дело всё в том, что я в данном случае выступаю как генеральный директор компании «Прополис-сервис». И речь идёт о государственно-частном партнёрстве и о той конференции, которую мы провели при меньшем количестве депутатов Государственной Думы, но достаточно активно. И свои предложения мы разослали Президенту Российской Федерации и премьер-министру, в Государственную Думу послали, новому Председателю Совета Федерации. И вы знаете, что самое интересное? И все нам ответили: да, спасибо, что прислали. О законе мы тоже там говорили. Но все адресовали наши письма куда? В Минздравсоцразвития России.

Тогда мы связались с Минздравсоцразвития России и получили ответ, после 9 декабря. Мы услышали только одно, что, да, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации изучило ваш

вопрос, и в законе об обязательном медицинском страховании в полном объёме отражено то, что вас волнует.

И вот тут мы растерялись. И после этого я позвонил Калашникову С. В., связался с ним, присылал сюда письма, то самое решение и так далее.

И поэтому я ещё раз хочу сказать: большое спасибо Комитету по охране здоровья за то, что на это обратили внимание. В Совете Федерации пока молчат на эту тему. Это первое.

И следующее, что я хотел сказать. Свои предложения я уже высказал, мы отослали, и они есть и у Нарышкина С. Е., и, видимо, у Калашникова С. В. уже есть. Я бы хотел сказать, о чём не сказал Владимир Оскарович.

Дело всё в том, что помимо той выгоды и тех вложений, которые имеют народы и государства, семь государств, которые были продемонстрированы, в его докладе. Он, видимо, не смог по времени сказать, я сейчас дополню. Он не сказал самого главного, на мой взгляд, то, что прибыль есть от здравоохранения, как и от образования грамотного. Это факт абсолютный. Весь мир это знает. И мы с вами это все знаем. Но самое главное, что улучшилось качество работы врачей.

Показатели у него в докладе были. Эти показатели, даже сроки лечения больных сократились. Сроки обследования сократились. Очереди на госпитализацию сократились. По разным странам разные показатели. И вот, отвечая на вопрос Глубоковской Э. Г., я хочу сказать, что не только стало более доступным здравоохранение, но и качество его изменилось.

Председательствующий. Садовский Владимир Викторович – директор Национального института исследований и адаптации маркетинговой стратегии, член совета Стоматологической ассоциации России.

Садовский В. В. Действительно, наша специальность, стоматология, одна из массовых. У нас сегодня в Российской Федерации трудится около 70 тысяч врачей. Это одна из самых крупных специальностей. Некоторое количество, конечно, зубных врачей, но большинство стоматологов. И с 2007 года мы прекратили подготовку зубных врачей.

В нашей службе достаточно всё контролируется очень адекватно. Стоматологическая ассоциация России является федеральной. Мы ведём очень большую общественную работу, знаем всё, что происходит у нас в каждом отдалённом уголке России, каждый практически врач на учёте.

Вместе с тем, конечно, мы хотели бы отметить, что ни в одной стране мира стоматологическая помощь не оказывается государством. Я имею в виду среди стран с успешным здравоохранением, где, в общем-то, и продолжительность жизни, и показатели качества выше, чем у нас.

Безусловно, в этой связи парадокс заключается в том, что и заказчик, и в какой-то мере исполнитель является одним и тем же лицом, потому что

большинство услуг оказывается в муниципальном государственном секторе. И как бы мы не старались, но наша статистика поражения населения нашими заболеваниями – основными, знаковыми, конечно, самая страшная из стран «большой двадцатки». Для примера. 35-летний россиянин потерял (уже либо у него запломбировано, либо запротезировано) 14 зубов из 32. Это показатель катастрофический. Нет никого даже с 10-ю.

Проблема в том, что отсутствие государственной программы профилактики сводит на нет цели и возможности нашей профессиональной службы запротезировать удалённые зубы, это снижается в геометрической прогрессии, что доказано многочисленными научными исследованиями.

В то же время, к примеру, в Японии, которую здесь сегодня упоминали коллеги дальневосточного происхождения, принято на парламентском уровне «80–20», что звучит для нас, для россиян, как бы оскорбительно: каждому 80-летнему иметь 20 зубов. А у нас, шутят коллеги, 20 процентам дожить бы до 80 лет.

Я подхожу к нашему положительному опыту.

Я остановлюсь ещё на двух факторах. Большая часть населения проживает, конечно, в малых городах и средних населённых пунктах и, конечно, там осуществляется помощь в центральных районных больницах. Там стоматологи являются несамостоятельными, работают под началом главных врачей ЦГБ и ЦРБ, вы это знаете, почти 3 тысячи этих больниц и поликлиник при них, и, конечно, невозможно восстанавливать основные фонды.

Наша специальность высокотехнологична, затратна. Мы не заговариваем, как в средние века, зубы, а их восстанавливаем из чего-то и с помощью чего-то. Но второй момент: наши кадры так же, как и у других, убежали в частный сектор, там сегодня почти 18 тысяч врачей, и поверьте, не самые худшие ушли.

Что же мы предлагаем?

Мы предлагаем использовать имеющийся опыт в нашей стране по привлечению частных инвестиций в нашу службу. У нас такие есть успешные макромодели, как Татарстан, как Калининградская область, здесь сидит коллега, кстати, руководитель центра «Центродент». Здесь у нас опыт Тулы, опыт Москвы и других больших городов. Он говорит о том, что поликлиники, которые перешли на самостоятельность юридическую через арендный промежуточный фактор или акционированы впоследствии с долей государства, без доли, ни одна не закрылась, объёмы помощи увеличились и спектр услуг усилился, трудовые коллективы укрепились. И в этих районах частный сектор развивается очень и очень медленно, потому что население удовлетворено базами, к которым, как говорится, не зарастёт народная тропа.

Поэтому также хорошую модель мы предлагаем из Казахстана. Смешно. Уже даже Армения, Грузия и Азербайджан приватизировались тотально. Коррупция исчезла в стоматологии, теневой оборот ушёл, потому что появились владельцы. Кто они? И вот это очень важно и для Минэкономразвития России, и для Государственной Думы, и для министерства.

Это не внешние инвесторы в нашей службе. Внешние инвесторы – это потеря кадров, они приходят (был опыт в Казахстане) и меняют кадры. Это, собственно, трудовые коллективы, взятые за основу, по каким параметрам? Это возможные, первый вариант – акционерные общества с участием государства – владельцы имущества. Второе – безусловно, это аутсорсинговое параллельно существующее общество, порой и с теми же членами коллектива. И, конечно, такие формы, как банальная аренда с созданными рядом такими же малыми юридическими лицами. И это вывело бы, во-первых, нашу специальность как можно быстрее из теневого оборота, у нас крутится больше 50 процентов в тени, вы знаете, да?

Но я хотел бы закончить. И хочу сказать, что у нас есть своя программа, она, конечно, не для озвучивания за таким «круглым столом».

Мы её вам предоставим.

Председательствующий. Слово предоставляется Кореневу Дмитрию Николаевичу – это Ассоциация частных многопрофильных клиник.

Коренев Д. Н. Какими являются основные преимущества государственно-частного партнёрства, на наш взгляд. Прежде всего, это возможность привлечь квалифицированные кадры в здравоохранение. Как пример могу привести такой – сейчас департамент здравоохранения возглавляет господин Печатников Л. М., который пришёл с рынка. В результате закуплено медицинское оборудование на 30 процентов дешевле.

Большой проблемой в настоящее время для развития государственно-частных партнёрств мы считаем отсутствие правовой базы, когда иногда инвестор становится заложником своего инвестиционного проекта.

Хотелось бы предложить. Вот мы считаем два наиболее интересных варианта, которые, во-первых, типичны в мировой практике и, мне кажется, приемлемы для реализации в Российской Федерации. Когда в первую очередь государство предоставляет землю, объекты, оказывает содействие в получении разрешительной документации, а инвестор уже дальше вводит в эксплуатацию. И самое главное, оказывает медицинскую помощь. Вот здесь можно остановиться. Кажется, маловажный момент – разрешительная документация. На самом деле для того, чтобы нормально рецензировать лечебное учреждение, требуется от трёх месяцев до полугода, при этом оно уже полностью оснащено, уже полностью в рабочем состоянии и уже набран весь коллектив.

Второй вариант. Нам кажется, данный вариант может решить проблему неэффективных, убыточных ЛПУ и повысить качество оказания медицинской помощи. В этом варианте инвестор выступает, прежде всего, как управленец и менеджер.

Председательствующий. По ходу сразу: а чем выгодно инвестору... Очень хороший второй вариант, мне нравится, а чем выгодно будет инвестору? Вот как я привлеку этого инвестора? Он скажет: «Не нужно ваше отсталое медицинское учреждение».

Корнев Д. Н. Но, во-первых, инвестор, прежде всего, внедрит новые технологии, это раз. Он изменит структуру медицинского учреждения, привлечёт квалифицированные кадры. И, самое главное, наши лечебные учреждения страдают от неэффективного менеджмента.

Председательствующий. Вот это правильно. Но вот опять я на практику давлю. Ну, понятно, он внедрит, а вот что, я должна здание ему бесплатно просто отдать? Чем я его привлеку?

Корнев Д. Н. Вы привлечёте либо передачей здания, то есть государство входит объектом, оно передаёт здание в управление инвестору. Инвестор его модернизирует, при необходимости делает ремонт.

Председательствующий. Понятно, хорошо.

Корнев Д. Н. За услуги платит либо государство, либо платят соплатежом. Хотелось бы остановиться на следующих вопросах. Это, прежде всего, перспектива. 16 марта на расширенном совещании Минздравсоцразвития России Владимир Владимирович Путин сказал, что государственное партнёрство, он считает, это один из важнейших механизмов реализации социальной политики.

Однако основной проблемой является отсутствие удобных и низкорисковых правовых моделей государственно-частных партнёрств. Вы говорили о региональных проектах, сейчас и Федеральная антимонопольная служба, и другие службы дали оценку этим законам, они оказались негативными. Региональное законодательство не соответствует федеральному, значит, сделка может быть ничтожной, и инвестор несёт просто максимальный риск.

Два слова по текущей инвестиционной привлекательности проекта. Каждый инвестор рассматривает ОМС как основной рынок сбыта услуг, однако при всех разговорах тариф не является полным, а финансирование государственных ЛПУ одноканальным. Мы уже можем сейчас сказать, несмотря на заявление, что в 2013 году будет полный тариф, одноканального финансирования государственных ЛПУ никогда не будет, это уже ясно.

При каких условиях частные ЛПУ могут прийти в ОМС. Это, прежде всего, организации ОМС как рискованного страхования на рыночных принципах. И второе, возможность компенсации разницы в тарифах, так назы-

ваемый соплатёж. Вот, кстати, о соплатеже хотелось бы сделать отдельный «круглый стол».

Государство может и должно экономить деньги в здравоохранении. При одинаковом бюджете оно может оказать услуги большему количеству человек, и сейчас я вам это наглядно смогу показать. Дело в том, что у нас тарифы по высокотехнологичной помощи и тарифы по ОМС являются секретом. И благодаря питерской ассоциации нам удалось всё-таки достать эти тарифы, посмотрим их.

Смотрите, коронарная ангиопластика со стентированием одной коронарной артерии одним стентом. Надо понимать, что тариф 120 тысяч 795 рублей – неполный. К нему добавляется ещё ряд дополнительных платежей. Добавим к нему дополнительную оплату по медико-экономическим стандартам за инфаркт миокарда неосложнённый, добавим остальные доплаты по МЭСам и получаем стоимость законченного случая в государственном и частном медицинском учреждении.

Причём в государственном учреждении это без учёта аренды, которую они не платят, и без учёта коммунальных услуг, за которые платят муниципалитеты. Получаем цифру в 364 тысячи, и 160 тысяч 320 рублей – это рыночный тариф. Причём разброс вот этого рыночного тарифа идёт из-за того, какова сложность случая и из-за койко-дней. Да, мы готовы работать и за 160 тысяч на самом деле.

Более того, оборот койки, посмотрите, 15 дней – это в государственном лечебном учреждении. Значит, если будет он меньше, ОМС не оплатит его. Вот в частном медицинском учреждении средний койко-день по такой патологии три дня. Пять дней, человек через пять дней уже выходит на работу. Происходит экономия не только средств по этому, а экономия ещё по листам нетрудоспособности и плюс более высокий оборот койки в частном учреждении.

Вернёмся к проблемам, с которыми сталкивается частный инвестор на пути к государственно-частному партнёрству. В конце 2011 года вышло постановление Правительства Российской Федерации знаменитое 1011 – о том, как можно войти в высокотехнологичную медицину. Естественно, частные клиники заинтересовались этим. Как только мы этим заинтересовались, оно сразу же стало проектом. Поэтому вот у нас остаётся вопрос один из главных: это всё-таки проект или это постановление?

Что необходимо для успешной реализации проекта государственно-частных партнёрств. Прежде всего, необходимо, чтобы пациент самостоятельно мог выбрать медицинскую организацию для получения высокотехнологичной помощи. Только тогда станет реализован самый главный принцип: не пациент следует за деньгами, а именно деньги следуют за пациентом. Тогда будет реальная конкуренция и будет реально расти здравоохранение.

Председательствующий. Михайлик Глеб Владимирович – генеральный директор ООО «Авопетер».

Михайлик Г. В. Я как раз являюсь тем частным инвестором, который вошёл в программу государственно-частного партнёрства. И на данный момент, наверное, я могу сказать, что это единственный полностью выполненный проект государственно-частного партнёрства в области здравоохранения в Российской Федерации в форме концессии. Опять это Республика Татарстан, несмотря на то, что мы работаем в Санкт-Петербурге. Но по позиции нашего регионального органа управления здравоохранением государственно-частное партнёрство абсолютно не приветствовалось, как бы мы ни предлагали.

В Республике Татарстан это стало возможным. И вот, собственно говоря, девиз Президента Татарстана господина Р. Н. Минниханова о том, что хватит удивлять всех за бюджетные деньги, я считаю, что он абсолютно правильный. И тогда, когда можно привлечь частного инвестора и выполнить социальные задачи, стоящие перед государственным органом управления, это надо делать. Это общие данные.

Итак, существовал республиканский Центр планирования семьи и репродукции Республики Татарстан, который работал с 1991 года. Работал достаточно давно. Вопрос, насколько успешно и насколько качественно? Оснащён был чрезвычайно бедно, находился в очень удручающем состоянии. Поэтому появилась такая идея – привлечь нас, как организацию, имеющую опыт управления и оказания медицинских услуг в этом направлении. А мы – крупнейший центр репродукции Российской Федерации. Мы делаем больше, чем кулаковский центр, несмотря на то, что мы частная клиника, для реорганизации и повышения качества оказания медицинских услуг.

Итак, проблемы сразу. Первая проблема. Что приоритетно, закон № 94-ФЗ или конституционное соглашение? Юристы Республики Татарстан решали эту проблему в течение полугода. В конечном-то итоге решили, что всё-таки закон о концессиях приоритетен. И инвестор, который приходит и вкладывает деньги на длительный срок, может заключить длительное соглашение и каждый год без тендера получать бюджетные деньги. Это первая проблема, с которой мы столкнулись на начальном этапе осуществления данного проекта.

Соответственно, эта проблема была решена, и в мае 2011 года было подписано концессионное соглашение опять же с использованием процедуры открытого тендера на основе открытого тендера. Мы выиграли этот тендер.

Следующая проблема. Это права концедента и концессионера. Собственно говоря, республика сохранила за собой имущественные права, республика сохранила весь контроль. Мы получили центр в управление и обя-

зались вложить не менее 40 миллионов, осуществлять управление проектом в течение 10 лет и не снижать объёма бесплатной медицинской помощи. То есть, сколько делал республиканский тренд, столько же, не меньше, должны делать по тем же самым тарифам, что чрезвычайно важно. То есть, с одной стороны, мы обязались это выполнять, с другой стороны – республика обязалась финансировать.

Третье. Что важно для республики? То есть ещё раз, используя наш опыт и наработки, мы полностью реконструировали центр и привели его практически к европейским стандартам.

Следующий шаг – это сертификация его в соответствии с ИСО 2001–2008. Причём сертификация немецкими специалистами, потому что мы в Санкт-Петербурге полностью сертифицируем европейскими специалистами и имеем европейский сертификат качества. Для пациентов это, прежде всего, повышение качества и сохранение объёма бесплатных медицинских услуг.

Итого мы инвестировали 49,4 миллиона, хотя должны были инвестировать 40, и продолжаем, честно говоря, вкладывать, потому что потребовалось дополнительное вложение.

Председательствующий. Прибыль есть?

Михайлик Г. В. Значит, возврат вложенных инвестиций, если всё пойдёт нормально, планируется через 6–7 лет, не ранее. Потому что ещё раз в здравоохранении, если бы мы говорили о том, что надо было построить помещение, тогда бы, извините, было 12–13 лет. Так как помещение было передано в концессию, то соответственно возврат быстрее.

Следующая проблема. Это проблема, прежде всего, взаимодействия с техфондом, конечно же. Я не могу сказать, что это тарифы. В Татарстане они просто волшебники какие-то. Они вместо 230 рублей дали нам как специализированную помощь 440 рублей. И мы им чрезвычайно благодарны.

Проблема другая, проблема в структуре тарифа. Себестоимость медицинской услуги в частной организации совершенно другая, чем в государственной. И на данный момент в тариф включаются две статьи – это заработная плата с начислением и расходные материалы. За счёт чего финансировать коммунальные услуги, зарплату непрофильного персонала и так далее, и тому подобное, непонятно. Этот вопрос Александру Владимировичу. Если это возможно решить, мы будем вам чрезвычайно признательны, потому что Республика Татарстан говорит: ребята, вот смета и хоть ты тресни.

Итак, в результате выполнения концессионного соглашения мощность лаборатории увеличилась вдвое, введена система электронной регистрации. Мы внедрили систему электронной истории болезни и материалы, которые

используются в наших основных клиниках. И реально за три месяца с учётом использования наших специалистов, наших технологий мы подняли результативность с 30 процентов до 42,8. Это тоже реальный результат. Полностью сохранён персонал. Центр продолжает работать. Центр продолжает улучшать качество своей работы.

И ещё один большой проект, который мы делаем тоже вместе с правительством. Это уже действительно большой перинатальный центр. Но он не совсем государственно-частного партнёрства. Государство вложило в основной капитал общества здания неиспользуемые. Мы сделали всё остальное. Сейчас мы обсуждаем с Правительством Республики Татарстан те программы, которые государство может в этом центре осуществлять.

Вот, пожалуйста, пример того, что можно сделать, если есть поддержка регионального органа управления здравоохранением.

Председательствующий. Вы подняли очень хороший вопрос, закон № 94-ФЗ или о концессиях. Что главное? Но если регионы не начнут, у нас никогда ничего не начнётся. Согласитесь? Правильно? Опыт нужен, посмотреть, что возникает. Вот это самое главное. Опыт регионов есть, поэтому представители министерств всех заинтересованных есть. И мы должны эту проблему решать уже, имея хоть какой-то опыт.

Я хочу дать слово заместителю начальника департамента здравоохранения «ОАО РЖД» Азарову Анатолию Васильевичу.

Азаров А. В. Я в двух докладах услышал про частно-государственное партнёрство, всё остальное то, что в нашей системе называется «частно-частным партнёрством». Но если стоматологи собрались, открыли несколько кабинетов, и к ним пошёл народ, потому что в государственные не войти, при чём здесь частно-государственное партнёрство? Почему здесь мы восхваляем эту схему? Это вот то самое позорище, которое, так сказать, государство не оплатило, а ребята тут же подхватили и сказали: «Мы ничем не рискуем». Никакого риска в данном случае нет. Каждый знает, что сегодня открываешь стоматологический кабинет, и сразу выстраивается очередь. И никакой фонд там тебе платить не будет, никакое государство, никакой бюджет – частник придёт со своими тремя зубами оставшимися и отдаст последние деньги. Вот это мы называем частно-государственным партнёрством.

Тогда, если в таком варианте, я сейчас начну рассказывать, так сказать, а какую долю государственного задания забрали «Российские железные дороги»? Вот я себе представляю такую схему частно-государственного партнёрства. Вот эта вся медицина наша – и теневая, и бестеневая, но вот то, что красным помечено, я его большим нарисовал, хотя оно значительно меньше, это и есть частно-государственное партнёрство, когда программу государственных гарантий частично выполняют негосударственные

учреждения, частные учреждения. Всё же остальное, когда мы оказываем платные услуги, где там государство? Где посмотреть в глаза партнёр-государству? Там частник встречается с частником и реализует свои планы. И с каждым годом всё больше, и больше, и больше. Вот это страшно-то на сегодняшний день.

Все мы знаем ситуацию, она сегодня уже звучала, я просто могу сказать: у нас 229 учреждений, у нас пять поездов, специально сделанных для диспансеризации населения в труднодоступных районах. Мы готовы на сегодняшний день 43 тысячи человек взять по высоким технологиям, а вся страна заказывает по последнему приказу 289 тысяч. Мы готовы, не вкладывайте ни копейки, уважаемое Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, а просто передавайте деньги на лечение. И высокотехнологичная эта помощь сразу на 15 процентов возрастает, ни копейки не вкладывая. Но нам же откровенно объясняют: что ты хочешь, а как же строительство вот тех объектов? А как же 460 миллиардов?

Скажите, если сегодня каждая четвёртая больница государственная стоит без канализации, стоит без централизованной канализации и горячей воды, и мы в это время с помощью регионов закрываем 30 тысяч коек? У нас никогда не было, чтобы не было воды и не было канализации. Но нам говорят: «Ребята, уходите, уходите с рынка. У нас тут своего хватает». Мы ушли. И что вслед за этим? Теперь нужно 460 миллиардов, чтобы те сараи покрасить белой краской.

К тому же могу добавить, что у нас лучшая в стране телемедицинская система, и мы могли бы работать. А что мы получаем в ответ? А в ответ мы получаем, что нас в последнюю очередь, так же как и других частных, включают в систему ОМС. Но в последнюю очередь, вернее, в первую очередь призывают на одноканальное так называемое финансирование, которого ещё нет. И нас исключают из программы «Здоровье» и прочее, прочее. Хотя, честно говоря, у «Российских железных дорог» один-единственный собственник – государство, и уж, если честно говорить, наши больницы – это государственные больницы. И это не в подвалах, а это мощные, серьёзные больницы.

Поэтому у меня следующее предложение сегодняшней Государственной Думе, прежде всего. Вы знаете, если вы возьмёте все законы, которые вышли в последнее время, в раннее время, у нас замечательная законодательная база. Другого слова не могу сказать. Даже закон о медицинском страховании 1993 года. Замечательный закон, взят из лучших законов Европы. Но кто его когда выполнял? Его ни разу не выполнила ни одна территория. После этого говорят: нет, он нам не подходит. Он плохой, давайте новый. Сделали новый. Вы что сегодня все говорите, что никто не верит,

что в 2013-м году будет одноканальное финансирование? Я, кстати, тоже не верю. Его не будет.

Так вот, на сегодняшний день, мне кажется, что у Государственной Думы должно быть одно-единственное правило: если издали закон, то будьте добры тогда осуществлять надзор за ним. Вот как авторский надзор в строительстве есть, точно так же должен быть авторский надзор за этим законом. Потому что как только выходит закон, тут же выходят подзаконные акты, приказы министерств, правительственные и прочее. Они всё, буквально, убирают. Но в данном случае частная система вся улетает.

Второе. Вот вы говорите, что на сегодняшний день такой-то муниципалитет принял такое-то решение. А на основании чего он принял? ВМС, допустим, этих пускать, этих не пускать. По закону № 94-ФЗ? Нет. Провели конкурс, спросили народ? Нет. Да просто так – взяли и приняли это решение. Значит, здесь нужно тоже менять положение.

И здесь уже звучали, конечно, предложения по налоговому законодательству: это налог на имущество, налог на землю, они должны быть. Пришёл в здравоохранение, у всех должен быть равный налог, иначе мы никогда в равные условия не поставим государственные и частные учреждения.

Поэтому вот с такими предложениями хотелось бы нам прийти. Ну и, допустим, в этом году проконтролировать, а как будет формироваться, допустим, 2013-й год по высоким технологиям? Он опять уйдёт в одни руки или же его дадут туда, где это лучше делается?

Председательствующий. Беляков Сергей Юрьевич ответит на все те вопросы, которые прозвучали в выступлениях.

Беляков С. Ю. Я прокомментирую не все вопросы. Я себе их все помнил, практически, со всеми вопросами, требующими решения, согласен, особенно, что касается тарифов, особенно, что касается отношения ДМС, ОМС, особенно, что касается условий, на которых осуществляется партнёрство в части каких-то преференций. Остановлюсь на некоторых моментах. Это соотношение разных законов.

У нас уже очень скоро будет соответствующее предложение подготовлено, о необходимости внесения изменений в законодательство или принятии либо отдельного закона о ГЧП и внесении изменения в действующее законодательство: земельное, бюджетное, законодательство о госзакупках. Либо предложим ограничиться только изменением внесения в это действующее законодательство. Проблема в том, что вы начали спорить о том, что такое ГЧП, не ГЧП. Вот в этом проблема.

Мы можем сделать изъятие для целей закона № 94-ФЗ о том, что в отношении проекта частно-государственного партнёрства какие-то нормы не действуют. Только непонятно, как определить вот этот круг, в отношении

которого изъятие делается, потому что понятие государственно-частного партнёрства нигде не закреплено. Поэтому мы пока склоняемся к тому, что должен быть рамочный закон о частно-государственном партнёрстве. Хорошо, что у вас в регионе, в Казани, пошли по пути того, что приоритет отдаётся концессионным соглашениям, где стороной является местная администрация.

Но у многих других регионов есть существенные проблемы, тут я согласен с коллегами, когда реализуемые уже по региональным законам о частно-государственном партнёрстве проекты подвергаются очень серьёзному контролю. Отменяются положения об этих концессионных соглашениях на основании того, что законодательства, на основании которых они реализуются, прокуратурой оспариваются.

Я вот сейчас даже не буду пытаться вставать на чью-либо сторону, на сторону администрации или на сторону прокуратуры, если такая проблема есть, значит, её надо решать. Потому что, конечно, это колоссальный риск для инвесторов, я даже не готов хвалить тех, кто в ситуации неопределённости зашёл в эти соглашения. Не факт, что это хорошо. Но эти риски нужно снимать, для нас это задача номер один.

И последнее, пожалуй. Но это такая ремарка по поводу последнего выступления, спасибо вам большое, и хорошо, что я успел его дослушать. Такая критическая стрела будет сейчас. Вот вы начали с того, что прокомментировали выступление коллеги по поводу развития сети стоматологических клиник – частное это партнёрство либо частно-государственное. Вообще вот, честно говоря, это не предмет сегодняшней дискуссии. Я бы на этом сегодня особо не останавливался.

Если смотреть в широком смысле, то частно-государственное партнёрство может быть разное. Сдача в аренду частному бизнесу каких-то помещений – это тоже частно-государственное партнёрство, в концепции многих теоретиков этой темы. Давайте не тратить на это время. Вот такой риторический вопрос залу. Коллеги, а вы знаете, кто у нас в России является крупнейшим собственником стоматологической сети? «Российские железные дороги». Это тезис номер один.

Теперь вопрос. А правильно ли, что компания, которая создана для оказания услуг по перевозке пассажиров и грузов, оказывает непрофильные, с точки зрения её основного вида бизнеса, услуги? Это два.

Три. А на каких основаниях она оказывает услуги? Это частный бизнес или не частный?

Четыре. А кто финансирует этот бизнес компании, которая продаёт эти услуги населению?

Вот концепция нашего министерства заключается в том, чтобы компания, которая создаётся ради какого-то вида бизнеса (особенно в отношении

тех компаний этот тезис справедлив, как мне кажется, где присутствует государство), занималась профильным видом деятельности, а непрофильным не занималась.

Я не знаю, относится это к частно-государственному партнёрству или нет, но я думаю, что в широком смысле относится, и я бы хотел, чтобы стоматологией занимались стоматологи. Наверное, есть какая-то специфика, по которой компании занимаются этими видами деятельности, мне она не очень понятна. Но это тоже путь повышения эффективности услуг в сфере здравоохранения. Извините за резкость.

Председательствующий. Спасибо, Сергей Юрьевич.

Колесников С. И. Сергей Юрьевич, вы знаете, вот под таким лозунгом развалили производственную медицину, теперь мы её пытаемся с колоссальным трудом восстанавливать. С таким тезисом непрофильности развалили отраслевую науку, с труднейшими потугами мы пытаемся её восстанавливать. Если вы будете разваливать и дальше, то хорошо.

Беляков С. Ю. Хорошо, пускай железнодорожники оказывают стоматологические услуги.

Председательствующий. Спасибо.

Азаров А. В. Это не железнодорожники оказывают, а врачи.

Председательствующий. Спокойнее. Пожалуйста. Анатолий Васильевич. Спасибо, спасибо. Давайте, у нас осталось ещё два человека. Ещё у нас Фонд обязательного медицинского страхования здесь, департамент, да, и представитель антимонопольной службы. Но перед тем как дать слово представителям министерства, я хочу ещё просто попросить, чтобы не обидеть людей. Во-первых, у нас осталось два человека из выступающих. Это, пожалуйста, Душкин Алексей Владимирович, «Деловая Россия». Просто предложение. Где он у меня? Да, просто какие предложения. Ладно?

Душкин А. В. Коллеги, спасибо, Татьяна Владимировна, вы очень правильно сказали, что сегодня во время нашего «круглого стола» очень важны примеры с мест, регионов, где это реализовано. И от «Деловой России» мы подали проект на Агентство стратегических инициатив, о котором мы сейчас хотим коротко очень рассказать, который де-юре не ГЧП, но де-факто это государственно-частное партнёрство. Который реализован по двум концепциям. Это НДЦ МИПС, от МРТ-диагностики к Центру протонной терапии, первый камень которого уже заложен. Коротко, что это такое.

В 2003 году открытие первого центра. Сегодня 50 центров МРТ-диагностики в составе МРТ, КТ, УЗИ, маммограф, 44 города Российской Федерации, Украина, Армения, где центр радиохирургии, онкологический центр, 250 докторов и кандидатов наук и 1300 врачей работают по всей стране. Обследовано 90 тысяч пациентов. Есть также лицензия на образовательную

деятельность, собственный корпоративный университет, полный цикл подготовки врачей для нужд организаций, и заключены договора: с Японией, Швецией, Америкой, Чехией по подготовке в их, к сожалению, вузах наших российских специалистов.

Собственные проектные инженерные службы: производственные помещения, сервисные инженеры. Крупнейшая в России телерадиологическая сеть. Соединены 59 субъектов Российской Федерации в единую сеть на едином сервере. В режиме он-лайн идёт.

Полный цикл. Мы проектируем, строим, покупаем сами, импортируем оборудование, таможим, устанавливаем, готовим персонал и работаем на этом оборудовании и лечим наших граждан.

Особенности в чём?

Центры МРТ располагаются на базе государственных больниц на арендных отношениях. Это де-юре аренда, де-факто – это ГЧП.

Онкоцентр реализован по принципу инвестиционного контракта с администрацией Санкт-Петербурга. 12 регионов РФ работают в системе ОМС.

Мы вошли во все регионы. К сожалению, остались только в 12-ти, из остальных мы написали заявления о выходе по разным причинам.

Председательствующий. Тарифы как и в государственных учреждениях, да?

Душкин А. В. Абсолютно такие же. Просто в разных территориях они пока разные. И разные структуры тарифов.

Председательствующий. Компенсацию не получаете, да?

Душкин А. В. Нет, не получаем пока.

Оказали социальных программ более 95 миллионов рублей в виде скидок и помощи социально незащищённым слоям населения.

Начали в 2007 году в санатории-профилактории, который 25 лет разрушался. В 2009 году мы ввели в эксплуатацию онкоцентр, в 2011 году центр ядерной медицины.

Председательствующий. Предложения.

Душкин А. В. Вы просто сейчас поймёте.

У нас работают центры, наработка радиофармпрепаратов на месте, циклотроны. Всё это оборудовано полностью, операционные. 3 тысячи квадратных метров центры. И делаем уже первые квоты государства по высоким технологиям.

Санкт-Петербург выделил нам впервые за годы всего лишь 30 квот. Хотя на сегодня половина всех радиохирургических вмешательств в Российской Федерации делается в нашей частной клинике.

И 24 ноября 2011 года выделено 5,4 миллиона рублей на лечение пациентов. И в 2012 году планируется выделить нам 200 квот. Это за счёт бюджета Санкт-Петербурга.

Заложили первый камень в центр ядерной медицины – это центр протонной лучевой терапии. На сегодня есть проект, выделена земля, полностью готов проект. Пошли первые проплаты вот за это оборудование, за линию доставки протонного пучка. Такого в Европе пока нет.

В чём особенность, спрашивается? На сегодня денег не надо. Проект свой. Строим сами. Оборудованием обеспечиваем сами. Готовы к двум путям.

Первое – государство предоставляет землю и объект недвижимости, коммуникации, оказывает содействие в документации. Мы вводим объект в эксплуатацию. Нужно минимум на 10 лет гарантированный государственный заказ по согласованным тарифам. Больше ничего. Никаких больше вмешательств страны не требуется.

И второе. Концессионный путь. Мы в 55 городах. Мы готовы взять объект в управление любой, при котором государство нам определяет комплекс медико-экономических показателей: сколько мы должны обследовать, по каким стандартам и по какой цене, и критерии эффективности. Мы покупаем нужное оборудование на свои деньги, реформируем и работаем.

Председательствующий. Понятно. Понятно.

Душкин А. В. И к такому опыту мы готовы приступить в любом регионе, если на это будет согласие.

Председательствующий. И два слова – кардиоклиника. Пожалуйста. Чтобы просто не обидеть. Потому что уже всё, перебрали. Алексеева Надежда Сергеевна.

Алексеева Н. С. На самом деле сначала заявлена была моя небольшая презентация, как владелицы стопроцентной частной кардиологической клиники в Петербурге, которой в этом году исполнилось 20 лет. Она организована по типу сосудистого центра, и круглосуточно может принимать пациентов с острым инфарктом миокарда.

Проблемы те же. Мы пытаемся их решить уже много лет. Мы не можем получить доступа к квотам, те же самые деньги. И мы не можем получить тарифы по УМС, которые сейчас работают уже на сосудистые центры. Готовы принимать пациентов.

Модель, ещё одна вещь, которая мешает работать. Модель оказания услуг сделана с нашими партнёрами из Германии. У нас не было финансовых взаимоотношений, но мы выучили в Гамбурге своих специалистов, и внедрили ту модель, по которой работает самая крупная частная кардиологическая клиника в Гамбурге.

Там пациент приходит утром, обследуется амбулаторно, ему выполняются исследования. Если это коронарография, ангиография, он уходит вечером домой. Если же это пластика происходит плановая, то он уходит на следующее утро. И утром поступают следующие. На 12 койках можно сделать такой оборот, что удастся вылечить очень много пациентов.

И также острые пациенты. Я сейчас хочу сказать, что я ещё председатель Ассоциации частных клиник Санкт-Петербурга. Поэтому от имени клиник. Вот мы в ассоциации в Петербурге, ангиограф есть только в кардиоклинике. Поэтому другие уважаемые клиники – клиника «Скандинавия», Глеб Владимирович здесь, «МИДЕМ», «СОГАС» есть, большая клиника, которая занимается многопрофильными услугами, если у них пациент с инфарктом миокарда, они быстро созваниваются. Мы провели школы и проводим всё время эти школы, чтобы были единые европейские подходы, так называемая шкала Грейс там и так далее, «гайд лайнцы», по которым пациента нужно сразу начать лечить, что нужно делать, куда везти. Мы его принимаем, экстренно собирается бригада, через 40 минут, там есть такой показатель «дортто баллоно», от двери до баллона, у нас 43 минуты.

Председательствующий. Надежда Сергеевна, понятно.

Первое – квоты. Вторая проблема, что ещё?

Алексеева Н. С. Я хочу сказать, почему и после этого мы этого пациента перевозим. Так вот тут самое интересное, об этом никто не говорил, как это ни странно. МЭСы, медико-экономические стандарты. Они прописаны по дням. Острый инфаркт миокарда надо лечить либо 14 дней, если он не глубокий, либо 21 день.

Поэтому мы вышли, успешно поработав с частными клиниками, где-то 50 пациентов у нас прошло, в том числе 42 иностранца из них, это туристы Петербурга, которые там забирались на Исакиевский собор – потом можно вызывать скорую помощь и везти с инфарктом.

И, на самом деле, мы предложили летом прошлым в комитете по здравоохранению модель государственно-частного партнёрства с использованием наших возможностей.

Рядом находятся в Московском районе две больницы, там есть кардиологические отделения. Мы говорим: к вам поступает пациент с инфарктом, привозите его к нам, мы выступаем как субподрядчики. Мы сделаем исследование, доведём пациента, допустим, сутки его подержим и отправляем к вам на долечивание. Мы эту модель уже испробовали, она успешна.

Всё, район доволен, всё нормально, бесплатно. Появляется новый сосудистый региональный центр, который готов работать круглосуточно.

Во что мы упёрлись? Одни говорят: нет, надо выполнять МЭС, понимаете, медико-экономический стандарт. Поэтому тарификацию нужно проводить не по МЭСам, а по услугам. И есть ещё методика на формирование МЭСов, я её изучила очень подробно. И там самые ключевые слова, что разрабатываются они, стандарты, на основе сложившейся клинической практики. А какая у нас клиническая практика была? Надо брать передовые методы.

Но есть конкретные предложения и я бы разделила их на два блока, но совершенно небольших и коротких. Согласна с коллегами, что нуждается в поддержке сейчас существующая частная медицина. Потому что вот за 20 лет, я вам честно могу сказать, я устала биться с государством. Ничего не хотят, не желают помогать. Не нужны частники. Частное вообще плохое. Это наследие советского прошлого, я думаю.

Частные клиники нуждаются просто в льготном кредитовании, как это делается в Европе. Никогда медицина не говорит: дайте мне денег и ещё.

Следующий момент. Более длинный срок и маленький процент.

Второе. Необходимо прекратить бесконечные проверки частных клиник. В Петербурге это так происходит.

Председательствующий. Понятно, следующий момент.

Алексеева Н. С. Просто следить за этим надо.

Необходимо навести порядок в госсекторе. Каким образом? Об этом никто сегодня не говорил, потому что это не реально. На самом деле, запретить платные услуги. Запретить или ввести мораторий.

Потому что бардак, который творится в государственном здравоохранении, недопустим.

Председательствующий. Понятно, это тоже мы знаем. Дальше.

Алексеева Н.С. Недопустим.

Предлагаю взамен платных услуг развернуть кампанию по индивидуальному предпринимательству. Пусть достойные врачи, профессора, которые работают на кафедрах, оформляют себе индивидуальное предпринимательство и консультируют как частные врачи. Сразу же казна получит налог, это небольшой налог, 6 процентов, но вывести из тени надо, заставить работать по закону.

Председательствующий. Хочу дать слово Нижегородцеву Тимофею Витальевичу – начальнику Управления контроля и социальной сферы и торговли Федеральной антимонопольной службы. Пожалуйста.

Нижегородцев Т. В. Я хочу солидаризироваться с выступающими по поводу того, что концессионные формы, они как бы возможны, но они сейчас являются такими счастливыми исключениями. И когда шёл закон об основах охраны здоровья граждан, были поправки подготовлены Федеральной антимонопольной службой России, которые говорили о том, что органы управления здравоохранением в определённый срок должны подготовить реестры имущества, используемого для целей здравоохранения, и дальше в этом же законе нашими поправками устанавливался специальный режим выведения этого имущества из сферы здравоохранения. Проблему вы знаете, у нас в 1993 году была программа приватизации, и по этой программе было запрещено приватизировать учреждения здравоохранения,

но, тем не менее, приватизация шла. Каким образом? Закрывались учреждения здравоохранения, а имущество продавалось без сохранения профиля деятельности по свободным ценам не для целей здравоохранения. Таким образом, и сеть сократилась, и объём предоставляемых услуг тоже сократился. И в этом смысле мы предлагали этот режим установить таким образом, что это высвобождаемое имущество, если вдруг собственник, учредитель решил, что ему больница здесь не нужна, то он должен выставить имущество на концессионных торгах с предметом концессионных торгов, с сохранением медицинской деятельности. И, соответственно, если бы это было принято, это бы позволило сделать то исключение, которое там в Татарстане, магистральным путём на сегодняшний момент. Однако ко второму чтению, несмотря на то, что мы договорились с Минздравсоцразвития России, обсуждали это с Татьяной Алексеевной, перед вторым чтением эти поправки, касаемые имущества, куда-то пропали. Есть возможность у нового состава комитета вернуть эти поправки и обеспечить, собственно говоря, то, что должно было быть обеспечено двадцать лет назад. А именно особый режим сохранения, выведения этого имущества с целью сохранения объёма медицинских услуг, оказываемых внутри местного самоуправления, внутри субъектов, и в России в целом. Это первый момент.

Второй момент очень важный, каким образом формируется, собственно говоря, коммерческий интерес. Коммерческий интерес в государственно-частном партнёрстве формируется за счёт того, что компании конкурируют друг с другом, сокращают издержки, улучшают качество обслуживания. Современный закон № 323-ФЗ, который был принят, он закрепляет, собственно говоря, обязанность за медицинскими учреждениями применять порядки и стандарты оказания медицинской помощи. Что это такое? Какие это несёт риски? Эти риски мы постоянно обсуждаем с Минздравсоцразвития России. Надеемся, что они не наступят. Но есть большая вероятность того, что они наступят. О чём я говорю? Дело в том, что под стандартами оказания медицинской помощи Минздравсоцразвития России понимает медико-экономические стандарты, которые необходимо, чтобы оказывали медицинские учреждения государственной системы здравоохранения, и которые будут возмещаться за счёт средств фонда. Это что означает? Это означает, что там будет усреднённая программа лекарственного обеспечения, усреднённая программа оборудования, которое должно быть использовано для оказания медицинской помощи.

А обязанность, заложенная в законе, соблюдать это всеми медицинскими организациями вне зависимости от форм собственности, приведёт к тому, что у нас либо компании должны будут уходить с рынка, потому что это невозможно, скоро вам будут оказывать в три дня, понимаете, эти

услуги. Потому что вы будете обязаны действовать по стандарту, и не дай бог, кто-то получит ущерб. Тогда прокуратура сразу же свяжет эти два момента, обязанность соблюдения стандартов, и, соответственно, вынесет эти решения все. То же самое может сложиться и в лекарственном обеспечении. У нас разные классы лекарственных препаратов. Эти классы стоят по-разному, разность в стоимости может достигать десятков раз. Частные учреждения сейчас, до принятия этого закона, могли применять эти новые лекарства за плату, если пациент согласен. А, соответственно, государственные это делают в рамках госпрограммы, соответственно, по тем стандартам усреднённым, которые предполагается использовать.

Вот если будет принята идея о том, что стандарты лечения носят только медико-экономический характер для целей государственной программы, то тогда мы оторвём граждан от возможности получить доступ к лекарствам более высокого класса за свои деньги, к оборудованию более высокого класса за свои деньги. Конкуренции никакой не будет. Мотивов, собственно говоря, приходить в систему здравоохранения для частных компаний тоже не будет. Это важный риск, который необходимо учитывать и необходимо мониторить.

Ещё один момент – среда. Вот правильно совершенно говорили коллеги из Петербурга, какая у нас с вами среда. А у нас с вами среда такая, у нас сейчас разрешено оказывать платные услуги государственным медицинским организациям. Они их оказывают на тех площадях, которые получили бесплатно, в том числе на том оборудовании, которое они получили по государственным программам бесплатно, с использованием расходных материалов, которые они получили бесплатно. Им возмещаются учредителями все издержки, связанные с ремонтом и прочее. Для этих организаций на рынке цена не имеет такого же содержания на услуги, какую она имеет для участников рынка. Потому что те-то все эти издержки вкладывают, собственно говоря, в стоимость услуги. И у нас получается, что если ты пришёл с частно-государственным партнёрством на рынок, в лучшем случае тебе по концессии отдали имущество, ну а всё остальное ты должен возмещать, собственно говоря, из стоимости услуги.

И получается неравная конкурентная ситуация на рынке. Получается, что участники частно-государственного партнёрства будут поставлены в неравные экономические условия, по отношению к тем медицинским организациям, которые находятся в учреждении Российской Федерации или субъекта Российской Федерации. То есть у нас с вами сейчас, по сути дела, нет никаких условий для того, чтобы всерьёз говорить о частно-государственном партнёрстве.

А те примеры, которые приводили, например, уважаемая компания «Джонсон», образовательная программа и прочее, мы к ним относимся

с большим и глубоким подозрением. Потому что, я понимаю, что во всём мире фармацевтические компании и их работа ... на доступ к врачу, для того, чтобы обеспечить лояльность к препарату, к оборудованию. Для того, чтобы потом эти врачи могли давить на государственного заказчика, говорить нам с вами, что это оборудование не взаимозаменяемое, уникальное, и мы должны покупать его задорого. И в этом смысле в условиях, когда у нас с вами ещё и надзор слабенький, а надзор у нас слабенький... У нас сейчас только, слава богу, законом № 323-ФЗ введена обязанность выписки на рецептурных бланках. Ещё Минздравсоцразвития России должен определить порядок этой выписки на рецептурных бланках, как будут выписываться: по торговым, по МНН. Соответственно, у нас вот такого рода частно-государственное партнёрство, оно может быть направлено против общественных интересов, и мы должны за этим внимательно следить.

Поэтому как бы есть большие проблемы, которые необходимо обсуждать. Есть способы быстрого решения этих проблем. У нас есть эти поправки, мы вам можем опять в комитет их передать, чтобы их заново посмотреть.

Председательствующий. Мы только начинаем частно-государственное партнёрство. Но вот, поверьте, я тоже давно занимаюсь, 12 лет уже в Государственной Думе, и давно занимаюсь частно-государственным партнёрством. Время уже настало.

Платные и бесплатные медицинские услуги. Приказ Минздравсоцразвития России давно уже Татьяна Алексеевна Голикова сделала. Ну, не виновата Голикова, если на местах губернатор Иванов не выполняет этот приказ. Это тоже надо смотреть. У нас всегда в регионе, это не Путин, не Медведев виноваты, если там, извините, берут взятки и так далее, и тому подобное. Здесь доля тоже правды есть.

И ещё. С Эльмирой Гусейновной тоже в чём согласны? Частично согласны с Санкт-Петербургом, но и с ней согласны. Есть закон об охране здоровья. Там платные и бесплатные услуги, действительно, сделаны. И Минздравсоцразвития России сейчас наведёт порядок. Подзаконные акты, да, опаздывают, да, нужны они, но сколько? Вы представляете, какая огромная работа предстоит, чтобы как раз отделить платное от бесплатного. И, действительно, чтобы ЧПГ тоже не было просто платным. И, может быть, действительно, индивидуальное предпринимательство.

Сейчас Минздравсоцразвития России... Это ради правды просто и ради справедливости надо об этом тоже говорить. Работа ведётся, и чтобы вы тоже информированы были, огромная. Я просто свидетель сама.

И всё, о чём вы говорите, мы знаем это и это исправляется. И опять же, это вот вы там, где-то в регионе столкнулись с этим, но это не значит, что

виновата Государственная Дума или Минздравсоцразвития России, хотя мы не снимаем с себя никакой ответственности. Наша вина тоже есть, почему и собрались здесь.

Я слово хочу передать Юрину Андрею Владимировичу – председателю Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Юрин А. В. Уважаемые коллеги, вот когда мы пытаемся обсуждать тему государственно-частного партнёрства, либо, скажем, тему лекарственного страхования, либо тему совмещения ОМС и ДМС, мы, наверное, всё-таки какие цели-то преследуем. Мы пытаемся повысить эффективность использования ресурсов здравоохранения и повысить эффективность самой системы организации медицинской помощи в стране. Так вот, если мы будем с вами просто идти по пути того, что отшлифовывать как бы вот эту деталь самостоятельно в здравоохранении, при всём, так сказать, моём уважении к этой теме. Безусловно, это надо поддерживать и развивать, и над этим работать, но надо просто не забывать о том, что на самом деле ресурсы государственные, к которым всё равно пытаются, так сказать, любой бизнес получить доступ, они всегда ограничены. И чем эффективнее эти ресурсы используются в системе, тем больше их, в конце концов, достается и тому же бизнесу. Вот если говорить на таком понятном языке, да? Так вот, что необходимо параллельно решать с лекарственным страхованием, с ОМС и ДМС, и с государственно-частным партнёрством. Нам необходимо, прежде всего, повышать эффективность использования ресурсов здравоохранения в целом.

Поэтому я начинаю комментировать те выступления, которые прозвучали. Нет у нас никаких ограничений по поводу того, что 15 дней на койке и если 14, то ОМС не оплатит. Это то, что мы калёным железом выжигаем в системе. Сегодня ведь в законе об ОМС есть жёстко закреплённые требования, есть требования, которые переданы на откуп субъектам Российской Федерации. Вот сегодня тарифы устанавливают субъекты Российской Федерации. Если до последнего времени город Москва вот это требование выставлял, но сегодня нет уже этого требования. Если оно по-прежнему где-то в городе Москве есть, скажите, ещё раз проведём работу с городом Москвой. Но нет сегодня в системе ОМС такого требования: держать на койке столько, а если меньше, то не оплатим. Нет такого. Значит, если есть, говорите, где есть, будем работать с соответствующими органами управления здравоохранением.

То же самое касается того, что входит в тариф, что не входит. С 2013 года в законе чётко написано одноканальное финансирование, то есть все затраты, которые несёт медицинское учреждение, по тарифу ОМС будут оплачиваться, за исключением приобретения оборудования стоимостью свыше 100 тысяч рублей и инвестиций. Почему? Потому что Николай Сергеевич абсолютно правильно сказал, что невозможно прыгнуть в один день из сего-

дняшнего в завтрашнее. То есть нам нужно поэтапное движение к полному тарифу. Ведь разговор об одноканальном финансировании и полном тарифе идёт, вот как мы посмотрели там, более десяти лет. И только впервые в законе появилось требование, норма законодательная о том, что да, это будет. Да, это будет с 2013 года. Поэтому все эти затраты, которые несёт сегодня медицинское учреждение, они будут оплачиваться. И понятно, что тариф будет нарастать. И к 2015 году у нас система ОМС получит в три раза больше средств, чем она имеет сегодня. То есть, если сегодня мы имеем порядка 500 с лишним миллиардов рублей, то на 2015 год – это 1 триллион 400. Это абсолютно, так сказать, реальный прогноз, незавышенный, сверенный со всеми ведомствами соответствующими финансовыми, и объективный.

Теперь то, что касается, скажем, длительного госзаказа на несколько лет, это та позиция, которую я абсолютно поддерживаю. Я считаю, что в этом отношении нам надо работать в плане введения соответствующих норм в законодательство. Я с удовольствием бы выслушал предложения Валерия Дмитриевича Володина. Поэтому, если можно, нам их отправьте, пожалуйста, хорошо, для работы. И Садовского Владимира Викторовича. Всё, что связано с ГЧП.

Но я теперь вернусь к тому, с чего начал. Почему я считаю, что ГЧП – это только одно из направлений тех задач, которые параллельно должны решаться в системе здравоохранения. Если мы сегодня не выработаем законодательно, не установим формы оплаты медицинской помощи (то есть сегодня мы можем платить и за посещение, и за койко-день, и за законченный случай, и за КСГ), если мы законодательно не закрепим, что это прикреплённое население подушевой оплаты в поликлинике и КСГ в стационаре, то никаких ресурсов в здравоохранении у нас с вами никогда не хватит. Поликлиника будет накручивать посещения, будет заинтересована в том, чтобы человек болел и как можно больше отправить на обслуживание, на исследование в те замечательные центры частные, которые там создаются.

Поэтому речь идёт о том, что эти все вопросы должны решаться одновременно, и мы понимаем, что да, будущее и за лекарственным страхованием, и за совмещением ОМС и ДМС, но одновременно с введением антизатратных механизмов в системе здравоохранения. Антизатратные элементы – это врач первичного звена, который должен обладать определённым ресурсом, для того, чтобы у себя концентрировать максимум помощи, и с тем чтобы не наращивать высокозатратную помощь, а усиливать профилактику и профилактический этап. И, конечно, всё, что касается стационара – это высокоэффективные способы лечения и эффективные способы оплаты.

Это вот те направления, над которыми мы будем работать. А система ОМС, она сегодня уже является образцом, я считаю, системы государственно-

частного партнёрства, по одной простой причине, что те самые страховые компании, которые работают в системе, это частные компании, и государственные средства проходят через эти частные компании.

Сегодня в законе об ОМС убраны ограничения на вхождение в систему ОМС медицинских организаций с любой формой собственности, то есть сегодня нет ограничения, то, с чем как бы вот Тимофей Витальевич боролся. И, так сказать, мы это учли – сегодня любой, кто заявляется, он должен войти в систему и работать. Одноканальное, естественно, финансирование позволит тоже войти в систему и частным, и всем тем, кто это бы пожелал.

Сам тариф. Мало того, что он устанавливается сегодня на договорных основах, его наполнение финансовое увеличивается, я сказал, как оно увеличивается. Поэтому всё, что сегодня прозвучало, безусловно, очень важно, очень ценно, и мы, конечно же, вместе с вами будем работать над реализацией этих предложений.

Председательствующий. Уважаемые участники «круглого стола», я хочу попросить всё-таки. У нас есть гость из Германии, он очень просит слова. Ольтершток, консультант федерального министерства финансов Германии.

Г-н Ольтершток. Большое спасибо, госпожа председательствующая, за возможность выступить под занавес сегодняшнего мероприятия. Я постараюсь быть кратким.

Я с большим интересом следил за вашей дискуссией, поскольку в центре нашего вместе с Комитетом Государственной Думы по вопросам собственности проекта находится именно частно-государственное партнёрство.

В Германии, что касается частно-государственных партнёрств, также большое внимание уделяется этому механизму в сфере медицинского обслуживания и, в частности, больниц, поскольку мы считаем это важным элементом социальной инфраструктуры.

И я хочу подчеркнуть, что начинались частно-государственные партнёрства в Германии в этой сфере не с больниц, а с образовательных вопросов, поскольку мы исходили из того, что частно-государственное партнёрство в сфере стационарного обслуживания, медицинского обслуживания, это более сложный вопрос, таящий множество подводных камней. И сюда невозможно переносить в чистом виде опыт, накопленный в других сферах, скажем, в сферах строительства детских садов и школ.

Как правило, внедрению или введению нового механизма, в частности ЧГП, в новой сфере предшествует большая исследовательская работа и аналитическая работа, поскольку мы считаем, что ошибки, в частности ошибки, скажем, при внедрении ЧГП в сфере стационарного обслуживания, они недопустимы.

Аспекты, которым мы уделяем первостепенное внимание, это, первое, подготовка и планирование проекта. И тут возникает вопрос: а для какого проекта или какой проект пригоден для того, чтобы использовать в нём механизм ЧГП. И тщательной проверке подвергается солидность и надёжность партнёров по проекту, прежде всего.

Дальше мы проводим чёткую границу между строительством нового объекта и реконструкцией уже имеющегося.

И, в-третьих, до начала проекта необходимо очень чётко определить объём услуг или объём работ, который возлагается на частного партнёра. Как правило, это проектирование, строительство, финансирование и текущая эксплуатация объекта. Но на частника нередко возлагается утилизация медицинских отходов, организация питания ещё.

Одним их важных и тяжёлых вопросов является чёткое разграничение вопросов эксплуатации здания и медицинского обслуживания. И в принципе у нас здесь два как бы круга эксплуатантов или операторов, и тут очень чётко нужно разграничить их обязанности. И важным элементом такого планирования является составление так называемой матрицы рисков для проекта и правильное распределение рисков между участниками проекта. И большой смысл для государственных структур в проектах такого рода состоит в том, что большая часть рисков переносится на частного инвестора.

Следующий важный момент – это финансирование такого рода проектов и гарантий и поручительства обеспечения, финансового обеспечения. И все эти проекты также затрагиваются последствиями финансового кризиса. Мы исходим из того, что минимально интересный объём финансирования подобного рода проектов, интересный для частного инвестора начинается после 10 миллионов евро. Их нужно сначала найти, так сказать, обеспечить. И затем уже создаётся проектная компания, которая будет распоряжаться этим капиталом.

И напоследок очень важно определить правильные организационные модели. Более выгодно, скажем, применять так называемые институциональные частно-государственные партнёрства, где государство участвует и в проектной компании, и тем самым получает большие возможности, более широкие возможности для влияния на процессы, происходящие в больнице.

И в заключение коротко о двух тенденциях в Германии в этой сфере. С одной стороны, это полная приватизация и это уже не частно-государственное партнёрство. Широкое распространение получили сети частных больниц, и эта тенденция, надо сказать, гораздо сильнее, чем развитие и распространение частно-государственных партнёрств в медицине. Это связано или объясняется как раз теми крупными проблемами, с которыми сталкивается ЧГП в медицине.

И последнее высказывание, что касается услышанного здесь, на дискуссии. Когда я начал свою работу консультантом в России, я был большим сторонником специального закона о ЧГП в Российской Федерации, хотя в Германии такого закона нет. И сейчас я не уверен, что и для России это лучший выход. Теперь я считаю, что гораздо важнее заняться совершенствованием существующего законодательства, которое поможет вывести частно-государственное партнёрство в России на нужный уровень, то, что сегодня неоднократно звучало – долгосрочные контракты на средний цикл. Без такого инструмента создание ЧГП невозможно.

Вообще проблема долгосрочного финансирования актуальна для России. И какой специальный закон о ЧГП не напиши, всё равно эту проблему он не решит. Но я умеренный оптимист.

Председательствующий. Спасибо, господин Ольтершток. Я во многом с вами согласна. Я, например, согласна, что нам необязательно какой-то специальный закон, а нужно совершенствовать то законодательство, которое у нас сегодня существует, и много в нём есть такого, на базе чего мы сможем действительно добиться улучшения доступности и качества оказания медицинской помощи.

Спасибо всем огромное. Всем здоровья.

**Материалы «круглого стола»
Комитета Государственной Думы по охране здоровья на тему
«О правовых проблемах организации медицинской помощи
больным нефрологическими заболеваниями»**

**СТЕНОГРАММА
«круглого стола»**

*Здание Государственной Думы. Зал 830.
5 апреля 2012 года*

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

Председательствующий. Очень рады приветствовать в Комитете по охране здоровья. Тема очень актуальная, злободневная, какая-то насущная, и это говорит о том, что много желающих сегодня выступить, много было обращений и много было предложений в проект наших рекомендаций и решений. И комитет признателен. Я и отсутствующий сейчас председатель комитета Сергей Вячеславович Калашников, который, к сожалению, должен участвовать в другом совещании, вас приветствуют.

У нас сегодня работает стенограмма, и будем очень признательны, если, завершая своё выступление или во время выступления, вы будете высказывать те пожелания по теме нашего «круглого стола», которые вы хотели, чтобы были учтены при подготовке окончательного проекта решения и рекомендаций, которые мы обязательно пошлём в Минздравсоцразвития России, в Академию наук, в Правительство Российской Федерации, во все заинтересованные ведомства и во все департаменты здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Уважаемые коллеги, тема ещё тем интересна и значима, что у истоков, в общем-то, нефрологии и трансплантологии почки стояли наши соотечественники, врачи. И вот всего лишь 3 апреля было 70 лет первой в мире пересадке почки. Её сделал киевский хирург Юрий Вороной. Так что у нас приоритет в этом направлении и на нас с вами лежит такая ответственность приоритеты эти восстановить.

Коллеги, на рубеже XX и XXI века мировое сообщество столкнулось с такой глобальной проблемой, к которой оно, наверное, не было готово,

имеющей не только медицинское, но важное социальное, экономическое, просто гуманитарное значение. Это пандемия хронических болезней. И хроническая болезнь почек занимает среди этих неинфекционных болезней достаточно серьёзное место.

По различным оценкам в различных странах мира от 6 до 20 процентов населения поражены вот этим заболеванием серьёзным – неинфекционным заболеванием почки. И связано это с ухудшением качества жизни. Во многом это относится и к Российской Федерации, ко всем постсоветским государствам, странам Восточной Европы, к развивающимся странам, странам Азии, Африки.

Это ухудшение качества жизни, высокая смертность. И в терминальной стадии приводит к необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии – диализа и пересадки почки. Это нужно примерно каждому десятому, потребность такая у каждого десятого жителя нашей планеты.

В России по данным регистра Российского диализного общества в 2010 году различные виды заместительной терапии получали более 24 тысяч человек. И каждый год потребность растёт на 10–15 процентов, и это притом, что почти 50 процентов нашего населения не имеют доступа к такой терапии. Это жители малых городов и сельской местности.

Затраты, которые несёт государство на лечение такого больного, составляют от одного до полутора миллионов рублей, то есть в 100–150 раз больше, чем отпускает программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

Уважаемые коллеги, мы заканчиваем регистрацию, в дальнейшем мы вас оповестим о количестве присутствующих, но сейчас ещё раз открываю наш «круглый стол», и первым предоставляю слово заместителю председателя Комитета по охране здоровья Государственной Думы Дорофееву Сергею Борисовичу.

Дорофеев С. Б. Я на самом деле думал, дадим главному нефрологу сначала высказаться, да? Ну ладно, тогда как коллега, поскольку у самого тоже диссертация по нефрологии, и хорошо понимаю значимость сегодняшнего обсуждения.

Хотелось бы единственное сказать, хотелось бы сегодня неформального общения. Неформальное общение, но конструктивное, не для того, чтобы только обострить эту ситуацию, хотя мы понимаем, что эта проблема, действительно, есть, и она в некоторых регионах достаточно остро стоит и в организационном плане, и в финансовом плане. Но если говорить в целом о стране, то нам хотелось бы сегодня обменяться мнениями и услышать конструктивные предложения для того, чтобы и в законодательном плане,

и в организационном плане порекомендовать всем структурам власти какие-то конкретные шаги. Может быть, не сиюминутные, может быть, они нуждаются ещё в обсуждении, потому что в период подготовки к данным слушаниям у нас была дискуссия: что можно было бы выносить сразу, какие предложения на принятие решения, а что ещё нужно, может быть, и неоднократно обсудить. Это связано и с доступностью заместительной терапии, это связано и с организационными вопросами, которые необходимо решать. Это и вопросы, которые связаны с производством диализных растворов и самих аппаратов, которых, прямо скажем, пока немного в нашей стране производится, хотя знаю, что такие попытки делаются. И сегодня мы, наверное, услышим такие сообщения. В общем, я бы призвал всех, прежде всего, к вот такой конструктивной работе. И не ждать, когда дадут слово, если есть что-то сказать конструктивное, поднимайте руку, главное, чтобы не тратить на это много времени.

Председательствующий. Уважаемые коллеги, с большим удовольствием приглашаю выступить заместителя председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению Пономареву Ларису Николаевну.

Пономарева Л. Н. Коллега Дорофеев С. Б. сказал, что хорошо бы послушать сначала главного нефролога, главного специалиста.

Я не врач по образованию, но тем не менее проблему здравоохранения в нашем комитете курирую я. Зато я пациент и, наверное, поэтому тоже много знаю.

Должна сказать, что проблема нефрологии, проблема трансплантологии в этой части и не только в этой, и заместительная терапия нашим комитетом стали рассматриваться с самого начала, как только у нас появилась эта тема – здравоохранение. Сначала мы рассматривали эти вопросы в рамках Совета по делам инвалидов при Председателе Совета Федерации, а затем очень подробно в рамках экспертного совета, который мы организовали при нашем комитете. Причём должна сказать, что эти заседания проходили у нас не только в Москве, а мы собирали там специалистов-нефрологов, но это были и выездные заседания. Мы много проехали по регионам. И вот с вашего позволения, у меня тут есть четыре листочка основных наших выводов, такая справка о тех мероприятиях, которые мы провели, о тех решениях, которые там были приняты, я позволю себе передать их просто нашему председателю. Это, собственно говоря, и наши рекомендации в текст окончательного постановления, которое будет.

Что хочу сказать, на чём хотелось бы сакцентировать внимание.

Первое. Это то, что разные регионы оснащены оборудованием по-разному. И у нас есть регионы, в которых на нефрологические проблемы нуж-

но обращать самое пристальное внимание. Вот у меня здесь есть перечень регионов, куда хотелось бы и оборудование добавить, и внимание больше обратить. И среди этих регионов нет того региона, который я представляю, этот регион называется Чукотка. Не потому, что мы завалены диализным оборудованием, у нас его вообще нет, но потому что мы знаем всех своих больных, там их пять человек. И нам экономически выгоднее просто сюда их отправлять, всё оплачивать, чем держать у себя дорогостоящее оборудование, которое будет простаивать. Это тоже не дело. То есть экономический фактор, он весьма важный.

Второе, на что хотелось бы обратить внимание. Это на вопросы трансплантации почек. Слава богу, что во вновь принятом законе у нас трансплантология законодательно прописана.

Но мы понимаем, что там ещё много чего нужно делать. И мне кажется, что наши задачи ещё и общество готовить к тому, чтобы люди не пугались этого слова. И чтобы в той медицинской карте, неважно в бумажном или электронном виде, которая должна быть у каждого больного, было написано его согласие, или его несогласие, в случае чего стать донором того или иного органа. Я не вижу в этом ничего страшного, хотя понимаю, что сейчас напрямую такой призыв вызовет большой негативный отклик.

И, наконец, третье. Когда мы говорим о нефрологических больных, о диализных больных, о больных сложных, мы всё время говорим параллельно, это неминуемо. Мы говорим о деньгах, потому что их лечение действительно очень дорого, но эти деньги мы должны платить.

Но хотелось бы заметить, что, наверное, нужно самое пристальное внимание обратить на профилактику и на своевременное выявление на ранней стадии соответствующих больных, с чем, к сожалению, и это признают все наши регионы, у нас неблагополучно. Если эта работа будет налажена, если наших специалистов смежных специальностей мы научим вовремя распознавать соответствующие угрожающие сигналы, мы понизим наши траты, даже боюсь сказать во сколько раз. Это совершенно прописные истины, но это нужно делать.

Причём, я бы это делала и думала об этом не только в связи с врачебной средой, с лечебной средой, но и со средой обитания. Почки – это тот фильтр, который в максимальной степени принимает на себя все удары окружающей среды. Плохая вода, плохая еда, загазованность всего неминуемо отзывается на столь важном органе.

Председательствующий. Шилов Евгений Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, главный нефролог Минздравсоцразвития России.

Шилов Е. М. Напомню, что действительно, благодаря нашему взаимодействию с политиками, а первое обращение было два или два с половиной

года назад, вопрос восстановления статуса главного специалиста Минздравсоцразвития России был поднят. И спустя год этого удалось добиться.

Именно с этого времени, полтора года назад, можно считать, что нефрология получила право на существование, потому что до этого 5 лет наметились крайне негативные тенденции в нашей специальности.

Если благодаря усилиям общественной организации АРДО диализная служба ещё поддерживалась и даже развивалась, мы сегодня видим эти цифры, то клиническая нефрология, как таковая, начала приходить в упадок в пользу других более развитых, более шумных специальностей.

Я позволю себе рассказать, что за эти полтора года удалось сделать нашему профессиональному сообществу и как выглядит сегодня организация нефрологической службы.

Прежде всего, в соответствии с реформой здравоохранения, система управления нефрологической службой представляет определённую вертикаль, уровень Минздравсоцразвития России – главный специалист, новый уровень, главные специалисты федеральных округов. Пока приказа о их назначении ещё нет, но самое главное, что имеется основная масса представителей в субъектах, их сейчас 75 из 83, которые формируют систему не только исполнительной, но и законодательной власти в нашей системе. Они составляют профильную комиссию, приказ готовится о подготовке профильной комиссии. И самое важное, что уже утверждён состав постоянно действующей рабочей группы, которая вносит на рассмотрение Минздравсоцразвития России наиболее болезненные вопросы.

За это время в рамках выстраиваемых нормативов правового законодательства в любой специальности нам удалось подготовить основные правовые документы.

Прежде всего, утверждён (подготовлен и разработан) порядок оказания нефрологической помощи больным с почечными заболеваниями.

Сейчас в Минздравсоцразвития России внесён первый комплект стандартов. Это диализные стандарты, как наиболее животрепещущие. Вот сейчас мне передали, что они прошли первую компьютерную экспертизу (там довольно сложная система). И я думаю, что в ближайшие несколько месяцев они будут утверждены, и ими можно будет пользоваться для расчёта стоимости оказания услуг.

Буквально в марте месяце Министерство юстиции Российской Федерации утвердило приказ, подписанный министром, о введении порядка оказания помощи. Идея нефрологической службы такова. Сейчас из среднего звена она двинулась, во-первых, в первичное звено. Уже Лариса Николаевна упоминала, что идеологией работы нефрологической службы является международная концепция (хроническая болезнь почек, страте-

гия), где именно обозначается идея возврата к профилактике, к выявлению больных в группах риска. Именно вот эта идеология положена в основу работы нефрологической службы Российской Федерации.

Поэтому теперь официальный статус приобрели нефрологи в первичном звене. Появился кабинет нефролога. Основную массу оказания нефрологической помощи составляют отделения нефрологии и гемодиализа. А наверху появляются центры, то есть ведущие специализированные учреждения, которые предназначены для оказания специализированной помощи больным, которые не могут получить её в среднем звене. Эти центры могут быть разного уровня. Они могут быть муниципальные, они могут быть на уровне субъекта, они могут быть на уровне Федерации.

Как я уже говорил, идеология реформы здравоохранения предполагает внедрение стандартов оказания помощи в субъекте Федерации, именно региональных программ модернизации здравоохранения. Третью средств тратят на внедрение стандартов оказания помощи.

Стандарты оказания медицинской помощи представляют собой старые медико-экономические стандарты. Модели пациентов выбирает пациентская организация. Здесь в качестве примера приведены первые страницы этих стандартов (экселевская таблица с соответствующими необходимыми расчётами). В справочники включены разного рода лекарственные, медицинские услуги и стоимость каждой процедуры.

В итоге мы получаем стоимость лечения пациента с данной проблемой. Зная количество пациентов с этой проблемой, мы можем в итоге получить бюджет нашей специальности. И в итоге обозначить государству, сколько же стоит нефрология в нашей стране.

Профессиональным сообществом были выделены первоочередные стандарты. Вот первые два – это диализные стандарты, как я сказал. Они находятся сейчас в Минздравсоцразвития России (первые две группы). Всего их 12 внесено на рассмотрение Минздравсоцразвития России. Подготовлены и переданы для включения в 415-й приказ квалификационные характеристики врача-нефролога.

Теперь после таких базовых позитивных вещей хотел бы обозначить важные проблемы, которые стоят перед нашим сообществом.

Уже упоминали необходимость разработки новых аппаратов. Но самое главное – это вопрос о закупке расходных материалов. Мы столкнулись с тем, что на рынке появились фирмы, продающие контрафакт. Благородная, в общем-то, идея Федеральной антимонопольной службы – повысить конкуренцию и тем самым снизить стоимость закупок – привела к появлению таких фирм, которые готовы продавать любой продукт. По количеству этих продуктов болгарская фирма «Итропал» превосходит все крупнейшие

концерны мира. Ну в итоге поставляется всё, что угодно, только с наклейкой данной организации. Это было бы полбеда, когда это не приводило бы к серьёзным катастрофам: в процессе проведения процедуры лопаются диализатор и 5 литров крови пациента оказывается на полу, иглы фистульные гнутся. К счастью всё-таки за последний год профессиональное сообщество осознало свои силы и ряд судебных исков к этой компании были выиграны, в частности в Башкирии, в Ростове-на-Дону и так далее, и так далее, поэтому удалось всё-таки победить.

Лекарственное обеспечение. Дело в том, что нефрология не может оказывать полноценную помощь без ряда современных очень дорогих препаратов. И если лечение почечной анемии с помощью различных классов варитропаитинов удалось наладить в нашей стране, то лечение костно-минеральных нарушений, а это причина смертности, кальцефикация сосудов, которые обуславливают основную причину смертности почечных больных. Я напомним, что 90 процентов больных, вступающих в стадию почечной недостаточности, не доживают до диализа. Они умирают на этом маршруте, казалось бы, совсем не от почечных причин. Половина причин это сердечно-сосудистая смертность. Что создаёт у организаторов здравоохранения первичную значимость сердечно-сосудистой патологии в структуре смертности населения. Отсюда и потоки финансовые направляются не в сторону нефрологии, а в сторону по-прежнему кардиологических заболеваний.

За прошедший год в комитете по проектам внесения жизненно необходимых лекарственных препаратов вот из того списка, который мы предлагали, удалось два первых препарата, скажем, утвердить. Они вошли в список ЖНЛС. В этом году, думаю, что и другое, благодаря уже нашему опыту, удастся тоже внедрить.

Теперь, говоря о бюджете профессий, нельзя не говорить о той статистике, которой пользуются организаторы здравоохранения. И это слайд из презентации, официальный слайд из презентации министра здравоохранения и социального развития о структуре, об основных причинах смертности. С одной стороны, здесь ничего нет удивительного, это причины, которые во всех развитых странах наблюдаются, ведь сердечно-сосудистые – это практически 60 процентов. Но вы не увидите здесь почечных болезней, вы не увидите нефрологических заболеваний. Ну вот путём исследований статистики Росстата мы обнаружили, что мочеполовые заболевания составляют 0,6 процента. Какой удельный вес здесь собственно нефрологических болезней обнаружить нам не удалось.

По официальной статистике, на основании которой строится бюджет, в Российской Федерации на 1 миллион населения приходится, ну, порядка 400 больных с почечной недостаточностью. Другое дело, что не выделены

критерии этой почечной недостаточности. Это начальная, это терминальная, это больные с тяжело заметной почечной недостаточностью, поэтому эта цифра ни о чём не говорит. В абсолютных единицах у нас порядка 45 тысяч, вместе с детьми 46 тысяч больных с почечной недостаточностью, опять непонятно каких. То есть статистика страдает очень серьёзно, потому что она строилась без обсуждения с нефрологами. Профессиональное сообщество, российское диализное общество по методологии европейского общества ИДТА подготовило и официально опубликовало международную статистику. Здесь показано место России в предоставлении гражданам Российской Федерации возможности получить заместительную почечную терапию. Это количество новых случаев с терминальной почечной недостаточностью, 33 человека на миллион населения, и вот ту цифру, которую сегодня называли, последний отчёт РДО, что на миллион населения заместительную почечную терапию получает 171 человек.

Я прошу посмотреть налево, что реально другие страны предоставляют своему населению. Я не буду обращаться к самому левому краю, а предлагаю посмотреть на наших бывших сателлитов по социалистическому лагерю, Варшавскому договору, Эстонию, Польшу и так далее, и так далее. Справа от нас наименее развитые страны мира, Бангладеш и так далее. Вот собственно то состояние помощи населению, которое мы должны иметь в виду. Доказать, что эти показатели должны выйти хотя бы на середину таблицы, это наша ближайшая задача. Это регистры, это стандарты, количество больных, выявленное самим государством. Мы сейчас вошли в Минздравсоцразвития России, департамент информационный, который совместно с нами делает государственный проект для выявления в первичном звене больных с почечными заболеваниями нефрологическими. После это будет официальный показатель, на который будет ориентироваться Минздравсоцразвития России.

Ну если всё-таки косвенно, что мы можем ожидать в нашей стране? Если ориентироваться на 142 миллиона населения, известно, что тяжёлая почечная недостаточность 10–16 процентов, но тяжёлая (это фильтрация меньше 60-ти, практически это неминуемое движение в сторону терминальной, третья стадия ХБП) – 5 процентов населения. Мы можем ожидать больше 6 миллионов человек с этой проблемой. Те, кто требует заместительную почечную терапию, 1–2 процента населения. Это, как минимум, один миллион человек.

Сейчас по показателям, которые уже назывались, на заместительной почечной терапии находится 24 тысячи человек. Вот те реальные факты, те реальные больные, которых мы должны спасти от гибели, в первую очередь, от сердечно-сосудистых заболеваний. Ну этот слайд Наталья Аркадьевна,

наверное, покажет: вот именно та динамика всё-таки роста диализных мест за последние 10 лет. Действительно прирост очень заметный. Но прирост практически с очень маленького старта. 171 место на один миллион населения.

Теперь, с кем мы можем работать. Это официальная статистика Минздравооцразвития России о количестве специалистов. Обратите внимание на самый верх, вот где находятся нефрологи. Это, если верить этим цифрам, 1 тысяча 700. Если считать, что как минимум половина – это врачи, работающие исключительно в отделениях гемодиализа, то вот нефрологов классически, ну вы видите, меньше тысячи должно быть.

Я скажу, что вот эту проблему вчера обозначила Министр здравоохранения и социального развития Татьяна Алексеевна Голикова, – открылось совещание «Медицинское образование-2000» вчера в нашем университете, присутствовал министр. И она обратила внимание, что есть специальности, которые требуют срочного к себе внимания, срочной подготовки кадров. И именно подготовкurerвматологов, нефрологов обозначили как одну из первоочередных задач.

Что реально мы делаем? Значит, если посмотреть на обеспеченность нефрологами просто по населению США, сравнить, нам срочно нужно подготовить в 3,5 раза больше специалистов-нефрологов. Если мы обратимся сейчас к нашим планам, к порядку оказания помощи, где нагрузка на одного врача первичного звена, то есть одна ставка на 50 тысяч населения, нам уже сейчас нужно больше двух тысяч специалистов только в первичное звено. А что реально готовится? Здесь контрольные цифры приёма в ординатуру по нефрологии, это очень легко узнать, посмотрев приказы Минздравооцразвития России за последние три года. И мы посмотрели сколько же готовилось ежегодно по всей Российской Федерации в бюджетной ординатуре специалистов-нефрологов. Ну вот видимо после того, как мы себя заявили, была введена должность. Вы видите, в два раза выросло количество специалистов за год, это 19 человек. И если мы такими темпами будем двигаться, то первичное звено мы через 50 лет наполним.

Да и посмотрите где же они готовятся. По существу это Москва. Это Первый медицинский и это Стомат. И немножко ещё в научно-исследовательском институте нефрологии.

Поэтому это настоятельная и вопиющая проблема. Не буду останавливаться на лабораторной диагностике о том, что нельзя верить цифрам, протенурии и креатинина, которые мы получаем.

И заканчивая своё выступление, какой же выход мы видим? Это системная проблема.

Поскольку нам надо специальность, отрасль поднимать с нуля, её можно решать только в государственном масштабе, разрабатывая и внедряя государственную федеральную или ведомственную, как нам подсказали специалисты на уровне Минздравсоцразвития России, программу нефрологии, в основу которой заложена концепция хронической болезни почек. Я не буду на её отдельных деталях останавливаться, но вот, тем не менее, компьютер заставляет, движение идёт дальше, смена кадров.

Тут, как вы видите, профилактика развития и прогрессирования хронической болезни почек, продление жизни больных с терминальной почечной недостаточностью за счёт расширения диализных центров, улучшение лекарственного обеспечения, выработка правовых нормативных актов, о чём я говорил, расширение сети лечебно-профилактических учреждений нефрологического профиля, подготовка кадров и создание вертикали управления – это те основные блоки, которые заложены в основу этой программы.

К сожалению, через раз работает. Осенью этого года с помощью специалистов Минздравсоцразвития России, Минэкономразвития России была разработана первая такая пилотная программа, которую мы от имени ректора нашего университета Петра Витальевича Глыбочко направили в Минздравсоцразвития России Веронике Игоревне Скворцовой, 13 сентября. Ну, сейчас мы ждём ответа по существу. Это паспортный лист этой программы. Значит, нас уже включили в разработку этой программы на 2015 год, но пока к 2015 году мы начнём по приказу Минздравсоцразвития России эту программу разрабатывать, мы начали движение снизу. То есть ровно тот же проект мы предлагаем сделать регионально, в субъектах Федерации.

Надо сказать, что в ряде субъектов мы нашли большую поддержку. Ну, тут особенно Липецку надо отдать должное, потому что вице-губернатор – он медик, он бывший главный врач областной больницы, он с нашей подачи уже свою региональную программу разработал, уже с ней пытался выйти в Минздравсоцразвития России. 27 апреля проводится первое совещание рабочее по региональной программе в Центральном федеральном округе. Как раз организацию этого совещания взял на себя липецкий вице-губернатор.

Ну, и заканчивая презентацию. Действительно нам удалось провести первое министерское, как мы говорим, рабочее совещание, оно было включено в программу работы Минздравсоцразвития России на базе нашего университета. Действительно больше 200 человек, главных специалистов из регионов присутствовало. И это было действительно рабочее совещание в рамках имеющейся правовой и другой базы. Спасибо.

Председательствующий. Слово предоставляю Колесникову Сергею Ивановичу – академику, советнику президиума Российской академии медицинских наук, депутату Государственной Думы нескольких созывов.

Колесников С. И. Дело в том, что мы почти три года назад проводили подобное выездное совещание в Иркутске. И очень многие вопросы, которые сегодня обсуждаются, которые Евгений Михайлович в своём выступлении обозначил, они тогда тоже звучали. За это время всё-таки удалось сделать несколько шагов вперёд.

Ну, во-первых, первое, что бы я назвал – это, конечно, структурная организация. Вообще организация бьёт класс не только в футболе, но и в медицинском обеспечении. Вот этот первый шаг, он обнадёживает, но нужно делать второй шаг, который называется «наведение порядка в статистике и решение вопроса по диагностически связанным группам». Потому что часто наблюдается смертность от урологических или заболеваний почек, они попадают в традиционные классы заболеваний. Ну, в частности, допустим, патология почек напрямую связана с тем самым диабетом, который является всё-таки заболеванием эндокринным. И вот этого наведения порядка в статистике на основе не чистого логизма, а диагностически связанных групп, требует ещё и новый закон об обязательном медицинском страховании, то есть фактически все расчёты с 1 января этого года вообще фактически должны вестись по данным критериям. То есть по пролеченному случаю, а от этого идёт и дальнейшее, так сказать, определение статистики.

Вторая вещь, о которой мы говорили, это роль частно-государственного или государственно-частного партнёрства в организации нефрологической службы, в организации диализных центров.

За это время, должен сказать, тоже сделан достаточно серьёзный шаг вперёд, и не случайно в три раза выросло количество диализных коек, назовём так, диализных мест в наших регионах. Это, конечно, недостаточно по-прежнему, и нужно идти дальше, и здесь я возлагаю очень большую надежду на то, что в нашей стране может в ближайшее время появиться собственный завод по производству как раз аппаратов «искусственная почка», вместе с аппаратом «Фрезениус», и на то, что у нас по нашим технологиям отечественным под Дубной всё-таки уже работает два, ну один работает завод, второй достраивается, завод по диализным, назовём так, мешкам.

Третья вещь, о которой мы говорили, это роль научного обеспечения. Вот здесь не сделано ничего, потому что как не финансировались в достаточном количестве научные исследования, так они и не обеспечиваются финансово, к огромному сожалению.

У нас нет специализированных фактически центров научных, федеральных, которые связаны с нефрологией. У нас есть Институт урологии, да, понятно, Федеральный институт урологии создан как бы субНИИ в Первом московском медицинском университете имени Сеченова, но реальный такой центр, который бы был базовым и потом бы работал в территориях, у нас

фактически не создан. А для этого нужны, естественно, деньги, для этого нужна политическая воля, чтобы создать такой центр. В каком он будет подчинении, это для меня, допустим, совершенно безразлично, несмотря на то, что я советник президиума Академии медицинских наук, мне важно, чтобы этот центр был, потому что любая организация требует центра, который бы работал как над структурой медицинской помощи, так и над разработкой новых технологий. А это с новыми технологиями, к сожалению, ещё хуже в нашей стране, потому что, я повторяю, нет просто финансового, элементарного финансового обеспечения.

Третья вещь, которая затрагивалась и которая тоже, мне кажется, очень важна, это роль профессиональных и общественных организаций, профессиональных медицинских, я имею в виду, и пациентских организаций.

Здесь тоже сделан шаг вперёд в новом законе об охране здоровья, благодаря давлению в том числе Национальной медицинской палаты и пациентских организаций, вот Юрий Александрович Жулёв здесь сидит. А там как раз прописаны достаточно большие права и тех, и других.

Если говорить о профессиональных организациях, то это право вообще-то разрабатывать стандарты лечения, и без утверждения Минздравсоцразвития России даже клинические протоколы. Это всё теперь полномочия, между прочим, профессиональных организаций. Важно, чтобы тут консенсус был, важно, чтобы тут не было топтания друг на друге и в прессе, и так сказать, других нежелательных вещей. И главное, возросла роль общественных организаций, пациентских, которые теперь по закону имеют право советовать, рекомендовать входить с предложениями в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, региональные министерства, министерства субъектов Федерации. И если раньше они от этого отмахивались, говорили – ну ладно, назойливые мухи летают вокруг нас, а мы вот профессионалы, всё делаем так, как надо, – сегодня, к счастью, уже отмахнуться от пациентских организаций не удастся, это совершенно очевидная вещь.

И ещё одна вещь, которая обсуждалась и, к сожалению, здесь не сделано шага вперёд: это организация специального такого органа, который я бы назвал Ространсплант, который бы регулировал вопросы донорства.

Во всех цивилизованных странах есть специальная организация, которая регулирует эти вопросы и занимается и заготовкой, и поставкой, и обменом донорских органов, у нас, к сожалению, пока в этом отношении шага не сделано вперёд. И связано это опять же, с одной стороны, с финансовыми трудностями, с другой стороны, на мой взгляд, – с не очень эффективным лоббированием этой проблемы со стороны трансплантологов.

И, казалось бы, мы в законе об охране здоровья... Почему я говорю «мы»? Потому что я бывший депутат. Казалось бы, в законе об охране здо-

ровья мы уж настолько старались учесть все пожелания трансплантологов, насколько возможно. Даже закрыли глаза на критику общества кое-где, потому что мы говорили о пациентах.

Но тем не менее, видите, даже в той справке, которая нам представлена, всё равно есть нестыковки в правовом обеспечении.

Поэтому мне кажется, что такие «круглые столы», как мы проводим, они, естественно, нужны, потому что на каждом этапе мы оцениваем, как мы продвинулись. Мы часто забываем об этом. Продолжаем огульно критиковать что-то и забываемся, что мы идём шаг за шагом не к светлому будущему. Я не верю в то, что называется светлым будущим. Идём шаг за шагом к цивилизованной организации медицинской помощи не только по отдельным нозологиям, но и в целом в нашей любимой державе. Поэтому я думаю, что и дальше придётся такие «круглые столы» проводить. И не надо удивляться, что они не будут терять актуальность.

Председательствующий. Томилина Наталья Аркадьевна – профессор, главный нефролог Москвы. Ситуация и перспективы развития нефрологической помощи в Москве.

Томилина Н. А. Я, во-первых, должна поблагодарить Государственную Думу за инициативу по проведению такого собрания. Мне кажется, что поздновато. Можно было это сделать пару лет назад, так я бы сказала. Мы тогда и в Совете Федерации выступали, и везде. А сейчас как бы актуальность этой проблемы сильно ослабла, потому что министерство, с моей точки зрения, сделало очень многое за 2011 год. И я испытываю к нему глубочайшую благодарность. Если они здесь есть (представители), тоже хотела бы их поблагодарить за то, что они приняли такие очень важные для развития нефрологии в стране решения.

И, поскольку я являюсь главным нефрологом Москвы и, в общем, бывшим председателем Российского диализного общества... Но я сейчас представляю только Москву, а Антон Михайлович Андросов будет говорить о России.

Я бы хотела сказать, что в Москве очень большое уделялось внимание нефрологической службе и её развитию с 1993 года. Департамент здравоохранения имел специальную программу оказания помощи нефрологическим больным. В общем, было предусмотрено с самого начала такое гармоничное развитие нефрологической помощи, которое могло бы быть взято за модель по России. И, собственно говоря, вот тогда, в 1993 году, в Москве появился нефрологический центр городской. И хотелось бы, чтобы по России тоже такие центры возникли, в том смысле, что центр играет такую интегрирующую и организующую роль в регионе, по созданию полноценной нефрологической службы.

Итак, если мы возьмём Москву, с 1995 года мы начали регистрировать больных с почечной недостаточностью, а с 2004 года вообще всех почечных больных, которые обращаются к нам в нефрологическую службу Москвы.

И я хочу сказать по поводу статистики. С самого начала, когда мы пришли в комитет этот (как он называется?) городской статистики (московский) и надеялись на их помощь, руководитель этого отдела департамента (тогда это был комитет здравоохранения) нам сказал: «Заводите свою статистику, свои отдельные талоны, потому что по официальной статистике ничего не выйдет». Она так организована в нашей стране, что совершенно невозможно судить о реальном количестве почечных больных. Может быть, сейчас уже можно отличить число посещений одним больным от количества больных (сейчас, кажется, можно), но в принципе всё очень сложно.

Дальше. У нас такое построение диагноза, что я должна сказать... Например, если человек умер от инфаркта миокарда, а инфаркт миокарда у него развился, потому что у него на самом деле есть заболевание почек, и не обязательно диабетическое, но любое другое, то мы регистрируем его смерть по инфаркту миокарда и говорим: вот сколько у нас умирает от сердечно-сосудистых заболеваний в стране. Того не берём в голову, что 40 процентов этих людей умирают именно потому, что у них заболевание почек. Так устроена статистика, по первому диагнозу кодируется первый диагноз, не кодируются все остальные заболевания и поэтому на нашу статистику абсолютно нельзя опираться и ей нельзя доверять вот в этих вопросах, таких тонких вопросах, суммарно там о чем-то ещё можно судить. Поэтому, конечно же, я рада, что теперь Евгений Михайлович стал главным нефрологом Минздравсоцразвития России и он сможет довести до сведения нашего руководства в министерстве, что нужно всё-таки как-то по другому оценивать это. Иначе нет болезней почек, их нет и всё, и про них знают только те, кто случайно заболел и ещё случайно, не дай бог, у них кто-то из близких умер.

Итак, мы начали вводить свою статистику, мы завели свой талон и каждый нефролог при первом визите в текущем году пациента к нему заполняет этот талон, мы организовали регистр в городском нефрологическом центре своими силами, потому что мы были вынуждены это сделать, и стали вести учёт. Итак, сегодня у нас обратившихся к нефрологам на начало этого года в Москве было 32 тысячи человек. Обращаю ваше внимание, что у нас всё время хромает показатель на миллион населения, он около 3 тысяч на миллион населения последние три года. Именно около, да, около 3 тысяч на миллион населения. Но всё дело в том, что в Москве, обращаю ваше внимание, население по официальной статистике Госкомстата увеличилось за 1 год на 1,5 миллиона человек, с 10 до 11,6 миллиона человек. Поэтому пересчёт на миллион человек нам даёт 32 тысячи человек, из которых 1,5 тысячи – ре-

ципиенты с трансплантированной почкой. Из этих 32 тысяч человек, слава богу, 60 процентов имеют раннюю стадию заболевания, но 40 процентов – это очень большое количество – имеют уже стадию почечной недостаточности. Это, конечно, минус нам, но такова жизнь.

Итак, у нас 0,3 процента почечных больных в Москве – по нашей регистрации, по числу обратившихся в нефрологическую службу. И если мы сравним, правда, не совсем корректное сравнение (отчёта у меня нет), потому что оно, – сравнение со скринингом с эпидемиологическими исследованиями США и Австралии, то мы видим, там 11 процентов и 16 процентов. Но опять же, к сожалению, обследования до сих пор мы не смогли организовать по многим причинам. В том числе, ну, такие объективные причины: не потому, что мы не хотели, а потому, что это трудно. И сейчас у нас это в плане, мы, наверное, начнём это делать, но опять же не сплошное обследование, а, скажем, групп риска, то, о чём говорил Евгений Михайлович, вот в частности, гипертоников.

Вы сказали, Евгений Михайлович Шилов, что по статистике Минздравсоцразвития России 45 тысяч почечных больных во всей стране. Абсолютно недостоверные цифры, потому что только в Москве, в одной Москве, где живёт 11,6 миллиона человек, официально сегодня 12 тысяч с половиной больных с почечной недостаточностью. Этого не может быть, чтобы вся четверть всех больных с ХПН жили в Москве. Ну, конечно, они приезжают в Москву, это правда, но не в таком всё-таки количестве.

Итак, у нас сегодня 12,5 тысячи человек с ХПН, из которых всё-таки доля терминальных ХПН за годы нашего регистра с 1995 года уменьшается, но каждый четвёртый из регистрируемых с ХПН имеет терминальную ХПН. Значит каждый год мы должны обеспечить... Вот в прошлом году мы должны были иметь 800 свободных гемодиализных мест. Мы должны были начать диализ 800 людям, 800 больным. Это очень большое число, очень большое количество, если сравнить с теми измерениями, с теми масштабными измерениями, которые есть во многих городах России.

Почти 60 процентов к нам обратившихся впервые в прошлом году были люди с почечной недостаточностью разных стадий, из них половина была с терминальной ХПН. Кто эти люди в основном? Мы все говорим о старении, говорим о том, что население Земли стареет. Не только население Земли стареет, слава богу, говорю я, что население России, в частности Москвы, стареет, потому что это означает увеличение продолжительности жизни наших людей.

Итак, вот посмотрите жёлтый сектор, это доля людей старше 65 лет среди больных с хронической почечной недостаточностью, к нам обращающихся.

Уже под 60 процентов от тех, кто к нам приходит с ХПН, это люди старше 65 лет. Вчера я положила больного на диализ, вернее, сегодня он должен был лечь, ему 89 лет. У нас бывают 90-летние, и эти люди живут, они имеют право жить. Никто нам не дал право решать, кому жить, кому умирать, это не наше право, а врачи подчас поставлены в такие условия, вопрос очень серьёзный.

И вот тут как раз зелёным показано, как меняется доля больных с ХПН с возрастом. Вот самый крайний справа от меня столбик – это люди старше 65 лет. Вы видите, что почти 40 процентов их это люди, страдающие ХПН.

Теперь терминальный ХПН. Сегодня их у нас в Москве около 3 тысяч. Не все обеспечены диализом. Некоторые остаются, находятся в листе ожидания диализа, и таких у нас примерно около 300 человек. Что с ними происходит? Их кладут в отделение нефрологии. С самого начала формирования службы, приказом, учитывая дефицит диализных мест, было предусмотрено, что никто из больных с терминальной ХПН не ложится напрямую, первичное поступление в отделения гемодиализа. Все попадают в отделение нефрологии, это абсолютно бескоррупционная схема, когда люди попадают в отделение нефрологии, нефрологи обречены ставить диагноз, уточнять степень почечного поражения, начать лечить больного, и потом уже обсуждать с диализными врачами вопрос о переводе в отделение диализа в Москву. В Москву люди поступают в основном по каналу «перевод» из отделения нефрологии. Вот и работающая эта комиссия.

И каждый нефролог стремится не дать своему больному умереть, во-первых, и стремится перевести его на диализ, во-вторых.

И это чётко работающий механизм, хорошо отлаженный механизм, он работает и будет работать до тех пор, пока у нас не будут пустующие диализные места в городе.

Итак, терминальная ХПН, количество больных. Когда мы начинали, их было около 200 человек, сейчас их число подходит к трём тысячам.

Но это, возможно, не потому, что они накапливаются, а потому что расширяется диализная служба, и они живут, и новые живут, летальность, годичная летальность довольно низкая.

Вот эта вот структура нефрологической службы.

Итак, у нас есть все звенья нефрологической службы в Москве, консервативная и заместительная почечная терапия. Консервативная представлена амбулаторной службой, и службой заместительной, простите, амбулаторной и стационарной нефрологической службой, стационары и кабинеты нефролога.

До последнего времени мы очень вяло развивали амбулаторную службу, это встречало много разных бюрократических препятствий.

Теперь, когда 18 января Минздравсоцразвития России издан приказ о порядке оказания помощи, и там написано, что один врач положен на 50 тысяч населения, мы имеем возможность дать зелёный свет для развития амбулаторной помощи.

Но у нас сейчас другая проблема – где кадры? Кадров катастрофически нет, Москве надо по этому нормативу порядка 250 нефрологов, а у нас в амбулаторной службе их работает около 30. Значит, где их брать?

Теперь в вузах нефрологию не преподают как отдельную дисциплину. В вузах преподают отдельно физиологию почек, патологическую анатомию, а болезни почек включены в раздел «терапия», и её читают терапевты.

Я очень уважаю наших терапевтов, но они не имеют ни малейшего (они на меня обидятся опять, конечно, как всегда обижаются), ни малейшего, с моей точки зрения, представления о современной нефрологии. Что они знают об ишемической болезни почек? Мало что, если смотреть на реальные результаты работы терапевтов города Москвы.

И дальше, читаются три лекции, обычно о пиелонефрите, который вообще абсолютно не так актуален. Дальше нефрит и почечная недостаточность, то есть, вообще современной нефрологии там нет. Что они знают о микроангиопатии и других болезнях, которые стали известны нефрологам в последние десятилетия? Поэтому нужно, чтобы был модуль отдельный. В Казахстане есть, в Украине есть, в Белоруссии не уверена, а у нас ничего нет, я не понимаю почему.

Почему нельзя, почему такая сложность преподавания нефрологии, и в результате, откуда брать кадры.

Тут была названа кафедра, которой я заведую, якобы, мы можем готовить. Можем готовить ординаторов, когда они к нам приходят. К нам приходят те люди, кто лично столкнулся с болезнями почек, либо сами больны, либо родственников похоронили, либо что-то ещё в этом же духе.

К нам не идут студенты, мы не имеем доступа к студентам, мы не можем читать лекцию студентам. Студенты думают, что это какая-то ерунда, какое-то занудство. Вот кардиология, это да, туда пойдут. К нам не идут, мы несовершенно, не известна наша профессия, не популярна она. В кружок заманить и то трудно.

Медицинская академия и Первый университет, там другое дело, там давно клиника Тореева и они всегда имеют доступ к студентам, они находятся в исключительном положении. Какие-то города тоже, но вот так эта проблема существует и эту проблему необходимо решать.

Тут нарисована служба диализа. Служба диализа сегодня обслуживает у нас 2,5 тысячи человек. Но я должна сказать, что 56 процентов из них – это больные, которые лечатся в частных центрах, неправильно говорить част-

ные, это частно-государственное партнёрство, это очень хороший способ развития диализной службы в стране.

Подчёркиваю, это самый перспективный путь развития повсюду.

Теперь заместительная почечная терапия, голубой столб, это так обеспечена Москва, а розовый столб – Россия в сравнении с другими странами.

И, наконец, новые больные. Москва принимает чуть больше (голубой столб), а розовый – это другие страны.

И трансплантация почки. В Москве она примерно соответствует тому, что есть средневропейский уровень, ну, немножко ниже, 35 процентов, в Европе – пополам трансплантация соотносится с диализом.

Я на этом, пожалуй, закончу. Я хочу сказать: итак, из всех проблем, которые стоят сейчас перед нефрологией – это развитие амбулаторно-нефрологической службы, это подготовка кадров для работы в нефрологии. Это очень важная проблема, надо перестраивать немножко нормативные документы ВТЭК, я не знаю, как это называется полностью правильно. Но там нет термина ХБП, и мы не можем ввести термин ХБП – хроническая болезнь почек в наших документах правильно, потому что мы пишем всё время ХПН – это некорректно.

И, кроме того, очень важный вопрос, у нас часть больных полностью на заместительной почечной... реабилитирована, но работать не может по настоящему из-за того, что они должны иметь инвалидность для бесплатного получения лекарств очень дорогих.

И поэтому вот тут надо вопрос решать более гибко. Эти люди должны получать льготы на лекарства, независимо от группы инвалидности, иначе мы их поражаем в правах. Спасибо, всё.

Председательствующий. Выступает Воробьёв Павел Андреевич, профессор, заместитель председателя Форумного комитета. Проблемы законодательства в области нефрологической профессиональной службы.

Воробьёв П. А. Я без слайдов буду выступать, я не думаю, что нужно показывать на какую-то статистику, потому что в процессе подготовки этого «круглого стола» мы много обсуждали тематику с различными специалистами.

Кроме того, я провёл на сайтах дискуссии, получил массу дополнительной информации, которой, наверное, даже и специалисты могут не располагать. Поэтому я просто постараюсь заострить несколько вопросов, которые, мне кажется, требуют своего решения.

Во-первых, уже об этом говорилось, частота хронических болезней почек, или ХБП, сейчас это новый термин, в Соединённых Штатах составляет 14–15 процентов среди населения, сахарный диабет при этом 7–8 процентов, а сердечная недостаточность, про которую все знают, всего 2,5 процента. На самом деле, болезнь почек существенно больше, чем мы себе думаем.

И я тут абсолютно согласен с тем, что большая часть этих больных на самом деле приходит к врачам с другими заболеваниями, с инсультами, инфарктами, просто с артериальной гипертонией. И длительное время идут под этими диагнозами, и никто не обращает внимания на то, что функция почек у них снижена.

Показательны данные Канады, что сегодня выявляется хроническая болезнь почек. В Канаде с уровнем почечной фильтрации 35 процентов от должной. Боюсь, что в России это где-нибудь 15, ну в лучшем случае 20. То есть ясно, что мы гораздо позже обращаем внимание на патологию, уже далеко зашедшую патологию, и соответственно, эти больные уже все практически становятся кандидатами на заместительную почечную терапию. Хотя в принципе, если выявлять раньше, то далеко не все такие кандидаты и достаточно долго можно вести пациентов на различной нефропротективной терапии. Прекрасно известно, например, что сахарный диабет лечится, если он адекватно лечится, то почечная недостаточность развивается гораздо позже. Масса препаратов, типа ингибиторов АПФ и так далее, они все обладают нефропротективным действием. Препараты, воздействующие на гемостаз, на микроциркуляцию. Хороший контроль артериального давления, всё это способствует тому, что можно почечную недостаточность в значительной степени позже принять на гемодиализ.

Значит, проблема нашей страны состоит в том, что мы создаём диализных монстров. Вот сейчас передали здесь, по Свердловской области, будет рассказ про это, про организацию диализа. И сразу бросается в глаза – 18 мест. То есть это большие диализные отделения. И насколько я вот посмотрел данные российского диализного общества, количество отделений с малым содержанием, количеством почек, одно, две, до пяти, всё время сокращается. Это значит, что больные, которые живут в малых городах, которые живут в сёлах, не могут попасть на гемодиализ. Не могут попасть по причине физической транспортной недоступности. Они просто не могут доехать до гемодиализа.

Если исходить вот из той распространённости диализа, который есть на сегодняшний день, то на самом деле на посёлок в 100 тысяч или район в 100 тысяч нужно две-три почки, а 50 тысяч это одна-две почки. И такие модули надо создавать, их нужно строить, нужно делать, их можно делать транспортируемыми, не обязательно это должны быть капитальные здания. И мне кажется, что это очень важно. Потому что если мы сможем такими модулями оснастить страну, то это, как минимум, в два-три раза увеличит объём диализной помощи.

Домашний диализ вообще не обсуждаемая в стране тема. У нас его нет вообще в принципе. Хотя в мире 5–6 процентов больных имеют возмож-

ность получать диализ самостоятельно дома на своих, ну личных в какой-то степени, аппаратах гемодиализа.

Перитониальный диализ. Крайне низкая цифра у нас в стране, причём в основном перитониальный диализ, опять же пользуясь данными РДО, это большие города. Тогда как его место всё-таки – это отдалённые территории, там, где нельзя по физическим причинам сделать гемодиализ. Я понимаю, что далеко не все больные могут попасть на перитонеальный диализ, это чисто медицинская проблема, но тем не менее он не развивается там, где должен развиваться.

Ну вот несколько таких вопросов, Евгений пишет из Мурманска. 204 километра из Никеля до Мурманска. Пациент тратит на дорогу до диализа и обратно 14 часов в сутки через день. Это, конечно, не жизнь. Ну а как быть? В посёлке Никель нет диализа.

Гостевой диализ. Тоже тема такая достаточно серьёзная для этих пациентов, потому что они привязаны к искусственной почке по месту жительства, и они не могут оторваться от этой почки больше, чем на один день. Во всём мире очень развит гостевой диализ. У нас на самом деле он сейчас стал появляться. Но, к сожалению, он в основном платный. Больные могут за свой счёт туда поехать. А воспользоваться теми льготами, которые они на самом деле имеют по санаторно-курортному лечению, они не могут. Сегодня центр, который осуществляет диализ за деньги, Сочи, Туапсе. Ну в общем там в районе Чёрного моря несколько центров, где можно за деньги получать диализ. Непонятно, почему за деньги? Ведь это те же самые больные. Если они уезжают из вашего региона, значит, за ними должны деньги идти по программе обязательного медицинского страхования, что в этом особенного? А в санатории они вообще имеют право получать как инвалиды. Та же проблема возникает при поездке в Москву, скажем, на консультацию или, не дай бог, встать куда-нибудь здесь в очередь. Опять самолёт не оплачивается, на поезде из Новосибирска три, четыре дня надо чух-чух-чух, сюда они приезжают за свой счёт. Опять это тоже не очень-то просто людям больным поднять такую дорогу.

Значит, ещё одна тема – это жильё. Больные, которые вынуждены получать диализ или, скажем, приезжают на трансплантацию почки в Москву, им жить негде, либо они должны снимать жильё, либо вообще непонятно как. Эта история может продолжаться годами. В некоторых регионах, я знаю, что губернаторы давали такое социальное жильё, но это была личная инициатива этих губернаторов, никакими законодательными актами это всё не поддерживается. И на самом деле это колоссальная проблема. Я проанализировал основные законы – «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», «Об обращении лекарственных средств», там, «О социальной

защите инвалидов в Российской Федерации», Трудовой кодекс, «О занятости населения в Российской Федерации» и так далее, значит, ни в одном законе вы не найдёте тех проблем, которые возникают у больных на гемодиализе и на трансплантации почек, включая то, что они не могут работать, потому что иначе они не получают лекарства. Значит, их заставляют не работать. О какой трудовой реабилитации можно в этой ситуации говорить? Я уже не говорю о том, что труд для них полезен просто потому, что они становятся и адекватными членами общества, и просто живут, ну, относительно нормальной жизнью. Про мобильность пациентов я уже сказал. Только поездом, ни машиной, ни самолётом не оплачивается. Хотя, вообще, внести это в законодательство по социальным аспектам, там, два закона, мне кажется, что это достаточно сложно. Абсолютно вне закона получается, как я понимаю, перитонеальный диализ и домашний диализ. Потому что система ОМС, получается, платить за них не может, услуги-то нет, больной сам себя лечит. Каким образом это оплачивать, я плохо понимаю. Насколько законодательно это всё оговорено, во всяком случае, в основах законодательства ни звука про это сегодня нет.

Не решаются проблемы обязательного обеспечения исследованиями трансплантационных больных, мы знаем, это большая тема. Когда больные постоянно получают довольно токсические препараты, не могут оценить их уровень в крови. Не решена абсолютно проблема включения новых трансплантационных пациентов в регистр федеральный. Потому что делается это раз в год. И если больной «пересадился» в начале года, то до конца года он формально не может получать лекарства. В общем, тоже эта тема как-то, прямо скажем, не очень хорошо решается.

На сегодняшний день нет стандартов по медицинским технологиям, такие как процедуры гемодиализа, перитонеальный диализ, процедура подготовки донора к изъятию у него органа, имеются в виду трупы. Абсолютно не регламентировано отношение между частными диализными центрами, хотя они, конечно, спасли, наверное, спасли страну. И сегодня основное развитие идёт за их счёт. Но мы вот только что видели скандал на Украине, когда город перестал платить в диализный центр деньги, год ... держался, держал пациентов на диализе, дальше непонятно. Значит, ответственность, государственная ответственность этого центра, совершенно всё это никак не регламентировано никакими законодательными актами. На самом деле это большая проблема, нужно об этом думать. У нас нет никакой системы оценки медицинских технологий, ограничение транспарентности при принятии решений закупок, как оборудования, так и расходного материала. Практически нет производства растворов для диализа. Я много раз слышал о том, что это есть в Екатеринбурге, что они готовы обеспечить страну. И вот

в этой бумаге это написано, но у кого ни спросишь – никто не пользуется этим отечественным производством. Поэтому, можно сказать, что если даже оно и есть, то это капля в море, хотя возить воду из-за границы, ну, честное слово, не очень разумно, мне кажется.

Я считаю, что самым главным итогом сегодняшнего заседания должно стать создание комиссии при комитете Государственной Думы по внесению изменений в законодательство Российской Федерации. Достаточно много предложений уже последовало. Я надеюсь, что те, кто будет выступать после меня, выскажутся по сути этих предложений.

Потому что там просто до смешного иногда доходит в противоречиях в законодательстве.

Второе. Вот то, что предлагается региональным органам власти: создавать региональные программы по нефрологии, по раннему выявлению больных, по лечению; предусмотреть создание межрайонных центров, чтобы плечо доставки не было больше двух часов. Я здесь именно настаиваю на часах, а не на километрах, потому что километры могут быть маленькие, а проехать всё равно нельзя. Нужно принять везде, повсеместно решение по транспортировке больных. Скорее всего, это должна быть социальная программа, а не медицинская, потому что невозможно, когда в Подмоскovie пациент, мне это рассказывают, на каталке по несколько часов пилит по заснеженным улицам и никто ему не помогает, он это делает на диализ и потом с диализа. Это невозможно.

Значит, нужно увеличивать количество перитонеального диализа, предусмотреть создание и развитие производства отечественного. Наверное, это должны быть, конечно, так сказать, производители всё-таки западные, вряд ли мы сами потянем, но тем не менее растворы мы должны производить всё-таки сами здесь. Развитие диализных центров на курортах, в первую очередь на местных курортах. Я бы предложил не столько морские, сколько местные, потому что там этот диализ может использоваться круглосуточно.

Ну, и очень важно, конечно, поддержка пациентских организаций, они подняли голову, но их (опять же я получил информацию по регионам), их не слушают, вообще не слушают, как будто их нет в природе. Ну это обычная тема чиновников – общение, значит, нужно добиваться, чтобы этого всё-таки не было. Нужно сосредоточиться на создании нормативных документов, в том числе создать государственные стандарты по технологиям медицинским, о которых я уже сказал. Ну, а то, что Минздравсоцразвития России может сделать – создать профессиональную службу донорства, об этом уже академик Колесников сказал, наверное, это должно быть централизованное финансирование с тем, чтобы не бегали люди, так сказать, в поисках доно-

ров, в поисках трупов, чтобы могли оплачивать больницам уход за будущим донором, всё это тоже требует законодательных решений.

Для регистрации дженерических препаратов, при регистрации средств медицинской техники необходимо проводить сравнительные исследования для того, чтобы подтверждать их эквивалентность, терапевтическую эквивалентность друг к другу.

Председательствующий. Сейчас выступает депутат Государственной Думы Петров Алексей Петрович.

Пономарева Л. Н. Я прошу прощения. Я, к сожалению, должна идти на следующее мероприятие. Вынуждена попрощаться. А перед тем, как уйду, я хотела сказать вот что, прослушав двух последних выступающих.

Значит, первое. Я очень прошу обратить внимание на тему в рекомендациях – это тема снятия инвалидности, лишения, соответственно, права на получение бесплатных лекарств. Это тема общая, она не только для нефрологов, она для ревматологов, она общая для многих тяжёлых заболеваний. Действительно проблема тяжёлая. Мы не должны связывать инвалидность и необходимость получения препаратов для соответствующих нозологий.

Значит, второе. Вот все те проблемы, которые перечислены во втором выступлении, они все очень важные, но тоже большинство из них важны не только для нефрологии. Они значительно более общий характер имеют. И поэтому я считаю, что их нужно в отдельное общее такое, выносить общие рекомендации в принципе, и смотреть, что для нефрологии нужно конкретно. Тема мобильных диализных центров, да, наверное, это очень важно, это очень нужно, это нужно развивать, но мы никуда не уйдём от стационарных центров, куда будут присылать людей, я уже приводила пример своего региона Чукотки, никакой мобильный центр нас не спасёт, его ещё надо там переместить. И мы, да, вот наш регион идёт на то, что мы просто покупаем квартиры для людей больных диализом, там, где есть возможность получить такую помощь. Кстати говоря, если посчитать, для многих регионов это будет дешевле, чем отправлять больных на диализ регулярно.

Всем удачной работы.

Председательствующий. Спасибо, Лариса Николаевна.

Петров А. П. Уважаемые товарищи, я не планировал выступать. Но, прочитав рекомендации «круглого стола», у меня есть ряд предложений, замечаний. Прежде всего, здесь было высказано достаточно много очень серьёзных замечаний и рекомендация сформирована так, что прочитав её, начинаешь понимать, что здесь не хватает ещё одной рекомендации по поводу соответствия занимаемой должности главного нефролога Российской Федерации. Но я не согласен. Он достаточно много делает и у нас достаточно много в Российской Федерации за последние годы изменилось. Нам нужно

это в рекомендациях «круглого стола» отметить. Я благодарен Наталье Аркадьевне и Сергею Ивановичу Колесникову за то, что они как раз сказали о том, что у нас достаточно много сделано за последнее время. Безусловно, много сделано, но этого недостаточно. И наш главный нефролог здесь сегодня поставил те основные проблемы, которые необходимо решать.

Следующий момент. Если говорить по тексту рекомендаций. У меня есть прямо замечание к тексту. Я не считаю, что из-за отсутствия скрининга и адекватного лечения средний возраст у нас меньше, моложе на 15 лет. Мы все знаем с вами, что у нас есть негласные рекомендации врачебным комиссиям, что до такого возраста принимать, а после этого возраста не принимать. Вот Наталья Аркадьевна изменила этот принцип в Москве и принимает людей, которым 80 с лишним лет. Они живут и продолжительность жизни у них достаточно серьёзная. Нельзя. Нужно нам просто ещё раз провести эту работу, чтобы комиссии отказывали. Как называется – перспективный больной или не перспективный больной – это только бог решает этот вопрос. Есть такое понятие негласной комиссии. Отказывают в оказании видов помощи. Я это точно знаю в регионах. Когда говорят: у нас хватает, Курганская область. Можно я выступлю? Вот это вы правильно сказали. У нас есть конкретный пример в Курганской области, где обеспеченность диализом менее 100 пациентов на миллион и они говорят: у нас нет очереди, у нас достаточно. Это удивляет. Кроме этого я хочу сказать, что если здесь мы формируем рекомендации, что около 20 процентов получают неадекватный диализ, это, прежде всего, характеристика КТНВ 1 и 2 с отклонениями (уходит от этой характеристики). Это означает, что Фонд обязательного медицинского страхования и региональные бюджеты оплачивают диализ, который проведён или не по стандартам, или неправильно. Необходимо нам ещё раз обратиться к этому вопросу. Диализ должен быть адекватный. Кроме того, если говорить о справедливости, то финансирование диализа осуществляется не только из средств обязательного медицинского страхования, но и большая доля лежит сегодня на региональных бюджетах, на бюджетах субъектов Российской Федерации. Нам нужно поклониться им за то, что они записывают это в защищённую статью бюджета и даже в последний кризис не было больших срывов в большинстве регионов и диализ выполнялся. Я считаю, положительную роль регионов надо нам тоже в этой справке отмечать.

Кроме того здесь написано, что какими-то экспертами констатируется отсутствие производства аппарата для гемодиализа. Я хочу сказать, что аппарат (искусственная почка) «Малахит-1» выведен на рынок и более 400 аппаратов работает сегодня с пациентами. Сегодня вырабатывается и заканчивается разработка «Малахита-2». Сейчас готовится к производству сборочная

в Дубне аппаратов «Фрезениус». Кроме того, если говорить дальше... Концентраты для гемодиализа. У нас в минимуме завозятся концентраты для гемодиализа. И ацетатный, и некарбонатный, и сухой, и жидкий, и декарбонатные картриджи в основном российского производства. Поэтому говорить, что отсутствует производство... Причём сертифицированы, хотя они не требуют обязательной сертификации.

Кроме того мы говорим про растворы для перитонеального диализа. Завод «Рестор», город Ижевск в достаточном количестве производит эти растворы, и эти растворы будут производить и другие ещё заводы. Идёт регистрация этих препаратов.

Конечно, у нас отсутствует производство почечных фильтров, это справедливо. Но и понятие «модуль» для малых отделений гемодиализа, оно не очень понятно, потому что такого определения ни в определении медицинской техники, ни в изделиях медицинского назначения нет. Наверное, это имелось в виду малое отделение диализа на две-четыре-пять почек. Но если вы знаете стандарты и СанПиНы, то, сколько бы почек ни было, весь остальной набор помещений должен присутствовать, даже, если будет одна почка. И этот набор помещений примерно 800 квадратных метров обязательен, вот, что нам надо менять – нам нужно менять СанПиН.

Кроме того, если уже коснулся СанПиНов, нам необходимо вернуться к разговору: почему СанПиН изменился и стал 14 квадратных метров на одно диализное место даже в амбулаторных диализных центрах, хотя в Европе семь квадратных метров, в Японии 5,5 квадратных метра. Мы что такое строим? Медицинские дворцы в последнее время? Страна у нас богатая. Нам нужно вернуться к этой рекомендации.

Кроме того, если говорить про малое межрайонное отделение диализа, вот как раз здесь серьёзная проблема, потому что мы можем приблизить помощь к нефрологическим пациентам, если будут стандарты изменены. И это возможно. Пример цивилизованных стран это показывает. И ничего страшного там не происходит, адекватный абсолютно диализ.

Другое дело, что диспансеризация пациента два раза в год должна осуществляться, как и положено. Кроме того, если говорить про то, что происходит по оказанию вспомогательной помощи, я думаю, нам нужно здесь выразить в рекомендациях спасибо муниципалитетам многим, в большинстве случаев они возят пациентов до диализа и обратно. И надо выразить им здесь благодарность. Это опять же не их обязанность, но они это делают. Я точно могу сказать, редкий случай, когда пациентов не возят. Не знаю, я таких регионов не знаю. Вы знаете, я 20 лет занимаюсь этой темой, вот я ещё раз хочу сказать, что большинству муниципалитетов нужно сказать: «Спасибо».

Кроме того, если говорить про фразы, надо изменить фразу, слово «больные инвалиды», ну, наверное, надо эту фразу заменить. Кроме того, если говорить про получение необходимых лекарств вне зависимости от наличия инвалидности, я абсолютно согласен, потому что это крайне важная и большая проблема при определении тарифов на уровне регионов по оказанию гемодиализной помощи и других видов нефрологической помощи.

Ну и если рассматривать в целом, я считаю, что нефрологическую помощь одно государство не окажет. Нам нужно больше внимания уделять в этом вопросе, и есть положительные примеры и Бибрауна, и Фрезениуса, и других по строительству частных амбулаторных диализных клиник по частно-государственному партнёрству. И независимо от формы собственности роль государства должна заключаться не только в том, чтобы закупать медицинское оборудование и лекарства, и обучать врачей, частные диализные центры могут взять на себя часть функций. А роль государства заключается, прежде всего, в установлении тарифов, в контроле за этими тарифами и в своевременной оплате, и проверке стандартов по квалификации врачей. Вот основная роль государства, не только в диализе, но и в других видах помощи.

Кроме того, если говорить о роли в других направлениях, то я бы здесь ещё поставил один вопрос. Правительству Российской Федерации, прежде всего, Минпромторгу России включить в разделы «Фарма 2020» программу развития нефрологической помощи и разработки этих новых (как они называются) расходных материалов, медицинской техники и лекарственных препаратов для нефрологических больных, и рассматривать их в качестве приоритетных.

Председательствующий. Слово предоставляется Гаврикову Михаилу Юрьевичу – сопредседателю Всероссийской общественной организации нефрологических и трансплантированных больных «Право на жизнь».

Гавриков М. Ю. Добрый день! Вы знаете, мне придётся, видимо, повторяться, потому что уже многие вопросы затронуты, но я поднимаю, прежде всего, вопрос, что у нас действительно врачей не хватает. Врачей не хватает в любом звене, но если в больницах у нас существуют врачи, то в поликлинике вы просто не найдёте ни одного врача-нефролога, хотя у нас существуют и кабинеты, и окружные нефрологи, которые не занимаются практически своими работами.

Вузы действительно не выпускают у нас, ни один вуз не выпускает нефрологов. И, вроде считается, что шесть лет человек отучился, он идёт в ординатуру и должен получать в ординатуре профессию нефролога. Значит, он приходит в отделение, он видит смерть, боль и грязь. Он видит огромную работу в отделении, он видит маленькую зарплату на сегодня. И он

будет выбирать эту профессию? Простите, сейчас уже современные нефрологи, которые, в общем-то, работают, зачастую говорят о том, что нужно менять профессию, уходить в другую специальность.

Значит, для членов общества ситуация не намного лучше, потому что у нас скрининг не ведётся. И достаточно недорогие анализы никто не проводит. И если проводятся, допустим, профессиональные осмотры на предприятиях, то в основном работники в свободное от работы время приходят на эти консультации, дают денег, чтобы подписали им эти все бумажки, и идут дальше. Поэтому никто не будет знать о заболеваемости.

В списке госгарантий на 2012 год и в 890-м постановлении ни слова не сказано про нефрологические заболевания, только лишь про трансплантацию органов, про лекарственное обеспечение. И зачастую путают мочеполовые заболевания – это урология, это далеко не нефрология. И поэтому путать не стоит, это совершенно другие заболевания. Значит, по статистике западных стран у нас сейчас где-то около 16 миллионов людей болеют почечными заболеваниями.

Значит, в 2006 году у нас финансирование было отдано в регионы, о чём был разговор, господин Петров, и все прекрасно знают, что у нас регионы одни дотационные, другие – донорские. Там, где денег хватает, там нормальные дела с диализом, там, где денег не хватает, диализ обеспечивается по остаточному принципу. И поэтому об адекватности диализа говорить достаточно трудно. Причём в большинстве регионов, которые мы знаем, у нас 52 региона в организации, то, что пациенты ездят на процедуру, это заслуга их, прежде всего, потому что они обращались в советы по Росздравнадзору и к губернатором по поводу того, чтобы их возили на эти процедуры. Слава богу, что Москва ещё возит пациентов на диализ.

Диализ – достаточно дорогое, вообще-то, удовольствие. И надо сказать, мне кто-то объяснил из Минздравсоцразвития России, что у нас нет упоминаний в госгарантиях, потому что диализ считается предтрансплантационным видом заместительной почечной терапии, хотя это, в общем-то, два одинаковых вида заместительной почечной терапии. Хотя, значит, диализ стоит где-то около миллиона на год на человека, а трансплантация в то же время стоит где-то на сегодня 890 тысяч – столько даётся на покрытие квоты операции. И затем 230 тысяч на лекарства в год. То есть это выгода значительная, и она видна. Единственное, диализ, я считаю, что нужен для тех людей, которые, к сожалению, не могут получить трансплантацию, и тем, которым нужно отмывать организм, когда они стоят в листе ожидания.

Павел Андреевич сказал правильно: проблема большая, что у нас диализные центры в больших городах и в больших регионах и до них доехать многие не могут. Те, кто живёт в этом регионе, они получают выгоду, что

они ходят на диализ. А тот, кто не получает эту выгоду, он должен снять жильё в этом городе, значит, приехать туда, жить там и платить за диализ. Потому что по стандартам диализ, в общем-то, на два месяца всего оплачивается за трансплантацию. Остальное время до полутора лет как минимум должны оплачивать сами пациенты.

Вы знаете, я могу о себе даже сказать. У меня 13 лет пересадка, и 13 лет назад я платил полгода за то, чтобы давали диализ, по 160 долларов тогда. Сейчас уже больше 200 долларов стоит диализ. В Мытищах, пожалуйста, в Мытищах вам такой пример. У нас 35 на сегодня центров трансплантации, из которых 31 работает на трансплантацию почки. Я про остальные не буду говорить виды трансплантации. Да, единственное, скажу: в Москве у нас три центра работают на трансплантацию поджелудочной железы, только в Москве. Больше нигде не получите.

Значит, теперь можно поговорить о лечении посттрансплантационных больных. До достаточно недавнего времени трансплантация проходила в основном только в Москве. И люди со всей страны приезжали сюда для того, чтобы получить трансплантацию. Трансплантация и лечение после трансплантации проходили в 52-й клинике. И на сегодня я хочу сказать, что это достаточно передовая клиника. И в принципе хотелось бы предложить, чтобы научно-исследовательский институт нефрологии можно было бы сделать на базе этой клиники, потому что туда обращается до сих пор огромное количество пациентов.

Есть Московский городской нефрологический центр, там есть опытные врачи. Без обид скажу, что зачастую из регионов, в которых делают трансплантацию, пациенты должны туда приезжать и там лечиться. Квалификации врачей зачастую не хватает, поэтому зачастую из регионов, там, где слабые врачи, больных посылают в Москву, хотя Москва не может принять всех пациентов. Сейчас уже полторы тысячи пациентов трансплантируют только в Москве, и если необходимо ещё принимать из регионов, то отделений не хватает. Отделение единственное на всю Россию патологии трансплантированной почки. Нигде у нас больше таких отделений нет. И, соответственно, и врачи, и технологии там достаточно высокие.

Значит, лекарственное обеспечение. Я бы хотел сказать, что у нас большие проблемы по лекарствам и по оборудованию, прежде всего, связанные с законом № 94-ФЗ. Потому что по этому закону у нас покупаются и лекарства, и оборудование как гвозди, собственно говоря, никто не особо разбирается. Сейчас вроде разговор идёт о том, что закон № 94-ФЗ заменят законом о контрактной системе, чтобы лекарственные препараты были прописаны по торговому наименованию, не по МНН.

Потому что если для трансплантированных или диализных пациентов покупаются несовершенные препараты, чтобы выводить этих пациентов

из тяжёлого состояния, если препараты некачественные, это тоже затрата денег, прежде всего, большая, а потом пациента, если выведут, нужно ещё переводить на другую терапию, на, скорее всего, оригинальную, более дорогую терапию.

Уже говорилось о том, что российской статистике просто не нужно верить, потому что она очень плохо работает. Росстату нужно заниматься, действительно, статистикой и просить специалистов, работать со специалистами, чтобы эта статистика возникала, потому что на первичном звене у нас, действительно, пропускают большое количество пациентов, и они зачастую приходят в нефрологические отделения уже к терминальной стадии. Есть, конечно, начальные пациенты, которых захватили на начальной стадии и их ведут, но в основном люди страдают от диализа и трансплантации.

И последнее. Это то, что у нас нефрология не является социально значимым заболеванием, хотя у нас люди, когда приходят на диализ, получают трансплантацию, они становятся инвалидами, инвалидами до конца жизни, к сожалению. Ни социальная, никакая трудовая реабилитация не даётся, и поэтому люди не могут, собственно говоря, ни работать, ни осуществлять свои виды деятельности. Хотя среди этих пациентов есть достаточное количество квалифицированных и работников, и специалистов. Много есть молодых людей, которым, в общем-то, нужно тоже обучение и подготовка к дальнейшей жизни.

И в конце мы составили где-то семь пунктов, которые хотели бы предложить.

Департаменту науки и образования Минздравсоцразвития России рассмотреть вопросы подготовки врачей по специальности нефролог на стадии обучения в вузе.

Учесть наличие проблем пациентов ХПН и ХБП и включить это в ответственное положение в программу госгарантий Российской Федерации и в 890-е постановление.

Да, хочу сказать, что в регионах зачастую госгарантии действительно осуществляются и достаточно неплохо в некоторых регионах. Решить вопрос о создании НИИ нефрологии в Москве для лечения людей из регионов, скорее всего, и проведения, соответственно, научных работ. Затем начать создание регистра больных, которые должны действительно состоять, потому что должны у нас и министерства, и все... Да, федерального. Да, безусловно, федерального регистра, потому что должны знать, на что тратить деньги и в каком количестве.

Я считаю, что нужна, вообще, федеральная программа по нефрологии, о которой говорится уже давным-давно и должен быть начат скрининг для пациентов по всей России, причём скрининг, чтобы люди просто так не по-

гибали и не заболевали тяжелейшим заболеванием. И рассмотреть вопрос доступности диализных мест и трансплантации по всей территории Российской Федерации.

Председательствующий. Доктор медицинских наук, руководитель Центра трансплантации почки российской детской клинической больницы.

Валов А. Л. Спасибо, я постараюсь очень коротко.

О наболевшем. В принципе, наш центр занимается трансплантацией где-то от 30 до 40 почек в год детям до 18 лет. Но у нас в нашем государстве до сих пор ещё не принята инструкция по констатации смерти мозга, чтобы мы забирали органы не только от взрослых, что мы сейчас и делаем, и пытаемся пересаживать от взрослых трупных доноров детям, но и от подростков, то есть детей.

Нам необходимо оказывать медицинскую помощь путём трансплантации не только детям, подросткам, которым мы пересаживаем успешно, это 10, 12, 14 лет, мы можем пересадить им взрослую почку успешно, она будет функционировать, и проблему как таковую решим. Но нам крайне сложно пересаживать взрослый орган детям младшего детского возраста, то есть детям меньше 20 килограммов, то есть 3, 4, 2, 5 лет. Я уже не говорю о других ... органах: сердце, печень, поджелудочная, которые антропометрически довольно сложно пересадить детям, я говорю о почках.

У нас закон о трансплантации был принят в 1992 году. Сейчас уже 2012-й. В этом законе есть одна фраза, что инструкция по констатации смерти мозга у детей разрабатывается. Но вот она разрабатывается уже в течение 20 лет и до сих пор почему-то не разработана и не принята.

Естественно, это нас сдерживает очень сильно, ещё раз подтверждаю, в помощи младшему детскому возрасту. Подросткам мы пересаживаем взрослые почки, а вот детям младшего детского возраста... Мы не имеем такой возможности. Поэтому убедительная просьба (ещё раз заостряю своё внимание): как можно быстрее принять инструкцию по констатации смерти мозга у детей.

В принципе эта проблема, конечно, она и поднималась, и обсуждалась. Неоднократно мы об этом говорили, но воз и ныне там. В принципе, конечно, всё это нужно решать в рамках программы создания системы донорства, о которой сейчас должен сказать мой коллега из Санкт-Петербурга Резник Олег Николаевич. Поэтому я на этом закончу. Постараюсь сейчас ему передать эту «палочку», чтобы он её уже дальше понёс.

Председательствующий. Уважаемые коллеги, мы практически в рамках нашего регламента, отведённого до 18 часов, дали слово выступить всем, кто хотел.

С заключительным словом от Комитета по охране здоровья выступит заместитель председателя комитета Сергей Борисович Дорофеев.

Дорофеев С. Б. Уважаемые коллеги, здесь присутствующие!

Во-первых, хочу поблагодарить от имени комитета всех, кто к нам сегодня пришёл на эти слушания и приехал, особенно шестерых представителей территорий, кто приехал к нам, и четырёх представителей прессы, кто был, присутствовал здесь. И всех коллег, которые так заинтересованно присутствовали здесь и обсуждали, и предлагали, особенно тех, кто пришёл с конкретными предложениями, кто передал нам их. Мы, безусловно, ещё с ними будем работать.

Вы знаете, я сам в нефрологию пришёл 25 лет назад, так сложилась просто судьба, и начинал работу в отделении нефрологии в Новосибирске, и диссертация у меня по нефрологии. Ну, так сложилось просто. И у нас главный нефролог, кстати, сегодня приехал на слушания. Всегда считал, что всё, что связано с хронической почечной недостаточностью и с транспатологией, в данном случае почки – это проблема двух составляющих, наверное, трёх: это деньги, это кадры, это оборудование – всё, что касается хронической почечной недостаточности. Сколько денег, как никогда подходит, наверное, наше русское: сколько денег, столько песен. К сожалению, не очень радостных. Но столько помощи, сколько можно оказать. Не согласен с тем, что за эти 25 лет, за 10 лет ничего не изменилось. Изменилось. Мы шагнули всё равно вперёд, мы в технологиях шагнули, мы в оборудовании шагнули, мы в уровне подготовки кадров шагнули вперёд. Не хватает ничего, не хватает ничего катастрофически. Но всё, что связано с хронической почечной недостаточностью и с трансплантацией, это как раз та ситуация одна из немногих, наверное, таких ситуаций, не единственная, но одна из немногих, когда не надо уговаривать больных лечиться. Вот не надо. Они всё хорошо понимают. И как раз здесь больше приходится уговаривать тех людей, кто выделяет деньги.

И если говорить о концептуальных каких-то вещах, то, безусловно, мы будем стараться отразить это в наших рекомендациях, решении. Я убеждён, такая целевая ведомственная программа должна быть, что на неё должны быть нацелены определённые финансовые средства и помимо средств обязательного медицинского страхования, наверное, должны быть ещё гарантированы определённые бюджетные вещи. Всё, что касается проблемы трансплантологии. Особенно всё, что связано с почками. У меня вопрос сначала ко всем коллегам, которые критиковали, так прямо скажем, потихоньку, вежливо законодательство наше. А пробовали сами-то вносить предложения, когда закон писался? Кто пробовал? Поднимите руку, кто пробовал, когда писался закон, потому что я не был тогда.

Я просто хочу обратиться ко всем. Я не был тогда депутатом. Но мы от Национальной медицинской палаты всё, что могли, делали, боролись

и как-то пытались поправить этот закон. Но откровенно скажу, я не видел рядом с нами специалистов – трансплантологов.

Я никого не перебивал, кто выступал. Говорю свою точку зрения и хочу призвать просто всех к тому, что если мы как профессионалы в чём-то убеждены, если мы (на будущее просто пожелание) убеждены в том, что нельзя писать так закон или ту статью закона, что это глубоко отразится на всей нашей профессиональной деятельности, мы должны в полный голос не только в своём кругу, но и в политическом, и в средствах массовой информации отстаивать свое мнение так, чтобы не появлялись такие законы. Я со всеми солидарен в том, что нужно поправки в закон вносить, в основы и, наверное, не только в этой части. Во многие другие. Но хочу просто призвать всех к активной и конструктивной работе.

Председательствующий. Уважаемые коллеги, спасибо.

Рекомендации «круглого стола»

Актуальность проблем организации медицинской помощи больным нефрологическими заболеваниями в Российской Федерации обусловлена широкой распространённостью почечной патологии, её прогрессирующим течением и применением дорогостоящих методов заместительной почечной терапии. В настоящее время такое лечение получают порядка 25 тысяч человек, потребность в этих методах испытывают около 100 тысяч больных. Практически все эти больные сегодня являются инвалидами 1-й или 2-й группы с необратимыми изменениями в почках и терминальной стадией почечной недостаточности. Многие из пациентов-инвалидов не могут найти работу, из-за чего значительно ограничиваются возможности их трудовой и социальной реабилитации.

В Российской Федерации отсутствует программа раннего выявления нарушений функций почек (почечного скрининга) и длительного ведения нефрологических больных с начальными признаками почечной дисфункции. В ближайшие годы следует ожидать резкого увеличения числа больных с почечной недостаточностью среди больных сахарным диабетом. Практика развитых стран показывает, что адекватная организация лечения этой патологии, применение специальных лекарств на годы отдаляет необходимость в почечно-заместительной терапии, существенно снижая затраты на лечение.

В России существует нехватка отделений нефрологии, отсутствует преемственность между врачами различных специальностей, ощущается дефицит специалистов-нефрологов. Из-за отсутствия скрининга и своевременного эффективного лечения средний возраст находящихся на заместительной терапии пациентов на 15 лет моложе, чем в развитых странах. Среди причин снижения функции почек преобладают воспалительные заболевания почек, а не сахарный диабет, как за рубежом.

Участниками «круглого стола» констатирована крайне низкая обеспеченность потребности населения в методах почечно-заместительной терапии, уступающая по показателю на миллион жителей странам Европы и США от 3 до 10 раз. Около 20 процентов больных получают неполноценный диализ из-за снижения числа и сокращения времени процедур. Средняя продолжительность жизни на гемодиализе отстаёт от мировых показателей. Вследствие отсутствия в регионах условий наблюдения и специалистов, редко применяется перитонеальный диализ.

Из-за особенностей процедур лечения почечных больных, методы заместительной почечной терапии практически не доступны для жителей сёл, деревень и посёлков из-за отсутствия малых межрайонных отделений диализа на 3–5 аппаратов. Одна из причин такого положения – требование СанПиН по увеличению площади под одно «диализное место» до 14 квадратных метров. В странах Европы этот норматив – 7 квадратных метров, в Японии – 5,5 квадратных метра. Отсутствует практика «домашнего» гемодиализа и перитонеального диализа. Сельский пациент не имеет возможности приезжать за сотни километров на диализ 3 раза в неделю в краевой (областной, республиканский) центр. Проблемы, связанные с транспортной доступностью диализа, повсеместно испытывают как жители крупных и малых городов страны, так и сами муниципальные образования, вынужденные организовывать перевозку амбулаторных пациентов на диализ и обратно, часто на значительные расстояния.

По мнению экспертов, необходимо активнее развивать отечественное производство аппаратов для гемодиализа, концентрата для гемодиализа, раствора для перитонеального диализа, почечных фильтров, модулей для малых отделений гемодиализа. Следует подчеркнуть острую необходимость оценки эффективности и безопасности медицинских изделий и лекарственных средств, особенно дженериков, применяемых для лечения нефрологических заболеваний.

Количество производимых ежегодно в России трансплантаций почек в 6–7 раз меньше, чем в развитых странах, в том числе – из-за пробелов в законодательстве. Данное направление медицины практически остановилось в развитии. Существуют территориальные проблемы в заборе донорских органов, нет регистра (банка) донорских органов, не сформирована единая автономная служба по забору и распределению донорских органов. Практически отсутствует детская трансплантация.

В Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» имеются противоречия, затрудняющие работу донорских служб. Так, в статье 47 прописано согласие взрослых на посмертное изъятие органов для трансплантации, а в статье 68 устанавливается возможность использования органов умершего в медицинских целях только при наличии его письменного волеизъявления или если труп не востребован.

В статье 66 «Определение момента смерти человека и прекращения реанимационных мероприятий» говорится: диагноз смерти мозга устанавливается консилиумом врачей в медицинской организации, в которой находится пациент. В составе консилиума врачей должны быть анестезиолог-реаниматолог и невролог, имеющие опыт работы в отделении интенсивной

терапии и реанимации не менее пяти лет. Неврологов, работающих в реанимационных отделениях, в стране практически нет, за исключением единичных специализированных отделений. Таким образом, формальное соблюдение законодательных норм о порядке диагностики смерти мозга делает эту процедуру невыполнимой, а экстраренальную трансплантацию в России – невозможной.

Задача предоставления донора должна быть функцией стационара, а не результатом неудачного оказания медицинской помощи, как сейчас. Это отдельный вид медицинской деятельности, заключающийся в скоординированных усилиях медицинских и технических служб стационара по поддержанию витальных функций организма в умершем человеке. Но поскольку такие работы (услуги) в медицинскую деятельность не включены, руководители медицинских организаций не имеют мотивации создавать условия для посмертного донорства органов.

Решением вопроса могла быть стать централизация на федеральном уровне услуги предоставления донора, как вида или этапа высокотехнологической помощи. Это предусматривает создание Единой национальной информационной системы донорства. Такая система предполагает федеральный источник финансирования, наличие головного бюро и региональных отделений, локальных (госпитальных) координаторов донорства в каждом стационаре, где могут потенциально оказаться доноры. Оплата работ по представлению донора должна производиться медицинской организации по факту выполненных работ.

Отдельная проблема – обеспечение лекарственными препаратами нефрологических больных. Лекарства по программе ОНЛС (эритропоэтины, препараты внутривенного железа, гипотензивные средства) получают только инвалиды. Но и для них не обеспечен полноценный лабораторный мониторинг эффективности применения препаратов для профилактики отторжения трансплантата.

При государственных закупках лекарственных препаратов за счёт меньшей цены конкурсы выигрывают наиболее дешёвые дженерики, что приводит к замене хорошо зарекомендовавших себя оригинальных препаратов на дженерики, не прошедшие полноценного клинического исследования. Наблюдаются долговременные перебои с поставками лекарств. Имеется серьёзная проблема включения новых больных в регистр пациентов с трансплантированной почкой: оно производится 1 раз в год. Новые больные лишаются своевременной медикаментозной терапии по программе «7 нозологий».

Многие решения по совершенствованию организации медицинской помощи больным нефрологическими заболеваниями невозможно реализовать

без соответствующих законодательных и иных нормативных правовых инициатив. Они касаются законодательства по вопросам трансплантации органов, инвалидности и трудоустройства больных, представления временного жилья приезжающим в города для гемодиализа или трансплантации почки, перевозки больных на процедуры за счёт социальных служб, возможности получения необходимых лекарств вне зависимости от наличия инвалидности, проведения процедур диализа вне медицинских организаций, в частности – на дому.

Представляется необходимым разработать поправки к целому ряду законов Российской Федерации: «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», «Об обращении лекарственных средств», «О трансплантации органов и (или) тканей человека», «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», «О государственной социальной помощи», «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд», «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», «О занятости населения в Российской Федерации», а также поправки к Трудовому кодексу РФ, направленные на реализацию задач развития социальной и медицинской помощи этой группе больных.

Заслушав доклады и выступления депутатов Государственной Думы Российской Федерации, представителей Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, органов законодательной и исполнительной власти субъектов Российской Федерации, общественных организаций, участники «круглого стола» **рекомендуют:**

Правительству Российской Федерации:

Рассмотреть вопрос о внесении изменений в постановление правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих», в части внесения в перечень заболевания «хроническая почечная недостаточность».

Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

1. Совместно с Министерством образования и науки Российской Федерации разработать федеральный государственный образовательный стандарт подготовки врачей по специальности «нефрология», предусматривающий изучение обучающимися современных методов оказания помощи

нефрологическим больным, рассмотреть возможность привлечения специалистов-нефрологов за счёт увеличения количества бюджетных мест в клинической ординатуре и аспирантуре.

2. Подготовить поправки в Федеральный закон «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» с целью устранения имеющихся противоречий, затрудняющих работу донорских служб и развитие трансплантации.

3. Изучить целесообразность и возможность создания ФГБУ «Научно-исследовательский институт нефрологии» для возможности проведения лечения нефрологических больных из субъектов Российской Федерации.

4. Создать регистр больных с хроническими заболеваниями почек.

5. Актуализировать действующие нормативные документы, регулирующие порядки и стандарты оказания медицинской помощи нефрологическим больным.

6. Создать Единую национальную информационную систему донорства органов в Российской Федерации.

7. Рассмотреть вопрос о необходимости внесения изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» в части государственной регистрации воспроизведённых лекарственных препаратов, в частности используемых в нефрологии, предполагающих обязательное проведение сравнительных клинических исследований последних с оригинальными препаратами.

8. Внести изменения в Санитарные Правила и Нормы, снижающие нормативные требования к площади размещения диализных мест.

9. Разработать стандарты оказания медицинской помощи нефрологическим больным с применением медицинских технологий гемодиализа, перитонеального диализа, использования посмертного донорства органов.

Министерству экономического развития Российской Федерации:

Внести изменения и дополнения в Федеральный закон от 21.07.2005 № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» в части изменения требований на размещение заказа на закупки лекарственных средств для нужд медицинских учреждений, оказывающих высокотехнологичную или специализированную медицинскую помощь, позволяющие осуществлять закупку лекарственных препаратов при наличии жизненных показаний по торговому наименованию. Учесть эти положения при разработке закона «О федеральной контрактной системе».

Органам законодательной (представительной) и исполнительной власти субъектов Российской Федерации:

1. Разработать и внедрить региональные программы раннего выявления нарушений функций почек (почечного скрининга) и длительного ведения нефрологических больных с ранними признаками почечной дисфункции.
2. Принять меры к созданию гемодиализных мест с возможностью доставки к ним больных в течение 2 часов, предусмотреть обеспечение больных транспортом для проведения амбулаторного гемодиализа.
3. Принять меры по увеличению числа больных, получающих перитонеальный диализ.
4. В рамках государственно-частного партнёрства предусмотреть создание предприятий по производству растворов для диализа.
5. Обратить внимание на обеспечение лабораторного контроля эффективности и безопасности иммуносупрессивной терапии.
6. Осуществлять поддержку деятельности пациентских организаций больных нефрологического профиля, учитывать их мнение и рекомендации при принятии решений в области развития диализа и трансплантации органов.

**Материалы парламентских слушаний
Комитета Государственной Думы по охране здоровья на тему
«Законодательное обеспечение прав пациентов
в Российской Федерации»**

**СТЕНОГРАММА
парламентских слушаний**

*Здание Государственной Думы. Малый зал.
9 апреля 2012 года.*

*Председательствует председатель Комитета Государственной
Думы по охране здоровья С. В. Калашников*

Председательствующий. Коллеги, мы сегодня проводим слушания «Законодательное обеспечение прав пациентов в Российской Федерации». Актуальность этой темы связана с тем, что, к сожалению, в российском здравоохранении наметился явный перекося в понимании для чего существует здравоохранение.

Иногда складывается впечатление, что здравоохранение существует само для себя. В лучшем случае, для отдельных функционеров здравоохранения, в частности, главврачей, а иногда просто для самих врачей.

Всё-таки, наверное, приоритеты иные, здравоохранение существует для пациентов и обеспечивает именно обеспечение здоровья, а не частоту посещений поликлиники или больницы.

В статье 6 закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» прямо сказано о том, что приоритетом отечественной медицины является обеспечение прав пациентов.

Лозунг, безусловно, очень хороший. Положение абсолютно правильное. Но есть один-единственный вопрос, который мы и выносим на наши сегодняшние парламентские слушания: а что нужно сделать для того, чтобы реально обеспечить защиту прав пациентов?

Вопрос один, но, я так понимаю, что ответов на него может быть множество. Итогом наших сегодняшних парламентских слушаний должен быть перечень инициатив, которые необходимо оформить в законодательном порядке как норму права.

И я хотел бы представить присутствующих гостей. Но я не знаю, может быть, мы это в рабочем порядке сделаем, когда будем выступать? Тем более что все известные люди.

И первое слово я хотел бы представить Сергею Ивановичу Фургалу – председателю подкомитета по вопросам обеспечения профилактики и здорового образа жизни.

Фургал С. И. Сегодня действительно у нас очень большая проблема. И, скажем, не проблема, а большой вопрос, который мы собрались здесь обсудить. Ну так вот, волей случая я выступаю первый. Понимая, что проблема очень обширная и её, наверное, невозможно за такой короткий период времени обсудить, даже обсудить, не говоря уже о том, что разрешить, я в своём маленьком докладе хотел бы остановиться только на некоторых точечных аспектах этой проблемы. Но мне бы хотелось начать с чего? Понятно, что здоровье и жизнь человека, это, наверное, главное, что есть сегодня, что дано нам от природы, и главное, что есть у человека. И, наверное, во все времена человека беспокоило его здоровье, его жизнь и беспокоил вопрос, когда он приходил на приём к врачу или приходил в какое-то лечебно-медицинское учреждение.

Если обратиться в историю, то уже, примерно две тысячи лет до нашей эры, в своде законов Хаммурапи были прописаны правила, защищающие пациентов от недобросовестных лекарей, либо людей, которые выдавали себя за таковых.

Большое развитие в защите прав пациента на законодательном уровне было в Римской империи. В Римской империи существовал свод законов, который регламентировал компенсации за причинённый ущерб пациентам со стороны медицинских работников. При этом шло такое чёткое разделение и градация – совершенно это умышленно либо не умышленно.

Но после Римской империи до середины XX века, скажем так, проблемой защиты прав пациента, наверное, не занималось ни одно правительство, ни одна страна, в том числе и Россия. Ну я имею в виду глубоко.

И только в 1948 году, когда была Генеральная Ассамблея ООН и была принята Конвенция о защите прав человека, вот тогда появилась 25-я статья этой конвенции, которая именно регламентировала защиту прав человека и охрану здоровья человека.

И после 1948 года во всём мире началось бурное развитие законодательной базы именно в той части, которая касалась защиты прав пациента, защиты его интересов, защиты здоровья, компенсации, ну и всё остальное. Советский Союз, к сожалению, на тот момент каким-то образом выпал из этой, так сказать, системы и долгое время мы находились, скажем, вне правового поля. И единственным социальным актом, который может считаться Кодексом взаимодействия врача и пациента, стали основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года, хотя, понятно, что в этих основах законо-

дательства было прописано далеко не всё и то, что регламентировалось, не могло быть выполнено.

Второй акт, который на сегодняшний день существует, это так называемый проект закона «Об охране здоровья», который, с нашей точки зрения, нуждается сегодня, не то что в детальной, я бы сказал, наверное, в коренной переработке и доработке.

Вообще мне бы хотелось остановиться на Российской Федерации и сказать, что в России в силу историко-социальных особенностей долгое время применялась патерналистическая модель взаимоотношения между врачом и пациентом, о договорном начале в процессе оказания медицинской услуги не могло быть и речи. Не зря ряд авторов научных исследований, посвящённых защите прав пациентов и регламентации профессиональной деятельности медицинских работников, справедливо полагают, что взаимоотношения медицинских работников и пациентов представляют собой одну из самых скрытых тем на сегодняшний день. Сейчас, наверное, уже перезрела проблема и есть необходимость усиливать договорную модель, то есть применять в медицинских отношениях гражданско-правовые начала. То есть, если у нас в медицинских отношениях уголовно-процессуальные нормы действуют, то гражданско-правовые начала, к сожалению, сегодня отсутствуют. Это касается и такой проблемы, как юридическая квалификация медицинской услуги, толкование понятий «услуга», «пациент» в рамках гражданского законодательства. То есть на сегодняшний день у нас фактически в гражданском законодательстве отсутствует чёткое толкование, что такое «медицинская услуга», что такое «пациент».

Договорной конструкцией защиты прав пациентов, а также врачей следует изучить проблему защиты гражданских прав как потребителей медицинской услуги, что на сегодняшний день тоже у нас, к сожалению, не рассматривается. В рамках такой модели можно было бы создать законодательную возможность защиты интересов не только пациентов, но и интересов врачей, особенно от проявления, так называемого, потребительского экстремизма, что в последнее время очень часто наблюдается во многих странах мира, в том числе, и в Российской Федерации.

Изучение правовых мер по защите интересов пациентов и врачей, в числе которых основной мерой является гражданско-правовое законодательство, позволило установить, что в России весьма распространённым является недостаточное соблюдение прав пациента, а точнее, наверное, не то, что недостаточно соблюдаются права пациентов, а вообще отсутствует как таковое понятие «права пациента».

Важно отметить, что защита интересов врачей от незаконных требований или потребительского экстремизма недобросовестных пациентов также

не имеет детальной и системной регламентации, порой врач не имеет возможности эффективно защитить свои интересы и возместить моральный деловой ущерб.

Практика показывает, что в условиях недостатка законодательного регулирования врач как участник правоотношений в сфере оказания медицинских услуг оказывается также не защищённым, как и пациент. Это тоже очень большая проблема.

Но кроме этого, не установлен и механизм привлечения врача к гражданско-правовой ответственности. Если на сегодня мы можем привлечь врача к уголовной ответственности за совершение преступления, то, к сожалению, к гражданско-правовой ответственности привлечь сегодня медицинского работника или врача мы фактически не можем. Общие гражданско-правовые способы защиты, предусмотренные статьей 12 Гражданского кодекса Российской Федерации, неэффективны во всём, что касается медицинских отношений, поэтому и возникает необходимость в разработке специальных способов защиты прав пациентов и врачей. Хотя основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, декларирующие права пациента, существуют уже 15 лет, врачебный персонал не всегда считает обязательным или зачастую относится чисто формально к юридическому оформлению одного из важнейших прав пациента – права на информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Это является достаточно убедительным фактом того, что на сегодняшний день наши пациенты недостаточно грамотны или скажем, вообще неграмотны в этих вопросах. При этом применение медиком или врачом эффективного лекарственного средства, не предусмотренного в официальной схеме лечения конкретного заболевания, не спасает данного врача от ответственности, если он применил этот препарат, даже если пациент был информирован о данной проблеме, что тоже является сегодня nonsensом в здравоохранении.

В законодательстве России не закреплены механизмы защиты интересов лиц, участвующих в клинических исследованиях и ставших жертвами этих клинических исследований. Остаётся нерешённой проблема негативных проявлений лекарственных препаратов, отсутствует правовое регулирование института клинических испытаний. По законодательству Российской Федерации на сегодняшний день исследования проводят сами фармацевтические компании. Если опустить этическую норму этой проблемы, так сказать, от законного дозволения, можно предположить, какие последствия это может вызывать.

В нашей стране отсутствует база данных о побочных эффектах лекарств. Нельзя предположить и проследить централизованно, какие негативные последствия вызывает применение того или иного препарата.

Ситуация осложняется ещё и тем, что в этих вопросах врачи Российской Федерации совершенно проявляют инертность. По этическим соображениям врачи, конечно, должны сообщать о тех побочных эффектах, которые вызывают новые препараты у пациентов, но подобная процедура оформления доказывания ложится лишней нагрузкой на плечи врача, и, как правило, мы об этом не узнаём. Доказывание проявления побочных эффектов также затруднительно, поскольку у умерших, если считается, что человек умер естественной смертью, не берётся даже анализ крови, не говоря уже о других анализах. То есть фактически сегодня очень затруднительно провести оценку и сказать всё-таки, какие побочные эффекты и как вызывают те или иные препараты, как они действуют на наших пациентов.

Наконец, фармацевтические компании создают фонды поддержки учёных, которые получают от них зарплату. Впоследствии эти же исследователи привлекаются в качестве независимых экспертов для выдачи заключения о побочных эффектах или негативных проявлениях препаратов. Ну, понятно, что такая ситуация не может оставаться вне нашего поля зрения.

Решить данную проблему, мы считаем, могут некоторые законодательные меры. Первое. Необходимо чётко расписать процедуру клинических исследований и закрепить её законодательно. Кроме этого, с нашей точки зрения, необходимо создать независимый орган или институт независимой экспертизы лекарственных препаратов. Необходимо уточнить процент смертности от побочных эффектов. Важно определить степень безопасности проводимых манипуляций, и сам пациент должен решать, насколько он может позволить себе риск в рамках соблюдения принципа информационного согласия. Современная жизнь динамична и выдвигает немало проблем в сфере медицины и здравоохранения, для урегулирования которых нужен новый, абсолютно новый правовой подход.

За последние десятилетия получили достаточное развитие такие, скажем, кластеры, как генная инженерия, молекулярная медицина, суррогатное материнство, трансплантация органов и тканей, паллиативная медицина, которая требует не только этической оценки и одобрения общества, но эффективно и максимально учитывающая веление времени и нравственности правовой базы, что на сегодняшний день тоже, к сожалению, отсутствует.

Дискуссионными, я бы сказал, даже очень дискуссионными остаются вопросы об обязательном страховании профессиональной ответственности медицинских работников, легализации эвтаназии, внедрения стандартов оказания медицинской помощи. Но что касается стандартов медицинской помощи, это моё личное мнение и мнение, наверное, многих бывших врачей и настоящих врачей. Я думаю, что здесь, наверное, нужно на законодательном уровне кардинально пересмотреть всё-таки эти стандарты и подумать,

какой вред и какую пользу они принесут в случае их окончательного внедрения.

Ещё я бы хотел бы остановиться на одном вопросе. Мы все знаем, что сегодня у нас принят законопроект об охране здоровья населения, который декларирует равнодоступность медицинской помощи, который декларирует, что все пациенты имеют право выбирать врача, имеют право выбирать поликлинику и имеют право получить одинаковую помощь.

Но понятно, что если в правовой сфере мы не решим этот вопрос, то эти декларации останутся не более чем благими пожеланиями. Вот одним из вопросов, о котором мне бы хотелось сказать, является такой вопрос. Россия страна всё-таки у нас неоднородная и медицинские учреждения у нас разные, хотелось бы, чтобы был принят закон, который бы перевёл фельдшерско-акушерские пункты и сельские медицинские учреждения всё-таки на федеральный уровень финансирования, ну хотя бы на региональный. Но ни в коем случае не на муниципальный, потому что на муниципальном уровне, понятно, денег для развития медицины нет. Мне бы хотелось, конечно, сказать о многих ещё вопросах и проблемах, но, к сожалению, у меня истекло время. Поэтому я с удовольствием послушаю остальных.

Председательствующий. Сейчас я хотел бы предоставить слово Елене Алексеевне Тельновой – руководителю Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Тельнова Е. А. Уважаемые коллеги, я хотела начать немножко с другого, но хочу предыдущему коллеге сказать: я бы всё-таки считала, что нужно документы уже принятые почитать и сказать о том, что база-то у нас есть побочных, как вы говорите, явлений. Кроме того, я вам предлагаю заглянуть на официальный сайт Росздравнадзора. Всё, что касается фармаконадзора, эта работа ведётся, и информация эта регулярно поступает. Но это как бы отдельная тема.

Я хочу сказать о том, что кроме закона об основах охраны здоровья граждан у нас есть основной закон наш – это Конституция. И в соответствии с Конституцией, перефразируя 41-ю статью, можно сказать, что действительно, каждый гражданин имеет право на качественную эффективную и своевременную медицинскую, и в том числе и лекарственную, помощь.

Если говорить о Федеральной службе по надзору, то это контрольный орган, и мы все свои действия осуществляем посредством контроля и надзора за обеспечением соблюдения законности в сфере здравоохранения. Поэтому я буду говорить именно о вопросах, касающихся соблюдения законности в плане лекарственного обеспечения и оказания медицинской помощи. Росздравнадзор в своей деятельности обеспечивает контроль за более чем 270 тысячами государственных, муниципальных, частных организаций, ра-

ботающих в сфере производства, дистрибьюции, реализации лекарственных средств, в сфере оказания медицинской и социальной помощи.

Надо сказать, что за Росздравнадзором закреплено 64 полномочия, и вот здесь показаны основные функциональные модули государственных функций Росздравнадзора. Это контроль и надзор в сфере оказания медицинской помощи, социальной помощи и прочие, в том числе и лекарственной помощи, то же самое. Но для того, чтобы понять, действительно ли соблюдаются права граждан, я бы обратилась, прежде всего, к письмам и обращениям граждан. На мой взгляд, это самый основной механизм и самый основной индикатор, который говорит нам, выполняются ли все действительно функции, которые должно выполнять государство по отношению к гражданам нашим. И вот могу сказать, что 44 процента, даже 45 процентов обращений связаны с качеством медицинской помощи. И примерно 20 процентов, где-то 22 процента это те обращения, которые связаны с лекарственным обеспечением. Отсюда мы видим, что не всегда выполняются те полномочия, которые должны выполняться.

Но если говорить о том, какие регионы у нас дают больший процент обращений, это, прежде всего, Москва, где-то 20 процентов, Московская область – 13 процентов, Санкт-Петербург, Краснодарский край, Ростов, Волгоградская область, Челябинская область, Самарская область и ряд других субъектов. Если мы посмотрим ситуацию 2012 года, эта ситуация примерно такая же. В первом квартале 44 процента обращений связаны с качеством оказания медицинской помощи. И примерно на том же уровне держатся обращения, связанные с лекарственным обеспечением. Мы разложили все обращения по лекарственному обеспечению и по качеству оказания медицинской помощи на составляющие. При этом мы видим, что ситуация следующая. Если говорить о медицинской помощи, то примерно 38 процентов – это качество медицинской помощи взрослому населению. Здесь и обращения, связанные с медицинской помощью детскому населению, жалобы в связи со смертью взрослых и детей, жалобы на несвоевременную и некачественную диагностику. Жалобы на то, что те услуги, которые должны предоставляться бесплатно, предоставляются платно. И здесь же ситуация с лекарственным обеспечением. Самое большое количество обращений связано (это 76 процентов) с отказом в лекарственном обеспечении при первичном обращении в аптечное учреждение.

Что касается Росздравнадзора, то мы, со своей стороны, проводим регулярные проверки качества оказания медицинской помощи. Например, в прошлом году это 2 тысячи 328 проверок. В том числе, 93 – это по высокотратным, по качеству оказания высокотехнологичной медицинской помощи. И где-то 1 тысяча 898 проверок – это проверки внеплановые. Из них 82 про-

цента – это проверки по обращениям граждан. Обращений очень большое количество. А дальше что происходит? В ходе контрольных мероприятий выявляется, что 40 процентов подтверждаются данные по обращениям. Это 40 процентов проверенных юридических лиц. У них выявляются те или иные нарушения в оказании медицинской помощи. У 35 процентов юридических лиц это нарушения именно касаются качества оказания медицинской помощи. А в результате, что мы можем? А в результате мы практически ничего не можем. В 37 процентах случаев принято решение о проведении повторных проверок. 835 – это предписания об устранении нарушений. Дальше самые различные материалы направляются как губернаторам, так и в Генеральную прокуратуру. А по сути дела предпринять какие-то серьёзные меры по отношению к нарушившим мы не имеем возможности. И надо сказать, что мы можем принимать любые документы. Мы можем сделать, что угодно. Но если в субъектах Российской Федерации не будут выполнять то, что они должны выполнять, мы не поставим проверяющего в каждой регистратуре. Мы не поставим проверяющего рядом с постелью каждого больного. Субъект должен выполнять свои функции, обеспечить и контроль, обеспечить и качественную реализацию тех полномочий, которые он должен выполнять. Эти полномочия определены кроме тех законов, которые уже перечислялись, и федеральным законом № 258-ФЗ, и федеральным законом № 230-ФЗ.

И буквально несколько слов скажу о лекарственном обеспечении. Ситуация с лекарственным обеспечением такова, что в целом она по субъектам Российской Федерации стабильная. Лекарственные препараты закупаются, поступают и здесь надо сказать, что объёмы поставок увеличились. Но при этом уменьшилась выписка и уменьшился, несколько уменьшился отпуск лекарственных средств. Основным индикатором в течение семи лет мы считаем отсроченное обеспечение и здесь я назову только те регионы, в которых наиболее сложная картина по отсроченному обеспечению.

В городе Москве на сегодня 1 тысяча 169 рецептов на отсроченном обеспечении. В Санкт-Петербурге это 561 рецепт. Смоленская область – 405. В Пермском крае – 358. Краснодарский край – 309 и так далее. Надо сказать, что ряд регионов, такие как Смоленская область, повторяются ежегодно при проверках. Не обеспечивают своевременно пациентов и не выполняют те обязательства, которые должны выполнять.

Буквально несколько слов по поводу 890-го постановления правительства, которое существует очень давно и которое определяет права субъекта Российской Федерации по лекарственному обеспечению. Мы здесь видим, что количество льготополучателей несколько увеличилось, несколько увеличились поставки лекарственных препаратов и выписка, а вот отпуск остаётся практически на уровне прошлого года.

Буквально недавно министром проводилось совещание, на которое собирались субъекты. И надо сказать, что 890-е постановление существует с 90-х годов, в то же время на сегодняшний день субъектами не ведётся реестр, и субъекты Российской Федерации не могут точно сказать, а сколько нужно денег на то, чтобы обеспечить пациентов по 890-му постановлению. Поскольку реестр больных не ведётся и те заболевания, которые у пациентов есть, за столько лет не выявлены, их субъекты не могут обозначить.

Но и практически последнее. Хочу сказать, что то, что сегодня происходит, по лекарственному обеспечению, это опять же надо отнести к функциям субъекта Российской Федерации. Нам показывают картину очень благополучную. На самом деле на отсроченном обеспечении довольно большое количество рецептов и довольно много рецептов не предъявленных к обеспечению. Значит, если мы посмотрим по Санкт-Петербургу, здесь особая ситуация: 129 тысяч рецептов выписаны, но не предъявлены, не зафиксированы. И здесь надо сказать, что больной ведь выписал рецепт не для того, чтобы его не предъявить и не обеспечить. Значит, таким образом, нам не показывается истинное положение вещей, и истинные права пациентов как раз здесь нарушены.

Я хочу в заключение сказать только одно: можно опять же принимать какие угодно законы, но при этом надо, чтобы эти законы работали именно на местах, и чтобы в органах управления здравоохранением субъекта, чтобы в органах исполнительной власти принимали какие-то меры к тем, кто не выполняет эти законы.

Председательствующий. Слово предоставляется Леониду Михайловичу Рошалю. И к нам присоединился Владимир Вольфович Жириновский, который выступит после Леонида Михайловича.

Рошаль Л. М. Вопрос, который мы обсуждаем, очень важен. Я с удовольствием послушал доклад Елены Алексеевны. Он носил сначала критический характер и правильный характер. И, вероятно, очень здорово, что на заседании Государственной Думы при парламентских слушаниях мы слышим правду хотя бы здесь.

Я согласен, Сергей Вячеславович, для нас главный вопрос – для чего существует здравоохранение? Для чего оно существует? Что мы собираемся делать? Я думаю, очень коротко сказать так – мы должны иметь право пациента на качественное лечение, вот и всё, а всё остальное от лукавого. Сейчас здравоохранение России в целом отвечает нормам на качественное лечение? Нет, не отвечает. По многим параметрам абсолютно. И я даже не в весовом значении буду говорить о кадрах. Сегодня катастрофа с кадрами, просто катастрофа. Мы об этом говорим много лет, а Минздравсоцразвития России сейчас проснулся, оказывается: ах, у нас 150 тысяч не хватает. Мы об этом

говорим сколько времени, что-нибудь сделалось за это время? Ничего абсолютно не сделано. Большой вопрос, но кадры, не только численность, но ясно – и профессионализм. Здесь тоже много вопросов.

Теперь вопрос финансирования здравоохранения. Если у нас раздел «Гарантия оказания медицинской помощи» недофинансируется на 300 миллиардов, о чём будем говорить, да? И Голикова Т. А. выступила несколько дней тому назад, вот те два процента – 460 миллиардов в будущем будут использованы не на модернизацию, а на стандарты оказания помощи. Но это отдельный вопрос о значении стандартов. А модернизацию же мы закончили, уже всё мы сделали. И когда я говорю о финансировании, о том, что мы должны довести шесть процентов к валовому продукту, это вообще депутаты, к вам вопрос. Это к вам вопрос. Вы же все сессии прошлые единогласно голосовали за этот бюджет. Возьмите, если они вас не будут слушать, и сожгите себя в зале. Шутка. Да? Это же невозможно. Сначала здравоохранению надо отдать, а потом с него требовать. Все вот эти неразумные разговоры о том, что в здравоохранении столько денег, что мы не знаем, куда их девать. Мы поехали по стране сейчас с Сергеем Борисовичем Дорофеевым, и мы знаем суть дела. Я думаю, он тоже будет выступать и тоже будет говорить на эту тему. Вот это финансирование.

И дополнение к закону. Мы знаем, что в последнем законе об основах охраны здоровья есть много недосказанного. Вот недосказано в отношении платной медицины. Мы довольно чётко определили, что платная, бесплатная – это та, которая входит в гарантии оказания помощи. Но когда больной приходит куда-то в учреждение, где все эти гарантии должны висеть... Ну что, он всё это будет читать? Конечно, нет. Мы определили те основные пункты, за что не должен платить как бы: ну, за сервис (какой-то бабушке до сервиса куда там), иностранный (ну бабушке тоже куда там). Если я сама хочу провести исследование МРТ, иду, пожалуйста. Ну мы ставили всё время вопрос, всё-таки есть список, значит, платных, а вот сделайте список, за что платить в поликлинике, за что платить в стационаре. Напишите это конкретно, чтобы мы знали, народ, чтобы каждая бабушка это знала. Вот это надо и со стороны, я думаю, контроля Государственной Думы. Если это подзаконный какой-то акт, нужно сделать так, чтобы проконтролировать вот тот проект закона, который в результате нашего нажима Минздравсоцразвития России вывесил, он никуда не годится, абсолютно никуда, он не отвечает на вопросы бабушке, за что она должна платить у нас в учреждении.

Да, очень хорошо, говорим мы, кто-то ведь должен контроль качества организовывать, ну, значит, наша история и советская, и сегодня показала, что контроль качества со стороны государственных организаций (министерства, департамента здравоохранения), он буксует, он сделал то, что он может

сделать. Ну, то, что сейчас делают страховые компании, это пародия на качество. Пародия, когда приходит не специалист, начинает, допустим, мне говорить «вот у вас это, это, это», и находит там запятую и снимает деньги. Это не контроль качества. Всё же контроль истинный качества – если качество будут контролировать сами профессиональные организации. Вот здесь роль профессиональных организаций в контроле качества, переход на саморегулирование профессиональной деятельности, к чему мы в конце концов должны прийти – огромное значение имеет, в том числе в разработке не стандартов, как медико-бухгалтерского понятия, а в разработке протоколов лечения, обчёта их и создания всех условий для того, чтобы больной получил то, что он должен получить. Мы не очень много просим. Рациональные нам надо использовать? Надо использовать. Коррупцию какую-то надо искоренять? Надо искоренять. Уже про томографы не хочется говорить и так далее. И вот речь идёт о создании независимой профессиональной экспертизы. В Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации эксперты есть? Есть. В страховых эксперты есть? Есть. Они платят, да? И мы получаем сейчас в Национальной медицинской палате письма: президенту писали, премьеру писали, в Минздравсоцразвития России писали, ... писали, везде отказ – помогите. Ну что мы можем сделать? Как помочь? И мы поняли, по-настоящему независимая профессиональная экспертиза была внесена в закон, была же буря, не хотели. Что такое? От кого независимая? И вот мы сейчас выстраиваем независимую профессиональную экспертизу. Она должна быть обезличена, экспертиза. Если пожаловались, допустим, из Иваново, не обязательно это в Иваново, это в Курске можете разбирать. Это большая проблема. Сегодня около 600 врачей разных специальностей сказали да, будем участвовать, бесплатно причём. Мы начнём эту работу. Конечно, будут утрясаться. Это за один день не сделаешь, но где-то должен пациент найти или захочет найти какую-то возможность для того, чтобы сказать. Мы говорим о независимых, о третейских судах, мы говорим о комиссии по врачебным ошибкам.

Это всё необходимо нам делать для того, чтобы мы улучшили качество. И когда качество возьмут профессиональные организации в свои руки, вот тогда это путь, я думаю, самый настоящий и это должно быть учтено и в нашем законодательстве.

Но и законодательство как-то должно повернуться ещё раз к лекарственному нашему обеспечению. Я скажу, что есть вопросы по организации лекарственного обеспечения, вероятно, надо ужесточить эти вопросы. Бедные дети, потому что от лекарственной вакханалии ущерба. Компании, которые выпускают лекарства, они проводят теперь и свои исследования, как лекарства действуют на детей. И очень многих детей мы лечим просто

по дозис-фактору, уменьшая дозы. Я думаю, что это не совсем правильно, это тоже должно найти какую-то законодательную защиту и защиту врача тоже, между прочим, да.

Я сейчас получил письмо от врача скорой помощи с плачем, говорит: с сумкой лезла на шестой этаж, пришла в семью, там полуалкоголики, обругали, оскорбили, чуть ли не выгнали. И что?! Надо в законе как-то написать о таких вещах, чтобы это было хорошо.

Я благодарю за то, что поставили очень важную тему для обсуждения. Я думал, что я просто послушаю, потом скажу, но вот сказал то, что сказал.

Председательствующий. Слово предоставляется Владимиру Вольфовичу Жириновскому – руководителю фракции «Либерально-демократическая партия Российской Федерации», лидеру партии.

Жириновский В. В. Мы здесь часто проводим парламентские слушания. Вот сейчас вижу полупустой зал. Вот что это означает?! Прибыли представители 40 регионов, а остальные 43 не волнует. Что бы я сейчас делал на примере комитета по бюджету. А давайте срежем деньги на здравоохранение на 2013-й год этим регионам, раз их проблема не интересует. Тогда они в 2013-м прибегут все сюда, здесь будут стоять и обсуждать проблему. А начать с департамента по здравоохранению города Москвы. Где департамент и где сто главных врачей? Здесь сто мест свободных. Главный врач! Чем сейчас они занимаются? Коррупцией они сейчас занимаются, все московские врачи этим занимаются, в основном.

Рошаль Л. М. Я хочу возразить категорично. Я – доктор московский.

Жириновский В. В. Да, пожалуйста.

Рошаль Л. М. Зайдите, пожалуйста, в институт, 40 тысяч детей.

Жириновский В. В. Очень хорошо.

Рошаль Л. М. Найдите, пожалуйста, одну маму, которая бы заплатила копейку. Так нельзя говорить!

Жириновский В. В. Очень хорошо.

Я буду говорить так, как я считаю нужным. Так, как вы говорите: «Нельзя говорить». При советской власти мы молчали все и моя мать умерла в 6-й городской больнице. Мы молчали. Советская медицина – самая отличная! А моя мать лежит на кладбище. Я же не говорю все врачи, я же не говорю, что весь народ – дурак, но полно жуликов, негодяев. А если мы так мягко: «Ну вот, у нас есть отдельные недостатки, а так всё у нас хорошо, да, всё хорошо». Это же проблема!

Возьмите результат. Где московские врачи? Вы один здесь. А где второй врач, ещё от поликлиники главный врач? Всё. Всё. А вся медицина в Москве, все деньги в Москве. Где Бокерия (кардиологический центр)? Это детский врач (Рошаль), вся страна его знает.

Поэтому вы собой не прикрывайте тех, кто не хочет участвовать в обсуждении. Мы же принимаем законы, законы. Поэтому здесь нарушаются права наших пациентов каждый день и час.

Я почему так говорю. Простой пример. Мать умерла в 6-й городской, в 33-ю хотели, там мать моя должна была умереть, я её перевёл в другой центр, там также сестра погибла. Сейчас третий родственник мой умирает. И что эта московская медицина делает?! Ничего она не делает. Я её сейчас буду перевозить в другую больницу, где есть тот аппарат, которого нет в этой больнице. Вот и всё.

Это что, департамент должен заниматься? Это я перевезу свою сестру, спасу её, она не умрёт в этом году, а миллионы людей умирают преждевременно, плюс диагноз после смерти. Половина диагнозов не подтверждается.

Поэтому я бы хотел, чтобы в законе нам надо было как-то закрепить обязательность вскрытия больного после смерти. Есть такие сердобольные. Я одну из них спрашиваю: ну что, вскрыли у вас маму? «Нет, – говорит, – жалко».

Слушайте, им жалко.

Из зала. Закреплено в законе, Владимир Вольфович.

Жириновский В. В. И что делать? Так вот, они эти конкретные случаи. Сколько у вас вскрытий не производится. Законом что написано, что обязаны вскрыть?

Из зала. Обязаны.

Жириновский В. В. И не вскрывают. Я об этом и говорю. А тут Рошаль говорит: «Всё в порядке».

Я говорю, конкретный случай. Их сотни таких случаев, статистику пускай дадут. А почему они скрывают? Это же работа. Раз у вас родственники отказываются, не будем делать. Но ещё не поэтому они скрывают. Я теперь даю более главную причину, потому что половина диагнозов после вскрытия не подтверждается. И чтобы скрыть врачебные ошибки, конечно... В Москве лучше, но у нас не только Москва, мы обсуждаем закон для всей России. То есть более 50 процентов диагнозов за пределами Москвы не подтверждается. Значит, лечили не от той болезни.

То есть, что делали врачи? Убили пациента. Они поставили неправильный диагноз, то есть они лечили от той болезни, которой он не страдает. И что мы делаем? Это, конечно, проблема, право пациента.

Кардинальный вопрос – платное и бесплатное. Мы здесь запутаемся, никогда не решим. Позиция ЛДПР – вся медицина должна быть бесплатной, вся, от родильного дома до кладбища. Я бы и там ввёл обязательное бесплатное захоронение за счёт города, чтобы городские власти знали, сколько у них умирает в день жителей и отчего. В основном, инфаркт, инсульт, это

стресс. Который даёт кто? Власть в данном городе и в данном посёлке. И раковые заболевания. Вот три, в основном, которые... Плюс травмы: ДТП, пожары, всё горит, вот там сгорели 15 человек. Ушёл хозяин, закрыл на замок. К животным лучше отношение.

Тоже кто-нибудь несёт ответственность? Скажут, да, нет, московские строители самые честные. Так горят у вас рабочие на стройках. Это ведь тоже здоровье. Живьём горят. Фашисты сжигали в газовых камерах, а здесь просто так. Вот перед Пасхой, ребята, поджарьтесь. И до сих пор имя этого негодяя неизвестно.

Поэтому права пациентов, конечно, нарушаются. И самое главное, это, конечно, здоровье, здоровье наших людей.

Родильный дом. Что здесь происходит? Все суют, всем дают и толку нет. Всё равно выпускают со стафилококком наших с вами детей, внуков, родственников и так далее.

Потом врачи-педиатры лечат, если есть у родителей возможность дарить или платить. А нет, ведь какая проблема коррупции? Врач готов бесплатную помощь оказывать, но говорит: лекарства нет. Всё. Лекарства нет.

А вот сейчас из Германии мне звонят: Владимир Вольфович, нет такого лекарства, больше не производится. Ракаутан мне нужен. 40 лет он мне нужен. 40 лет неправильный ставили диагноз, уважаемый доктор Рошаль, 40 лет мне ставили неправильный диагноз. Все советские врачи, все профессора, все доктора наук мне ставили неправильный диагноз. И измучили меня антибиотиками, а инфекции никакой нет. Оказалось, что барахлят сальные железы под кожей головы. Лекарство одно – ракаутан. У нас не производят, врачи ничего не знают наши.

40 лет, я ведь за это здесь говорю, не за вчерашний день нашей медицины. Поэтому все мы родственники, я вспоминаю, всех их загубила и советская медицина, и нынешняя.

Меня вам не удаётся загубить, потому что я всю мировую медицину поставил на уши. Меня обследовали врачи Японии, Америки, Бельгии, Франции, Германии. Так это я. А остальные граждане, как они себя смогут защитить? Никак. До районной поликлиники их не допускают.

Рошаль Л. М. В Америке кругом пьянство. Поставили диагноз или нет?

Жириновский В. В. Нет, тоже плохие врачи. Единственный врач правильно поставил, это личный врач бельгийского короля, дерматолог. Вот он поставил правильный, дал мне ракаутан, я подлечился. Но приехал сюда, сейчас лекарства нет, только там. А там перестали выпускать, там под другим названием выходит. Прихожу к нашему врачу, говорит: это не то. Она даже не знает, что это аналог есть. Такие малограмотные врачи. Врачи

немецкие говорят: вот этого лекарства у нас нет, это тебя обманывают. Ещё я должен их примирять! Отсутствует знание у них, в этом проблема.

Право пациента на диспансеризацию. Посмотрите, у нас большинство диагнозов запаздывает, больной приходит поздно. У него уже был микроинфаркт, он не понял. И когда его уже привозят по «скорой», у него уже обширный инфаркт. Поэтому диспансеризация поможет. Хотя бы давайте возьмём всех лиц, граждан, которые 20 лет не были у врача вообще. Давайте их посмотрим. Потом дойдём до тех, кто 10 лет не был у врача, 5 лет. Давайте стандарт, более 5 лет человек не может оставаться без диспансеризации. Мы выявим, раннюю диагностику поставим, может быть, более правильную, и подлечим наших больных.

Потому что умирает, я думаю, наверное, очень много. Статистика есть, статистика вся должна быть логичная, сколько умирает людей от обычных болезней. Я не беру убийства и даже травмы, от обычной болезни. Сколько на 100 тысяч населения?

Тогда мы увидим, какова наша медицина. Там хвалят китайскую медицину, может, у нас ещё лучше, чем китайская. Но где статистика? Статистики ведь нет. Мы её не знаем. Я ведь не просто так говорю. Я был автором закона об отделении патологоанатомической службы от службы главного врача. Депутаты не приняли. Почему? Врачебная мафия. Как это так? Сейчас они вместе. Патологоанатом видит, что лечили не от той болезни, но главврач говорит: пиши тот диагноз, который поставил лечащий врач. Всё. Зачем нам нужна патологоанатомическая служба? Когда, например, в законе есть вскрытие, а закон нарушается. Что вы будете требовать? Люди похоронили, им до лампочки. Это же сами отказались от этого вскрытия. А нарушают, потому что не хотят, чтобы выявлялись врачебные ошибки. Хоть одного врача посадили? Ни одного. А что, не нарушали они? Очень мало. Когда уже ребёнку под Новый год что-то не так сделали, не потому, что при прессе, упаси бог, врачи очень много делают, и медсёстры и нянечки, но ответственность не звучит жёстко, что врач за что-то отвечает всё-таки. По скорой помощи должны отвечать. Но скорая помощь везёт. А лечащий? Когда он принимает решение о необходимости госпитализации? Когда? Вот в чём проблема. Что всё зависит от него, от врача – захочет, примет решение, захочет, не примет. Как следовательно: захочет, дело в суд направит, захочет, не направит. Такого не должно быть у нас. Но ответственность до сих пор мы не можем дать, полное право пациента на немедленную госпитализацию, и ответственность участкового врача.

И последнее. Конечно, мы говорим о праве выбора поликлиники, лечащего врача, это вообще ещё недостижимо. Как он будет выбирать? Когда он до обычного своего врача не может прийти. Это обычно далеко и очередь,

и толку мало. Этот конвейер, когда у врача сидят. Я же помню, при советской власти – даже и не смотрит. Я говорю ей: чихаю, кашель. Всё, три дня бюллетень. Всё, я ушёл, мне больше ничего не надо от неё. Через три дня я прихожу, говорю, что ещё недомогание – ещё два дня. Пять дней советские врачи могли дать. Всё. Я пять раз в год брал этот фальшивый бюллетень, потому что я не хотел ту работу дурацкую выполнять. Сейчас 20 лет я ни разу не брал бюллетень, потому что мне не надо, я работаю. Работаю на страну, на себя. При советской власти мы только и рады были: бюллетень давайте, чтобы не видеть этих начальников, это партбюро, этот профком, этих дураков начальников всех наших бывших, которые завалили всю страну. Вот и врачи такие же были. Все понимали, что пришёл, покашлял, вполне можно идти на работу. Но явно не хочет идти на работу, на тебе бюллетень, даже не смотрит вообще. Сидит и в книжку только записывает. И идёшь, стоишь в очереди, выписываешь этот бюллетень. Это, конечно, профанация. Очень много было, это мы всё прошли. Всё это мы знаем. Но сейчас надо принимать меры. Я рад, что этот комитет сегодня в ведении ЛДПР, впервые за 20 лет. Сергей Вячеславович Калашников возглавляет. И мы по линии фракции добьёмся, чтобы... Сейчас и Голикову критиковать-то нельзя. Бесполезно. Скоро её не будет. Чего её критиковать? А нового мы ещё не знаем. Тоже рано, человек ещё не приступил к работе. Поэтому посмотрим через год, как новый министр, если будут какие-то новшества. Самый последний факт, который, наверное, Леониду Михайловичу понравится. Мне жаловались руководители федеральных медицинских центров, онкология, офтальмология, кардиология. Леонид Михайлович мне никогда не жаловался, он меня недолюбливает, но это его право. Я понимаю, мне с интеллигенцией тяжело.

Рошаль Л. М. А кто вам сказал, что я вас не люблю?

Жириновский В. В. Может, даже и любите, я не спорю. Может быть, и так. (Смех.)

Какая просьба? И Леонид Михайлович, может быть, поддержит. Федеральным медицинским центрам выдаётся квота на лечение иногородних больных под бюджет, выделенный этой области. Они их пролечили. Но у области больше денег нет. А койки пустуют. И руководители федеральных центров не знают, что им делать. У них есть лекарства, врачи, аппаратура. Всё есть, но нет больных. Потому что мы так распределяем деньги, что они быстро эти деньги расходуют, регионы. Деньги есть. Так дайте им ещё денег. Нет. Ждём следующий год. Советская система. Год кончится, на следующий год. Давайте следующие квоты дадим. Почему же больных нельзя лечить? Почему не дать право руководителям федеральных медицинских центров принять больных, пусть это будет в долг, в какую-то рассрочку пролечить и потом предъявить счета этому областному бюджету на следующий

год. Вот сейчас нас уверяют: в начале года ещё есть деньги. Наверное, сейчас заполнены все койки во всех федеральных медицинских центрах. Но посмотрите, среди лега уже будут полупустые палаты, а в конце года вообще пустые. И деньги есть, все есть, но нет порядка. Вот этот порядок мы должны помочь изменить законодательно.

Я просил провести совещание, чтобы вице-премьер, курирующий медицину, собрал бы руководителей медицинских центров и сказал: что вы хотите? Потому что, когда я говорю, я не врач, я не могу, не имею авторитета в этой области. Значит, их нужно собрать. Их никто не собрал. Отписали моё письмо. Я через президента направил. Президент расписал вице-премьеру. Вице-премьер не стал собирать совещание, отправил Голиковой, Голикова мне не отвечает, отвечает её зам, статс-секретарь и пишет всякую чушь: мы всё сделали, деньги выделяются, квоты исчерпаны, всё в порядке. Мы обслуживаем. Мы всё делаем. Но результат-то мы же видим с вами, когда люди не могут получить квалифицированной медицинской помощи, когда её можно дать. Но этот введённый жёсткий порядок, когда нужно иметь направление, а направление тебе область даст, если есть деньги у области на твоё лечение в Москве. А если у области денег нет, направление не дают. Тогда дайте направление в счёт будущих денег и медицинский центр подлечит, а потом рассчитаемся. Кто мешает нам кредитовать как-то, вперёд дать, чтобы... Главное-то – это здоровье, вот это здоровье. Мы должны бороться. И я надеюсь, что комитет Государственной Думы под руководством депутата Калашникова, а в прошлом министра труда, руководителя департамента социальной политики правительства и председателя фонда социального страхования Российской Федерации, то есть человека – специалиста в этой сфере. И будем давить на него и на весь комитет, чтобы совершенствовать законодательство таким образом, чтобы не было никаких увёрток и уловок у медицинских работников по всей стране, чтобы главная задача была дать как можно больше эффективного лечения, чтобы более здоровым был наш народ, и у всех было бы хорошее настроение.

Председательствующий. Слово предоставляется Ларисе Николаевне Пономаревой, первому заместителю председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению.

Пономарева Л. Н. Владимир Вольфович, я тоже была пациенткой 6-й Московской клинической больницы и они меня спасли.

Жириновский В. В. Вот видите, повезло.

Пономарева Л. Н. И они меня спасли. Повезло, наверное, а вообще говоря, врачи работали самоотверженно и, кстати говоря, в совершенно сумасшедших условиях. Потому что это было давно, клиника была достаточно в затрапезном состоянии, а врачи там были прекрасные.

Что касается, собственно говоря, всех нас здесь собравшихся. Я хотела бы вернуть всех присутствующих, собственно говоря, к теме наших парламентских слушаний. Она всё-таки у нас обозначена, как права пациентов. Мы начинаем разговаривать об организации здравоохранения в Российской Федерации в целом, что конечно взаимосвязанные вещи, безусловно, но всё-таки я предполагала, что мы будем слушать более узкую тему. И я вижу в зале ряд людей, которые представляют пациентские организации, достаточно грамотные, которые хорошо работают у нас в стране. Кстати говоря, хорошо работают с министерством, насколько я понимаю, министерство их слушает. И знаю, как много, в том числе правовых норм, было принято по настоянию наших пациентских организаций, потому что они лучше всех знают свои проблемы.

Я бы, прежде всего, хотела обратить внимание присутствующих, что права пациентов – это такие специфические права. Они такие, в общем-то говоря, производные права от общих социальных, экономических, общественных и прочих прав наших граждан. Здесь уже были сегодня ссылки на Конституцию, ссылка на недавно принятый закон об основах охраны здоровья граждан. Была высказана масса претензий и по клиническим испытаниям, и по лечебному обеспечению, и прочему, и прочему.

Хочу напомнить, опять же вот в рамках того, что мы сегодня услышали про то, как строилась наша медицина. И в самом первом выступлении Сергей Иванович Фургал говорил о том, что Советский Союз как-то выпал из общемировой тенденции по организации здравоохранения.

Из зала. По охране прав.

Пономарева Л. Н. Но это же всё взаимосвязано, да?

Я бы так не сказала, невзирая на то, что я вылечилась в 6-й больнице.

Понимаете, это разные вещи. Не было у нас никогда хорошего здравоохранения. И мне всегда было очень жалко наших врачей, которые работали в жутких условиях.

Жириновский В. В. Пока спорим, там умирают больные.

Пономарева Л. Н. А вы понимаете в чём дело, больные, к сожалению, будут умирать, и мы от этого никуда не денемся. Вопрос в том, придём ли мы когда-нибудь к тому моменту, когда мы все с чистой совестью сможем сказать, что мы все сделали для того, чтобы больной не умер, чтобы больной жил, но, к сожалению, мы не боги. Вот в чём стоит вопрос.

И я очень сильно надеюсь, что вот в рамках дальнейших выступлений мы услышим какие-то абсолютно конкретные предложения, направленные именно на это. Но я бы предложила порассуждать всё-таки в следующем ключе. Есть несколько основополагающих законов. Можно спорить об их совершенстве, об их несовершенстве. Законы, они такие скелетные. На них

должно нанизываться ещё очень много чего. Ряд законов, на выходе которые стоят, пока ещё не приняты, они, в общем-то, тоже предполагают некие дополнения в виде ещё и подзаконных актов. И мне бы сегодня вот как законодателю хотелось услышать от пациентов и от врачей на что, с их точки зрения, мы должны, в первую очередь обратить внимание для того, чтобы эти законы работали полностью на пациентов. Это первое.

И хочу обозначить сама ещё одну проблему, которая мне кажется невероятно важной. Были парламентские слушания у нас в пятницу по нефрологии, да, Сергей Вячеславович? Ваш же комитет проводил, я была. И там была затронута очень важная тема. Тема касается обеспечения дорогостоящими лекарствами больных, которые находятся на инвалидности. У нас есть ряд заболеваний, для которых придуманы очень хорошие препараты, которые приводят больных в состояние, когда инвалидность снимается. И препараты, дорогостоящие препараты, перестают выделять этим пациентам бесплатно, что в течение достаточно близкого времени опять вводит их в состояние инвалидности, потому что далеко не все эти препараты могут покупать за свои деньги. Повторяю, лечение дорогостоящее. И давно уже говорю, что, ребят, давайте мы подумаем, как бы нам здесь изменить законодательство, чтобы по ряду заболеваний, врачи знают каких – нефрологи, ревматологи, ещё ряд заболеваний, чтобы эти больные получали эти препараты пожизненно бесплатно. И я считаю, что тем самым мы защитим большое количество пациентов, большое количество их прав.

Председательствующий. Слово предоставляется Дорофееву Сергею Борисовичу – заместителю председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья.

Дорофеев С. Б. Мы сегодня такой интересный вопрос обсуждаем. На него можно потратить много времени, в том числе эмоционально и не очень. Наверное, не хотелось бы сегодня потратить это время на то, чтобы мы либо обвиняли кого-нибудь, либо искали крайних. Я тоже не готов согласиться при всём к нему уважении с Владимиром Вольфовичем, когда он говорит о том, что медицинские работники – это главные нарушители прав пациентов. Я понимаю, его выступление, наверное, как повод для дискуссии, он так хочет, чтобы мы подискутировали. Это правильно. Но с этим утверждением я как бы не согласен.

Давайте зададимся вопросом, когда у нас появляются пациенты, когда их права могут нарушаться? Пациент появляется тогда, когда он появляется в лечебном учреждении. Правда? Пока он не появился у нас ещё, он ещё не пациент. Он больной, может быть, но ещё не пациент. Мы об этом знать не можем и знать не знаем. И он сам ещё, может, не знает об этом. А когда только мы констатируем диагноз, вот тогда он превращается у нас в паци-

ента. Не все, к счастью, кто переступает наш порог, является пациентами и больными в том числе.

Жириновский В. В. Пациент и больной – это одно и то же. Пасьян, французское слово. Страдающий. У русских называли это боль, имеющий боль. Это одно и то же. Пациент, больной – это всё одно и то же. И врачи должны защищать его, начиная от родильного дома. А он не придёт к вам в больницу. Моя сестра к вам не пришла. Она дома умирает. Это я её везу к вам в больницу. А участковый врач бездельник.

Дорофеев С. Б. Свою точку зрения скажу сначала, мысль какую-то свою. А то я так собьюсь тоже.

Председательствующий. Вообще, коллеги, дискуссия вещь замечательная и, я думаю, что во вторую половину нашего заседания мы её откроем. Но, когда выступает докладчик, надо бы всё-таки дать ему слово.

Дорофеев С. Б. Итак, когда он появляется у нас, вопрос. Мы ему стараемся помочь ведь, да? Нас этому учили. У нас профессия такая и глупо думать кому-либо, в том числе и обществу, и государству, что врач, медицинский работник может не помогать человеку. Наверное, бывают какие-то нюансы. Бывают в любой специальности какие-то такие, которые можно возводить в абсолют и говорить о том, что это все такие. Нет. Это исключения. Причём последние социологические исследования, которые я с собой захватил, говорят о том, что, несмотря на все выступления критические (в кавычках «критические», «эмоциональные», «истерические») всё равно не пошатнулась вера наших пациентов, наших граждан в медицинских работников и врачей. Так или иначе, 80 процентов доверяют врачам в большей или меньшей степени. Причём половина – это 50 процентов – доверяют, но очень уверенно доверяют. У нас не доверяют системе здравоохранения всего лишь 50 процентов. Вот это да. У нас государству больше не доверяют. Это да. А нам всё-таки общество и наши потенциальные пациенты доверяют больше, чем кому-либо. Это вселяет, знаете, в моём понимании какую-то надежду на то, что мы делаем всё-таки правильное дело. И когда мы выступаем с какими-то критическими замечаниями, соображениями своими, мы, прежде всего, говорим не о себе. Мы говорим о пациентах, потому что, совершенствуя систему здравоохранения, мы совершенствуем качество оказания медицинской помощи. Доступность её. И когда мы говорим о том, когда нарушаются права пациента, то тут надо выделять и объективные, и субъективные вещи, зависящие от нас, не зависящие. Зависящие от государства и от самого пациента, в том числе. Причём интересная деталь. Когда социологические исследования «Левада-центр» проводил, задались вопросом: сколько не знает о правах пациентов медицинских работников? Получилось от десяти до 20 процентов. Разные там исследования были. Не знает о пра-

вах пациента. Сами пациенты не знают о своих правах – больше 50 процентов тех, кого исследовали. Причём, когда задали вопрос пациентам: а кто же из них готов отстаивать свои права, то только чуть больше 20 процентов готовы были отстаивать свои права. Ровно столько же ни при каких условиях не собирались отстаивать свои права. Так всё-таки чья же задача стоять на страже пациентов? И получается, что по жизни, прежде всего, это стоим мы, врачи, потому что наша работа такая. Если опустить эту всю... Я не скажу, что это лирика. Это факты, наверное, которые есть. У меня есть просто для обсуждения к вам одно конкретное предложение. В рамках подготовки «круглого стола» мы у себя в комитете обсуждали это предложение. И я на суд ваш хочу вынести, тем более Елена Алексеевна здесь. Она говорила один пример про льготное лекарственное обеспечение и что больше 75 процентов (76 процентов, насколько я помню, да?) было жалоб на лекарственное обеспечение. Это на выписку льготных рецептов. Правильно? В первичном звене.

Тельнова Е. А. Отсутствие препарата при первичном обращении.

Дорофеев С. Б. На выписанные. Я думаю, что на невыписанные. На не выписывание препаратов вы сказали. На не выписывание. Правильно? Это наш закон № 178-ФЗ о социальных льготах по лекарственному обеспечению. Суть предложения. По жизни это нужно, пожалуй: те права, которые нарушаются, в том числе и медицинскими работниками, но не по своей воле. Это система такая. Причём эта система порождает нарушение прав не только пациентов, но и медицинских работников. Наше право – лечить качественно, а нам порой его не дают.

Эти данные, которые у них все были, отсроченный отпуск и так далее, его надо помножить, наверное, в несколько раз, те цифры, которые есть. И 37 процентов в Санкт-Петербурге – это ещё, наверное, не самая правильная цифра. Мы ведь не выписываем, нас заставляют не выписывать препараты, потому что их зачастую не бывает. Почему не бывает? А потому что не отыгрался конкурс, поставщик не привёз, вовремя в аптеку не привезли. А чтобы не быть в чёрном списке в отложенном отпуске, руководители, на которых сами тоже другие руководители, так сказать, давят, требуют от врачей не выписывать эти препараты. Так оно и есть по жизни.

У меня есть конкретное предложение. Я хочу предложить сегодня обсудить такое предложение, своё лично. Ну, мы обсуждали, говорю, среди членов комитета, это не моё даже теперь личное предложение, чтобы законодательно урегулировать эту ситуацию в части чего? Нужно дать возможность пациентам покупать лекарства при отложенном спросе. Скажем, 10 дней полежал рецепт, через 10 дней человек должен иметь право пойти купить то лекарство, которое ему было выписано, и представить уполномо-

ченному органу чек с рецептом на оплату. Вот тогда право будет подкреплено каким-то другим правом. У нас пока декларируется право, что лекарство должно быть, но механизма «а если его нет, что делать?» нет. И возникает парадоксальная ситуация – мы тебе привезём через месяц, а через месяц бывает ситуация, это лекарство уже не нужно. Оно просто не нужно, а человек его всё равно покупает. Вот чтобы этой ситуации не было, такое у меня конкретное предложение есть.

Жириновский В. В. Я одну реплику. Я должен идти ещё на один «круглый стол».

Я конкретно даю пример. Право пациентов, может быть, врачи в ходе дискуссии скажут. Право пациента – вернуть его к жизни. Вот больной умирает, инструкция была (врачи мне подтвердят) откачивать 25 минут. Один раз мою маму откачивал врач добрый, он 40 минут откачивал, она пришла в себя, всё, в палату. Пришёл молодой – она умерла. Прихожу к нему: «Вот умерла ваша мама». Сколько вы откачивали? 25 минут. А почему не дольше? А инструкция. Кто написал эту инструкцию? Конечно, не врач. Может быть, медицинский работник и Минздравсоцразвития России. Но нам-то всё равно с вами, мы это всё называем общим словом «врач». Тогда «чиновник» давайте назовём, давайте словом «власть» называть? Ну, кто написал инструкцию? Сейчас я узнаю, уже 40 минут откачивают. А сколько умерло тех, кого откачивали только 25 минут по инструкции? Но когда они увидели эту страшную цифру, увеличили до 40 минут. А может быть, уже час откачивать? Это всё права пациента – не уйти из жизни. Он может жить. Но мы кого должны винить? Конечно, чиновники составляли инструкцию. Мы – депутаты – уже в инструкцию не можем влезть, в закон нельзя заложить такую узкую норму. Экспертное сообщество может быть.

Рошаль Л. М. Которое смотрит.

Жириновский В. В. Ну вот видите. Это же всё проблемы! Поэтому к словам не надо цепляться, что врачи хорошие, но мы умираем. А кто ж тогда у нас плохой, если умираем мы с вами раньше всех в жизни? Это не врачам конкретно плохая оценка – нашей, давайте это слово, «медицина». Что такое медицина – это врачи и чиновники. Чего мы 10 раз будем объяснять кто. Люди говорят, мы депутаты, думаете, нас не обвиняют вот так же? «Да, вы там сидите, депутаты, в Москве!». Им наплевать кто здесь депутаты, оппозиция, не оппозиция. Мы всё равно перед ними виноваты. Поэтому обижаться не надо, пускай врачи мне подтвердят, какова сейчас инструкция, сколько вы обязаны откачивать больного, впавшего в кому? Сколько времени даёт инструкция сегодня? Вы не знаете даже. Я за вас всё это знаю. А вы говорите, хорошая больница. Вас там спасли, а моих родственников загубили. Поэтому будем требовать увеличения срока откачивания больно-

го. Пусть врач падает в обморок, второй становится откачивает, третий становится откачивает, но больного обязаны спасти. Это вот проблема.

Рошаль Л. М. Каким-то образом нам надо тогда заседание вести, извините. Потому что если на каждое выступление будет реплика, тогда какая-то и против должна быть реплика. И давайте мы, всё же я предлагаю, давайте мы всё же закончим нашу дискуссию по списку, а потом будем тогда обсуждать. На всё есть противоположное мнение.

Председательствующий. Леонид Михайлович, ради справедливости, ради справедливости, а не потому что Владимира Вольфовича защищаю.

Должен сказать, первым дискуссию начали вы. Я думаю, что мы дальше действительно пойдём по предложенному вами пути. Обсуждение мы оставим на последний час.

А сейчас я хотел бы предоставить слово Яну Владимировичу Власову – президенту Общероссийской общественной организации инвалидов – больных рассеянным склерозом.

Власов Я. В. Я – врач, я – сотрудник университета, сотрудник кафедры. Но в течение 15 лет возглавляю общественную организацию инвалидов – больных рассеянным склерозом. То есть непосредственно понимаю права и проблемы пациентов с этим тяжёлым заболеванием.

Сегодня мы говорим уже и об организации здравоохранения, и уже проблемы пациентов стали неким лозунгом – давайте поборемся за права пациентов. Хотелось бы немножечко конкретики. Что сегодня нам мешает защищать права пациентов? И, самое главное, я думаю, это то, какие у нас сейчас законы приняты. Законы в основном у нас декларативные. Для того, чтобы законы начали работать, нужно прописывать массу дополнительных правовых актов. Кто их пишет? Я думаю, люди в ряде случаев далёкие от медицины. И на сегодняшний день мы столкнулись с ситуацией, когда имеющееся законодательство ни пациенту, ни врачу не даёт возможности чувствовать себя спокойными и защищёнными. Врач не может выполнить свои функции по той простой причине, что, скажем так, по всеми любимому федеральному закону № 94-ФЗ с его поправками выписываются лекарства по международному непатентованному наименованию. Доктор прекрасно знает некий препарат, имеющий уже десятилетие хождения по территории Российской Федерации. И он, выписывая рецепт, имеет в виду именно его. Приходя в аптеку, пациент получает нечто иное. Никому не изведенное, с новым торговым наименованием, без каких-либо клинических исследований, известных, по крайней мере. Может ли специалист отвечать за результаты такого лечения? Не может.

В течение последних, наверное, пяти лет и общественные организации пациентов, и общественные организации врачей, и экспертные сообщества

врачей... Я не знаю, сколько писем было написано, наверное, единственное ведомство, которое хоть как-то, и скажем так, достаточно позитивно во многих случаях помогает и реагирует, это Росздравнадзор. В ряде случаев даже своими прямыми звонками по конкретным проблемам в регионы. Что, на ручном управлении всё должно идти? Кто создал такую систему? Те, кто законы принимает. Поэтому сейчас стоит вопрос такой – надо всё-таки как-то пересмотреть эти законы. И, конечно, первый вопрос, пациентское сообщество поднимает относительно федерального закона № 94-ФЗ. Он требует корректировки, он требует замены, причём в ближайшее время. И внутри этой проблемы, как бы на меня не реагировала Федеральная антимонопольная служба, нам надо выписывать и назначать лекарственные препараты по торговым наименованиям. При сахарном диабете решили эту проблему, при других заболеваниях нет. У нас тысячи пациентов отказываются от жизненно важных препаратов. Это до какого состояния надо довести человека, чтобы он отказался от препарата, который ему жизненно необходим? А его доводит до этого ситуация. А врач ничего сделать не может. Он выписывает по МНН всё, что положено ему. А в итоге получается, что выписывает не то, что нужно. И когда уже всем понятно, препарат не работает, но закупается всё равно вот тот, потому что по закону положено. Не тот закон. Плох тот закон, который нельзя отменить. Давайте писать новый. Предложения у пациентского сообщества есть. Они переданы или будут переданы дополнительно в ближайшее время.

Далее. Вопрос биоаналогов. Мы сколько угодно можем спорить до хрипоты, какие препараты похожие, какие аналогичные, какие не аналогичные. Но вопросы, связанные с биоаналогами, должны решаться в клинических исследованиях. И никаких поблажек не должно быть ни для отечественных, ни для зарубежных. Препарат должен быть для пациента безопасный и эффективный. Сейчас пошла новая мода – взаимозаменяемость. Ту трактовку, которую даёт, допустим, Федеральная антимонопольная служба по взаимозаменяемости относительно терапевтической эффективности, она никуда не годится. Для головной боли подходит и анальгин, и морфий. Это что, одинаковые препараты что ли?! Конечно, нет.

Поэтому взаимозаменяемость (мы дали это предложение в закон № 61-ФЗ это и терапевтическая эквивалентность, и фармакологическая эквивалентность, и биологическая эквивалентность. Всё это должно быть, но этого ничего нет.

Поэтому сегодня мы, Сергей Вячеславович, передадим вам пакет предложений от Всероссийского союза пациентов с просьбой: рассмотреть его относительно контроля. Сейчас всё больше говорят всё-таки, в том числе, и о народном контроле. Мы предлагаем, чтобы была рассмотрена такая по-

зиция и комитетом относительно создания структур народного контроля,. Например, с 2006 года во взаимодействии с Росздравнадзором была создана система уполномоченного общественного эксперта. Это общественники, это не врачи, не юристы, это пациенты, которые живут в своих регионах, и сейчас в 75 регионах эта структура функционирует, но она узкая, она занимается только нашим заболеванием – рассеянным склерозом, её надо расширять. Эти люди получили некоторые полномочия и разрешение использовать свои возможности в плане исследований состояния законности на этой территории, работают, дают информацию, по крайней мере, появилась возможность хоть как-то влиять на ситуацию в регионах.

И второе. Вы знаете, с 2000-го примерно года при Государственной Думе в ряде случаев были созданы постоянно действующие «круглые столы» при отдельных депутатах и комитетах. Сергей Вячеславович, может быть, имеет смысл повторить эту тему и создать некий постоянно действующий «круглый стол» или рабочую группу, или комиссию при вашем комитете, которая бы занималась защитой прав пациентов и, в том числе, через исследование новых законов и законотворческих актов по вопросам защиты прав пациентов и здравоохранения.

Председательствующий. Слово предоставляется Александру Владимировичу Саверскому – президенту Общероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов».

Саверский А. В. Я всё больше себе хоть и не сенатор, но напоминаю сенатора Катона, который всё время говорил: «Карфаген должен быть разрушен». И я обращаюсь к вам: не допускайте разрастания платной медицины. Почему? Болезнь – это страшно, люди боятся болеть.

Далее. Они не знают, чем именно больны и что может им помочь, как их вылечить.

И эти два фактора: страх и незнание, помещённые в агрессивную среду частного капитала, делают то, что мы видели с вами со свиным гриппом, когда ПАСЕ, спустя год после введения пандемии, объявила эту пандемию заказом большой фирмы.

Это происходит уже на международном уровне, а на частном уровне – в общении пациента и врача, к сожалению, происходит всё чаще в Российской Федерации.

Здесь же надо оговориться о том, что советская система в определённом смысле была наиболее совершенной, потому что экономика здравоохранения развивалась от, собственно говоря, индивидуальных платежей пациентов 300 лет назад врачу за конкретное лечение через создание больничных касс, потому что понятно, что больной человек не может за себя бесконечно платить, это очень дорого, у него денег нет, потому что он больной. И,

в конечном счёте, всё это через страховые компании выходит на высший уровень, это государственное финансирование, которое было в Советском Союзе. Насколько успешно оно было реализовано, это вопрос уже второй, там были свои проблемы, но для сравнения:

В 1978 году СССР был на 22-м месте по оценкам ВОЗ – Всемирной организации здравоохранения, сейчас мы на 130-м. И Минздравсоцразвития России обижается на эту цифру, потому что она 2000-го года. Тем не менее, динамика недовольства пациентами системы здравоохранения в России такова: в 2007 году – это 60 процентов недовольных, сейчас по опросу «Левада-центра», три недели назад, 91. Это край, за который двигаться уже некуда.

В 1982 году, когда в Нью-Йорке в три раза выросла преступность, никто не понимал – почему? Демократический город, экономически процветающий. Возникла теория «разбитых окон». Эта теория гласит, что, если в доме разбито хотя бы одно окно, и оно не заделывается долгое время, то в течение определённого промежутка времени все окна в этом доме будут разбиты.

Провели эксперимент. Около белой стены супермаркета, где парковались голландские велосипедисты, навесили на эти велосипеды стикеры и урну убрали. 33 процента велосипедистов бросило листовки на землю. Потом на этой белой стене замечательно нарисовали граффити. И 66 процентов бросило листовки на землю.

Когда в Нью-Йорке поняли, что дело не в преступности, а в граффити, они начали бороться с граффити. Победив граффити, они победили преступность. То же самое у нас в платной медицине.

Скажите, вот я решил продать вам квартиру свою. Вы мне говорите: я согласен, только я не знаю, сколько она стоит, и когда деньги тебе отдам. Возникает настоящая улица разбитых фонарей. У нас нет никакого порядка в системе здравоохранения, потому что мы не знаем сколько мы должны заплатить, где, в какой подворотне, за каким углом, где нас разденут, а где, наоборот, вылечат и спасут. И врач этого не знает.

Стандарт. Объясните, вот 27-е постановление правительства с 1996 года действует. Как можно вылечить дополнительно пневмонию или аппендицит? Оно говорит о дополнительных услугах, о платности дополнительных медицинских услуг. То есть у нас есть базовая программа...

Вопрос этот задаю всем. Что такое дополнительные медицинские услуги? Массаж, пиявки? Ради чего мы разрушаем систему здравоохранения? Потому что мы разрушаем её через эту двойственность.

У нас статья 41-я гласит, что медицинская помощь оказывается бесплатно где? В государственных и муниципальных учреждениях. А закон говорит – не где, а какая. Откройте 19-ю статью. В рамках базовой программы госгарантий мы пациенты, которых я представляю, которые обращаются

к нам каждый день помногу, требуем чтобы в законе была повторена конституционная норма. Не надо ёрничать. Повторите просто Конституцию, потому что в результате закон является прослойкой между Конституцией и постановлением правительства. Потому что постановление правительства напрямую противоречит закону, разрешая государственным муниципальным учреждениям брать деньги. Вот почему всё разваливается и будет разваливаться дальше.

Дошли до чего. 84-ю статью открываете, пациенту дали право платить за медицинские услуги. Но это же безумие, это просто прямое нарушение смысла гражданского законодательства. Если вы когда-нибудь заключали договор, то вы знаете, что заплатить деньги – это обязанность, а не право. Обязанность взамен на предоставляемую услугу. А тут право дали для чего? Ну мы же не могли ему отказать в медицинской помощи, в том, чтобы он деньги нам заплатил.

Да дело не в праве пациента, а в вашей бесправии эти деньги получить. У лечебных учреждений нет конституционного права получать деньги. А медицинская помощь, по определению, должна быть достаточной для того, чтобы человек после неё жил, но если это, конечно, вообще возможно.

Теперь говорят: денег не хватает. Побойтесь бога, а кто когда-нибудь последний раз считал, сколько их, на самом деле? Я слышу заявления. Почему, например, настроят федеральные центры, а специалист в поликлинике получает 5 тысяч рублей? Так, может, лучше заплатить ему 50 тысяч рублей, и потом пациент не попадёт в это ФГУ за безумные деньги, чем строить новые и новые центры, где просто некому работать, как выясняется теперь? Да мы это и знали все.

Более того, полгода назад Вероника Игоревна Скворцова говорит: у нас на рынке 80 процентов лекарственных средств не доказаны эффективностью и безопасностью. 80 процентов, 14 миллиардов долларов. Мы говорим: где деньги? Да вот они, деньги.

Елена Алексеевна Тельнова пишет мне в письме по поводу препаратов, применяемых за пределами инструкции. 20 процентов препаратов применяются за пределами инструкции. Ещё 100 миллиардов рублей.

Рынок БАДов. Непонятно, что продаём вообще. Вроде как должны лечить, а клинический эффект ничем не доказан, потому что исследований нет. В УБОПе знают, это мошенничество, это ещё 20 миллиардов.

ФОМ сдаёт от 30 до 50 процентов приписок, потому что мы стимулируем не лечение пациента, а бумажки. Мы платим врачам по бумажкам. Они что угодно пишут. У меня есть случаи, когда уже умерших пациентов лечат три года после их смерти: бумага всё терпит. Поэтому... там я уже не буду, просто времени мало. Есть клоны услуг, мы роды продаём в разные источ-

ники финансирования. Там у нас и ФСС платит по родовому сертификату, и Фонд обязательного медицинского страхования, бюджеты всех уровней, ещё ДМС. То есть мы одни роды продали в семь источников финансирования. Во что же они обошлись государству? А сколько услуг у нас тогда в стране? Мы ничего посчитать не можем.

В сложившейся ситуации необходимо, просто жизненно необходимо всё, что вы сегодня слышали. Нужно, прежде чем двигаться дальше, создать концепцию развития здравоохранения, что мы хотим построить, какую модель? Если мы опять будем делать то, что делает Минздравсоцразвития России, за одну проблему, другую, пятую хвататься, мы будем всё время ходить по минному полю, всё время взрываться на этих минах, потому что нельзя фрагментарно решать проблемы. Проблема должна быть системной, системно решена. Взаимоувязана.

Кроме того, я считаю, это комитету предложение, что нужна комиссия по эффективности использования средств, ресурсов в здравоохранении, потому что никто давно этими проблемами просто не занимался: почему мы деньги тратим так, а не иначе?

Нужен уполномоченный по правам пациентов, потому что просто-напросто людям некуда жаловаться. Росздравнадзор, к сожалению, сегодня не имеет не только полномочий, но и задач консультировать пациентов. У нас просто огромный поток людей, которые спрашивают: а как выбрать врача, как получить квоту, как пятое, десятое. Кто должен это делать – прокуроры, Росздравнадзор? Никогда не будут этого делать. Росздравнадзору нужна функция, вдумайтесь, у нас в Кодексе об административных правонарушениях нет ни одной нормы, по которой можно привлечь врача к ответственности. Поэтому у нас вся ответственность сосредоточена в Уголовном кодексе, мы кричим: врачи-убийцы, но это же ненормально. Чтобы мы добились неотвратимости ответственности, в Кодексе об административных правонарушениях должна быть целая система наказаний от мелких штрафов до лишения практики пожизненно. И это нормально. Без этого мы просто не сможем двинуться. Все разговоры о страховании... Не нужны нашим людям деньги. Папе Сони Куливет деньги точно были не нужны, и скольким людям, что ко мне обращаются: какие деньги, какие суды? Им нужно, чтобы этот врач больше не работал, потому что в их представлении это не врач, и нужно чтобы он другим не вредил. А это КоАП. Зачем нам Уголовный кодекс и гражданско-правовая ответственность? Давайте сначала эту проблему решим – как оштрафовать врача хотя бы на пять копеек, чтобы он знал, что это правонарушение.

И последнее. Отвечая на вопрос господина Дорофеева С. Б. Нельзя вводить в России систему лекарственного возмещения. Если я заплатил деньги и жду, что мне когда-нибудь их вернут, это схема, которая в России не ра-

ботает. Во-первых, первое, что возникнет, что государство будет постоянно всё сваливать туда, то есть платите, граждане, мы вам когда-нибудь отдадим. Возникнет такой эффект. А второй эффект – будет у государства постоянно желание не вернуть часть денег. То есть будет ожидание, что какая-то часть пациентов за деньгами не придёт.

Я считаю, что надо налаживать нормальную систему лекарственного обеспечения. И в рамках общей концепции развития здравоохранения создавать концепцию лекарственного обеспечения, а то у нас есть закон об обращении лекарственных средств. Обращение где-то там отдельно от пациента, а системы обеспечения лекарственных средств у нас нет.

Председательствующий. Александр Владимирович, у меня к вам просьба. Во-первых, большое спасибо за выступление ещё раз.

Во-вторых, я хотел бы, если у вас есть такая возможность, систематизировать ваши замечания, желательно с конкретными фактами. И я хотел бы с вами встретиться. Дело в том, что, действительно, то, что вы говорили, во многом пересекается и с моими представлениями.

Коллеги, я хочу дать одно небольшое пояснение. Прозвучало уже два предложения о создании неких постоянных органов, комиссий или «круглых столов» в рамках Комитета по охране здоровья. В старые добрые времена комсомольской юности многих из вас существовал принцип: «Хочешь загубить дело – сделай его общественным». Я проповедую другую идеологию. Идеологию, которая заключается в следующем: никакой постоянный орган ничего, кроме увеличения бурной активности пустой, не даёт. «Круглые столы», парламентские слушания, экспертные советы в Комитете по охране здоровья, как я себе представляю, должны создаваться под конкретный конечный результат в виде законопроекта. Ничего другого Комитет по охране здоровья не производит.

Поэтому, если есть проблема, она понимается как проблема, создаётся экспертный совет, который предлагает решение этой проблемы. По итогам работы экспертного совета проводится «круглый стол», потом парламентские слушания, готовится законопроект. И после этого экспертный совет распускается и создаётся новый, хотя люди могут входить и туда, и туда, но уже под конкретный результат. И не может длиться работа экспертного совета годами. Всякие бывают законопроекты. Например, проблема модели здравоохранения. Это, понятно, что модель не решаемая, вернее, вопрос не решаемый с ходу, требующий достаточно длительного обсуждения, что-то нужно делать постепенно, улучшая то законодательство, которое есть, создавая какие-то новые подходы. Но это, пожалуй, единственный вопрос, который может быть долгоиграющим. Всё остальное должно в обозримом будущем заканчиваться законопроектом.

Председательствующий. Слово предоставляется Мурзабаевой Салие Шарифьяновне – председателю подкомитета по охране здоровья детей и демографии.

Мурзабаева С. Ш. Я думаю, что, конечно, каждый из нас понимает актуальность проблемы, которую обсуждаем. Все мы знаем эти проблемы. И задача каждого из нас на своём месте в пределах своих полномочий внести свой вклад в решение этой проблемы. Потому что практически мы, депутаты, работая в регионах, в субъектах, откуда нас избрали, являемся как бы барометрами, и для меня, например, индикатором моих действий последующих для выработки направлений для законотворческой деятельности является именно обращение граждан. Цифры, которые сегодня приводили... Я, конечно, со многими не согласна. Да, очень большое количество обращений, учитывая, что я член Комитета по охране здоровья уже второй созыв, именно касающихся вопросов здравоохранения, но сказать, что 91 процент по данным социологического опроса, это абсурд. Безусловно, реформа здравоохранения, модернизация, реализация основных положений вступившего в силу с 1 января закона об основах охраны здоровья граждан (сейчас все органы исполнительной власти задействованы в том, чтобы передать полномочия с муниципального уровня на государственный), повлияли на то, что на самом деле сейчас многие органы и учреждения здравоохранения заняты передачей этих полномочий. И качество оказания медицинской помощи на самом деле страдает. И за счёт этого увеличение жалоб есть, но не до такой степени, чтобы было 90 процентов. Много очень обращений в структуре остаётся: вопросы освидетельствования на определение инвалидности, но сейчас мы с вами ведём переговоры в отношении того, как изменить ситуацию, потому что процент обращений по освидетельствованию инвалидов не снижается. Очень высокий процент, и в первую очередь на отказы в определении и установлении инвалидности. Вторая, например, вот у меня, по обращению к структуре обращения, да, это качество оказания медицинской помощи. Проблема и с госпитализацией и так далее.

В силу закон с 1 января вступил, но, как вы все знаете, в ходе дискуссии и принятия этого закона главным условием было со стороны Минздравсоцразвития России подготовка и других законопроектов в рамках реализации основных положений и норм этого закона. И второе – ввод законных актов. И, на мой взгляд, как раз своевременная разработка и принятие нормативно-правовых актов в рамках принятого закона сняло бы многие проблемы, которые на сегодня мы с вами освещаем. Вы все знаете, что на сайте Минздравсоцразвития России вывешен уже практически достаточно продолжительное время законопроект, который сейчас медицинской общественностью и в целом гражданами очень широко обсуждается, это закон

«Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами». Я не буду детально останавливаться, своё видение по этому законопроекту я изложила в «Парламентской газете». Но вместе с тем хочу сказать, что вот как раз сообщество, те общественные организации, у которых основным уставом является защита прав пациентов и в целом общественности, и граждане, и мы – врачи – в первую очередь, конечно, свою лепту должны внести в обсуждение этого законопроекта. Поэтому я предлагаю... Во-первых, Минздравсоцразвития России, надеюсь, ускорит предоставление этого законопроекта в Государственную Думу, во-вторых, уже экспертное сообщество подключится и будет вносить свои предложения по совершенствованию законодательства именно в этом направлении, потому что и судебных разбирательств, и исков достаточно, и не только обращений к депутатскому корпусу, вопросов, касающихся качества оказания медицинской помощи. А этот законопроект, конечно, он в первую очередь позволит реализовать финансовую ответственность здравоохранения. На наш взгляд, это снимет проблемы обращения граждан в судебные органы и в досудебном порядке позволит решить многие вопросы. Минздравсоцразвития России, безусловно, разрабатывая этот проект, в первую очередь исходил из международного опыта. И поэтому достаточно хороший, на мой взгляд, законопроект, но, безусловно, он требует внесения поправок, изменений и обсуждения.

И второе. Я хотела бы проинформировать, что сейчас, вы знаете, работа депутатского корпуса, она не только в стенах Государственной Думы. Мы достаточно активно работаем в рамках различных межпарламентских ассамблей. И есть в Санкт-Петербурге Межпарламентская ассамблея стран СНГ, которая объединяет парламентариев, представляющих все страны постсоветского пространства. Я работала в составе Межпарламентской ассамблеи стран СНГ, прошлый созыв была заместителем председателя Комиссии по социальным вопросам, в этот созыв буду работать в Межпарламентской ассамблее Евразийского экономического сообщества. И мне было приятно, буквально в пятницу я получила информацию об этом, что 16 мая в рамках заседания Межпарламентской ассамблеи Евразийского экономического сообщества уже будет заслушиваться разработанный типовой модельный проект, законодательный акт о правах пациента. То есть основная функция этих межпарламентских ассамблей – это разработка модельных законов для того, чтобы каждый со своей стороны его применил к себе, доработал и использовал в своей работе. Поэтому более подробная информация, после того, как мы ознакомимся с этим законопроектом, с модельным законом, вернее, будет до вас тоже доведена. Но хочу тоже сказать, что не только мы, а в целом постсоветское пространство и, безусловно, парламентарии стран СНГ вот

такой законопроект подготовили, модельный закон, и он тоже послужит для того, чтобы основные вопросы, которые мы сегодня обсуждаем, воплотились в жизнь. И наша основная задача – это, конечно, хороший закон, чтобы потом его не нужно было дорабатывать, вносить изменения, поправки. Это нужно, но кардинальные поправки, конечно, мы должны с вами обсуждать и принимать до принятия любого закона. Спасибо, Сергей Вячеславович.

Председательствующий. Слово предоставляется Злобину Андрею Александровичу, председателю правления организации «Сообщество людей, живущих с ВИЧ».

Злобин А. А. В первую очередь хочу поблагодарить Сергея Вячеславовича, всех участников за то, что позволили выразить своё видение проблем и, собственно, некоторые свои предложения относительно прав пациентов. Потому что если мы заявляем о такой идее, как отход от патерналистской модели оказания услуг пациентам, то, собственно, и пациентов нужно слушать. За это вам спасибо.

Ну, и, собственно, обсуждая вопросы законодательного обеспечения прав пациентов, представляется важным рассмотреть права пациентов, страдающих социально значимыми заболеваниями, одним из которых является ВИЧ-инфекция.

Итак, на 31 декабря 2011 года в России зарегистрировано 649 тысяч случаев ВИЧ-инфекции. В 2011 году – 62 тысячи новых случаев. При этом в 65 процентах случаев ВИЧ-инфекция, диагноз ВИЧ-инфекции устанавливается гражданам моложе 30 лет. И, собственно, эти данные подчёркивают то, что ВИЧ-инфекция является заболеванием, которое вызывает тяжёлые социально-экономические, демографические последствия для нашей страны.

И вот даже, собственно, наличие федерального закона, в простонародье называемого федеральным законом о СПИДе, является такой отличительной правовой особенностью этого заболевания.

Согласно этому федеральному закону государством гарантируется обеспечение лечения и медицинская помощь всем пациентам с ВИЧ. При этом пациенты с ВИЧ-инфекцией пользуются всеми правами, предусмотренными в Федеральном законе «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации».

При этом на уровне правоприменительной практики этот закон выполняется не полностью. А право на здоровье у пациентов ограничено. И вот чем.

Вот в России отсутствует национальный протокол о лечении ВИЧ-инфекции, этот вопрос здесь уже затрагивался, вопрос вообще протоколов в лечении, которые бы регламентировали процесс лечения для каждого отдельно взятого пациента.

И в этой связи даже сложно как-то понять, назначено лечение человеку, получил ли он медицинскую помощь или не получил, когда ему вместо трёх препаратов, необходимых для лечения, назначили один: оказана пациенту помощь или нет?

Но стандарт, всё-таки все мы понимаем, что стандарт – это больше для администраторов здравоохранения. Я именно говорю о протоколе, об отдельно взятом пациенте, о модели пациента.

Согласно этому же федеральному закону ВИЧ-инфицированные граждане Российской Федерации обладают на её территории всеми правами и свободами. При этом женщины, имеющие ВИЧ-инфекцию, если ей необходимы родовспомогательные технологии, она, собственно, ими воспользоваться не может.

Почему? Потому что для, допустим, экстракорпорального оплодотворения являются противопоказанием инфекции, инфекционные заболевания до момента снятия с учёта. Собственно, если мы говорим о ВИЧ-инфекции, то она уже давно перестала быть смертельным заболеванием. Люди с ВИЧ, благодаря лечению, могут жить также неопределённо долго, как и все граждане. Но при этом она полностью неизлечима. И, собственно, пациент с ВИЧ не может быть снят с учёта, при этом, имея возможность иметь здоровых детей.

Совершенно курьёзно выглядит ограничение прав на усыновление детей. Ведь, когда даже вот ВИЧ-положительный гражданин женился на женщине с ребёнком, он в браке не может этого ребёнка усыновить, потому что, опять же, ограничением является всё то же инфекционное заболевание до снятия с учёта, согласно постановлению правительства № 542 от 1996 года.

И вот здесь сложности как раз ещё в том, что ситуация меняется. Уже 2012 год на дворе, а, собственно, ситуация в отношении ВИЧ-инфекции – федеральный закон № 38-ФЗ, 1995 год, ссылки на постановление правительства 1996 года. И это, собственно, ограничивает права пациентов, как таковых.

Собственно, причины и проблемы, которые ограничивают права на здоровье пациента с ВИЧ, это, опять же, отсутствие протоколов лечения, о чём я уже говорил. Ведь назначение препаратов ничем не регламентировано. Вот уже здесь говорилось о возможности возмещения пациенту стоимости препаратов, которые он купил за свои деньги. Но в отсутствии протоколов лечения тут невозможно понимать – правильно ли ему назначили лечение или неправильно, те ли он препараты купил, которые ему действительно нужны. Сложно об этом говорить.

Стандарты оказания медицинской помощи больным ВИЧ тоже уже устаревшие. В них, допустим, отсутствует ряд препаратов для лечения ВИЧ-инфекции, которые применяются, которые закупаются за счёт государства в рамках постановлений правительства.

Но при этом хотелось бы понимать, чем определяется объём закупок препаратов. Вот в отсутствии протоколов невозможно понять, почему заку-

паются те или иные препараты. Почему, допустим, в 2012 году планируется закупить более чем в два раза – больше чем в два раза увеличить объём самого дорогого препарата для лечения ВИЧ-инфекции, при этом широко не применяемого в России. Чем обосновано такое увеличение этого объёма? Чем? Ничем, потому что протоколов нет. Непонятно, чем обосновано. И очень сложно здесь эти все процессы контролировать. Собственно, вот озвученные мной проблемы пациентов в рамках одного заболевания, они, я думаю, пересекаются со сложностями законодательного обеспечения и пациентов с другими социально значимыми заболеваниями. И также я убеждён, что необходимы федеральные законы в отношении каждого социально значимого заболевания, и это было бы таким, на мой взгляд, грамотным, логичным ответом на признание самого статуса. Социально значимое заболевание. Ведь если мы говорим о вирусных гепатитах, допустим о гепатите С... Государство гарантирует лечение этой инфекции. При этом курса качественного лечения нет. Я сейчас договорю. Да, при этом курс качественного лечения стоит полмиллиона рублей. Государство закупает эти препараты только в рамках национального проекта «Здоровье». Поставка лекарственных средств для системы, для выявления, профилактики и лечения, мониторинга лечения ВИЧ-инфицированных граждан. Собственно, лечение гепатита С для ВИЧ-положительных граждан доступно. Оно есть везде. Лечение моноинфекций, просто гепатита С, недоступно. И чтобы вылечить заболевание, нужно стать ВИЧ-положительным. То есть нужно иметь заболевание, которое неизлечимо. Абсурд? Абсурд, на мой взгляд. Собственно, вот кратко предложение.

Совершенствование нормативно-правового регулирования. Здесь я имею в виду обновление как федерального закона, так называемого закона о СПИДе. Внесение поправок в другие нормативные документы, как в стандарты, так и инициация создания протоколов лечения. А также усиление роли общества и законодателей в контроле за органами исполнительной власти, развитие механизмов общественного контроля, который необходимо закрепить законодательно. Потому что на сегодняшний день какие у меня, как у пациента, есть права? Или у общественника. Написать опять же в Минздравсоцразвития России о том, что мои права нарушаются. Я получаю ответ. Всё согласно, собственно, федеральному закону о СПИДе. Всё. Кроме таких отписок я ничего получить не могу. А также, собственно, признание социальной значимости заболевания, на мой взгляд, требует такой разработки специальных государственных мер. Таких как национальная стратегия и противодействие отдельно взятому заболеванию. На этом у меня всё. Спасибо.

Председательствующий. Я хотел бы предоставить слово Оксане Юрьевне Александровой – профессору Первого Московского государственного медицинского университета имени Сеченова.

Александрова О. Ю. Глубокоуважаемые коллеги, я бы всё-таки хотела обратиться к тексту нового закона.

В законе новом, принятом, не в законопроекте, в законе, прописаны права пациента на законодательном уровне и обязанность соблюдать эти права. Это наша обязанность уже, как обязанность соблюдать закон.

Существуют определённые статьи, которые перечислены на данном слайде, которые как раз и касаются прав пациента. И вот я хотела как раз сказать о проблемах реализации конкретных норм законодательства. Я не буду говорить, естественно, обо всех статьях, но некоторые, на мой взгляд, принципиальные вещи, которые связаны именно с созданием механизма реализации норм закона, я хотела бы озвучить.

Статья 11-я «Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи». В этой статье законодательно закреплено, что медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией, медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в её оказании не допускается. Так вот, проблемой на сегодняшний день является то, что не определены границы экстренности медицинской помощи. Будьте добры, следующий слайд. С одной стороны, в законе они, вроде бы, определены – это угроза жизни пациенту. Угроза жизни. В 32-й статье основ, в статье «Медицинская помощь» определены формы оказания медицинской помощи – экстренная, неотложная и плановая. И впервые в законодательстве введено понятие неотложной медицинской помощи. До этого пытались ввести уже это понятие законом № 258-ФЗ старые основы законодательства, потом это понятие было изъято. Но понятие неотложной медицинской помощи остаётся в программах госгарантий все эти годы. И медицинские организации муниципальной системы здравоохранения, конкретно амбулаторные и клинические медицинские организации оказывают медицинскую помощь в неотложной форме. Так вот, где граница экстренной неотложной медицинской помощи? Хотя законом, вы видите на слайде, определено, что это угроза жизни. Экстренные – это при угрожающих жизни состояниях. Именно при этих состояниях невозможно отказать пациенту в оказании медицинской помощи. Мы имеем уже серьёзные на сегодняшний день, серьёзные разбирательства в регионах, когда скорая помощь вызывается пациентом, а от скорой помощи ответ – вызывайте неотложную службу поликлиники с 8 утра до 8 вечера. В итоге врач приезжает, даже с учётом наличия машины, специалистов и так далее. И там у нас три ситуации.

Первая ситуация, действительно, из-за которой всё это введено. Это экономическая составляющая как основа этого разделения. Заключается в том, что скорая помощь очень дорогое удовольствие для страны, вспо-

минайте, что норматив финансирования объёма скорой помощи, единица объёма вызова скорой помощи – это 1 700 рублей с копейками, поэтому мы пытаемся удешевить. А у нас треть только вызовов скорой помощи – это угрожающее жизни состояние, две трети – это вызовы к обострению хронических заболеваний. То есть у бабушки давление повысилось, и она вызывает скорую помощь, чтобы не идти в поликлинику. Мы с этим пытаемся бороться, в том числе правовыми методами. Мы разделили скорую, неотложную, подразумевая, что скорая будет оказывать помощь именно при угрожающих жизни состояниях. Но реалии таковы, что если мы так разделили, то поликлиника, то врач, который приходит к пациенту, может получиться ещё три ситуации.

Первая – это действительно бабушка вызвала, это действительно обострение хронического заболевания, это действительно работа поликлиники.

Вторая ситуация. Когда врач вызывает ту же скорую помощь.

А в третьей ситуации, простите, там труп.

И вот эти ситуации, на мой взгляд, эти очень серьёзные последствия мы будем иметь для медицинских организаций с этой реализацией права пациента. Потому что нет чётких критериев, невозможно определить угрозу состояния жизни по телефону диспетчерской службы скорой помощи. Мы будем иметь случаи неоказания медицинской помощи и последствия в виде ответственности медицинских организаций за неоказание медицинской помощи. Для того, чтобы решить эту проблему, нужно очень чётко проработать в подзаконных нормативно-правовых актах Минздравсоцразвития России алгоритмы поведения медицинских организаций при оказании экстренной, неотложной медицинской помощи. И главное в этих алгоритмах должно быть исключение неоказания медицинской помощи пациенту, а значит, исключение ответственности медицинских организаций.

Следующая проблема, которую я хотела бы озвучить, именно связанная с реализацией прав пациента, – это информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Про которое мы слышим и знаем, законодательно закреплено оно ещё с предыдущих основ 1993 года, и такая же норма в 20-й статье у нас появилась в новом принятом Законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия и так далее.

А вот дальше начинается проблема организационно-правового характера. Статьей во второй части определены лица, которые не сами дают это информированное, добровольное согласие. В первой части по общему правилу сами дееспособные граждане, а в этой не сами. И тут начинаются сложности

в восприятии закона так, что нам преподавать руководителям медицинских организаций это невозможно. Сплошные ссылки на другие статьи закона. Невозможно врачам преподавать. И тем более в этом никогда не разберутся пациенты. Вы поверьте мне, просто я не хочу время на это тратить, но здесь пять групп формируется, и везде разные возрастные критерии получения информированного добровольного согласия. Пять! И если вы просто прочитаете текст без моих комментариев, вы в этом не разберётесь, поверьте мне. Ну, кроме тех, кто, естественно, это преподаёт.

Эта проблема требует серьёзнейших образовательных программ для врачей и руководителей медицинских организаций, и самих пациентов, чтобы разобраться, когда же нужно это согласие давать.

И удивляет в этой же статье 6-й и 8-й восьмая часть. Сказано, что лица, указанные в предыдущих статьях, со всем этими возрастами учитываются. Для получения первичной медико-санитарной помощи при выборе врача и медицинской организации на срок их выбора даёт информированное добровольное согласие на определённые виды медицинского вмешательства, которые включаются в перечень, устанавливаемый уполномоченным федеральным органом, Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. А дальше ещё сказано в следующей части, что форма этого информированного добровольного согласия тоже утверждается Минздравсоцразвития России. С 1993 года была утверждена только одна форма.

И за эти годы мы (все, кто преподаёт правовые вопросы, правовое регулирование медицинской деятельности) выработали общие подходы к преподаванию, тому, как мы учим медицинские организации оформлять это согласие.

Мы стараемся делать так, чтобы как можно меньше писать, но написать столько, чтобы медицинскую организацию защитить от необоснованных претензий пациента. Но, с другой стороны, и пациента информировать о медицинском вмешательстве. И чётко прописываем. Уже это все школы – и московская, и новосибирская, и екатеринбургская, и воронежская, все дают в определённом виде. Определённую информацию предоставляют блоками. Информация о состоянии здоровья не требует письменного оформления, а вот информация о медицинском вмешательстве требует письменного оформления обязательно с описанием всех возможных вариантов медицинского вмешательства, его последствий, включая отдалённые последствия.

При оформлении согласия, чтобы защитить и пациента от недостаточности информации, и медицинскую организацию от ответственности за предоставление недостаточной информации, нужно ответить на ряд очень серьёзных вопросов. Здесь они перечислены. Я не могу тратить на это время, поскольку ограничен регламент уже в конце заседания.

Возможно ли использование типовых форм. Минздравсоцразвития России разработает типовые формы и мы будем абсолютно защищены. Мы исполнили эти формы, заполнили. Предполагается, медицинскими работниками. Я езжу много по стране. И перечень медицинских вмешательств будет перечислен – на какие заполнять. Это принципиально неверная позиция. Она никогда не защитит медицинскую организацию. Мы сейчас будем иметь сплошные юридические последствия.

Возможно ли использование типовых форм? Да, часть информации для облегчения работы врачам может быть предоставлена в типовой форме. Но все особенности именно данного медицинского вмешательства с учётом индивидуальных особенностей состояния здоровья необходимо дополнительно фиксировать документально. Мы должны полную информацию пациентам предоставить. И на какие вмешательства необходимо получать отдельное согласие, на какие возможно оформление и на какие не оформлять. Никогда перечень Минздравсоцразвития России не может быть этим однозначным критерием. Главным критерием является медицинское вмешательство при риске причинения вреда жизни и здоровью. И о тех видах медицинского вмешательства, которые связаны с большим риском причинения вреда, мы независимо от этих перечней должны подробно информировать пациента, оформлять это согласие. И он должен понимать эти риски, и мы должны их фиксировать документально, чтобы быть защищёнными.

Поэтому алгоритм создания механизма информированности... Не забывайте, ведь всё-таки и в Гражданском кодексе недостаточность информирования об услуге является по сути дела основанием объективного вменения вины, в том числе при оказании медицинской помощи. Причинение вреда жизни и здоровью в результате медицинского вмешательства. Поэтому, безусловно, разработка и утверждение форм является прерогативой медицинской организации, осуществляющей медицинскую деятельность, поскольку именно она несёт ответственность за недостаточную или достаточную информированность с учётом требований. При ряде случаев (наиболее рискованные медицинские вмешательства) требуется разработка типовых форм, утверждённых Минздравсоцразвития России. Но независимо от любых типовых форм информированного добровольного согласия, разработанных на уровне медицинской организации или министерства, все особенности именно данного конкретного медицинского вмешательства с учётом индивидуальных особенностей состояния здоровья необходимо дополнительно предоставлять пациенту и фиксировать документально. И ответственность за это всегда будут нести лечащие врачи, другие подходы здесь невозможны.

Статья 20. В одной статье и согласие на медицинское вмешательство, и отказ, и оказание медицинской помощи без согласия. Так вот в девятой

части эта статья определяет случаи, когда оказывается медицинская помощь без согласия. Это экстренность. Это заболевания, представляющие опасность для окружающих. В отношении лиц, страдающих тяжёлыми психическими расстройствами и совершивших общественно опасные деяния. И судмедэкспертиза.

Так вот определено, что в случаях, указанных в первом и втором пунктах, то есть экстренно и при заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, решение принимает консилиум. Это вы знаете, мы сегодня говорили, Вера Ростиславовна говорила об ответственности медицинских работников. Это очень серьёзная ответственность. По сути дела сам консилиум принимает решение о медицинском вмешательстве при заболевании, представляющем опасность для окружающих. А ведь если вы вспомните 715-е постановление правительства, то этих заболеваний 15 и никаких нет ни способов реализации этой госпитализации, этого лечения без согласия гражданина, да и к тому же ответственность дополнительная. На мой взгляд, подобные вещи могут быть, только при особо опасных инфекциях мы можем говорить о консилиуме. Всё остальное должно быть именно с участием судебных органов. И такой механизм с участием судебных органов должен быть разработан в законодательстве.

Председательствующий. Я предоставляю сейчас слово Алексею Анатольевичу Черкасову – заместителю директора правового департамента Минздрава России.

Черкасов А. А. Я как представитель министерства в части юридической службы, скажем так, могу осветить только некие проблемы текущего нормотворчества, связанные с темой законодательного обеспечения прав пациентов в Российской Федерации и перспектив его развития. Здесь уже было высказано мнение о том, что в принципе институт защиты прав пациентов является новеллой действующего законодательства. Как такового института до определённого института не существовало. Отдельные нормы в разрозненном состоянии присутствовали, безусловно, и в прежних основах законодательства об охране здоровья граждан от 1993 года, и в прежнем законе о медицинском страховании от 1991 года. В большей степени продекларированы, скажем так. Тем не менее, без реального их наполнения, без механизма финансирования в том числе, на практике действительно было много вопросов и зачастую совершенно обоснованные претензии граждан к тому, что эти нормы бездействовали, не давая надлежащий эффективный механизм для своей реализации.

Впервые попытка глобально подойти к вопросу законодательного обеспечения прав пациентов, я считаю, была предпринята с принятием основополагающих законов, о которых было уже отмечено, это Закон «Об обя-

зательном медицинском страховании» и вступивший в силу с 1 января текущего года Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Данные федеральные законы закрепили впервые, вообще, определение «пациент», хотя оно всегда было как бы на слуху. Но, тем не менее, впервые нашло законодательное воплощение определение данному термину. Определены фундаментальные принципы защиты прав пациентов, права и обязанности медицинских работников, которые должны обеспечивать, гарантировать права пациентов и других федеральных органов, органов госвласти субъектов и других органов и организаций, которые в совокупности должны защищать права пациентов.

Но, безусловно, принятием этих двух законов не исчерпывается формирование необходимой законодательной базы для решения такого сложного многоаспектного вопроса, как защита прав пациентов.

Как известно, в министерстве на сегодняшний день разрабатывается, а часть уже, скажем так, находится на выходе, ряд других важных законодательных инициатив. Так, например, завтра будет в первом чтении рассматриваться закон «О донорстве крови и её компонентов».

В принципе, на выходе из министерства на внешнее согласование находится проект федерального закона «О трансплантации органов и компонентов». Также в достаточно высокой степени готовности закон «О клеточных технологиях».

С принятием этих законов, скажем так, можно будет давать целостную картину о том, насколько на законодательном уровне у нас достаточно механизмов для обеспечения защиты прав пациентов. И немаловажным, естественно, тоже отмечали это уже коллеги выступающие, является принятие закона, прямо вытекающего из основ законодательства об охране и здоровье граждан, закона «О страховании пациентов Российской Федерации».

Данный законопроект также разработан в недрах министерства, вывешен на сайт, его можно прочитать и ознакомиться, высказать свои комментарии. Достаточно трудный документ. Почему до сих пор он не отправлен на внешнее согласование? Потому что закон действительно новый, даже с точки зрения того, что российское законодательство такого закона ещё не видело.

Помимо законодательных аспектов немаловажным является, безусловно, в первую очередь, подзаконное нормотворчество. Хочу отметить, что под Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» должно быть принято около 100 нормативно-правовых актов, большинство из которых акты Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и других федеральных органов.

И, в первую очередь, применительно к теме сегодняшних парламентских слушаний, должны быть приняты приказы министерства о выборе медицинской организации на территории субъекта, где гражданину оказывается медицинская помощь, о выборе медицинской организации за пределами субъекта, о порядке информирования граждан, в том числе формы документов о добровольном согласии, об отказе от оказания медицинской помощи.

То есть говорить об эффективности реализации основ можно будет только, когда полностью будет принята и сформирована необходимая нормативно-правовая база.

Безусловно, что первейшая задача сейчас министерства, она подконтрольна правительству, это скорое принятие вот этой всей необходимой подзаконной и нормативно-правовой базы.

Маленький ещё аспект, ещё один, да, маленький аспект.

Новеллой основ законодательства об охране здоровья граждан является норма, допускающая возможность не только государством регулировать вопрос выполнения каких-либо государственно-властных функций, но и возможность передачи их общественным организациям.

Вот основа законодательства об охране здоровья граждан предусматривает такую возможность передачи общественным организациям выполнения отдельных государственных функций. И в связи с этим в настоящее время министерством подготовлен проект постановления, определяющий критерии профессиональных некоммерческих организаций, которым могут отдельным федеральным законом передаваться такие полномочия, что даст возможность не только государству влиять, но как и в мировой практике принято. Отдельные функции будут выполняться общественными организациями, в том числе и для утверждения стандартов помощи, клинических протоколов.

И в завершение хотелось бы отметить то, что, может быть, в отличие от, скажем так, прежнего времени вся нормотворческая деятельность сейчас открыта. Помимо обсуждений законопроекты вывешивали на сайтах. Все проекты министерства проходят антикоррупционную экспертизу и экспертизу на оценку регулирующего воздействия. Со всеми актами можно ознакомиться и высказать замечания. И сейчас на самом деле практика очень распространена, когда на подзаконный нормативный акт присылается достаточное количество заключений независимых экспертов.

Председательствующий. И я попросил бы вас остаться. Поскольку вы, Алексей Анатольевич, у нас единственный представитель Минздравсоцразвития России (я имею в виду самого министерства, которое отвечает за нормотворчество), то, естественно, я думаю, что вторую часть нашей дискуссии мы откроем с некоторых вопросов к вам. Вернее, к министерству в вашем лице.

Первый вопрос, который вы сами затронули, на который я не получил ответа. В соответствии с приказом вашего министра вы до 22 декабря должны были издать все нормативные акты. А я напомним, что их 126, из них 42 федеральных закона. А остальное – постановления правительства и приказы министерства к 22 декабря 2011 года по реализации закона об основах охраны здоровья, вы должны были издать. Сейчас, извините меня, середина апреля. Вы назвали четыре закона и то которые не внесены. Вопрос. Когда это всё будет? Потому что закон на сегодняшний день не существует без вот этих законодательных актов.

Черкасов А. А. Безусловно, это проблема, потому что знаете историю, как принимались основы. Достаточно тяжело шли и, скажем так, какую-то базу удалось сформировать до 1 января. Но по большей части, учитывая, что закон с 1 января только вступил в силу, соответственно, принять объективно в декабре их было сложно, эти все акты.

Председательствующий. А как вы, юристы, допустили внесение законопроекта без внесения проектов федеральных законов, требующих изменения, что запрещено регламентом? Ну, ладно, это дело уже особое. Я просто хотел бы от вас услышать, как представителя министерства, когда всё-таки эти законы будут. Законы, прежде всего, и нормативные акты в виде постановлений правительства и приказов министерства.

Черкасов А. А. Законопроект, который вносит изменение более чем в 50 федеральных законов.

Председательствующий. 42. Я посчитал.

Черкасов А. А. Это связано с приведением этих законов в соответствие с Основами. В ближайшее время будет внесён в правительство в установленном порядке. Про донорство крови я уже отметил. Этот законопроект завтра будет на первом чтении рассмотрен. Другие я уже отметил, что тот же закон о трансплантации будет направлен в ближайшее время на внешнее согласование с федеральными органами. Закон о биомедицинских технологиях пока ещё внутри проходит согласование.

Председательствующий. Коллеги, будем подводить итоги наших слушаний. Во-первых, когда мы планировали эти слушания, мы предполагали, что проблема настолько всеобъемлющая, что, навряд ли мы в рамках одних парламентских слушаний можем расставить все акценты. И эти наши парламентские слушания наглядно показали, что за бортом нашего обсуждения осталось достаточно много вопросов, которые требуют разрешения. Это и вопрос деонтологии, это и вопрос предоставления персональных данных, это и гарантии медицинской помощи как по программе госгарантий, так и по базовой программе ОМС.

Я уж не говорю о том, что мы не получили, к сожалению, в рамках наших парламентских слушаний ответа. Так, всё-таки, врачебоцентрическая или пациентоцентрическая система должна быть положена в основу защиты прав граждан?

Я соглашусь, что в аргументах тех, кто говорит о врачебоцентрической системе, есть большая доля разумного. Хотя наши слушания называются – защита пациентов. Но это понятно, что это одна система и разные её полюса – это только просто абсолютизация тех или иных взглядов.

С другой стороны, безусловно, наши парламентские слушания дали достаточно большое поле предложений, которые можно уже сейчас канализировать в конкретные нормативные акты.

Коллеги, нет иллюзий, что можно издать некий закон, который решит все проблемы обеспечения прав пациентов. Даже не защиты, я не хочу употреблять это слово, а обеспечение прав пациентов. Конечно же, это комплексное законодательство. И не нужно стремиться. Когда всё будет нам понятно, прозрачно, тогда только нужно принимать решение.

Я вот согласен с теми авторами, которые говорят, если есть общая модель, то в рамках этой модели отдельные блоки можно отрабатывать, как только они возникают. По крайней мере, я зафиксировал целый ряд предложений, которые, на мой взгляд, требуют, в общем-то, уже оформления в определённые нормы как поправки к уже существующим законам, в частности.

В любом случае, коллеги, приношу извинения тем, кому не дали слова. И благодарность всем вам, которые три часа здесь выслушивали всё это и обсуждали активно. И я хочу сказать: большая просьба как ко всем выступающим, так и к присутствующим – свои предложения по изменению законодательства по вопросам защиты прав пациента я прошу направлять в Комитет по охране здоровья Государственной Думы.

Я вас уверяю, что все они будут рассмотрены, учтены, по отдельным будут созданы отдельные экспертные сообщества, которые будут их обсуждать. Ну и в любом случае это далеко не последний разговор, потому что пациент вот в этой триаде (медицинское сообщество, пациент и государство) занимает совершенно равновеликую величину, как и остальные две. Поэтому решать проблемы здравоохранения можно только в этом треугольнике.

Ещё раз большое всем спасибо.

Рекомендации парламентских слушаний

Вопрос законодательного обеспечения и защиты прав пациентов относится к актуальным и приоритетным в сфере здравоохранения.

В Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – федеральный закон № 323-ФЗ) впервые законодательно введено понятие «пациент – физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния».

Согласно статье 6 федерального закона № 323-ФЗ одним из основных принципов охраны здоровья граждан является приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи, который обеспечивается соблюдением этических и моральных норм, уважительным и гуманным отношением со стороны медицинских работников, оказанием медицинской помощи пациенту с учётом его физического состояния, соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций, уходом за пациентом, организацией оказания медицинской помощи пациенту с учётом рационального использования его времени, соблюдением санитарно-гигиенических норм и обеспечением комфортных условий пребывания в медицинских организациях, а также созданием иных благоприятных условий.

Право на медицинскую помощь предоставляется каждому пациенту в гарантированном объёме, без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – программа государственных гарантий).

Статьей 10 федерального закона № 323-ФЗ установлено, что доступность и качество медицинской помощи обеспечивается применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. Вместе с тем эта норма вступает в силу лишь с 01.01.2013 года.

В статье 19 федерального закона № 323-ФЗ закреплено право пациентов на выбор медицинской организации и врача; профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; получение консультаций врачей-специалистов, облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами; получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии здоровья; получение лечебного питания при

нахождении в стационаре; защиту сведений, составляющих врачебную тайну; отказ от медицинского вмешательства; возмещение вреда, причинённого здоровью при оказании ему медицинской помощи; допуск адвоката или представителя для защиты своих прав; допуск священнослужителя и предоставление отдельного помещения для отправления религиозных обрядов без нарушения внутреннего распорядка.

Однако, до сих пор не урегулированы некоторые механизмы реализации прав пациентов.

На настоящий момент несовершенен механизм госзакупок лекарственных средств, технических средств реабилитации, медицинского оборудования и медицинских изделий, регулируемый Федеральным законом от 21.07.2005 № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» (далее – федеральный закон № 94-ФЗ), ориентированный на цену, а не на качество. Не учитываются индивидуальные особенности и потребности пациентов, в результате возможность выбора лекарств, средств реабилитации и тому подобного крайне ограничена.

Также медицинским сообществом отмечается проблема, когда пациенты-инвалиды получают лечение дорогостоящими лекарствами бесплатно, однако при достижении необходимого положительного эффекта от лечения инвалидность снимается, и лекарства становятся платными для них.

Федеральный закон № 323-ФЗ устанавливает, что обеспечение лекарственными препаратами граждан, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, осуществляется за счёт бюджетов субъектов Российской Федерации, на основании Федерального регистра. Перечень указанных заболеваний утверждается Правительством Российской Федерации. Однако до настоящего времени данный Перечень не утверждён, а также отсутствует Порядок ведения Федерального регистра, что ставит под угрозу финансирование данной группы больных в 2013 году.

В России более двух с половиной миллионов онкологических больных, при этом каждый год появляется ещё до полмиллиона новых случаев, а 300 тысяч человек погибает. Соответственно остро стоит вопрос финансового обеспечения дорогостоящего лечения, актуальна тема добровольного страхования, софинансирования и государственно-частного партнёрства в сфере раковых заболеваний.

В настоящее время во всех регионах страны наблюдается рост числа судебных разбирательств по искам пациентов к медицинским учреждени-

ям. Многие случаи ненадлежащего оказания медицинских услуг становятся темами публикаций в средствах массовой информации, получают значительный общественный резонанс, формируют негативное отношение людей к медицинским работникам.

При существующей возможности привлечения медицинского работника или врача к уголовной ответственности за совершение преступления не установлен механизм привлечения к гражданско-правовой или административной ответственности, которая, с одной стороны, будет дисциплинировать врачей, а с другой, является более мягкой мерой наказания.

Согласно статьи 11 федерального закона № 323-ФЗ, медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Однако существует проблема правового регулирования при оказании экстренной, неотложной медицинской помощи, с учётом возможных негативных последствий как для пациента, так и для медицинских организаций. В условиях недостатка законодательного регулирования врач как участник правоотношений в сфере оказания медицинских услуг оказывается таким же не защищённым, как и пациент.

Остаются актуальными вопросы донорства органов и тканей человека и их трансплантации, презумпции согласия гражданина на посмертное изъятие его органов и тканей.

В статье 46 федерального закона № 323-ФЗ указано право на прохождение медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения. Учитывая тот факт, что большое количество российских граждан с опозданием обращаются за медицинской помощью, в настоящий момент прохождение указанных процедур необходимо проводить в обязательном порядке.

В пункте 1 статьи 25 федерального закона № 323-ФЗ установлено, что военнослужащие и приравненные к ним лица, а также граждане, проходящие альтернативную гражданскую службу, имеют право на прохождение военно-врачебной экспертизы для определения годности к военной службе или приравненной к ней службе и для досрочного увольнения с военной службы или приравненной к ней службы на основании заключения военно-врачебной комиссии.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 25.02.2003 № 123 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе» на военно-врачебные комиссии не возлагается организация и проведение медицинского освидетельствования граждан, имеющих право на прохождение альтернативной гражданской службы.

Таким образом, отсутствует механизм медицинского освидетельствования граждан, имеющих право на прохождение альтернативной гражданской

службы, на основании статьи 3 Федерального закона от 25.07.2002 № 113-ФЗ «Об альтернативной гражданской службе» и статьи 28 Федерального закона от 28.03.1998 № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе».

Статьей 84 федерального закона № 323-ФЗ установлено право граждан на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг). Вместе с тем отсутствуют примерные перечни платных услуг для амбулаторного и стационарного лечения в государственных и муниципальных учреждениях.

Особую важность имеет право пациента на проведение независимой медицинской экспертизы, установленное статьей 58 федерального закона № 323-ФЗ и право на возмещение вреда, причинённого здоровью при оказании медицинской помощи на основании статьи 19 федерального закона № 323-ФЗ. При этом очень актуальны вопросы полной независимости организаций, которые будут проводить экспертизу качества медицинской помощи. Одним из вариантов решения данной проблемы является предоставление пациенту права на проведение экспертизы в любом субъекте Российской Федерации. Также существует мнение о необходимости её проведения саморегулируемыми организациями.

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности согласно статье 90 федерального закона № 323-ФЗ обязывает органы, организации государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности для обеспечения прав пациентов. Кроме того, с целью обеспечения защиты собственных прав в сфере охраны здоровья граждане могут создавать общественные объединения, при этом медицинские и фармацевтические работники должны осуществлять свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии.

Вместе с тем, в настоящее время права пациентов при получении медицинской помощи законодательно в достаточной мере урегулированы. При этом очевидна необходимость дальнейшей работы по регламентации прав пациентов на получение доступной и качественной медицинской помощи, разработки механизмов их гарантии и защиты, соотнесения прав пациентов с правами и обязанностями врача, достижения лучшего понимания имеющихся прав самими пациентами.

Формирование эффективной системы обеспечения и защиты прав пациентов в ближайший период включает следующие меры:

- повышение доступности медицинской помощи;
- уделение самого пристального внимания вопросам деонтологии на всех уровнях власти;

– усиление контроля качества медицинской помощи с проведением анализа причин ненадлежащего качества и разработкой мероприятий по его повышению, в том числе за счёт саморегулирования профессиональной деятельности организаций в сфере здравоохранения;

– существенное улучшение правовой грамотности граждан путём широкого привлечения средств массовой информации, разработки наглядных материалов, размещения необходимой информации в медицинских учреждениях, страховых медицинских организациях, территориальных фондах обязательного медицинского страхования, а также с широким использованием возможностей сети Интернет;

– повышение профессионального уровня медицинских работников и ответственности пациентов за соблюдение врачебных рекомендаций, организация подготовки медицинских кадров по вопросам обеспечения прав пациентов при получении медицинской помощи;

– развитие обязательного страхования на случай причинения вреда жизни и здоровью пациента при оказании медицинской помощи;

– повышение эффективности судебных разбирательств в связи с нарушением законодательства в сфере охраны здоровья.

Заслушав и обсудив доклады и выступления, участники парламентских слушаний **рекомендуют:**

Правительству Российской Федерации:

– ускорить принятие нормативных правовых актов по реализации прав пациентов, установленных федеральным законом № 323-ФЗ, в том числе Положения о независимой медицинской экспертизе;

– урегулировать механизм госзакупок лекарственных средств, технических средств реабилитации, медицинского оборудования и медицинских изделий, в части внесения изменений в федеральный закон № 94-ФЗ и подзаконные акты;

– ускорить внесение в Государственную Думу проекта федерального закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами».

Государственной Думе совместно с Правительством Российской Федерации рассмотреть вопрос о законодательном регулировании:

– возмещения финансовых средств, затраченных на оплату социальной услуги, предусмотренной пунктом 1 части 1 статьи 6.2 гражданам из числа категорий, указанных в статье 6.1 Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», в случаях не предоставления или несвоевременного предоставления социальной услуги;

– получения в случае необходимости пациентами дорогостоящих лекарственных препаратов независимо от наличия у них инвалидности;

– системы наказаний для медицинского работника, врача посредством внесения изменений в Кодекс об административных правонарушениях.

Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

– принять меры по усилению обеспечения учреждений здравоохранения квалифицированными кадрами;

– усилить контроль за эффективностью расходования бюджетных средств в сфере здравоохранения;

– ускорить подготовку нормативных правовых актов, устанавливающих:

– порядок выбора медицинской организации в соответствии с частью 1 статьи 21 федерального закона № 323-ФЗ, порядок выбора медицинской организации за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин в соответствии с частью 6 статьи 21 федерального закона № 323-ФЗ, порядок выбора лечащего врача в соответствии с частью 1 статьи 70 федерального закона № 323-ФЗ;

– случаи выдачи листков нетрудоспособности фельдшером либо зубным врачом в соответствии с частью 2 статьи 59 федерального закона № 323-ФЗ;

– порядок, основания и сроки получения документов, отражающих состояние здоровья, их копий и выписок из медицинских документов в соответствии с частью 5 статьи 22 федерального закона № 323-ФЗ;

– положение об организации оказания медицинской помощи по видам, условиям и формам оказания такой помощи в соответствии с частью 5 статьи 32 федерального закона № 323-ФЗ;

– стандарты медицинской помощи в соответствии со статьей 37 федерального закона № 323-ФЗ;

– протоколы, регламентирующие процесс лечения по определённому заболеванию;

– критерии оценки качества медицинской помощи по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в соответствии с частью 2 статьи 64 федерального закона № 323-ФЗ;

– порядок ведения Федерального регистра пациентов, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями и Перечень указанных заболеваний;

– перечни платных услуг для амбулаторного и стационарного лечения в государственных и муниципальных учреждениях;

– нормативные правовые основы медицинской этики и деонтологии для медицинских и фармацевтических работников;

– проработать вопрос нормативно-правового регулирования поведения медицинских организаций при оказании экстренной, неотложной медицинской помощи.

Органам государственной власти субъектов Российской Федерации:

- усилить координацию работы по защите прав пациентов на получение доступной и качественной медицинской помощи с участием органов управления здравоохранением, страхователей, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций, общественных организаций, третейских судов и судов общей юрисдикции;
- расширить нормативную правовую базу по вопросам деятельности общественных объединений по защите прав граждан в сфере охраны здоровья;
- разработать механизмы взаимодействия общественных объединений по защите прав граждан в сфере охраны здоровья и органов власти с чёткой ответственностью должностных лиц в случае нарушения данных норм;
- стимулировать развитие саморегулируемых организаций в сфере здравоохранения;
- развивать программы прохождения и проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения;
- повысить уровень правовой информированности граждан в сфере здравоохранения;
- ускорить работу по созданию реестра больных для установления необходимых объёмов финансирования для обеспечения пациентов бесплатными лекарственными средствами на основании Постановления Правительства от 30 июля 1994 г. № 890.

**Материалы «круглого стола»
Комитета Государственной Думы по охране здоровья на тему
«О ходе реализации Федерального закона
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
Совершенствование законодательства в сфере здравоохранения
на федеральном и региональном уровнях»**

СТЕНОГРАММА
«круглого стола»

*Здание Государственной Думы. Зал 830.
21 мая 2012 года*

*Председательствует председатель Комитета Государственной
Думы по охране здоровья С. В. Калашников*

Председательствующий. Во-первых, я хочу начать наш сегодняшний «круглый стол» очень необычно, я хочу поздравить всё медицинское сообщество, в общем-то, и весь российский народ с новым министром здравоохранения. И даже не столько с министром здравоохранения, а с тем, что, наконец-то, Министерство здравоохранения Российской Федерации стало самостоятельным министерством, которое имеет возможность полностью сосредоточиться на проблемах именно охраны здоровья, не совмещая это ещё и с рядом других функций.

Я считаю, что такой подход – это очень мудрое решение руководителя правительства и президента, и, я думаю, что это будет только способствовать улучшению охраны здоровья в Российской Федерации. Я думаю, что нужно пожелать новому министру и новому коллективу министерства, скажем так, бог в помощь им, а мы точно будем помогать.

Коллеги, сегодня мы проводим «круглый стол» – «О ходе реализации Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Совершенствование законодательства в сфере здравоохранения на федеральном и региональном уровнях».

Этот «круглый стол» заканчивает череду «круглых столов», которые были посвящены анализу состояния законодательства в здравоохранении. Мы провели «круглый стол» по обязательному медицинскому страхованию, мы провели «круглый стол» об обороте лекарственных средств, провели несколько парламентских слушаний и «круглых столов» по более частным

вопросам. Но вот сегодня у нас основной закон, по которому мы уже полгода практически живём.

Я понимаю, коллеги, что очень рано подводить ещё итоги деятельности этого закона. Нельзя однозначно говорить о тех эффектах, которые он вызвал. Однако уже сейчас многие вещи, они, скажем так, проступают достаточно явственно. По крайней мере, проблемное поле, оно на сегодняшний день вырисовывается, и, чем скорее мы поймём, что нужно делать в этом направлении, тем лучше. Коллеги, понимая, что законодательство можно совершенствовать до бесконечности, мы в то же время понимаем, что есть вещи, которые, скажем так, нужно решать безотлагательно.

Многие предлагали сразу после принятия Закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» тут же заготовить новый закон, полностью отменяющий только что принятый 22 ноября, и прописывающий нечто новое.

Коллеги, я думаю, что в данном случае мы имеем некую базу, по крайней мере, что касается принципов, провозглашённых в данном законе, то они вполне рабочие, они вполне разумные. Мы имеем некий каркас, некую базу, и вот, например, как я себе представляю, да и мои коллеги по комитету. Всё-таки, наверное, нужно идти не по пути коренных изменений, реформы и так далее, а по пути улучшения данного закона с тем, чтобы вносить в него не одну, не две, не сразу, а те поправки, которые требует жизнь, которые не противоречат сложившейся системе. То есть, другими словами, задача улучшать, а не в корне менять. Просто революции уже надоели, наверное.

Вот исходя из этого, результатом нашего «круглого стола» должен быть список проблем, которые на сегодняшний день уже явственно проступают, те, которые требуют обсуждения дополнительного, те, которые требуют определённых поправок.

Вот я думаю, что такая инвентаризация проблем данного закона и является тем вкладом, который мы можем сегодня на нашем «круглом столе» сделать. Следующим этапом будет проведение парламентских слушаний по этому закону, ну, а дальше уже пойдут практические поправки.

У вас нет, не розданы рекомендации «круглого стола». Но я всё-таки хотел бы, чтобы вы чётко себе представляли, что, вообще-то, результатом «круглого стола» должно быть решение, которое в качестве таких выжимок даёт основные позиции, которые требуют дальнейшего развития.

И два слова по регламенту. Коллеги, у нас сложилась такая практика, что всё-таки работа «круглого стола» это не более трёх часов, хотя, я думаю, что после двух часов работы уже работа неэффективна. Но поскольку сложилась такая практика, то есть предложение: выступающие – до 7 минут, причём регламент совершенно жёсткий, вопросы задавать в письменном виде в президиум, последний час, то есть два часа мы поработаем, повыступаем,

последний час мы отдаём на дискуссию и на ответы на вопросы, где просто идёт свободное обсуждение того, что здесь обозначалось, говорилось и так далее. Если вас это устраивает, то я думаю, что можно приступать.

И первое слово я хотел бы предоставить Сергею Фёдоровичу Вельмайкину, директору правового департамента Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Вельмайкин С. Ф. Я дам для затравки некоторое количество информации, постараюсь не перегружать вас этой информацией. Потому что, насколько я понял, предварительно с коллегами пообщавшись перед началом сегодняшнего мероприятия, есть какие-то конкретные вопросы, которые интересуют, и, наверное, это действительно будет более полезно потом пообщаться в режиме ответов на вопросы или в режиме дискуссии по каким-то проблемным точкам.

Ну вообще, конечно, на сегодняшнем «круглом столе» должна была присутствовать Вероника Игоревна Скворцова как официальный представитель правительства при рассмотрении этого документа в палатах Федерального Собрания. Но она в силу известных причин находится в другом месте, и попросила, чтобы я от имени министерства представлял здесь те проблемные вопросы, которые у нас есть по реализации федерального закона № 323-ФЗ.

Для начала немножко такой информации, может быть, где-то даже статистической. Мы предполагали на момент завершения работы над текстом федерального закона, что потребуется издание 125 подзаконных нормативных правовых актов, из них 31 постановление Правительства Российской Федерации. И соответствующий план-график был у нас внутри по министерству утверждён, и мы с ноября месяца, собственно говоря, над этими документами работаем. Далеко не все эти документы выпущены, даже большая их часть до настоящего времени не выпущена. Здесь есть причины различного характера, основная на самом деле заключается в том, что... Ну вот здесь многие из присутствующих были свидетелями работы над законом «Об основах охраны здоровья граждан», – он претерпевал изменения, причём существенные изменения до самого последнего момента.

Я вообще должен сказать, что не знаю, как в Государственной Думе, а вот внутри исполнительной власти закон «Об основах охраны здоровья граждан» приводят в пример с точки зрения того, каким образом должно было проходить общественное обсуждение документов и работа с различными социальными и профессиональными группами, представляющими различные интересы. Потому что, если вы помните, было очень много обсуждений и на площадке Государственной Думы, и Совета Федерации, и на площадке других общественных организаций.

В настоящее время, естественно, в первую очередь принимались те документы, которые, как нам казалось, являются первоочередными с точки

зрения каких-то там насущных вопросов, и правильно Сергей Вячеславович здесь сказал, создания базиса для дальнейшей работы.

В связи с этим мы кардинально перерабатывали положение о министерстве. И я хочу сказать, что эта работа, она не пропадёт даром, поскольку сейчас необходимая база сформирована для того, чтобы ну как бы цивилизованно разойтись между двумя министерствами, чётко определить функционал и компетенцию и каждое из ведомств уже соответственно начнёт свою часть работы по изданию подзаконных нормативных правовых актов.

Также было издано постановление правительства по орфанным заболеваниям, по утверждению перечня таких заболеваний и порядку ведения федерального регистра. Я не знаю, нужно ли на этой теме останавливаться мне сейчас более подробно, потому что думаю, что этот вопрос в обязательном порядке в дальнейшем будет затронут с точки зрения расходных полномочий субъектов Российской Федерации по данному направлению, но, тем не менее, 24 апреля соответствующее постановление было принято.

Точно также было... 26-го, извините, 24 апреля было принято постановление, которое предусматривает порядок ведения федерального регистра по так называемым семи дорогостоящим нозологиям, который финансируется за счёт средств федерального бюджета.

В феврале же было утверждено уже во исполнение нового закона постановление правительства с единственным социальным показанием для искусственного прерывания беременности. Я напомним, это была очень острая тема, которая очень сильно дискутировалась в процессе принятия закона. Социальное показание осталось одно: это беременность, наступившая в результате противоправных деяний, предусмотренных Уголовным кодексом, то есть изнасилования.

Есть ещё целый ряд документов, которые сейчас либо внесены в правительство, либо проходят межведомственное согласование. Мы предполагаем, что они в течение какого-то времени выйдут. Знаю, что, как говорили мне коллеги, достаточно острым является вопрос о платных медицинских услугах. Соответствующее постановление нами разрабатывается, оно, в общем, такое, конечно, достаточно дискуссионное. Скорее всего, оно будет проходить процедуру оценки регулирующего воздействия в Министерстве экономического развития Российской Федерации, то есть как бы ещё и через этот канал нам будет интересно послушать мнение общественности по поводу такого документа.

Что касается собственно подзаконных нормативных правовых актов, то на текущий момент мы их издали 25. Перечислять не буду, наверное, это как бы нецелесообразно. В процессе у нас находится ещё порядка 45-ти документов, которые мы тоже предполагаем в ближайшее время издавать. Ну, «в ближайшее» я говорю уже с учётом того, что, как вы понимаете, про-

цедура реорганизации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации на два самостоятельных министерства, она, безусловно, займёт некоторое время, и это, безусловно, на работе скажется. Мы надеемся, что это не сильно затормозит работу, но там некие технические проблемы у нас, безусловно, будут. Это, что касается собственно документов.

И второй вопрос, который я хотел немножко подсветить, это тоже то, что очень широко обсуждалось. И я, кстати, благодарен находящемуся здесь Сергею Борисовичу Дорофееву и Марине Николаевне Лесниковой за то, что они нам помогли, в общем, выработать такое достаточно мягкое решение этой проблемы. Я имею в виду проблему подъёма полномочий по организации охраны здоровья граждан с уровня муниципалитетов на уровень субъектов Российской Федерации, потому что с 2004 года, как вы знаете, по 2011-й включительно это были полномочия муниципальные, по первичной помощи и по скорой. И мы эти полномочия поднимали на уровень субъектов.

Было много споров, было много дискуссий на тему того, правильно или неправильно это решение. В итоге, если вы помните, была принята такая достаточно мягкая схема, когда полномочия были подняты, но субъектам Российской Федерации разрешалось безо всяких условий принять закон о делегировании или даже о частичном делегировании.

По факту у нас сейчас на региональный уровень полномочия подняли 44 субъекта Российской Федерации, ещё 23 субъекта оставили их на муниципальном уровне. Микс у нас получился в 16-ти субъектах Российской Федерации. Это информация по состоянию на 12 мая.

И такой небольшой задел на будущее: 23 субъекта будут каким-то образом перерешать вопрос о распределении полномочий, скорее всего, в пользу их опять же поднятия в 23-х субъектах Российской Федерации в 2013 году. И мы планируем, что, в общем, вот такой подход, он позволит нам безболезненно для муниципального здравоохранения, там, где оно сформировалось и нормально функционирует, все эти трудности преодолеть.

Ну, вот, собственно, всё, что я хотел для затравки сказать. В ходе дискуссии готов буду отвечать на любые другие вопросы.

Председательствующий. Слово предоставляется Сергею Борисовичу Дорофееву – заместителю председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья.

Дорофеев С. Б. Спасибо Сергею Фёдоровичу за такую общую оценку той проблемы, которую мы сегодня обсуждаем. Безусловно, мы не ставили сегодня задачу обсуждения всех спорных вопросов, которые могли у каждого, кто присутствует здесь, возникнуть, когда начали реализовывать этот наш основной закон. Но практика показывает, что есть проблемы, по которым хотелось бы уже сегодня порассуждать и попробовать, может быть, ка-

кие-то практические меры принять, не дожидаясь, может быть, даже и поправок в этот закон, потому что не хотелось бы торопиться, но проблемы есть, о которых многие территории в унисон говорят. Прежде всего, это касается пункта 1 статьи 17 этого закона, это по созданию условий, которые муниципалитеты должны реализовывать при передаче полномочий.

Сергей Фёдорович сказал, что только 44 субъекта Федерации подняли однозначно полномочия, а в 16-ти у нас остался такой микс, где и субъекты, и муниципалитеты отвечают за реализацию этих полномочий. Но больше всего возникает вопросов как раз тогда, когда полномочия подняли, муниципалитеты отошли от исполнения этих полномочий, и что же дальше?

Жизнь-то, ведь она на этом не заканчивается. И мы когда обсуждали эту тему, Сергей Фёдорович не покривил ни секунды, что мы её очень жарко обсуждали, то в своё время договорились о следующем. Как мы понимали, когда писали именно такую, очень широкую трактовку «создание полномочий» и договорились, что отдадим эти полномочия, по сути, на территории законодательных собраний, которые должны будут уточнить, что же такое создание полномочий. Ну, по крайней мере, мы так думали.

Что на практике появляется? Законодательные собрания некоторых субъектов, я скажу так, многих, с кем общался, исповедуют, трактуют этот пункт так: в федеральном законодательстве не написано, что такое уточнение «создание условий», и мы уточнять не будем. Хотя мы думали, что они как раз уточнят и напишут, что такое «создавать условия». Квартиры покупать – не покупать, как обучение будет, как в экстренной ситуации смогут помогать лечебному учреждению, если она вдруг, не дай бог, возникнет. Фактически же нет полномочий. На сколько полномочия будут передаваться: на год, на два, на три. Это впрямь, в принципе, с нашей точки зрения, решить законодательные собрания территорий. Не прописано в законе на сколько: на год, на два, на три. Это договором может определиться. Либо могут определить нормы законов субъекта Федерации.

Не видел пока ни в одном документе, которые вот сейчас разрабатываются в связи с реализацией этого закона на территориях, толкования этой нормы.

У меня есть предложение. Как бы вот для обсуждения, может быть, нашему Министерству здравоохранения Российской Федерации выпустить какое-то информационное письмо, где перечислить все те предложения, те нормы, которые бы, на взгляд разработчика закона, инициатора закона (это было всё-таки Минздравсоцразвития России), необходимо было бы уточнить в связи с созданием условий, вот этого пункта 1 статьи 17-й на территории, ну по крайней мере, порекомендовать. Может быть не надо вносить каких-то дополнительных изменений пока в закон и, может, этого хватит для того, чтобы формировалась законодательная база более конкретная на территории. Потому что справедливо совершенно, когда передаются полномочия у всех

муниципалитетов. А на сколько: на год? У нас сейчас даже бюджетный процесс на 3 года. Они тогда ничего не планируют: никаких инвестиций, никакого развития. А договор, который подписывает губернатор, только на год. Много вопросов возникает.

Второе. В соответствии со статьей 37 федерального закона, порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. При этом стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усреднённые показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг, лекарственных препаратов и так далее.

В соответствии со статьей 35 Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании», страховое обеспечение в соответствии с базовой программой осуществляется у нас и устанавливается, исходя из стандартов медицинской помощи и порядка оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом. У медицинских организаций возникают вопросы. «В случае превышения усреднённых показателей, установленных стандартами и оплате таких услуг». Это по-русски? У нас сейчас идёт программа модернизации, и исполнение стандартов по программам модернизации является обязательным. То есть, это что у нас за стандарты?

Они у нас другие стандарты, какие-то такие, которые не обязательны? Потому что реально сейчас в программе модернизации оплачивается внедрение стандартов только при 100-процентном исполнении, если не 100 процентов, то не выплачивают. Так что за стандарты? Это другие стандарты, которые вот предусмотрены федеральным законом, то есть, хотелось бы тоже уточнения этой дефиниции в свете программы модернизации. Потому что так тоже ведь нельзя. На территориях в связи с этим возникают проблемы, прямо скажем, с освоением средств, которые просто не могут освоить, потому что не хватает возможности освоить все те стандарты, которые в программе модернизации идут.

Третье. В соответствии с действующей статьей 38 и статьей 101 федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан», на территории Российской Федерации с 1 июля 2012 года будет разрешено обращение медицинских изделий, зарегистрированных только в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. С 1 июля. Уполномоченным им федеральным органом исполнительной власти, и, согласно части 4 статьи 38 указанного федерального закона.

На сегодняшний день не принят правовой нормативный акт, утверждающий новый порядок регистрации медицинских изделий. Возникшее обстоятельство касается всех этапов обращения медицинских изделий, включая

ввоз и государственную регистрацию медицинских изделий, обязательную для легализации их обращения на территории Российской Федерации.

В связи с вышеизложенным и с учётом сроков вступления в силу части 4 статьи 38 федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан», мы считаем необходимым внести изменения в указанный федеральный закон в части переноса срока вступления в силу положения, разрешающего обращение на территории Российской Федерации медицинских изделий, зарегистрированных согласно новому порядку госрегистрации с 1 января 2013 года. То есть, перенести с июля на январь. Мы просто считаем и убеждены в том, что эти все нормативные документы не будут изданы, а, следовательно, это выпадет, то есть, вся эта огромная работа из правового поля выпадет.

Четвёртое. В соответствии со статьёй 7 и статьёй 84, порядок и условия предоставления медицинскими организациями платных услуг пациентам устанавливается Правительством Российской Федерации. Сергей Фёдорович уже говорил о том, что, к сожалению, такого документа пока нет, и в связи с этим, конечно же, возникает у нас в практической работе много вопросов. Потому что ряд положений статьи, которая касается оказания платных медицинских услуг, не имеют прямого действия в законе, а имеют отсылочную норму к постановлению правительства. А постановления нет, и фактически большая часть работы становится, ну, прямо так, скажем, с правовой точки зрения, уязвима при оказании этого вида медицинских услуг.

Нам представляется, что данный документ нужно как-то наиболее энергично всё-таки попытаться разработать и в первом полугодии всё-таки сделать так, чтобы он появился на свет.

И последнее. В соответствии со статьёй 21 федерального закона в рамках программы госгарантий граждане имеют право на выбор врача и медицинской организации в порядке, утверждённом уполномоченным федеральным органом власти. Если многих порядков нет и не особо для лечебных учреждений критично, что их нет, то вот отсутствие этого порядка вызывает на территориях много конфликтных, ненужных ситуаций. И мы считаем, что вот этот порядок так же, как при обсуждении... Сергей Фёдорович правду сказал, что мы его обсуждали достаточно широко и интенсивно, и открыто. Я бы сказал, может быть, действительно образцово-показательно, и то, что у нас есть огрехи – это наши общие огрехи. Потому что обсуждали мы его вместе, ну, теперь уже, чего же теперь креститься? Проблема есть, надо её решать. Мы считаем, что вот этот порядок, он тоже должен в первом полугодии обязательно выйти, иначе мы просто провоцируем многие ненужные проблемы в практической работе. Спасибо.

Председательствующий. Итак, слово предоставляется Адрочникову Михаилу Михайловичу – заместителю председателя профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации.

Адрочников М. М. Спасибо. Уважаемые коллеги, здесь уже говорилось, что реализация закона требует принятия многочисленных подзаконных актов как на уровне Минздравсоцразвития России, так и на уровне субъектов Российской Федерации. Мы не исключаем, что, возможно, потребуется внесение отдельных изменений в закон. Кроме того, ряд понятий закона требует уточнения. Я остановлюсь на нескольких позициях.

В первую очередь нас беспокоят вопросы, касающиеся медицинских работников и, прежде всего, трактовка статьи 2 закона, где указано, что медицинский работник – это специалист не только с медицинским, но и иным образованием. Ранее действующими нормативными актами, которые были приняты в СССР, работникам с немедицинским образованием, в частности, с биологическим, разрешалось, была предусмотрена возможность занимать медицинские должности. Сейчас в законе мы получили такую характеристику, а реально подзаконных актов, которые продвигают в дальнейшем, вот это положение, нет. У нас масса работников с биологическим образованием, масса педагогических работников, вы знаете, экспертизой занимаются химики, физики. Значит, нет каких-либо документов, которые хотя бы позволяют решить проблемы с допуском этих работников к специальности, к какой-то аттестации их на категорию и так далее. Значит, это одна из серьёзных проблем. Мы имеем большую переписку, вернее, большое количество писем с мест по этим вопросам.

Второй момент. Множество вопросов вызывает, конечно, порядок сертификации специалистов. Поэтому у нас нет нормативной базы. Я вам говорить здесь не буду, конечно, желательно, чтобы она была, но пока ничего на этот счёт мы не видим. И, наверное, мне кажется, что это первоочередная задача – решить вопрос сертификации.

Здесь я немножечко уйду в сторону, поскольку закон определяет у нас и аккредитацию специалистов, да, с определённого года. Мы в своё время и во врачебную палату посылали свои предложения по этой статье, поскольку мы считаем, что терминология, которая используется в законе, она немножечко не соответствует мировой. То, что у нас понимается под понятием аккредитации, в зарубежных документах по оценке соответствия не совсем то, там принят термин всё-таки «сертификация» или то, что у нас заменено сертификацией, а аккредитация это немного другое. Почему мы так говорим? Потому что для того, чтобы получить физическому лицу аккредитацию, ему необходимо некоторое время поработать в данной области и это признанная международная норма.

Второе, то, что аккредитуемый специалист, получивший аккредитацию какую-то, он должен, конечно, отличаться от того, кто не получил аккредитацию. В финансовом плане он должен быть стимулирован.

И третье, что особенно важно, вот эти все процедуры проводят третьи лица. Вы знаете, что если тот, кто представляет объект аккредитации, даёт ему характеристику, он может задекларировать это. Если оценка происходит со стороны того, кто потребляет услуги, ну названия этому нет пока, тоже может быть выдан какой-то документ. Документ, выдаваемый третьими лицами, независимыми от первых двух, и потребителями, и изготовителями, (будем так говорить – изготовители, я не имею в виду врача или обучение). Значит, это должна быть третья сторона. И медицинская ассоциация, я думаю, нас в этом поддерживает.

Далее, наверное, можно остановиться на вопросе 69 статьи, которая касается как раз проблем со специалистами с высшим медицинским образованием, которые получают допуск к работе по специальностям средних медицинских работников. Знаете, у нас проблема такая есть, она важна не потому, что кто-то хочет снизить свою квалификацию, а потому что многие врачи, вы знаете, у нас женщины. Военные семьи приезжают в тот район, где нет должностей медицинских работников с высшим образованием и они вынуждены будут получать соответствующий допуск к работе среднемедицинским работником. По этой проблеме у нас тоже на сегодняшний момент ничего нет, хотя она достаточно актуальна.

Ну, со студентами, я думаю, здесь понятно, и обсуждалось, что вузы будут давать вот такое разрешение. Хотя мы считаем, что именно для лиц с высшим образованием разрешение всё-таки должны, может быть, давать даже не вузы, а средние медицинские учебные заведения. Они лучше знают каков уровень этого специалиста должен быть, конечно, переходя от врача к более низкому уровню.

Ещё один момент, который нам кажется достаточно актуальным, это, наверное, обсуждение стандартов. Я не буду вдаваться в подробности, но скажу только одно, что, действительно, у нас сегодня существуют стандарты, как бы обязательные к исполнению. Это технологические и временные параметры определённые, а стандартов, регулирующих штатные нормативы и нагрузки, у нас нет. Это всё рекомендательные вещи, они здесь очень сильно не совпадают, и поэтому всё время маятник здесь склоняется в сторону увеличения нагрузки.

И последний вопрос, на котором я хотел бы остановиться, это, наверное, необходимость внесения поправок не столько в закон об основах, сколько в Трудовой кодекс. Профсоюз, неоднократно выступая с этой позицией, уже, наверное, всем набил оскомину, но принцип «доктор сытый – больному легче» мы свято соблюдаем. И поэтому и в 144-ю статью мы хотели бы внести поправки, где говорится о том, что базовые оклады Правительство Российской Федерации не может разрабатывать, а должно. И в 129-ю статью,

где должно быть чётко определено, что такое МРОТ, и что МРОТ всё-таки должен соответствовать минимальному базовому окладу. Тогда мы выберемся, как мы считаем, из этой, может быть, финансовой ямы. Я имею в виду оплату работы врачей и среднего персонала. Ну вот, пожалуй, и всё, что я хотел бы сказать.

Председательствующий. Слово предоставляется Герасименко Николаю Фёдоровичу – первому заместителю председателя Комитета по науке и наукоёмким технологиям.

Герасименко Н. Ф. Сегодня, действительно, я думаю, как раз своевременно собрали «круглый стол». Прошло четыре месяца, как начал действовать законопроект. Кто тогда участвовал в обсуждении, помнит все острые дебаты, и сколько было критики от разных групп, от разных фракций и партий. И всё будет зависеть, от того как он будет реализовываться, поэтому к тому, что здесь уже говорили, а начал Сергей Борисович, я хотел бы тоже два аспекта осветить.

Первый камень преткновения, который мы обсуждали, это условия, которые должны реализовать муниципальные образования. Сначала Сергей Фёдорович как раз помнит об этом, говорил, в проекте закона была попытка расписать эти условия, потом решили всё-таки, что условия должны определить законом субъекта Федерации. И, Андрей Владимирович, мы тоже говорили на эту тему, по условиям, потому что субъекты у нас все разные, и разное финансовое обеспечение, и климатическое, и территориальное, и техническое. Поэтому всем одинаковые условия расписать федеральным законом невозможно.

Недавно, я просто буду брать пример, Алтайский край рассматривал закон как бы уже на основе двух законов: основ по охране здоровья, и закона об обязательном медицинском страховании. Ну, к сожалению, часто субъекты компилируют основные статьи существующих законов и очень мало что добавляют своего.

Вот по условиям какие вопросы? Это вопрос ответственности глав муниципальных образований, это судебные дела, просто судебные дела, это и скорая помощь, и другие, и жильё, и так далее. То есть нужно определить примерно перечень ответственности.

Следующий вопрос, который касается вопроса социальной защиты медицинских работников. У нас там только общие как бы контуры в законе. Каждый регион делает какие-то свои доплаты, губернаторские и так далее. Вот губернатор сейчас есть на месте, он эти доплаты делает хирургам. Губернатор уедет, другой может не делать.

Дальше, что касается оплаты коммунальных услуг. Здесь то же самое, вопрос в основах записан для федеральных чётко, из постановления правительства, а по медицинским работникам, в общем-то, довольно отсылочная

норма, что имеют право субъекты Федерации устанавливать какие нормы. Вот эти вопросы, что касаются жилья и так далее, необходимо записать.

Сергей Вячеславович, вы правильно говорили, я думаю, может, с Минздравом России действительно сделать модульный закон или проект закона, которые субъекты Федерации должны сейчас принять. Потому что многие действительно сейчас это делают, законы пишут.

И второй вопрос, очень тоже, на мой взгляд, важный. Будет определяться, как закон будет реализовываться, это стандарты и порядки медицинской помощи. Здесь и заработная плата закладывается, потому что сейчас заканчивается финансирование модернизации здравоохранения, и следующие деньги должны выделяться уже на оплату стандартов. Поэтому у регионов пока довольно, будем говорить, смутное понятие о том, какие будут стандарты, сроки их вступления, сроки их финансирования, чтобы то же самое включить у них в те же самые законы по реализации этих стандартов. То есть возникает опять вопрос о подзаконных актах. Потому что мы, когда обсуждали, если не ошибаюсь, было где-то, порядка 42-х, по-моему, поправок в законы, и огромное количество подзаконных актов. Поэтому, конечно, необходимо ещё решение направить, предложение в правительство, об ускорении как раз работы по подзаконным актам, внесению поправок в те существующие законы.

Председательствующий. Слово предоставляется Ивану Петровичу Мошурову, председателю комитета по охране здоровья Воронежской областной Думы.

Мошуров И. П. И если позволите, я не буду начинать с предисловий каких-либо по выполнению или по реализации Закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» на территории Воронежской области, а перейду сразу к тем проблемам, которые на сегодняшний день имеются при реализации этого закона. И особенно мне бы хотелось заострить ваше внимание на тех мероприятиях, которые проводятся по передаче муниципальных лечебных учреждений на областной бюджет.

И сразу я хотел бы перейти к вопросам. Вот каким образом может быть осуществлена передача объектов капитального строительства не завершённых до 1 января 2013 года, строительство которых планируется к использованию в целях охраны здоровья граждан. Ведь как объекты по недвижимому имуществу они не могли быть оформлены в собственность органов местного самоуправления в срок до 21 ноября 2011 года. То есть эта проблема существует, а такие объекты на территории муниципальных лечебных учреждений есть недостроенные. Каким образом мы их будем передавать? У нас времени нет.

Основные объекты недвижимости занимаемых учреждений здравоохранения муниципальных систем здравоохранения не имеют собственника имущества. Оформление в муниципальную собственность этих объектов

в соответствии с действующим законодательством не может быть завершено в срок до 1 января 2013 года. Я должен сказать, что эта проблема не только в Воронежской области. Я общался со многими коллегами других регионов и, собственно, это проблема и других регионов.

Далее имеется ряд проблем с земельными участками, на которых расположены объекты недвижимого имущества, занимаемые несколькими хозяйствующими субъектами, когда межевание земельного участка затруднено, а иногда и невозможно. Ну, например, на территории лечебного учреждения находится водонапорная башня, которая водоснабжает половину посёлка. И каким образом мы будем передавать это лечебное учреждение в областную собственность, так как мы понимаем прекрасно, что области не нужна эта водонапорная башня. А с другой стороны, и наоборот тоже не может быть. Поэтому нужно время для того, чтобы, наверное, выделить эту землю, на территории которой находится водонапорная башня, чтобы передать.

Извините, за такой конкретный пример, но этот пример и подобных примеров можно приводить много.

Имеется ряд проблем также и по лекарственному обеспечению. Значит, несколько слов буквально о пункте втором части первой статьи 15 закона. Органам государственной власти субъектов Российской Федерации передано полномочие по организации обеспечения лиц необходимыми лекарственными препаратами по перечню, утверждаемому Правительством Российской Федерации. Однако утверждённая в 2008 году номенклатура уже не соответствует реальной лекарственной потребности граждан. Например, препарат, включённый в перечень для лечения хронического мелолейкоза. В 2011 году развилась резистентность у 11 пациентов нашей области. При приеме препарата «Вилкейд», использующегося для лечения множественной миеломы, резистентность развилась у двух пациентов. Требующиеся в настоящее время данным пациентам препараты субъект вынужден предоставлять за свой счёт. Затраты в Воронежской области на обеспечение лиц, больных высокочувствительными нозологиями, составляет не менее 35 миллионов рублей, отвлекая финансовые средства от исполнения своих прямых расходных обязательств. Проблема существует.

Предлагаю внести изменения в закон, упразднив ограниченный перечень, изложив в пункте 2 части первой статьи 15 закона в следующей редакции. Организация обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей, необходимыми лекарственными препаратами, использующимися для лечения указанных заболеваний. Просто вот в такой формулировке.

Что касается орфанных заболеваний. И Сергей Фёдорович уже коснулся этого вопроса. Ну, мне бы тоже хотелось несколько слов дополнить. Потенциальные затраты субъекта в случае наличия в нём одновременно нескольких пациентов, страдающих таким заболеванием, составляет десятки, в некоторых случаях и сотни миллионов рублей.

Возложение на субъект таких обязательств без финансового обеспечения, выравнивающего такое положение в зависимости от фактической структуры заболеваемости орфанными нозологиями, потенцирует невозможность исполнения возложенных и ранее принятых обязательств в сфере лекарственного обеспечения граждан.

Предлагаю предусмотреть финансирование из федерального бюджета полномочий по организации обеспечения разными лекарственными препаратами, хотя я понимаю прекрасно и все мы тут понимаем, что если всех нуждающихся мы полностью обеспечим, то, наверное, никакого и федерального бюджета не хватит. Это огромные деньги. Но проблема-то существует и её нужно решать. Предложения здесь тоже есть.

Несколько слов буквально хотел бы сказать о взаимодействии медицинских учебных заведений и лечебных учреждений. Здесь тоже проблемы есть.

Первое. Выполнение лицензионных требований по нормативу площади на одного обучающегося. В чём заключается проблема. Утверждённая постановлением правительства по высшей школе № 34 1993 года площадь, необходимая для подготовки медицинских кадров, составляет 17 квадратных метров. Форму владения площадями, право собственности, оперативного управления, договоры аренды, безвозмездного пользования в целях обеспечения образовательного процесса в соответствии с действующим лицензионным требованием для медицинского вуза на практике фактически все лечебные учреждения субъекта должны передать высшей медицинской школе свои площади, что, естественно, является невозможным.

Размещённый на сайте Рособнадзора проект приказа об утверждении лицензионных нормативов, устанавливающих норматив площади 6 квадратных метров на одного обучающегося по программе, до настоящего времени не подписан. Предлагаю утверждение реальных для выполнения лицензионных нормативов на одного обучающегося очной формы обучения.

Легальное признание договора, договора о совместной деятельности между клиническим ЛПУ и высшей медицинской школой, считать законным основанием для подтверждения площадей и учебно-материальной базы образовательного учреждения, достаточных для образовательного процесса.

Второе. Оформление договорных отношений между клиническим ЛПУ и медицинским вузом. Я считаю, что договор должен быть единым на территории всей России между лечебным учреждением и высшей школой.

Третье. Участие сотрудников клинических кафедр в оказании медицинской помощи. Клиницисты вуза, не состоящие в трудовых отношениях с ЛПУ, не вправе непосредственно оказывать медицинскую помощь, кроме консультативной, несмотря на наличие соответствующего образования и квалификации. При этом оформление трудовых отношений не приветствуется большинством медицинских организаций, так как это влечёт за собой расширение штатной численности. Это мы все понимаем. Вот у нас на территории одной клиники 14 клинических кафедр. Вы представляете, сколько нужно добавить ставок для того, чтобы всех трудоустроить, даже если мы по 0,25 ставки каждому дадим.

Предложения такие. Установление обязанностей в оформлении трудовых отношений организациям, на базе которых осуществляется практическая подготовка, с работниками клинических кафедр образовательных учреждений. Имеется в виду, по 0,25 ставки каждому, но обязательно предусмотреть дополнительно федеральное финансирование. Естественно, федеральная структура, мы готовим студентов или будущих врачей для всей России. Но почему это должно висеть на плечах областного бюджета?

Проведение диспансеризации студентов. Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в соответствии с пунктом 1 подпункта ж в перечне поручений Президента Российской Федерации по вопросам социального положения студентов от 26 сентября 2011 года предписано организовать проведение ежегодной диспансеризации студентов. Мы знаем прекрасно с вами, сколько больных студентов у нас к концу 6-го курса, здесь, естественно, диспансеризация просто необходима. Но условия и порядок проведения диспансеризации студентов старше 18 лет существующим законодательством не урегулированы.

Предлагаю законодательное закрепление условий и порядка проведения диспансеризации студентов старше 18 лет, определение финансового источника для этих целей.

И шестое. Извините, заканчиваю. Проведение выездных циклов по повышению квалификации медицинских работников. Проблема. Все, наверное, её тоже знают, установление лицензионных требований, согласно которым циклы повышения квалификации могут проводиться только по месту нахождения вуза, что исключает возможность применения, предложенного Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации порядка организации и проведения повышения квалификации и профессиональной переподготовки медицинских работников путём организации выездных циклов.

Учитывая длительность образовательных циклов (до полугода некоторые циклы длятся), фактически это приводит к оголению целых участков

работы в медицинских учреждениях большинства регионов. И мы знаем, что особенно сейчас, когда у нас есть дефицит кадров некоторых специальностей, если они уезжают, то там работать практически некому.

Кроме того, параллельно возникают вопросы с организацией проживания обучающихся, оплаты им командировочных расходов и суточных, что естественным образом ложится на плечи медицинских учреждений, направляющих своих сотрудников на обучение. Во многих лечебных учреждениях статьи даже нет на обучение и на командировку для проведения таких циклов и выездов своих сотрудников.

Предлагаю законодательное предоставление вузам возможности проведения обучения на базах лечебно-профилактических учреждений, иных организаций и учреждений в форме выездных циклов.

Если бы у нас 100 процентов укомплектованность была бы врачами, наверное можно согласиться с этим, потому что, где нам более качественно можно провести обучение? Ну, естественно, на учебной базе. Но вот сейчас ещё пока не время это делать. Поэтому вот такое предложение.

***Председательствует заместитель председателя Комитета
Государственной Думы по охране здоровья С. Б. Дорофеев***

Председательствующий. Виктор Михайлович Черепов, председатель комитета по охране здоровья РСПП.

Черепов В. М. Моё выступление будет коротким. Несколько аспектов хочу затронуть. Сергей Фёдорович сказал, что мы с ноября уже заниматься должны внесением поправок в действующее законодательство, и мы посмотрели – в 45 федеральных законов только нужно внести изменения. А ещё более 121 подзаконного акта, постановления, распоряжения и так далее. К сожалению, сроки мы все упустили.

Но я хотел остановиться на другой стороне этой медали. Вы проанализировали, что нам надо концептуально решить, в какие законы мы вносим изменения, а может быть, некоторые законы надо писать вообще заново? Пример привожу: Федеральный закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан на её оказание». Предлагается поправить около 40 статей из 50 действующих в законе. Закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» – поправить 16 из 61. Закон федеральный «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний» – необходимо внести изменения в 14 из 23 статей. Так вот, мы будем писать новые законы или же вносить изменения? Все эти законы, они, конечно, препятствуют реализации с 1 января закона об основах охраны здоровья граждан.

И в сегодняшнем разговоре, и ранее не поднимались такие вопросы. Это будет большим препятствием, Сергей Фёдорович, я гарантирую. Поэтому нам нужно здесь разработать какую-то дорожную карту. Нельзя тормозить разработку новых законов, реализацию принятых основ законодательства. Но параллельно надо работать уже и над редакцией законов новых. Потому что можем 2–3 года вносить изменения в закон «О психиатрической помощи», вы знаете, насколько трудно он шёл. А я не говорю ещё о донорах и донорстве, и о пересадке органов и тканей, и много, много можно перечислять чего. Вот здесь и комитет, и сообщество, которое здесь присутствует, экспертное, должны высказать мнение по этому поводу.

А изменения ведь коснулись таких знаковых и значимых разделов нашей жизни как уточнение организационно-правовой формы медицинских учреждений, особенно на фоне действия с 1 июля 2012 года в полной мере закона № 83-ФЗ. Приведение в соответствие видов, форм и условий оказания медицинской помощи. Опять-таки, без внесения поправок в вышеперечисленные законы мы не сдвинемся в реализации основ законодательства.

Далее. Уточнение прав пациентов на получение ими медицинской помощи. Проблема, надо вносить срочно. Вот мы многие были участниками двухдневного общественного форума медицинских работников. И было интерактивное голосование, где чётко было прослежено, что наш медицинский персонал, начиная от врачей и заканчивая санитарками, перегружен бумажной работой. И сейчас в связи с введением закона в действие, право на получение или отказ в медицинской помощи пациента не отрегулировано. Также право на медицинский осмотр и медицинское освидетельствование.

То есть такие важные вопросы, которые надо рассматривать, они должны незамедлительно быть рассмотрены. Нужны или же подзаконные акты вначале с отсылкой к законодательным нормам или ещё какие-то конкретные шаги.

Я уже не говорю о глоссарии, который не был во время даже наших трёхмесячных дебатов общественного обсуждения проекта закона, основ законодательства. И до сих пор нестыковки. Ведь Сергей Борисович сказал, что необходимо перенести сроки введения по медицинским изделиям на 1 января 2013 года, потому что изменилось понятие «глоссарий». Были медицинские изделия, а там изделия медицинского назначения. Казалось бы, пунктик очень маленький, но всё с 1 июля остановится.

И кстати, я хочу, Сергей Борисович, обратить внимание, давайте будем корректными. 13 марта этого года два огромных комитета Российского союза промышленников и предпринимателей, Торгово-промышленная палата с участием всего бизнес-сообщества направили премьер-министру тогда Владимиру Владимировичу Путину, Сергею Евгеньевичу Нарышкину

официальное обращение о переносе сроков. 13 апреля из комитета Государственной Думы получаем ответ от одного из депутатов, не буду называть имени: ваша поправка внесена в комитет и в Совет Государственной Думы, будет рассматриваться. Через месяц тот же депутат говорит, что я отзываю свою поправку, потому что Минздравсоцразвития России дал ответ, что нельзя этого делать. Читаю внимательно ответ, он у меня здесь: я отзываю свою поправку, потому что Минздравсоцразвития России дал ответ, что нельзя этого делать. Министерство в лице заместителя министра пишет, что разрабатывает в настоящий момент порядок обращения лекарственных средств и медицинских изделий, но не говорит о сроках введения. А срок устанавливается только законом. Значит, и закон, юрист подскажет, должен переносить срок введения данной статьи в действие.

Теперь я от вас слышу, что вы всё-таки опять хотите внести. Вы – это кто? Комитет, мнение? Если есть решение комитета, будьте добры направить Нарышкину, Путину или теперь Дмитрию Анатольевичу и нам в ответе сообщите, кто решил. Потому что я это не в качестве упрёка, я этот пример единственный привожу как пример неэффективного принятия решения. 3 месяца уже прошло, а июль у нас уже через полтора месяца всего.

Поэтому если мы обсуждаем с экспертами, будьте внимательны к обращениям экспертов и отвечайте эксперту и экспертному сообществу.

Сергей Борисович, вы очень правильную тему подняли, это вопрос передачи полномочий разных уровней. Передача полномочий от федерального центра регионам в плане проведения модернизации регионального здравоохранения и передача полномочий от муниципальных образований на региональный уровень.

У нас в законе написано, что, если субъект Российской Федерации не выполняет свои условия по делегированным полномочиям, полномочия отзываются. Нам надо подумать о механизме отзыва этих полномочий. Мы подумали, прописали каким-то подзаконным актом. А дальше? Мы будем вводить внешнее управление в этом субъекте Российской Федерации или что? Цепочка вся о полномочиях.

Опять-таки пример интерактивного голосования на нашем медицинском форуме. Да, нужно большим центрам, столицам регионов, городу Самаре, Омску, Новосибирску оставить право самостоятельно распоряжаться своими средствами. А чем, допустим, другой город провинился? Или здесь однотипный подход или надо всё-таки градацию сделать: города-миллионники и дальше по количеству населения.

То есть, подводя итог вышесказанного, я хочу сказать, что всё-таки при принятии решений о внесении изменений и о сроках введения в действие той или иной статьи нам нужно ранжировать эти законы, эти статьи, чтобы

ничего не препятствовало реализации основ законодательства и оперативно работать с экспертным сообществом. Мы всегда на это готовы.

Председательствующий. Спасибо, Виктор Михайлович, за конструктивную критику. Мы исправляемся. Кто-то написал, что не будем, а, оказывается, будем на ближайшем комитете рассматривать эту поправку. Мы её уже дважды рассматривали именно потому, что, наверное, вот не было единения там в решении. А на ближайшем комитете мы эту поправку консолидировано будем рассматривать, и до 1 июля мы этот вопрос, я думаю, реализуем, постараемся.

Сергей Иванович Колесников. Советник президиума Российской академии медицинских наук. Бывший наш коллега.

Колесников С. И. Да. Я просто, поскольку участвовал в рассмотрении этого закона, очень доволен, что сегодня всё-таки то предложение, которое вносил – о продлении полномочий по передаче муниципальных полномочий на региональный уровень в связи с исполнением программ, которые имеют крупные города, города-миллионники – это предложение было принято без указания сроков, когда это должно закончиться. Потому что многие программы рассчитаны были и на 5, и на 10 лет. Это вправе решать, между прочим, субъекты Федерации. Не надо думать, что они такие дурные, они в отличие от федеральных законодателей, федеральной исполнительной власти очень мудро поступили. Где можно было оставить, они оставили. Ну, не в этом дело. Меня-то волнует даже не сегодняшнее исполнение закона, он потихонечку выполняется, и многие вещи мы заложили там правильно и это совершенно очевидно. Меня волнует то, что мы обсуждали и то, что было, к сожалению, прописано в законе и выстрелит в 2015 году.

Ну, прежде всего, это включение в систему обязательного медицинского страхования, изменения в два закона необходимо будет вносить, если, конечно, новое Министерство здравоохранения Российской Федерации поймёт, что это бомба замедленного действия, которая так взорвётся, что потом долго будут вспоминать в нашей стране об этом. Это первое. Это передача в ОМС скорой помощи, финансирование скорой помощи. Это совершенно неверное решение, потому что система ОМС при надлежащем выполнении скорой помощью своих обязанностей будет разоряться постепенно, потому что эти деньги сейчас пока заложены в бюджетах. Слава богу, миф об одноканальном финансировании пока остаётся мифом, и в бюджете федеральном, в консолидированном бюджете заложено как финансирование Фонда обязательного медицинского страхования, так и бюджетные ассигнования. Это, слава богу, по крайней мере заложено по 2015 год, в тех прогнозах, которые есть.

Но, тем не менее, вторая бомба, которая взорвётся, это высокие технологии. То, на что сегодня постепенно увеличиваются ассигнования и дово-

дится до 370 примерно тысяч операций в год за счёт средств федерального бюджета, тоже предлагается передать в систему обязательного медицинского страхования без покрытия со стороны федерального бюджета. Это неправильно, это очень плохое предложение и его надо в законе, естественно, менять. И эти условия надо там снимать, иначе мы тоже получим неблагоприятный исход.

Третье. Это финансирование клиник федерального значения. Ни в одной стране мира в системе обязательного медицинского страхования или в системе больничных касс, или как угодно её называйте, федеральные клиники не значится, ни университетские, ни другие клиники не значатся. Они финансируются отдельно, но на самом деле институт здоровья возьмём, возьмём клиники университетские европейские, они все финансируются за счёт федеральных бюджетов. Ну и там, где есть возможность, ещё за счёт региональных. Так что это тоже неверное решение, в которое заложена ещё одна бомба, которая поставит под угрозу не только федеральные клиники, а и их, между прочим 1900 штук. Можете себе представить, сколько это клиник и санаторно-курортных учреждений – всё, что подчиняется федеральному бюджету. Поэтому это ещё одна бомба, которую надо вовремя деактивировать, иначе получим проблемы.

И ещё одна проблема, о которой мы говорили достаточно много, это вопрос финансирования лечения редких заболеваний. Как-то очень странно получилось: мы вроде бы договаривались, что те заболевания, которые будут внесены в список правительства, который недавно вышел, они будут финансироваться из федерального бюджета. Как-то в законе это мягко-мягко, этот пункт исчез, и всё равно вся нагрузка падает на региональные бюджеты. Это очень неблагоприятно, и ещё более будет это неблагоприятно, когда субъектам Федерации будет передана закупка тех препаратов, которые используются для лечения «семи нозологий». Это тоже неверное решение, которое, к сожалению, закладывается в законе. Я бы о сегодняшней реализации закона даже говорил меньше, а всё-таки предпринял в условиях нового министерства меры по предупреждению ухудшения ситуации в связи с теми «бомбами», которые, к сожалению, «заложены» нами, а я был тогда депутатом, в нашем федеральном законе.

Я не буду говорить о координации работ по науке, потому что она тоже должна быть прописана не только в законе «О науке и научно-технической политике», но и в законе «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», потому что сейчас два центра управления почему-то существуют: Минздравсоцразвития России, Академия медицинских наук. Надо как-то решать эти вопросы.

Это вопрос использования тела, органов и тканей умершего человека. Это 68-я статья пресловутая, которая тормозит обучение наших меди-

ков и привлечение иностранных студентов в наши медицинские вузы. Это и реализация Болонской конвенции. Сегодня уже отмечал Иван Петрович о том, что Болонская конвенция позволяет избежать тех вещей, о которых он говорил, отвлечения медицинских работников на длительные сроки в связи с проведением переподготовки. Так что особенности обучения тоже можно прописать совершенно спокойно в законе.

Насчёт того, что надо там все законы переписывать... Вы знаете, каждый закон о здравоохранении вызывает такой огромный шум в обществе, что я бы не стал переписывать все законы, я бы просто действительно вносил бы поправки единым большим законом, который надо подготовить очень тщательно и обсудить его на всех уровнях. А если мы будем каждый закон переписывать, мы каждый год будем получать 5, 6, 10 очень серьёзных социальных взрывов в нашем сообществе. Нужно ли нам это, я не знаю. Может, новым депутатам это нужно, мне, как учёному, это не нужно.

Председательствующий. Спасибо за вопрос, но я его переадресую Сергею Фёдоровичу, потому что те же вопросы задавали мы, когда обсуждали этот закон с министерством.

Вельмайкин С. Ф. Я просто записывал за всеми выступающими, и предполагал прокомментировать каждую из проблем, которые коллеги ставили, если такой формат устроит.

Председательствующий. Да, конечно.

Вельмайкин С. Ф. Просто тогда это займёт много времени. Единственное я себе позволю – не комментировать выступление тех коллег, которые ушли, потому что, в моём понимании, значит, как бы сказали под стенограмму и сказали.

Сергей Борисович, сначала по вашему выступлению, хотя это потом, так или иначе, коллеги, не обижайтесь, вещи будут разные, в том числе и не очень приятные. Но это такая же свободная дискуссия, здесь тоже звучали не очень приятные вещи.

Есть разные точки зрения. Вы знаете, у меня это был не первый закон, который мне приходилось сопровождать в Государственной Думе. Но я должен сказать, что это был единственный закон, по которому никто не может сказать о том, что там что-то упущено.

В нём написано так, потому что, в итоге, так договорились в результате мучительной и иногда очень бурной дискуссии. В этом законе нет ни одной запятой, которую не обсуждали, и я к этому буду раз за разом возвращаться.

Мы этот закон принимали здесь в течение очень длительного времени, в том числе и поэтому мы не успели подготовить соответствующую подзаконную нормативную базу. Вы знаете, что рассмотрение документа переносилось с июля на ноябрь, и перенос этот был не формальным. Мы про-

должали работу над текстом закона. Поэтому фактически к формированию подзаконной базы мы смогли приступить только в ноябре. Это первое.

Второе, что касается поправок в законодательство. Мы с апреля прошлого года пытаемся согласовать этот законопроект. Он у нас проходит четвёртый круг согласования в среде федеральных органов исполнительной власти. У нас всё правительство, я имею в виду членов правительства и министерства, которые были в предыдущей структуре, практически все они, под тем или иным соусом, этот документ смотрели.

Это такая достаточно сложная громоздкая процедура, и, честно говоря, он всё равно будет вноситься в правительство с разногласиями, поскольку мы имеем там целый ряд проблем, противоположные мнения разных ведомств. Такая бюрократическая, рутинная, важная, но длинная работа. Это я просто, извините, когда выступал, забыл сказать.

Теперь уже непосредственно, переходя к тем проблемам, которые поднимались. По созданию условия, что это такое, каким образом это определять? Вот Сергей Борисович мне не даст соврать, у нас там были и такие варианты, и сякие варианты. Мы предполагали и расписать эти полномочия, мы предполагали и не расписывать их. Надо сказать, мне жаль, что я не знаю, есть или нет здесь представители Комитета по вопросам местного самоуправления. Это же на самом деле позиция была очень жёсткая думского комитета о том, что не надо расписывать этот перечень. У нас были поправки, мы предлагали расписать эти полномочия. Мы вышли, нам говорили нельзя, потому что вы муниципалитеты дополнительно нагрузите финансово, вы им не дадите денег. Мы, собственно, согласились, согласились на то, что специфика в регионах разная, кто-то жильё даёт, а кто-то действительно только мусор вывозит. И мы пошли на то, что субъект Российской Федерации примет соответствующий закон, исходя из того, что у нас в регионах тоже ответственные люди работают, не спрашивают, почему всё ложится на областной бюджет. Ну потому что здравоохранение у нас общее.

Далее. Кстати, неплохое предложение Николая Фёдоровича, по поводу разработки модульного закона. В принципе можно было бы попробовать такой сделать, почему нет.

Значит, что касается стандартов, обязательные или не обязательные, 37 статья. Опять же была написана в результате очень бурных дискуссий. У нас стандарты из статуса обязательных с 2012 года в первом чтении стали рекомендательными с 2013 года во втором и в финальном тексте закона. При этом программы модернизации, запущенные ранее, у нас с вами в 2012 году заканчиваются. В связи с этим для того, чтобы их реализовать, мы используем региональные стандарты. У них другой правовой статус. И эти региональные стандарты необходимо выполнять для того, чтобы реализовывать программы модернизации. Они, по сути, с точки зрения своей правовой

судьбы, с теми стандартами, которые мы сейчас будем выпускать, никак не связаны.

Кстати, со всеми стандартами, которые мы разрабатываем, и мы к этому постоянно призываем, можно познакомиться на нашем сайте. Если есть какие-то вопросы и предложения по ним, их нужно давать, потому что мы их действительно будем утверждать. Есть график подготовки, мы к 2013 году весь этот массив, по крайней мере, по большинству заболеваний должны закрыть.

Далее. Значит, по порядку регистрации медицинских изделий. Здесь мне сложно судить о той дискуссии, которая происходила с точки зрения можно или нельзя, но я считаю, что в данной ситуации, поскольку у нас документ погиб в согласовании на текущий момент, наверное, действительно надо переносить срок.

Значит, я просто забегаю вперёд, сразу отвечу коллеге из соответствующей ассоциации, почему появилась статья вместо раздела. Действительно был раздел, но опять же при проработке документа ко второму чтению со ссылкой на то, что должен быть отдельный закон об обращении медицинских изделий, было предложено все нормы вымарать. Удалось отбить. Ну опять же, не знаю, стенограммы можно поподнимать, интересно даже будет, удалось отбить три статьи и в соответствии с этими тремя статьями вести работу. Если будет закон, это была позиция наша принципиальная, как только будет принят закон об обращении медизделий, его разработку осуществляет Минпромторг России, то естественно из основ это надо убирать. Но оставить ситуацию как есть, когда с 1993 года этот рынок регулировался исключительно административными регламентами Росздравнадзора, было невозможно. Поэтому в отсутствие правового регулирования появились эти три статьи.

Значит, по платным медуслугам озабоченность услышал. Документ у нас сейчас находится на внешнем согласовании, но я ещё раз говорю, достаточно непросто. Я прошу коллег, представляющих общественность в широком смысле слова, не пропустить его. Минэкономразвития России будет проводить процедуру оценки регулирующего воздействия по этому документу.

Значит, выбор врачей и медицинской организации. 26 апреля мы утвердили этот приказ, он сейчас на регистрации в Минюсте России находится. Он просто ещё не обнародован, поскольку не зарегистрирован.

Значит, далее, по той проблематике, которую поднимали профсоюзы. Абсолютно справедливо по поводу медицинских работников. Мы, по сути, сейчас такую инновацию включили туда, включили дополнительно лиц, не имеющих медицинского образования, по сути, но участвующих в оказании медицинской помощи и соответствующие изменения нами готовятся в приказ. Он достаточно свежий, поэтому его не просто реализовать именно

потому, что его меньше года назад принимали. У нас с 2011 года приказ 801 о номенклатуре, но, тем не менее, мы его сейчас ревизуем и будем туда вносить, в том числе и этих специалистов.

По поводу допуска медработников с неоконченным высшим образованием к работе средним медицинским персоналом. У нас также, к сожалению, затянулась регистрации в Минюсте России соответствующего приказа. Мы его ещё 19 марта утвердили, 239-н, он на текущий момент у нас просто в несколько редакций регистрируется.

Извините, я так телеграфно записывал, может быть, если что-то неправильно понял, потом уточните. Значит, что касается стандартов по штатным нормативам и по нагрузке. У нас приложением к каждому порядку оказания медицинской помощи по соответствующему профилю, видам или группам заболеваний идут рекомендуемые штатные нормативы. И эти штатные нормативы мы сейчас практически по всем основным нозологическим формам, в принципе, уже выпустили. Будем эту работу продолжать и дальше.

Почему рекомендуемые? Потому что мы понимаем, что в отрасли в целом кадров не хватает. И если мы говорим, что надо такое-то количество врачей на отделение, их может быть просто физически не быть.

По поводу базовых окладов и МРОТа. Извините, не буду комментировать ровно потому, что обсуждаем сейчас не ТК.

Далее. Вот тут много можно пропустить. Тут Николай Фёдорович много нам сказал, Сергей Иванович, РСПП.

Что касается вопросов передачи незавершёнки по капитальному строительству. На самом деле этот вопрос – он также обсуждался, о том, каким образом передавать это всё. Я вам сейчас конкретного рецепта не дам по очень простой причине. Мы и при проработке этого документа в правительстве, и здесь исходили из того, что процедура передачи имущества в связи с передачей полномочий между различными уровнями власти, она урегулирована ещё в 2004 году законом № 122-ФЗ, 153-й статьей, и ровно в той парадигме и следует действовать. И ровно в соответствии с этим законом, я вот сейчас спрошу, оформлено ли имущество, которое построено с советских времён, оформлены ли земельные участки? Ответы будут разные. А уже 8 лет как мы с этим процессом должны были стартовать и, по сути, его завершить. Внести это имущество в объекты соответствующие, либо в федеральную собственность, либо в собственность субъекта, либо в муниципальную собственность. Это просто такая рутинная работа, которой необходимо заниматься.

Что касается полномочий по организации обеспечения семи нозологий. Здесь я для всех хочу сказать, что пункт 2 части 1-й статьи 15-й по организации касается только логистики. Речь идёт о том самом, но пресловутом, условно, миллиарде, который Российская Федерация даёт субъектам Российской Федерации на логистику. На то, что в соответствии с контракта-

ми, которые заключил Минздравсоцразвития России, поступили препараты на центральный аптечный склад региона, а регионы за счёт средств вот этого распределённого миллиарда, должны обеспечить развоз этих препаратов, соответственно, по аптечным или лечебным учреждениям, в зависимости от формы оказания медицинской помощи. Поэтому, честно говоря, не очень мне понятно.

Проблема, которая связана с тем, что, может быть, не очень устраивает тот перечень, который утверждён распоряжением правительства. Мы его периодически актуализируем, но на текущем этапе он такой. Вы вот приводили пример по конкретным препаратам, которые, по вашему мнению, не подходят. А вот в отношении министерства возбуждают уголовные дела. Потому что мы, когда говорим, что нам вот это не подходит, ограничиваем конкуренцию по доступу на рынок, потому что препарат когда-то давно зарегистрировали. И когда мы пытаемся эту регистрацию приостановить или аннулировать, заходят люди в погонях. Поэтому перечень на текущий момент, он вот такой.

По поводу орфанных заболеваний. Знаете, дискуссия, она такая очень тяжёлая. И ответов тут комфортных-то не будет ни с каких сторон. Я понимаю, когда коллеги из общественных организаций соответствующих, которые, собственно, на спонсорские деньги, на общественные, организуют обеспечение и говорят, ну что же мы делаем. Мы должны не просто вот этот перечень укороченный финансировать, мы должны ещё и вот это, и вот это, и вот это. И позиция-то понятна, потому что там интересы детей, интересы пациентов — они превыше всего. Мы и закон этот позиционировали и позиционируем, как самый пациентоориентированный. Мы, вообще, впервые в отечественной истории записали приоритет прав пациентов. Очень благодарны, кстати, пациентскому сообществу, которое нас активно поддерживало, потому что были попытки это из закона «вымыть». Это одна сторона медали.

Другая сторона медали. Нам говорят: вы это возложили на регионы законом. Коллеги, у нас с 1994 года действует 890-е постановление правительства, в соответствии с которым по группам заболеваний и по группам населения за счёт средств субъектов Российской Федерации должно осуществляться лекарственное обеспечение бесплатно или с 50-процентной скидкой. Ровно эти же, кстати, нормы перешли и в этот федеральный закон. Мы не хотим трогать 890-е постановление. Там где не обеспечивали субъекты Российской Федерации, есть у нас прокуратура, есть у нас суды. И мы знаем, у нас эта судебная практика есть в министерстве, обязывают соответствующие судебные органы регионы обеспечивать.

Дорого и денег много. Ну, вот я вам могу сказать, порядок цифр будет абсолютно точный, за вторую цифру я просто совершенно уверен, первую не помню. По 2011 году мы считали совокупность затрат на бесплатное ле-

карственное обеспечение со стороны Федерации и субъектов Российской Федерации, федеральный бюджет потратил 90 миллиардов на все программы, все остальные бюджеты всех уровней – 12 с половиной по совокупности.

Ну, наверное, в этой ситуации говорить, что Российская Федерация не осуществляет соответствующие полномочия или сбросила эти полномочия на нижестоящие уровни власти, мне представляется всё-таки не совсем корректным. Организаторы здравоохранения нам говорят: мы за счёт финансирования, за счёт того, сколько стоит нам один этот больной, поликлинику можем финансировать. Можем. Но отвечаем мы врачам своим всегда так: мы не можем в двадцать первом веке не лечить орфанные заболевания. Вот всё-таки Сергей Иванович обвинил нас в плутовстве, сказал, что договаривались так, а сделали по-другому. Я договорённости эти напому. Договаривались, что Российская Федерация финансирует 7 дорогостоящих нозологий. Договаривались, что будет утверждён короткий перечень, который будет финансироваться за счёт средств субъектов Российской Федерации и начиная с формирования бюджета на 2014 год мы будем с Министерством финансов Российской Федерации и Министерством экономического развития Российской Федерации рассматривать возможность переноса заболеваний из вот этого перечня, утверждённого правительством, в перечень по семи нозологиям с тем, чтобы на себя поэтапно это брать. Поэтому эта договорённость была жесточайшим образом выдержана. Это по орфанам.

Что касается договора о совместной деятельности, возможности утверждения единой формы и оформления трудовых отношений. Значит, единая форма договора не предусмотрена, поскольку у имущества разные собственники, это и Федерация, и субъекты Федерации, и муниципальные образования, где-то это, возможно, и частные клиники. Поэтому здесь, к сожалению, мы собственно написали-то эту статью в законе, потому что по Гражданскому кодексу договор о совместной деятельности между некоммерческими учреждениями запрещён. Извините, но мы вынуждены были таким образом чуть-чуть в обход идти гражданского законодательства. При этом прописали, какие условия должны быть в договоре. Типовой формы договора тут не предусматривается.

Что касается необходимости обязательного оформления трудовых отношений между клиникой и вузом, то могу сказать, что у нас тоже соответствующая норма была, но она была исключена, потому что, кстати, об этом попросило, как ни странно, наше ректорское сообщество, совет ректоров медицинских вузов с этой инициативой выходил. Связано это было с тем, что нет просто такого количества ставок в лечебных учреждениях, чтобы трудоустроить всех преподавателей, даже на 0,25 ставки. Поэтому жёсткого требования о том, что он обязательно должен быть штатным работником для того, чтобы участвовать в этих мероприятиях, в законе и нет.

Далее. Ну, честно говоря, мне не очень хочется комментировать по выездным образовательным циклам. Проблему с нехваткой кадров мы, в общем, понимаем, но не учить врачей мы, на самом деле, тоже не можем. У нас это требование, оно традиционное. Раз в пять лет врач должен обновить документ, подтверждающий его квалификацию, он должен учиться, иначе у нас так простуду бисептолом и дальше будут лечить.

Далее. Что касается закупки по семи нозологиям. Я объяснял, ну, понятно, что формат участников дискуссии, он менялся постоянно, неоднократно я объяснял, почему мы передаём эту программу в регионы и почему мы в итоге установили переходный период, это будет только с 2014 года. Мы в своё время передали в 2007 году на регионы программу по ДЛО. По тем данным, которые нам представляются, регионы вполне справляются с этой программой и с обеспечением закупок. Высказывались сомнения относительно того, что мы, поскольку закупаем более крупные партии препаратов и имеем возможность с поставщиками общаться, можем каким-то образом и цену сбивать или скидку какую-то получать. Ну, с поставщиками закон № 94-ФЗ в процессе торгов запрещает общаться, это первое. Второе – все поставщики препаратов по этим семи нозологиям, как правило, монополисты, и они нам выставляют ровно такую же цену, какую они выставляют и всем другим участникам фармацевтического рынка. Опять же, ещё раз говорю, будет какая-то практика реализации до этого момента передачи, я думаю, что можно будет вернуться к обсуждению данного вопроса. Мы, собственно, так и договаривались.

Что касается диагностики по орфанным заболеваниям, здесь Сергей Борисович достаточно исчерпывающе сказал, у нас наличие клинических протоколов, утверждаемых врачебным сообществом, это была принципиальная договорённость, законом предусмотрена. То, что касается всех процедур диагностики, в том числе и по дорогостоящим заболеваниям, так же как совершенно справедливо он сказал, и по пневмонии. Этот вопрос должен регулироваться соответствующими клиническими протоколами, которые разрабатываются и утверждаются врачебным сообществом.

По неимплантируемым медицинским изделиям, по их отсутствию в стандартах. Я хочу обратить внимание на то, с чем мы столкнулись. Очень сложно посчитать, какая доля ортопедической койки будет в стандарте лечения по пневмонии. Ну, койка, это тоже медицинское изделие. И если исходить из обязательности включения в стандарт всех используемых медицинских изделий, то туда пойдёт и относимая сейчас к медизделиям прикроватная тумбочка и всё остальное. Поэтому оставили именно имплантируемые в организм человека медицинские изделия.

То, о чём вы говорите, вы мне в записке написали, если я правильно понимаю, тест-полоски, глюкометры, это то, чем инвалиды у нас обеспечи-

ваются по программе ДЛЮ и, собственно, там как было, так и осталось, они также будут обеспечиваться. Естественно, под это и вводили обеспечение изделиями медназначения, чтобы людям давать соответствующие медицинские изделия. Если будут возникать какие-то вдруг сложности, ну, честно говоря, мало себе их вероятность представляю, но у нас 37-я статья, обратите внимание, она не закрытый перечень содержит того, что может быть, в стандарте. Там написано: иное, исходя из специфики заболевания. Там перечень открытый.

Далее. Под ограничения, налагаемые на встречи между медработниками и производителями медицинских изделий, мы никакого порядка, его закон не предусматривает, издавать не будем. Правильно здесь сказала Марина Николаевна, предполагалось, что этот вопрос, исходя из специфики конкретной медицинской организации, у себя должен урегулировать и соответствующий порядок установить главный врач. И не надо этого пугаться. Извините, если совесть чистая, то она чистая, и можно установить нормальный порядок.

И в целом ставился вопрос о толковании федерального закона № 323-ФЗ Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Минздравсоцразвития России, теперь Минздрав России не обладает полномочиями по даче разъяснений по данному закону. И мы себе эти полномочия присваивать не предполагаем. Мы издаём ровно то, что нам прямо вменено законодателем или будет вменено решением правительства, поэтому всё то, что предусмотрено, рано или поздно выйдет. То, что не предусмотрено, может появиться как документ только в том случае, если будут внесены соответствующие изменения в закон.

И ещё у меня обращение к уважаемым коллегам из Государственной Думы. Я бы всё-таки просил не сильно торопиться с поправками в закон № 323-ФЗ, прошло всё-таки 4,5 месяца, надо дать документу хоть какую-то практику наработать. И, наверное, по истечении, может быть, года можно будет возвращаться к этому вопросу, потому что просто должна быть практика реализации этой нормы. Понятно, что это не догма, понятно, что закон — он абсолютно живой, и он трансформируется, но просто соответствующим нормам нужно дать обкататься.

Простите, по 64-й. Трудимся мы над этим документом, он будет. Не знаю, стыдно — не стыдно, он сейчас у меня в департаменте на экспертизе находится, мы совместно с коллегами-медиками над ним работаем. Понятно, что он будет, но просто слишком большой массив документов требуется выпустить в очень короткие сроки. А, честно говоря, делать плохо не хочется.

Далее. У нас постоянно проживающие граждане, это вид на жительство. Соответственно, у него, как и у гражданина Российской Федерации,

точно так же будет полис ОМС. Ну, у нас не у всех граждан Российской Федерации есть полис ОМС, так, справедливости ради. Но мы здесь просто исходим из градации, это и в Конституции у нас предусмотрено, что у нас те, кто легально находится на территории страны, они в принципе правами пользуется теми же. Естественно, что тем, кто въезжают к нам по визам разных цветов и форм, мы полного объёма прав не предоставляем, а только тем, кто уже прожили и получили вид на жительство... Он же по истечении нескольких лет даётся.

По поводу «экстренной помощи». Экстренная медицинская помощь у нас должна оказываться, вообще, даже не взирая на документ, есть он, нет его. Жизненная помощь по экстренным показаниям, как и в любой стране мира, оказывается бесплатно. То есть, из жизнеугрожающего состояния человек выводится. И в постановлении правительства по оказанию медпомощи иностранным гражданам ровно то же самое и будет написано. А то, о чём мы говорим, вот это разный доступ, касается плановой медицинской помощи.

Председательствующий. Всё так. Только у нас не определён порядок оплаты до сих пор экстренной помощи.

Вельмайкин С. Ф. Подождите, подождите, Сергей Борисович. Вот неправда ваша, потому что мы с вами соответствующий документ предусмотрели. Поскольку, помните, мы с вами договорились, что у нас под какими бы воротами: частными, государственными, в ОМС – не в ОМС человек ни оказался, помощь ему должна быть оказана. А государство должно определить порядок возмещения расходов. И соответствующий порядок возмещения расходов мы нормативным правовым актом будем устанавливать.

Председательствующий. Да, да, да. Мы об этом и говорим.

Хочу поблагодарить Сергея Фёдоровича за разъяснение. Откровенно скажу, что он не покривил ни одним словом, когда говорил о том, что мы очень, мягко говоря, по-разному подходили к трактовке разных статей, пунктов, очень досконально и очень трепетно, я бы сказал. Именно поэтому мы, наверное, и поставили его после некороткого срока обсуждения на «круглом столе», дабы спокойно поговорить, потому что тогда не очень спокойно, честно говоря, разговаривали, а очень жарко. А теперь очень спокойно хочется поговорить о том, как всё-таки на практике получилось, кто был прав, кто виноват. И не виноват даже, а кто был прав, и кто, может быть, не совсем был прав по реализации тех пунктов. Потому что практика, она вещь такая, иногда бывает совсем по-другому. Как у нас кто-то из «юмористов» сказал: хотели как лучше, да, а получили – как всегда. Но я в кавычках сказал юмористов, с юмором у нас премьер-министр был в своё время. Не то, что, как всегда, но на самом деле такие проблемы есть, и мы сегодня о них говорили и, к счастью, наверное, многие поддерживали те или иные вопросы, которые возникали.

И мне представляется, что на самом деле то решение, которое мы принимали на комитете: сначала вот поговорить просто на «круглом столе» спокойно, а потом подготовиться, провести полноценные парламентские слушания после года реализации этого документа, это, наверное, будет правильно. И мы тем самым хотели сказать и всем вам, присутствующим здесь, что давайте будем готовиться, не будем ждать, что кто-то за нас что-то сделает и что-то сформулирует правильно, а потом мы придём и будем критиковать, что опять не то написали или не так написали.

Если есть предложения сейчас уже по каким-то поправкам, по нормативным актам, что хотелось бы уточнить, конкретизировать, может быть. Пусть это будут даже и не наши законодательные какие-то документы, а Минздрава России, теперь уже профильного, то найдём возможность передать им и проследить получение этого документа. Потому что надо научиться работать конструктивно и вместе, тогда будут, наверное, документы выходить более жизнеспособные для реализации сразу, а не потом. Хотя страна большая, проблем много в системе и надо настраиваться на то, что, конечно же, одним махом ничего не поменяешь. А то, что в законе что-то нужно будет сделать лучше, точнее, конкретнее, наверное, да. Но сколько, как говорится, людей, столько и мнений. Только мы из благих соображений, я, ей-богу, говорю, не уточняли эту формулировку, ту, о которой сейчас говорим про полномочия.

И честно говоря, Сергей Фёдорович не даст мне тоже соврать, когда мы обсуждали это, то думали что это благо для территории – не указывать им из центра, что надо сделать. Хватит и характера, и амбиций, если хотите, каждой территории написать свои условия, как это лучше сделать. Потому что никто не указывает, как мы будем помогать.

По большому счёту, если честно сказать, то мы вот этот пункт, когда ставили, все договорились о том, что это фактически давалась возможность муниципалитетам, у которых забрали полномочия, уйти от преследования по Бюджетному кодексу. То есть фактически, если бы этого пункта не было. И ты, не дай бог, начал бы чего-то тратить, то тебя начали бы преследовать за нецелевое использование бюджетных средств, потому что это не твои полномочия. Вы сказали: нет, это, в принципе, может быть, возможностью потратить деньги даже при отсутствии полномочий, но только напишите как, за что, при каких условиях.

Мы сейчас даже разослали письмо во все законодательные собрания территорий, чтобы поделились опытом и прислали нам проекты этих законов, чтобы, может быть, какой-то там рамочный проект закона всем разослать, чтобы можно было всем посмотреть, что получилось.

Я хочу поблагодарить всех, кто приехал. Спасибо вам огромное, давайте настраиваться на дальнейшую работу конструктивную. Спасибо.

**Материалы «круглого стола» Комитета Государственной Думы
по охране здоровья на тему
«Аспекты правового регулирования производства,
реализации и оборота чистой питьевой и минеральной воды
в Российской Федерации»**

**СТЕНОГРАММА
«круглого стола»**

***Здание Государственной Думы. Зал 1004.
4 июня 2012 года***

***Председательствует председатель Комитета Государственной
Думы по охране здоровья С. В. Калашников***

Председательствующий. Коллеги, одним из первых программных заявлений нового министра здравоохранения Вероники Игоревны Скворцовой стало то, что необходимо создание глобальной профилактической среды. За этой фразой следует, по сути дела, новая концепция здравоохранения. То есть это даже не то, что было при Советском Союзе, когда превентивная медицина была определяющей, но и всем понятно ещё со времён Гиппократов, что легче предупредить болезнь, чем её вылечить. В слове «глобальной» заключается то, что это будет затрагивать всё, то, что человек пьёт, то, чем человек питается, и в каком атмосферном окружении он живёт, какие микроресурсы попадают к нему и прочее, прочее, прочее.

Коллеги, понятно, что если мы будем исходить из глобальной задачи здравоохранения, такой как создание благоприятной глобальной профилактической среды, то, по сути дела, нам придётся поменять многое и многое в существующих нормативных актах, касающихся здравоохранения.

И в связи с этим я считаю, что наш сегодняшний «круглый стол», посвящённый проблемам воды как важнейшего фактора профилактики здоровья, очень уместен и очень своевременен. Единственное, на что я хотел бы обратить внимание.

Сейчас о воде говорят все много, по-разному и так далее. Однако, что мы на сегодняшний день видим? Что на сегодняшний день достойное место в проблеме водообеспечения населения, оно, по сути дела, камуфлируется какими-то частными задачами, которые, кстати, тоже не решаются.

Любой «круглый стол» должен выйти на предложения по созданию определённых норм. Если речь идёт о Государственной Думе, то это значит,

что мы должны выйти на предложения, которые регулируются не какими-то ведомственными актами, а именно законом.

Есть такие предложения, давайте создадим закон о воде. На мой взгляд, это, конечно, несколько такое обширное и неконкретное понимание проблемы воды. На самом деле, на мой взгляд, нужно много законов, которые регулируют обращение воды в данном случае в Российской Федерации.

Это и вопрос бутилированной воды, это вопрос разграничения лечебной и столовой воды. Это классификация воды, ну и многое, многое, многое другое.

Говоря о воде, мы, конечно, не обойдём вопрос соли, взаимосвязанная вещь. И даже вот, например, я считаю, что норматив минерализации воды – это та норма, которая должна регулироваться законом, как, кстати, в Евросоюзе. И не так, как у нас устаревший ГОСТ, который позволяет при 1,2 минерализации вполне считать воду столовой.

Работа у нас строится следующим образом.

Первое. Это выяснение тех основных узловых проблем, которые на сегодняшний день есть в обращении питьевой воды, во всём их многообразии, многогранности, системности и связи с другими проблемами и так далее.

Второе. Это понимание наиболее существенных проблем, которые требуют неотложного решения.

Ну и третье. Это формулировка – на каком уровне возможно регулирование и решение той или иной проблемы.

Регламент у нас такой. У нас есть ряд записавшихся. Поэтому давайте предоставим каждому выступающему до 7 минут. Этого, я думаю, вполне достаточно, чтобы изложить основную концептуальную базу.

Вопросы выступающим я предлагаю задавать в конце. У нас есть такая технология, что мы сначала всех выслушиваем, каждый делает себе пометки, с чем он согласен, с чем он не согласен, что хотел бы сказать. А во второй части нашего «круглого стола» слово предоставить тем, кто ещё не записался на выступление, и будет свободная дискуссия в таком свободном режиме, в рамках которой можно ответить на вопросы докладчикам и высказать свою точку зрения. Если вы не возражаете, то тогда приступим.

И первый доклад, вернее, первое выступление. Первое слово я хочу предоставить Владимиру Борисовичу Адилову, заведующему отделом курортных ресурсов ФГПУ. Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии Минздрава России. «О столовой минеральной и природной воде».

Адилов В. Б. Дело всё в том, что в течение достаточно длительного времени идёт большой спор в научных кругах, который выливается и в широкую общественность и, самое главное, затрагивает производителей, о пра-

ве существования минеральных природных столовых вод. Что это такое минеральные природные столовые воды? И вот я постараюсь очень коротко в сфере данного времени вам доложить наше понимание этой проблемы.

В классических трудах учёных с мировым именем, Вернадского, Саваренского, Овчинникова и многих других, изложены основы наук о земле и о воде. Классификационные признаки происхождения воды, особенности формирования и изменения составов под влиянием геологических, гидрогеохимических и гидродинамических факторов. Природную воду подразделяют по признакам происхождения на атмосферные, ну, это метеорные воды, вода океанов, морей, рек, ледников – это поверхностные воды, и, наконец, в земных недрах находятся подземные воды. Среди подземных вод выделяют пресные воды, используемые для хозяйственно-питьевого водоснабжения, минеральные воды, имеющие лечебное значение, представляющие собой ценный, неподверженный антропогенному воздействию, изменяющему состав и свойства пищевой продукт, промышленные воды, используемые для извлечения из них различных компонентов, соды, соли, брома, йода и других, термальные воды, и, наконец, бальнеологические воды, используемые для бальнеолечения.

Минеральные воды по своему назначению подразделяются на минеральные, природные, питьевые – для внутреннего использования, и бальнеологические – для наружного применения.

Минеральные природные питьевые воды – это подземные воды, добываемые из водоносных горизонтов или водоносных комплексов, защищённых от антропогенного воздействия, сохраняющие свой химический состав и относящиеся к пищевым продуктам. А при наличии повышенного содержания отдельных биологически активных компонентов, бора, брома, мышьяка, железа, йода, кремния, органических веществ или повышенной минерализации, оказывающие лечебно-профилактическое действие.

К природным минеральным водам не относят смеси подземных вод из водоносных горизонтов с различными условиями их формирования и их гидрохимических типов. Подземные воды различных гидрохимических типов, природные минеральные с питьевой водой или искусственно-минерализованной водой. Минеральные столовые воды – это воды с минерализацией до 1 грамма включительно. Не буду я останавливаться из-за экономии времени на лечебно-столовых водах и на питьевых лечебных водах.

Для определения, значит, данные определения по минеральной воде полностью согласуются с общепринятой терминологией и нашли своё отражение в вводимом в действие с 1 июля теперешнего года, ГОСТ-Р «Воды минеральные природные питьевые». Он прошёл достаточно длительную апробацию, принят и с 1 июля должен непременно выполняться. На его ос-

нове сделаны и находятся в стадии рассмотрения комиссией Таможенного союза требования к минеральным водам по безопасности.

Таким образом, воды минеральные природные столовые – это подземные воды, сохраняющие свой естественный состав и не подверженные водоподготовке путём катионного обмена, осмоса, воздействия каких-либо других компонентов. В отличие от существующих нормативных документов на минеральные воды питьевого назначения и упомянутый выше вот этот ГОСТ, «Вода питьевая», СанПиН, коротко, 1116, «Вода питьевая. Гигиенические требования к качеству воды, расфасованной в ёмкости», разрешает использование воды из любых источников её поступления и не ограничивает способы водоподготовки, в связи с чем возникает вопрос об экономической целесообразности затрат на строительство сложных водоочистных сооружений при реальной альтернативной возможности использования подземных вод в качестве минеральных природных столовых.

Необходимо отметить, что в 2002 году, когда вышел данный СанПиН, его составители, а это в основном специалисты НИИ экологии человека и гигиены окружающей среды имени Сесина, признают существование самих столовых вод, о чём сказано на странице 6.

Во-вторых, обратите внимание на пункт 3.1 данного СанПиНа, который весьма своеобразно характеризует происхождение воды и который, по мнению специалистов, просто абсурден.

В-третьих, пункт 3.2 данного документа допускает для производства использовать любую воду и не ограничивать способы её водоподготовки в процессе розлива. В результате водопроводная вода из крана переливается в бутылки и при этом дорожает на много порядков, сравниваясь по цене с тем же объёмом высокооктанового бензина.

В-четвёртых, СанПиН подразделяет расфасованную воду на первую категорию нормы качества воды, вот приведены в таблицах 1 и 2 данного СанПиНа, значит, которые для воды первой категории практически полностью соответствуют ПДК для воды питьевой, за исключением восьми групп. А для воды высшей категории установлены другие нормы, более жёсткие. Как они будут работать, вероятно, нам время покажет.

И наконец, в-пятых. Вот когда мы говорим о минерализации и о сухом остатке воды, хотелось бы, чтобы наконец мы пришли к общему знаменателю. Нельзя отождествлять общую минерализацию и сухой остаток. Это разные вещи, и об этом знают специалисты-химики очень хорошо. Ибо при выпаривании воды, при производстве и получении сухого остатка гидрокарбонат уменьшается наполовину. Значит, если мы имеем гидрокарбонатно, предположим, магниевую-кальциевую воду и минерализация её будет 0,9 грамма, и она будет соответствовать тому, как её пьют. Но если эту ми-

нерализацию установят по сухому остатку, то фактически мы будем иметь воду 1,2–1,4 грамма на литр.

Необходимо отметить, что в 1973 году Министерством пищевой промышленности СССР был принят ОСТ, вот этот ОСТ – воды минеральные, природные, столовые. Этот ОСТ работает, в нём, кстати, отражены 47 наименований вод. И в настоящее время такую воду разливают порядка 800 предприятий в России.

Спрашивается. Если не будет минеральной, природной, столовой воды, что же мы тогда будем иметь? Воду только питьевую? А вода питьевая отнюдь небезопасна. Вот я принёс вам для сравнения. Она разливается, в основном, вода питьевая, по различным техническим условиям. Вот у меня выписка из технических условий розлива: вода чистая природная, питьевая 1 категории «Бонаква», сертифицирована 26 июля 2010 года.

Так вот, во-первых, данная вода прошла ОСТ. Она разливается по СанПиНу 1116. Она прошла ОСМ. Что это такое? Значит, она стала дистиллированной. Затем стали её кондиционировать, вводить в неё различные добавки. Вот, посмотрите, какой список добавок сюда вводится.

Мало того, в этом списке три наименования указаны, вот они отмечены, которые вообще не имеют разрешений официальных Минздрава России, как пищевые продукты. И это всё нам разрешает уважаемый СанПиН 1116. Поэтому мы глубоко убеждены в том, что вода минеральная, природная, питьевая, столовая, которая отличается от обычной питьевой воды тем, что она, вот как её природа создала, так мы её и доводим до потребителя.

Возможна только чисто физическая фильтрация воды через фильтры. Всё. В противном случае мы предлагаем потребителю иметь воду, которая прошла значительную водоподготовку и, по сути дела, эта вода уже искусственно приготовлена в той или иной степени. Нужно нам это или нет? Наверное, потребитель это должен решать сам.

Председательствующий. Слово предоставляется Александру Сергеевичу Коновалову, генеральному директору объединения «Экокластер».

Коновалов А. С. Мы заинтересованы в том, чтобы, конечно же, до покупателя доходили действительно хорошие, качественные, натуральные продукты.

Если говорить о рынке питьевой воды, то учёные посчитали, что через 13 лет человечество может столкнуться с проблемой, при которой, действительно, её не будет хватать, потому что потребление сравнивается с её ресурсами. И уже сегодня почти 700 миллионов человек во всём мире в 43 странах испытывают крайнюю нехватку пресной питьевой воды.

Ну и то, что рост населения продолжается во всём мире – это очевидно. И объём потребляемой воды будет только расти и расти год от года. И вода,

ни для кого не секрет, действительно, со временем станет таким стратегическим ресурсом и новой сферой влияния в мире.

То есть, специалисты подобрали все те кризисы, риски и факторы кризисные, которые преобладают на сегодняшний день и которые могут быть в перспективе. И самое интересное то, что, оказывается, кризис нехватки питьевой воды, вот он показан в самом верху, выходит на первое место. Он даже опережает такие, казалось бы, известные факторы, как кризис терроризма или кризис там какой-то, крах каких-то систем (экономических, политических). То есть это тоже говорит о том, что тема очень и очень актуальная.

На следующем слайде мы показали вот такой график, вот карта мира, на которой указаны регионы, в которых пресной питьевой воды находится в том или ином достатке.

Ну и как видно, наша страна обладает действительно богатейшими ресурсами пресной питьевой воды. И поэтому у нас есть все шансы стать одним из крупных экспортёров питьевой воды в те страны, где её катастрофически не хватает уже даже на сегодняшний день.

На следующем слайде, я привожу цифру о том, что вот учёные посчитали, что экономический потенциал гидроресурса страны, если в год взять в целом, оценивается на сегодняшний день порядка 800 миллиардов долларов.

Это речь идёт о чём? О том, что вот есть, допустим, всевозможные виды реализации воды в том или ином виде, но это как бы такая, обобщённая цифра, может быть, она слишком приближённая, но тем не менее она очень существенная.

И мы считаем, что реализация питьевой воды из нашей страны, она, конечно же, должна идти, в первую очередь, как реализация бутилированной питьевой воды. Но также есть очень много примеров за рубежом, когда доставляется вода в танкерах в те страны, допустим, страны арабского региона из тех стран, где этой воды достаточно. И, на наш взгляд, имеет смысл нам как раз занять эту нишу с тем, чтобы страна получала дополнительный доход от реализации хорошей питьевой воды.

Ну и, конечно же, если говорить о виртуальной, так называемой, питьевой воде, то вот следующий слайд. Мы попытались показать те цифры, которые касаются именно вот этого термина «виртуальная вода». Но в нашем представлении виртуальная питьевая вода – это та вода, которая используется в целом для потребления, для производства того или иного вида продукта.

Ну, допустим, на сегодняшний день 70 процентов питьевой воды тратится на сельское хозяйство, 20 процентов на промышленность. И только 10 процентов тратится на какие-то бытовые нужды.

И на сегодняшний день уже есть компании, в которых, допустим, прибыль от реализации питьевой воды, сравнивается с прибылью, допустим, с аналогичной прибылью от реализации каких-то нефтепродуктов.

Опять же по данным из общедоступных источников мы увидели, что российский рынок минеральной питьевой воды ежегодно растёт на 14–15 процентов в год, это хорошие темпы. И, на наш взгляд, дальше он будет расти ещё более существенно. Но самое интересное, что всего один процент потребляемой россиянами воды соответствует настоящим мировым стандартам качества воды. Потому что в том же Евросоюзе есть жёсткие стандарты, это касается в том числе и органической питьевой воды. Потому что на сегодняшний день такой тренд во всём мире существует, что очень много людей, они, наконец-то, действительно начинают понимать, что есть какие-то продукты эксклюзивные, органические, которые произведены по принципам экостандартов.

Наши соседи, европейцы, они уже далеко ушли в этом плане вперёд от нас, у них рынок экопродукции в прошлом году составил более 20 миллиардов евро. У нас этот рынок только-только начинает оживать, начинает расти. И тем не менее, если говорить об этих мировых стандартах, то, конечно же, нам больше хотелось, чтобы в стране были приняты такие специальные какие-то законы на федеральном уровне, которые чётко обозначают, что является органическим продуктом, что является экостандартом и вообще, какую продукцию можно называть экологически безопасной и на основании чего.

Так вот объём экспорта российской минеральной воды в 2010 году составил всего 2,2 миллиона декалитров. А на самом-то деле при общем объёме российского рынка он у нас составил 465,3 миллиона декалитров, это большая цифра.

Конечно же, опять же это говорит о том, что у нас есть все перспективы, чтобы цифра экспорта воды каждый год росла всё больше и больше.

Но, если говорить о воде как сырьё или звене технологической цепочки, то, конечно же, на мировом рынке в ближайшее время будет представлять ценность не сама вода как ресурс, а именно водоёмкая продукция.

На сегодняшний день известно, что самым водоёмким по своему потреблению является производство говядины. И вот мы, экопроизводители, стараемся внедрять какие-то энергосберегающие ресурсы, чтобы как-то снижать вот эту вот планку потребления воды. Это касается не только воды, а вообще других технологий. И чем больше у нас в стране будет внедрено энергосберегающих технологий, тем больше у нас останется энергоресурсов для того, чтобы мы могли получать продукцию с более низкой себестоимостью, чтобы потребители получали продукт хорошего качества по доступной цене.

Как я уже сказал, 70 процентов воды потребляет сельское хозяйство. Но примечательно то, что, допустим, те, кто занимается производством натуральной продукции по принципу органического земледелия и животноводства, они, конечно же, внедряют, такие технологии, как капельный полив.

Это о чём говорит? О том, что в этом случае не загрязняются сточные воды, не загрязняются поверхностные воды, это говорит о том, что само место, где производится эта сельхозпродукция, оно будет отвечать повышенным требованиям экологической безопасности и чистоты. То есть я говорю о том, что всё-таки в нашей стране есть большая перспектива для тех производителей, кто встал на путь производства действительно органической продукции, хотя это нелегко. Это затратно, это выливается в дополнительные расходы, но тем не менее рынок есть, и, опять же, наши соседи из Евросоюза идут по этому пути очень здорово. И обидно, что на сегодняшний день, если зайти в какой-то крупный супермаркет, который торгует, допустим, биопродуктами, то там все полки заставлены, как правило, импортной продукцией, хотя у нас есть все шансы для того, чтобы поменять эту ситуацию. Есть очень много производителей, которые готовы встать на этот путь, но в этом случае несовершенство законодательства, оно, конечно же, мешает им принять решение. И если брать тот же Евросоюз, то там есть дотации для производителей органической продукции, есть госзаказы для школ, для детских садов, всё это, конечно же, очень интересно.

Ну и следующий слайд. Это говорит о том, что рынок органических экопродуктов, он даже растёт большими темпами, чем рынок реализации питьевой воды. Вот в прошлом году он вырос в целом в мире на 20 процентов. И для того, чтобы в нашей стране действительно развивалось сельское хозяйство, уже есть примеры хороших продуктов, которые уже и сертифицированы, в том числе, по принципам органики. Но вопрос в том, что это дело очень дорогостоящее, и те западные компании, которые пытаются проводить такую органическую сертификацию у нас в стране, они, конечно же, берут очень большие деньги за это. И, самое главное, там в чистом виде протекционизм возникает, потому что они рекомендуют нам, экопроизводителям, приобретать корма у тех производителей, которые являются их партнёрами. Поэтому тут ситуацию, нам кажется, можно исправить. Если у нас будет выстроена вся цепочка от производства семян до производства готовой продукции, включая переработку, и мы это будем контролировать в рамках нашей страны, на основании наших законов, вот тогда покупатель действительно будет получать хороший, качественный продукт в том количестве, в котором ему это интересно.

Председательствующий. Прежде чем предоставить слово академику Тутеляну, я вынужден, к сожалению, уйти, у меня Совет Государственной Думы. А я хотел бы сделать некий комментарий.

Коллеги, я подозревал, что тема воды, она необъемлема, как и мировой океан. Но у нас есть конкретная заданная структура проблематики.

Проблематика первая. Луи Пастер говорил, что 90 процентов своих болезней мы выпиваем с водой. Проблема одна. Это недопущение через воду вредных веществ, которые напрямую связаны с ухудшением здоровья человека.

Тема вторая. Замечательно вы сейчас говорили о том, что мы действительно имеем экспортный потенциал воды, но мы имеем и более глубокую проблему – российское население пьёт то, что пить нельзя. И ни о какой профилактике говорить при наличии нашей системы централизованного водоснабжения не приходится. И об этом надо говорить. Нужно говорить о совершенно инфицированных трубах, нужно говорить о том, нужен ли нам фтор в воде, потому что мы по кариесу впереди планеты всей, тогда как есть страны, где вообще кариеса нет, из-за того, что вода фторируется. Нужно говорить о системах очистки воды. Давно уже ВОЗ осудил систему очистки воды через хлорирование, мы продолжаем это делать, хотя есть современные, совсем другие методы. Мы сейчас не говорим, сколько это будет стоить. Мы должны сказать, к чему приводит то, что мы это не делаем. Там уже посчитать можно.

Особая статья – это бутилированная вода. Конечно, стратегически в перспективе никуда мы от неё не уйдём. Когда вода начнёт продаваться по 100 граммов, то никуда мы не денемся от упакованной воды. Но, слава богу, сейчас это ещё, наверное, на ближайшие 10-летия нам не грозит. Однако понятно, что потребление бутилированной воды, оно увеличивается. И здесь нужно наведение порядка. Здесь и возможен регламент, здесь наконец-то, однозначно, именно медицинское сообщество должно ответить на вопрос об уровне минерализации столовой и, по определённым характеристикам, специальной воды. Ведь все считают, «Боржоми» – это хорошо, «Ессентуки» – это хорошо, а то, что «Ессентуков» уже нет как таковых, чтобы знали специалисты, об этом мы забываем.

Ну и, наконец, я не думаю, что это предмет «круглого стола», но сейчас всё больше и больше наука нам подкидывает информации о физических свойствах воды. И я думаю, что одним из возможных решений нашего «круглого стола» была бы запись, что Российской Академии наук необходимо развивать это направление, поскольку сейчас уже отмахнуться от физических особых свойств воды невозможно, достаточно большая экспериментальная накоплена база. Это не сегодняшний день, но этим надо заниматься.

Коллеги, у нас стоят очень актуальные вопросы сегодняшнего дня. Из-под крана воду в Российской Федерации пить нельзя, по крайней мере в абсолютном большинстве мест. Мало того, и бутилированную воду тоже нельзя в некоторых случаях пить. И здесь-то вот, конечно, наши задачи очень остро стоят. Я считаю, что мы результатом нашего «круглого стола»,

по крайней мере, должны сделать список тех нормативных актов, которые актуальны сегодня.

Вы извините, я должен уйти, я передаю Сергею Ивановичу Фургалу, председателю подкомитета по здоровому образу жизни, бразды правления. Спасибо большое.

***Председательствует член Комитета Государственной Думы
по охране здоровья С. И. Фургал***

Председательствующий. Я думаю, здесь имелось в виду не то, что «Ессентуков» нет, они есть, они никуда не делись. Другое дело, что продают в магазинах. То есть под видом «Ессентуков» очень много стали продавать воды, которая от «Ессентуков» отличается, наверное. Как я думаю, предыдущий ведущий, он это имел в виду. Сейчас слово предоставляется Виктору Александровичу Тутельяну, это наш руководитель НИИ питания.

Тутельян В. А. Вопрос представляется чрезвычайно важным. Вот наш председатель обозначил главные вопросы, но их гораздо больше. Готовясь к этому «круглому столу», я нашёл цифры, значительно превышающие 800 миллиардов потенциальной возможности. Где-то 1,2–1,4 триллиона долларов наш потенциал для экспорта воды, питьевой воды, столовой воды в близлежащие регионы, где уже сейчас испытывают крайний дефицит питьевой воды, и улучшения там, конечно, не предвидится. Мы по ряду причин этот потенциал используем с самым низким возможным коэффициентом полезного действия для нас.

Те вопросы, которые поставил Сергей Вячеславович Калашников, они очень актуальны. Я бы на первое место поставил вопрос водосбережения, то есть сберечь то, что мы ещё не испортили, сохранив вот эту классификацию, сохранив столовые воды как воды, нетронутые человеком и не испорченные человеком и которые имеют определённую специфику, но они имеют и стабильный состав минеральных веществ. Они могут использоваться и рекламироваться, и продаваться для различных целевых групп населения.

Второй вопрос, который очень важен, законодательная основа предотвращения и создания системы предотвращения фальсификации. Разные данные, иногда говорят, что чуть ли не 70 процентов воды бутилированной, которая находится в обороте на рынке, она фальсифицирована. Вмешивается человек, меняет, очищает обычную воду питьевую из водопровода, добавляет отдельные минеральные компоненты и продаёт под видом разных раскрученных уже брендов. Это недопустимо, но это есть на нашем рынке.

Конечно, нужна гармонизация с международными требованиями. Не надо открывать Америк, не нужен монополизм в этой области и европей-

ская база именно по контролю различных видов вод. Она чётко сформулирована, научно обоснована. Чёткие обоснования, вот такие деления и требования у нас хотя и есть, но иногда они завышены. Но они, по крайней мере, требуют пересмотра и достаточно серьёзной гармонизации и в рамках нашего сотрудничества – это Таможенный союз, это Азиатско-Тихоокеанский, и, конечно, Европейский союз.

Большая работа в этом плане, в частности, по пищевым продуктам, она прошла, она завершилась. И мы нашли консенсус. Было трудно, с чем-то мы соглашались, с чем-то не соглашались, но такую общую базу согласовали и особенно это важно, конечно, при вхождении в ВТО. Если мы оставим эту нишу нетронутой, у нас будут проблемы уже в ближайшее время.

Ну и, конечно, нам нужно с вами составить по этим всем направлениям предложения для законодательной базы. И здесь у нас есть коллеги, которые находятся в составе этого комитета. В частности, Сергей Иванович возглавляет направление: «Профилактика здорового образа жизни», вернее, «Формирование здорового образа жизни и профилактика инфекционных заболеваний».

Вода здесь занимает одну из ключевых позиций. Апрель месяц 2011 года – Московская декларация, в ноябре – Генеральная Ассамблея ООН, там всё это подчёркнуто и написано, это главный удар. И создание такого подкомитета в системе Комитета по охране здоровья является очень важным. Мы должны всячески поддержать и дать пищу для работы этого комитета. Вот одна из первых составляющих этой пищи – комплекс законов, как предлагал председатель, по водам: питьевым, столовым и лечебным.

Председательствующий. Я со своей стороны хотел бы сразу сделать, наверное, ремарочку. Сегодня мы «круглый стол» проводим именно с одной задачей – выявить болевые точки в нашей проблеме водообеспечения страны. Мы хотели бы сегодня на «круглом столе» выявить болевые точки по минеральной воде. Потому что, с нашей точки зрения, всё, что происходит сегодня с минеральной водой в Российской Федерации, не поддаётся никакому логическому осмыслению.

И мы готовим, собираемся готовить большой техрегламент, который будет касаться как чистой питьевой воды, так и минеральных вод. То есть, назрела необходимость законодательно отрегулировать или отрегулировать производство, название и реализацию воды.

Следующее слово предоставляется академику Российской академии наук, академику Российской академии сельскохозяйственных наук, члену Совета по науке при Президенте Российской Федерации Скрябину Константину Георгиевичу.

Скрябин К. Г. Я очень хорошо понимаю, что вообще дьявол-то в мелочах заключается. И поэтому, конечно, принципиально важна эта система регулирования, система характеристики воды и так далее.

Мне очень понравилось выступление, которое было сделано перед Виктором Александровичем Тутельяном. Потому что, знаете, Римский клуб, который заседал несколько месяцев тому назад, он сказал, что человечество не выживет, если оно не решит три проблемы.

Первая проблема – это проблема народонаселения, потому что нас будет 7 миллиардов, потом – 8, потом – 9.

Вторая проблема, это проблема воды. И третья проблема, это проблема энергетики, потому что кончатся нефть и газ, ну, и сланцы. То есть огромная проблема, это проблема воды, перед человечеством. И 70 процентов этой воды тратится на сельское хозяйство в самом деле. Мы мало это понимаем, мы говорим о том, что нужно делать какие-то вещи, связанные с характеристикой качества, что на 200 процентов правильно, и нельзя отравой поить людей, и так далее, я два слова потом об этом тоже скажу, какие есть современные принципиальные подходы.

Но я очень боюсь, это вот некий спор с докладчиком о том, что (модное слово) «экологическая и биопища» приводит к тому, что, если вы посчитаете затраты воды при производстве... Вы сами это сказали, оно для коммерсантов выгодно, потому что биопища стоит в 2 раза дороже, этого нельзя делать для 7 миллиардов. Поэтому существует принципиально новая наука сегодня, существуют биотехнологии, которые решают проблему.

Мы должны создавать новое сельское хозяйство, которое будет засухоустойчиво. Мы должны создавать новые сорта, которые не будут использовать гербициды и пестициды, потому что таким образом мы не будем загрязнять воду, которая используется. Я не люблю цитировать американцев, но в Америке за счёт новых технологий уменьшили использование воды в сельском хозяйстве на 18 процентов за последние 7 лет. Понимаете?

То есть неким глобальным образом и крайне осторожно... Понимаете, мы даём всякие слова, там генно-модифицированный, биологический, экологически чистый, да, пугаем народ, в то время как некую продуманную историю всё-таки надо нам, вот нашему сообществу создать, потому что, конечно, через 10 лет потенциал продажи воды будет не меньший, чем нефти и газа. Это несомненно. А у нас соседи какие классные, правда, да? Весь юг. То есть мы можем быть действительно страной, которая будет продавать воду, а скоро и воздух. Нет, я не шучу, это действительно, это прогноз XXI века, XXII века.

Ну, конечно, да, вода, воздух. И если мы сейчас правильно к этому подойдём, то у нас самое большое количество леса, это значит, что это как бы

хорошие источники воды, это как бы концептуальные вещи. Это вот первое, что я хотел сказать: давайте мы в рамках обсуждения воды всё-таки где-то пометим, ... в мелочах, я согласен, что нужно иметь правильные, вот мне показывают сейчас, что есть половина фальшивого «Боржома», половина фальшивого «Нарзана», мы все это знаем. И вот пьёшь воду и думаешь каждый раз: последний раз или нет ты её пьёшь. Но эту глобальную вещь нужно решать.

И вторая вещь, очень важная, мне кажется, это анализ воды. Сейчас существуют принципиально новые технологии анализа. Потому что произошла революция последняя, я могу сказать, даже полгода, год. Ну, если вам интересно, я вот один пример скажу. Мы несколько месяцев тому назад проанализировали воду в Байкале. Есть современный метод, когда вы можете взять маленькую пробу воды и определить там за два дня все микробы, которые там живут. Мы нашли 80 новых видов не описанных ранее в мире микробов, которые там живут.

Это современные технологии, которые делаются. Поэтому вот то, что Виктор Александрович, его институт, его коллеги под его руководством сделали с анализом пищи, с анализом генно-изменённых вещей и так далее, новые технологии, которые есть, их, конечно, нужно было бы внедрять для анализа воды, для анализа... Это можно сделать рутинно, а если это делается рутинно, то это становится крайне дешево.

Вот я бы обратил внимание на науку и на некие глобальные вещи, опустив их сразу на уровень частных, а новые методы обязательно нужно вставить нам в развитие. То, что сказал Сергей Вячеславович по поводу структуры воды, это немножко опасный такой вопрос, потому что как бы волшебная вода и так далее, и так далее, я в это не очень верю, да. А современные методы нужно обязательно использовать, тем более что 24 апреля премьер-министр подписал большой документ по развитию биотехнологий в стране у нас. У нас есть программа развития биотехнологий.

У нас будут 7-го числа слушания по ГМО, скажите о воде обязательно там. То есть там должна быть обязательно отдельная часть, по использованию биотехнологий для решения проблемы воды.

Вы понимаете, что произошло? Вот если вы читали последние два дня, то мы теряем цену нефти, потому что американцы начинают продавать сжиженный газ, потому что они сами используют сланцы. И это чистая наука. Получение газа из сланцев – это абсолютно чистая наука. То же самое они будут делать с водой. Поэтому обратите на это, пожалуйста, внимание.

Председательствующий. Мне бы сейчас хотелось предоставить слово, кто желает у нас выступить. Особенно это касается минеральной воды. Но одна просьба. Перед выступлением, пожалуйста, представляйтесь для стенограммы, чтобы у нас было понимание.

Петров Д. Ю. Петров Дмитрий Юльевич – руководитель Союза производителей безалкогольных напитков и минеральных вод.

Я бы хотел остановиться на, собственно, теме, заявленной теме сегодняшнего нашего «круглого стола» – «Аспекты правового регулирования производства питьевой и минеральной воды».

Дело в том, что вот и Сергей Иванович говорил о законодательном регулировании. Но на сегодняшний момент, строго говоря, законодательное регулирование и питьевой, бутилированной, и минеральной воды практически невозможно, потому что Россия ограничила себя обязательствами по Таможенному союзу. То есть теперь все требования, обязательные к питьевой, бутилированной и природной минеральной воде, могут устанавливаться только на уровне Таможенного союза. И это первый аспект. И в этой связи технические регламенты национальные не принимаются.

И второй аспект – это вступление в ВТО, которое с 1 июля, наверное, состоится. Вот как только это произойдёт, то мы обязаны будем гармонизировать отечественные требования с требованиями международными. Потому что нормы ВТО допускают отклонение от международных требований, но при этом такие отклонения, они должны быть обоснованы.

Значит, что мы имеем на сегодняшний момент?

Прежде всего, хочу сказать, что с 1 июля вступает в силу национальный стандарт на природные минеральные воды, о котором вот уже Владимир Борисович говорил. Значит, разработчики этого стандарта мы и научное учреждение – это Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии.

Разработка этого стандарта велась пять лет. Приступили мы к нему в декабре 2006 года. Приступили потому, что проанализировали ситуацию с фальсификатом минеральных вод. И пришли к выводу, что главная проблема – это несовершенство нормативно-правовой базы. То есть та база, которая действовала на тот момент времени, отчасти она действует и сейчас, она фактически не позволяла привлечь производителей фальсификата к какой-либо ответственности и не давала реальных инструментариев для контроля и надзора.

Не буду останавливаться глубоко. Скажу, что принятие стандарта встречало колоссальное сопротивление. К сожалению, предыдущий состав комитета нам помощи не оказывал. Строго говоря, и помощь не оказывал, и не препятствовал. Поэтому, в общем-то, это было фактически сделано на энтузиазме добросовестного бизнеса и добросовестной науки.

Кстати, и сейчас, несмотря на то, что стандарт принят в апреле прошлого года, ещё продолжаются попытки его оспаривать. Вот, в частности, сегодня будет очередное заседание в суде по попытке отменить положение этого стандарта.

С принятием этого стандарта ситуация реально начала улучшаться. То есть, если мы год назад имели, больше года назад имели порядка 30 процентов фальсификата на рынке по нашим оценкам, по отдельным водам это больше, в частности, по «Ессентукам» и по «Славянской», «Смирновской», то есть количество фальсификата оценивается около 50 процентов. Сейчас ситуация реально начала меняться. То есть сейчас я вот точно, со всей определённости могу сказать, что на рынке не более 20 процентов фальсификата в целом, по «Ессентукам», «Славянской», «Смирновской» меньше половины, это точно. Потому что мы уже знаем ситуацию: те, кто разливал фальсификат, они в преддверии вступления в силу стандарта, уже от этой практики отказались. То есть ситуация начала улучшаться. Но это не значит, что она уже совсем хорошая, ещё достаточно далеко до той ситуации, которую мы считаем оптимальной.

Естественно, понимаем, что в целом мы фальсификат, наверное, не сможем побороть до конца, но, если мы выйдем там на цифру 5 процентов, это уже будет, конечно, совершенно иная ситуация.

Теперь, что касается вопросов безопасности. Прежде хочу сказать, что нам неизвестны случаи отравления природной минеральной водой, хотя наши требования отечественные до вступления в силу стандарта, они мягче, чем зарубежные, чем Кодекс элементарий просто в силу того, что это природный продукт. И если он не фальсифицирован, то, собственно говоря, там и травиться особо нечем.

Строго говоря и с бутилированной питьевой водой ситуация тоже достаточно благополучная, лет за 10–15 нам известны случаи даже не отравления, а выявления органами Роспотребнадзора фактов несоответствия по микробиологии, непатогенной микрофлоре, что не представляет опасности для здоровья человека.

Поэтому в части безопасности я тут вот не соглашусь с одним мнением, что у нас всё очень плохо. Повторюсь, нам неизвестны случаи отравления как минеральной водой, так бутилированной питьевой, естественно, в разумных потреблениях, при разумном уровне потребления.

Отдельной темы разговора заслуживает столовая минеральная вода. Вообще, строго говоря, в мировой практике нет такого деления, если брать международные документы, как то Кодекс элементарий, европейские директивы, такое было принято в Советском Союзе. Напомню, что минеральные воды делятся на три категории: столовые, лечебно-столовые и лечебные.

При этом в советское время просто возник стереотип, что под природной минеральной водой понимается вода лечебно-столовая и лечебная. Потому что тогда столовая минеральная вода и бутилированная питьевая вода, она выпускалась на рынок, но её было настолько мало. Она поставлялась

в регионы, где невозможно было обеспечить нормальное водоснабжение, обеспечить людей безопасной водой.

Вот туда такая вода поставлялась, о её существовании, собственно говоря, знал очень ограниченный круг людей, меньше 1 процента на рынке. А вот когда началась рыночная экономика, то люди поняли, что то, что они пьют из-под крана, это не всегда безопасно. Поэтому вот этот сегмент рынка начал активно развиваться.

Чем отличается природная минеральная вода и бутилированная питьевая вода? В мировой практике это Кодекс элементарии, это около 170 стран мира, примерно. То есть везде понимание одно и то же.

Природная минеральная вода – это вода исключительно подземная, которая разлита в бутылки вообще либо без обработки какой-либо, либо с минимальной степенью обработки, которая не меняет её исходных природных свойств.

То есть задача государства обеспечить условия для изготовителя, чтобы они доносили природную минеральную воду до потребителя в неизменном виде, то есть то, как её создала, собственно, природа.

И второе условие. Это должна быть исключительно подземная вода.

Что касается бутилированной питьевой воды, то здесь мировая практика никак не ограничит изготовителя в способах обработки. То есть что хочешь с этой водой делай, что угодно туда добавляй, удаляй, главное, чтобы она только соответствовала критериям безопасности и ничего более. Поэтому, естественно, что природная минеральная вода считается более полезной для организма, для здоровья человека, в силу того, что это природный продукт. Но это не значит, что нужно каким-то способом ограничивать потребление и бутилированной питьевой воды, потому что её можно каким-то образом обогатить, например, йодом, и это будет полезно для определённой категории населения. То есть и тот, и другой продукт, он должен иметь место на рынке, и потребители должны иметь возможность выбора.

И вот возникает проблема столовой минеральной воды. Потому что долгое время, ну, по крайней мере, когда мы начали разработку национального стандарта и технического регламента, на тот момент производитель должен был соблюдать требования и к той, и к другой воде, то есть фактически портить природную минеральную воду, обрабатывать её, чтобы она соответствовала определённым критериям. Это вот, возвращаясь к тезису о рациональном использовании воды и водосбережении. То есть та нормативная база, которая действовала, она этому никак не способствовала. Поэтому, наконец, мы в новом национальном стандарте чётко написали, что есть что, и, надеюсь, что и в этом вопросе тоже будет, наконец, поставлена точка, чтобы чётко отличали, что есть природная минеральная вода, и что бутилированная питьевая.

Дальнейшее развитие событий. Я думаю, что нормативная база, по крайней мере, на национальном уровне, она адекватна, она готова, с 1 июля вступает в силу. Теперь задача – обеспечить эффективный контроль за её соблюдением. Это вопрос уже к органам Роспотребнадзора. К сожалению, Ирина Викторовна сегодня не присутствует, хотя заявлена здесь. Поэтому от того, насколько в дальнейшем Роспотребнадзор будет эффективно за этим следить, зависит насколько у нас будет меньше фальсификата, и насколько вода на наших прилавках будет качественней.

Повторюсь, что природная минеральная вода – это исключительно вода природная, не обработанная, с минимальной обработкой. И подвергаясь искусственной минерализации, она уже не может являться природной водой и не может называться природной минеральной водой. То есть эту воду можно рассматривать либо как бутилированную питьевую воду, либо как безалкогольный напиток.

Если я вас правильно понял, что, наверное, не совсем нам сегодня удастся подогнать воду под техрегламент, ввиду того, что мы вступаем в ВТО, создаём Таможенный союз. С одной стороны, мы чётко понимаем, что такое природная минеральная вода, да, но при этом на прилавках магазинов мы можем увидеть, как кто-то может написать там «Святой источник» – не святой источник, природная, неприродная, минеральная вода. И покупатель или потребитель на самом деле путается, понять очень сложно где и какая вода. То есть всё-таки я думаю, что здесь необходимо вводить жёсткие техрегламенты, ну, примерно, как по молоку, как сегодня готовится техрегламент по соковой продукции, где чётко регламентировать, что нужно писать на бутылке, что мы продаём.

Но я хочу сказать, что это регулируется по закону «О техническом регулировании» и по соглашению «О техническом регулировании». До тех пор, пока не вступили в силу технические регламенты, действуют нормативно-правовые акты, в том числе положение стандартов в части безопасности и в части не введения потребителей в заблуждение. Поэтому сейчас в независимости от фантазийного наименования, бренда, продукта, изготовитель обязан указывать – бутилированная питьевая вода, если речь идёт об обработанной воде, либо природная минеральная вода, если речь идёт о минеральной воде. И это, действительно, сейчас делается так. То есть в этой части, по нашим оценкам, обмана потребителей практически нет. Если есть, то это очень небольшая доля рынка.

Гораздо актуальнее проблема именно фальсификата минеральных вод. Вот здесь, да, здесь проблема есть. И её решение мы видим, прежде всего, в эффективности действий Роспотребнадзора даже не в части безопасности, а в части защиты прав потребителя.

Остапенко Н. Остапенко Наталья, научный сотрудник отдела курортных ресурсов ГБУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины департамента здравоохранения Москвы».

Я просто вам хочу пояснить, что техрегламентов нет общих на все воды. Дмитрий Юрьевич рассказал про стандарт чисто на минеральные воды. То, о чём задаёте вопрос, – это регулируется другими национальными стандартами на бутилированные воды, СанПиНами, которые у нас продолжают действовать. А общего документа на воду, куда входили бы все категории вод, его просто нет ни в России, ни в Таможенном союзе, нигде. Поэтому вот эти национальные стандарты, о которых рассказывал Дмитрий Юрьевич, они просто-напросто не касаются никаких искусственных минерализованных вод. Они как были, так и есть по действующим российским стандартам другие.

Кондратьева А. М. Кондратьева Алёна Михайловна, Союз производителей бутилированных вод, президент.

Я несколько таких фраз, коротко. Хотелось бы коснуться отношения Америки к воде, потому что раз уж мы немножко затронули то, как они стали беречь нефтяные продукты, то же самое касается воды. Я не знаю, был ли кто-то в недавнее время в Америке или в Канаде, но там это то, что, в принципе, ждёт скоро Европу и, может быть, к нам придёт лет через 10. Как правило, мы немножко отстаём.

В Америке 10 лет назад стали создаваться коммюнитеты – это защита окружающей среды, охрана и безопасность – это прекрасно. Потому что они пришли и на самом деле стали делать дело. И это дело, оно вот и здесь, это экопробка, стали экономить пластмассу. Потому что это продукты, которые не подлежат распаду более 80 лет. Это отказ от бутилированной воды. Конечно, это угроза для производителя и там идёт борьба, такая сейчас, практически открытая. Потому что многие штаты просто приняли решение запретить поставку бутилированной воды в муниципалитеты, в государственные организации. В Канаде на всех плакатах была нарисована бутылка, которая была закрыта крестом, там призывают людей пить воду из крана.

Конечно, для нас это нерешимая проблема на сегодняшний день, но это бережёт ресурсы. Они посчитали то, что вода берётся из источников, энергоресурсы, затраты, строительство заводов, доставку воды, машины, то есть американцы любят всё считать. И расход ресурсов планеты очень сильно зависит от этого. Наверное, вот этот путь... И они гордятся этим. В ресторане, когда вы придёте в очень дорогой ресторан, вам подадут графин и будет везде написано: вода из крана, вода из крана. Её нет в бутылках.

В Европе многие страны цивилизованные тоже сейчас стали задумываться об этом. Искать замену кулерам, которые с бутылкой воды. Я представляю как раз кулерный бизнес, и он динамично развивающийся. Был

и 20 и 30 процентов прирост в самом начале, как обычно бывает. Сейчас, конечно, не 15 и не 14, гораздо меньше по всей стране после кризиса.

И, казалось бы, нужно отстаивать интересы своего бизнеса, лоббировать их, но согласимся с тем, что происходят нарушения, связанные с отсутствием нормативов жёстких. Я знаю компании, которые вместо того, чтобы пробки утилизировать, они их просто сжигают не задумываясь, а это огромное количество выбросов. Потому что им просто лень решить эту проблему и трудно утилизировать бутылку, трудно утилизировать пробку. А это всё остаётся. Мы знаем, что мы выпьем воду, а куда эта бутылка-то денется?

И, наверное, многие смотрели в Интернете этот жуткий остров размером с Украину, глубиной 30 метров, который состоит из мусора, который весь скрутился. Сами океаны участвовали в этом. Планета должна решать эту проблему, но о ней не говорят. Не говорят с детьми, не говорят с населением, нет жёстких стандартов для производителей воды.

Вот нас ещё пугает одна проблема.

Проблема, которая волнует многих в городах, это бюветы так называемые. Это когда бойлеры стоят с водой и из них продают воду на розлив. Каждый из нас, все люди, даже дети знают, что воду из крана пить нельзя. Раз воду из крана пить нельзя, я начинаю немножко зарабатывать, я начинаю думать о своём ребёнке и заботиться, и бегу покупать воду. Я занята в своём бизнесе каком-то или на своей работе, и я не могу знать всех тонкостей, какая вода хорошая, какая плохая. Вот сейчас поставили воду, написали на ней: чистая, питьевая, артезианская, и продают в полиэтиленовой бутылке на вынос. То есть тут же купишь бутылку за 25 рублей пятилитровую, тут же тебе нальют из краника. Мы, как профессионалы, понимаем, что где-то её разлили.

Вообще вода может быть идеальной, хорошей. И загрязнение в 90 процентах случаев происходит по вине человека в процессе производства, в процессе розлива, в процессе доставки.

Почему вот эти стандарты важны, стандарты отраслевые именно, которые регламентируют все пути производства воды от начала до конца? Потому что вы пьёте из кулера воду, она прекрасная в бутылке, но когда вы пьёте её из кулера, который вы не отдавали на очистку более полугода, вы пьёте грязную воду, плохую.

И мы можем не говорить сегодня об отравлениях, но мы знаем все, что это накопительный эффект, вы не хотите пить воду и платить деньги и получать вот эту массу бактерий, вы не почувствуете, что вы отравились. Вы это, может быть, почувствуете через 10 лет и опосредовано. И в этом плане тоже должны работать строгие нормативы.

Вот у нас эта тема бюветов или канистр, цистерн, она никак не обсуждается и не поднимается. Как они промываются? Какая вода к ним подве-

дена? Как моют руки? Из каких бутылок пьют? Ведь когда вода идёт на производстве, бутылка ополаскивается. Здесь их привозят в каких-то пакетах, сгружают.

И когда говорим сейчас о нормативах, мне кажется, это тоже нужно учесть и тоже включить. Потому что это, конечно, хороший и привлекательный бизнес. Тоннами развозится эта вода. Тоннами она продаётся. Но никто не следит, что люди пьют и как они пьют.

Наверное, вот коротко и всё.

Ну и то, что мы должны всё-таки следом за цивилизованными странами задуматься о сохранении своих природных ресурсов, потому что можно, конечно, в танкер загрузить воду Байкала и распродать её, но что останется нам. Если уж продавать, то, наверное, в другом немножко виде и беречь её.

Сейчас ещё поднимался вопрос о водоподготовке, о водоочистке. Наверное, прекрасно взять природную столовую воду из природы, нетронутую. А много ли таких источников осталось, где её можно взять, разлить и не доочистив её отдать потребителю?

И я не вижу ничего плохого в этой системе, когда вода берётся даже из крана, доочищается, если она не совсем соответствует качеству, и продаётся. Ведь вот эта система, которая сейчас в Европе опережает очень сильно воду кулерную и бутилированную, она предусматривает кулер, в котором просто система доочистки. Вода из крана хорошая. Она немножко имеет запах или цвет не такой, и она просто доочищается. Ничего страшного нет, если всё это регламентируется и всё подразделяется, да, вода природная.

И ещё такой вопрос. А как быть с той водой, которую производят сейчас многие производители. Наверное, вот Наталья ответит. Когда они берут воду природную, минеральную из скважины, то часть потока они сохраняют, чтобы сохранить все природные микроэлементы, а какие-то 30 процентов они доочищают, чтобы соответствовать определённым требованиям? Она как будет называться?

Кондратьева А. М. Питьевая. Питьевая вода. Хотя она в большей части артезианская. Всё равно она подпадает под раздел питьевой.

То есть им также остаётся возможность писать артезианская.

Ну и, конечно, сейчас все производители бутилированной воды ждут документы, ждут нормативы. Хотя, насколько я понимаю, ВТО мало что изменит, да, в отношении требований к воде?

Колесников С. И. Я ещё хотел бы сказать. А вот эти воды, которые в канистрах, вы говорите, в цистернах привозят, мне кажется, они сейчас вне закона, потому что нет на них никакого ни стандарта, ни термина.

Кондратьева А. М. Нет другого закона, который бы запретил. Они могут её где-то получать, мы даже не знаем как, разливать в канистры и приво-

зить вот в этих огромных цистернах, из шлангов разливать ночью, наливать в баки, которые стоят тоже там.

Колесников С. И. Мне кажется, они подпадают под СанПиН 1116. Он всё-таки на бутилированные воды, а это же не бутилированная.

Кондратьева А. М. Более 30 крупных городов. Вот год назад поставили 250 в Самаре. Даже меньше года назад. Казань. Список есть. Я сейчас его повторить весь не могу. Но это огромное количество городов.

Колесников С. И. Мне кажется, здесь проблема опять просто в контроле. Просто никто не контролирует это дело. Нет сегодня...

Кондратьева А. М. Это проплачивается.

Колесников С. И. По закону никто не имеет права раздавать...

Кондратьева А. М. И получать разрешение ставить на каждом углу спальных районов и по всему городу на главных улицах. Они везде стоят. И везде написано: чистая питьевая вода (артезианская или природная).

Колесников С. И. Наверное, они не подпадают, мне кажется, под 1116-й закон.

Председательствующий. Ещё по данному вопросу есть желающие выступить?

Колесников С. И. Дело в том, что если в воде находятся микробы, они себя проявят сразу. Не вдруг накопились, а потом появились. Нет. Если есть, они есть. Весь вопрос, что со временем их может стать катастрофически много. Это да. Но если они есть, они сразу будут.

Может быть, я немножко скажу. Я думаю, что актуальность, вообще, данного вопроса, актуальность чистой воды, природной воды, минеральной воды, она не вызывает никакого сомнения.

Мне бы хотелось просто привести несколько примеров, чтобы более внятно и понятно нам было, о чём мы говорим. Так вот, значит, по оценкам Организации Объединённых Наций на сегодняшний день 1 миллиард 100 миллионов людей имеют недостаточный доступ к чистой воде. Прогнозируется, что к 2020 году использование воды увеличится на 40 процентов, и уже к 25-му году (к 2025 году) каждые два человека из трёх на земном шаре не будут иметь полный доступ к чистой воде. Поэтому нужно понимать, что к 25-му году, скорее всего, уже не нефть, а действительно чистая питьевая вода станет главным нашим ресурсом на земле, в том числе и для Российской Федерации.

На сегодняшний день в стране принята программа «Чистая вода» (вы, наверное, знаете), которая рассчитана до 2017 года, но она лишь только регламентирует потребление или приведение к стандартам потребление чистой воды. Хотя на сегодняшний день наша страна является самой большой страной по запасам пресной и чистой питьевой воды, но с каждым годом

качество пресной или питьевой воды у нас катастрофически ухудшается. Сегодня уже, по данным учёных, 30 процентов взятых всех проб не соответствует гигиеническим нормам, нормативам и требованиям. Но это я беру нормативы и требования к пробам из источников, которые потребляют люди. Я имею в виду водопроводную воду. То есть 30 процентов сегодня уже не соответствует.

Примерно 1/3 населения потребляет питьевую воду с повышенным содержанием в ней железа. Я почему заостряю на этом внимание? Мы говорили о бактериях. Да, действительно, если в воде есть микроорганизмы, есть бактерии, я как врач бывший скажу: да, это проявится сразу. Но химический состав воды, он проявится не сразу, он будет иметь отдалённые последствия.

Кроме этого, у нас имеется большое количество регионов, где в воде не хватает жизненно необходимых микроэлементов, что ведёт к развитию уже хронических заболеваний и разных патологий. Мы, наверное, все знаем, что особенно территория Дальнего Востока неблагополучна по йоду. Значит, там не хватает йода и, соответственно, там развито такое заболевание, как заболевание щитовидной железы. Ну а к чему приводит недостаток йода, специалисты знают: и к слабоумию, и у женщин к другим нарушениям.

При этом Российская Федерация, имея на сегодняшний день самые большие запасы воды... Некоторые регионы в Российской Федерации испытывают её дефицит. Ну, так уж получилось.

По сведениям санитарного состояния субъектов Российской Федерации за 2009 год доля проб питьевой воды из водопроводной сети не соответствует гигиеническим и санитарно-химическим показателям на 16,8 процента. Это уже та вода, которая непосредственно потребляется людьми.

Понятно, что отсутствие чистой воды в системе канализации является причиной или основной причиной развития кишечных инфекций, гепатита и болезней желудочно-кишечного тракта.

Вот. Значит, у нас очень много регионов сегодня, где не хватает фтора в воде, что приводит к развитию кариеса. То есть вы знаете, что, наверное, в Российской Федерации кариес сегодня, особенно у детей, является бичом.

Я к чему это всё сказал, я сказал это к тому, что на сегодняшний день, действительно, у нас сегодня нет нормативно-правовой базы или нет законодательной базы, которая бы жёстко регламентировала и упорядочивала этот вопрос с питьевой водой. Я сейчас не касаюсь минеральной воды, здесь как бы, более-менее ясно и понятно, я беру только чистую питьевую воду. Но чистая питьевая вода, это не только, скажем, поступление воды, это и прохождение по трубам, это и водоотведение, и самое главное, водоочистка.

Так вот, на сегодняшний день треть населённых пунктов, особенно малых населённых пунктов Российской Федерации, потребляют воду из от-

крытых источников или из открытых водоёмов. Вот. И единственный способ, которым вода обезвреживается, это хлорирование. К чему приводит потребление хлора ну учёные и медики тоже могут сказать.

Во многих населённых пунктах и во многих регионах отсутствует как таковая система очистки или система очистки, сброса, ну, сточных вод. То есть если, скажем, в таких крупных городах как Хабаровск потребляют воду из открытого источника, из реки Амур, очищаются путём хлорирования и отстоя и при этом не имеют, допустим, вышестоящие населённые пункты очистных сооружений, то понятно, что попадает в кран жителям Хабаровска.

Кроме этого очень большая проблема с трубами. То есть нам в наследство от Советского Союза достались металлические трубы, мы все прекрасно знаем по разным данным, что всего лишь 0,4 процента ежегодно заменяется водоподводящих труб, а износ имеют уже 70 процентов, как минимум. Это тоже проблема.

Поэтому когда сегодня мы организовывали «круглый стол», а мы «круглый стол» организовали в преддверии больших парламентских слушаний, которые будут проходить у нас 7-го числа и будут касаться продуктов питания, генно-модифицированных продуктов питания и биотехнологий, мы хотели понять или наметить проблемы, которые сегодня у нас существуют с водой, объединить их с проблемами продуктов питания, и всё-таки попытаться выйти сегодня на написание регламентов и на создание законодательной базы. Которая бы, ну, я понимаю, что не сможет полностью, но хотя бы каким-то образом попыталась бы регламентировать и навести порядок в этой отрасли.

Дело в том, что подкомитет наш впервые создан, поэтому, если честно, очень много проблем, очень много непонятных вопросов, очень много ограничений. И было решено попытаться собрать специалистов, чтобы из первых уст услышать и понять: что нам как законодателям нужно сегодня сделать или постараться сделать для того, чтобы этот вопрос как-то привести в соответствие.

Петров Д. Ю. Сергей Иванович, я дополню по водопроводной воде, уже как председатель правления Национального института технического регулирования, потому что этой темой я тоже в своё время занимался. Я помню лет восемь назад были в Государственной Думе слушания по проекту технического регламента на водопроводную воду. И одной из главных проблем было что избыточное количество показателей безопасности установлено. То есть если в странах ЕС, в Америке нормируется, ну я не помню сейчас точно, 30–40 показателей, вот примерно такой порядок, то у нас около ста. И когда разработчиков спросили, а какое количество водопроводов в стране соответ-

ствуется этим требованиям, то разработчики подумали и сказали, ну, примерно половина. Потом ещё подумали и сказали – нет, процентов 10–15 реально.

И на мой вопрос: а как же вы будете вводить эти требования, если вся водопроводная система страны им не соответствует, ответ был очень простой: техническим регламентом предусмотрено право главных санитарных врачей субъекта Федерации, города, населённого пункта какого-либо, вводить временные требования. И сейчас так страна живёт.

Вот с тех пор прошло восемь лет, и, собственно, ничего не изменилось. Действуют ли СанПиНы на водопроводную воду? Не соблюдают процентов 90 водопроводов. То есть им соответствуют только наиболее крупные города. И все живут по временным нормам.

Поэтому, на мой взгляд, правильный путь – это необходимо требования гармонизировать с международными. При этом, естественно, учитывать, что у нас могут быть специфические загрязнители, которые не предусмотрены в международных документах. У нас были в своё время аварии в Челябинске и в Чернобыле, и захоронения всевозможных химических отходов, что, естественно, может, так сказать, создавать определённые проблемы. Но эти требования необходимо приводить в соответствие с международными. И только после этого уже принимать необходимо комплексную программу, в целом государственную программу, в целом по России, по модернизации, естественно, системы водоснабжения. Потому что если этой идеей заниматься сейчас и пытаться соответствовать требованиям, которые есть, это просто будут нереальные и неподъёмные деньги для экономики страны. Всё.

Петрухина М. Меня зовут Марина Петрухина. В прошлом созыве я помощник депутата Пекарева В. Я.

Мы плотно занимались программой с нуля «Чистая вода». И я должна сказать, что проблема водоочистки, труб и так далее, это всё решает федеральная целевая уже программа, которая называется «Чистая вода». И на неё запланированы достаточно серьёзные деньги. И не просто достаточно серьёзные, а очень большие деньги, то есть порядка 15 триллионов изначально должно было быть такое финансирование.

В рамках этой, собственно, программы возникли проблемы с так называемыми фильтрами Петрика, которые внедрялись как раз (должны были внедряться) в глобальном смысле – в масштабах Федерации. И мне кажется, что путать вот эту проблему воды в трубах или воды из кранов и воды бутилированной в нашей стране, конечно же, совершенно точно не стоит.

Конечно, мы бывали и в Европе, и в Америке, и знаем, что там вода из-под крана пьётся. Мы знаем, в течение какого времени там решалась эта проблема. Будем надеяться, что в рамках программы «Чистая вода» она точно так же решится и в нашей стране, в том числе вот с этими временными

СанПиНами, которыми пользуются там СЭС на местах и так далее. То есть эта проблема решается в Правительстве Российской Федерации на серьёзном уровне.

Проблема же технических регламентов по воде бутилированной и минеральной воде – это самая запутанная история, в которой почему-то ещё и больше, больше, больше путаницы возникает.

Сейчас задавался вопрос: как будут гармонизироваться все наши СанПиНы, ГОСТы, все наши не принятые, но внесённые в Государственную Думу технические регламенты по минеральной воде с Таможенным союзом и с ВТО? Так на это конкретного ответа и нет. То есть это большая работа, которая должна проходить в рамках комиссии Таможенного союза, по крайней мере. И чётко нужно действительно сформулировать и чётко обосновать, почему именно мы такие-то воды так-то называем, такие-то – так-то. Чтобы не было путаницы, прежде всего, в голове у потребителя и у производителя.

Петрухина М. Ну да, и у производителя. Но производитель преследует свои экономические цели и цели... То есть это, конечно же, очень важно. Это тоже доля ВВП. Но нужно, наверное, законодателю вернуться к этому техническому регламенту, который внесён к первому чтению, и его доработать. В принципе он есть, и он, наверное, неплох.

Фургал С. И. Я хотел бы сказать сразу по программе. Это что касается чистой питьевой воды. Да, действительно до 2017 года принята программа, так называемая «Чистая вода», да, или чистая питьевая вода, вообще она называется «Чистая вода». Но я хотел бы сказать, что она на сегодняшний день идёт очень медленно, очень медленно. Поэтому мы встали сегодня перед вопросом, точнее, перед проблемой, которая разбита, действительно, на две части.

Первая: это чистая питьевая вода, которая нам поступает через кран, и те проблемы, которые нужно решать, а их сегодня, абсолютно правильно сказали, невозможно решить только путём очистки, да, но нужно и сети, и... до конечного потребителя. Хотя, и в том числе, каким методом будет обеззараживаться вода, очищаться вода и подаваться в сети водопроводные – это тоже имеет очень большое значение. И здесь тоже необходимо принимать закон или регламентировать: всё-таки мы будем продолжать хлорировать или мы всё-таки будем применять более современные, другие методы очистки. Это одна проблема.

Вторая проблема именно вот по минеральной воде, по бутилированной воде. Хотя и существует мнение, что мы там вступаем в ВТО, мы идём в рамках Таможенного союза, тем не менее я не думаю, что здесь прямо уж такая серьёзная проблема сделать техрегламент. Техрегламент, действительно

но, лежит сегодня в Государственной Думе, он готов к первому чтению. И я думаю, что в любом случае он выйдет на первое чтение и ко второму чтению, понятно, там будут поправки. Можно будет предусмотреть просто параметры, ну, или можно будет, скажем, навязать своё видение проблем. Можно обратиться к международной практике. Это всё решаемо, хотя, конечно, проблема очень серьёзная.

И думаю, что будет ещё не один «круглый стол», будет ещё не один спор, и будет ещё не одно заседание. Потому что в этом вопросе, действительно, переплелись интересы очень многих. С одной стороны, мы понимаем, что это огромные бюджетные деньги, с другой стороны, – есть производители воды, которые тоже не хотят своего упускать: торговля и тому подобное. Поэтому вот пока что мы стоим в начале пути. Но то, что техрегламент нужно принимать, это уже, конечно, не вызывает никакого сомнения. И этим, я думаю, мы и будем заниматься.

Председательствующий. Я думаю, что это тоже очень большая проблема, и я уверен, что её тоже нужно решать.

Но мне бы хотелось сказать, после нашего «круглого стола» мне бы хотелось или нам бы хотелось всё-таки получить письменные предложения, письменные предложения, можно прямо в Комитет по охране здоровья, с разными видениями проблем, с разными видениями решения проблем.

Поэтому, к сожалению, у нас уже «круглый стол» заканчивается и в концовке мне бы хотелось сказать, что мы ждём письменных предложений в комитет от разных округов с замечаниями или с предложениями, всё, что касается воды, минеральной воды, питьевой, чистой воды, ну и всех остальных вопросов.

То есть мы сегодня все понимаем, что на самом деле мы стоим только в начале пути. Спасибо.

**Материалы «круглого стола» Комитета Государственной Думы
по охране здоровья на тему
«Кадровое обеспечение отрасли здравоохранения:
проблемы и перспективы»**

**СТЕНОГРАММА
«круглого стола»**

*Здание Государственной Думы. Зал 830.
21 июня 2012 года.*

***Председательствующий заместитель председателя Комитета
Государственной Думы по охране здоровья С. Б. Дорофеев***

Председательствующий. Добрый день, уважаемые коллеги! Во-первых, спасибо вам большое за то, что вы сегодня собрались, несмотря на тёплый, солнечный, жаркий день. Надеемся, что у нас сегодня будет плодотворная работа, и не зря мы потратим сегодня время.

Давайте сначала, наверное, познакомимся: кто у нас есть, кто пришёл, кого нет. У нас Авдеева Марина Геннадьевна, проректор по лечебной работе по дипломному образованию, Кубанский государственный медицинский университет. Анохина Антонина Васильевна, проректор по учебной работе Казанской госмедакадемии. Баклушин Алексей Евгеньевич, проректор Ивановской госакадемии по послевузовскому образованию. У нас Голубцов Александр Анатольевич, замгендиректора здравоохранения.

Денисов Игорь Николаевич – первый проректор Московского Государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова. Спасибо большое. Ваш покорный слуга Дорофеев Сергей Борисович. Егуров Вадим Александрович, директор департамента образования и развития кадровых ресурсов Минздрава России. Есина Надежда Николаевна, гендиректор ООО «АВЦ». Иванов Александр Васильевич, главный редактор журнала «Здоровье». Калинин Роман Евгеньевич, ректор Рязанского госуниверситета. Каграмян Игорь Николаевич, замминистра здравоохранения Российской Федерации. Должен быть, но нет. Извиняюсь.

Куликов Олег Анатольевич, депутат Государственной Думы, заместитель председателя Комитета по охране здоровья. Лесникова Марина Николаевна, исполнительный директор областной ассоциации врачей. Здесь у нас, да, Максимова Наталья Евгеньевна, главный врач, Тверской областной

психоневрологический диспансер. Майдыкова Элла Евгеньевна, минздрав Московской области. Есть у нас Машетова Лариса Константиновна, ректор Российской медакадемии последиplomного образования. Очень приятно.

Мурзабаева Салия Шарифьяновна, наш коллега, депутат Государственной Думы, нашего комитета. Натайлаков Мажид Ахметович, проректор по лечебной и научной работе, Башкирский госуниверситет. Натхо Разиет Хамедовна, это наш коллега, депутат Государственной Думы, член нашего комитета. Новицкий Вячеслав Викторович, ректор, Сибирский госмедуниверситет. Нет. Стоит плюсик. Огородова Людмила Михайловна, она сама по себе у нас, депутат Государственной Думы и член нашего комитета. Отвагин Игорь Викторович, ректор Смоленской госмедакадемии. Да, очень приятно.

Петровский Фёдор Игоревич, ректор Ханты-Мансийской госмедакадемии. Полунина Наталья Валентиновна, исполняющая обязанности ректора, Российский национальный исследовательский медуниверситет. Пономарёва Ольга Вячеславовна, начальник отдела социальных программ, представительство правительства Тюменской области. Здесь она у нас, да. Рошаль Леонид Михайлович, ну, думаю, не надо его представлять, все мы его знаем замечательно. Сажина Светлана Владимировна, ответственный редактор журнала «Здоровье». Хайруллина Лейсан Мансуровна, начальник отдела развития ГБОУ ДПО КГМА Минздравсоцразвития России.

Шебаев Георгий Анатольевич, министр здравоохранения Башкортостана. Шевкун Денис Леонидович, управляющий ГУП «Центральная аптека». И ещё у нас есть Карягин Александр Вячеславович, ЗАО «Медси». Да. Шрайдин Владимир Адамович, представитель Ханты-Мансийского автономного округа. Кмимов Валерий Николаевич, врач-эксперт, Москва. Малышев Николай Алексеевич, главный инфекционист города Москвы, профессор. Максимкина Елена Анатольевна, директор департамента Минздрава России. Барабанов Вадим Юрьевич, завкафедрой, я так понимаю.

Давайте мы посоветуемся и решим, как будем поступать. Понятно, что кадровая проблема сегодня в отрасли здравоохранения, она, наверное, самая главная. Самая главная та, от которой зависит успех реализации многих начинаний, в том числе и президента, и правительства, и реализация последнего проекта по модернизации здравоохранения. Мы все, наверное, это очень хорошо, все, кто присутствует здесь, понимаем. Понимаем точно так же, что нет простых каких-то решений для этой очень не простой проблемы. И при всём том, я думаю, что все понимают, что непростая проблема и простых решений нет, очень хочется найти какие-то механизмы, которые бы сегодня тоже помогали нам, сегодня помогали бы решать эту проблему. И мы очень надеемся, что и все присутствующие здесь руководители вузов, кто

приехал, и руководители органов управления поделятся своими соображениями, знаете, не столько теоретическими, наверное, может быть, сколько более практическими предложениями. У кого-то что-то получается, есть какая-то хорошая идея, чтобы это можно было услышать. Может быть, чего-то нам не хватает в законодательстве, чтобы мы смогли эту проблему начать бы решать более энергично. Понятно, как бы её ни нарешал, процесс подготовки специалиста, он имеет определённое количество времени.

Но мы точно так же понимаем, что на рынке труда есть определённое количество специалистов, которые по определённым соображениям не идут в здравоохранение или уходят в какие-то смежные области. Вообще, хотел бы, чтобы их вернуть, чтобы это работало на наших, в конце концов, пациентов, на всю систему, чтобы легче стало коллегам и врачам, и медицинским всем остальным работникам, потому что всё остальное это вот как-то без них тяжело воплощать. Любые идеи воплощают люди.

Я бы хотел не очень утруждать вас своим вниманием. Хотел бы попросить Людмилу Михайловну Огородову выступить. Она у нас один из главных разработчиков этого «круглого стола». У неё есть свои соображения, свои взгляды и свои предложения тоже по ведению, вопросы, которые я хотел бы обсудить. Поэтому, Людмила Михайловна, вам слово.

Огородова Л. М. Я также приветствую всех, кто сегодня прибыл на этот «круглый стол». И огромное спасибо вам. Мы действительно ожидаем сегодня начала разговора в условиях формирования нового правительства, вот почему «круглый стол» сегодня. На самом деле в последнее время было очень много различных мероприятий, которые были посвящены и анализу, и точкам зрения, в том числе и правительства, на вопросы, решения в области кадровой политики. Но я просто думаю, что, поскольку сейчас идут распределения выпускников, прошло около полугода с начала запуска Земского проекта, то, наверное, мы должны поставить себе какие-то задачи на начало работы, вот уже с сентября.

Бывая на территориях как депутаты Государственной Думы, мы собираем себе в карман, в повестку очень большое количество вопросов с территорий и очень большое количество проблем. Вот я хотела бы, чтобы сегодня мы, наверное, если не ограничились, то, по крайней мере, попробовали ответить бы себе на те самые главные вопросы, которые мы получаем с территорий, которые тоже готовы решать вместе с вами. У нас есть экспертный совет по кадровой политике в здравоохранении в рамках Комитета по охране здоровья, который мог бы в дальнейшем работать, реализуя вот те решения, которые мы сегодня примем. Поэтому хотелось бы, наверное, озвучить круг вопросов, которые мы хотели бы с вами сегодня обсудить.

Вопросы первые. Вот у нас перекос в кадровом наполнении или действительно дефицит кадров есть? Наполняемость врачебными кадрами, она

соответствует международному стандарту, уровню или нет? Или речь идёт только о том, что наши выпускники или наши врачи предпочитают работать в центральных медицинских учреждениях, высокотехнологичных там, стационарных и так далее, на городской территории предпочитают распределяться или получать специализацию, которая может приносить им дополнительный доход? Потому что зарплата врача, она сегодня всё-таки низка по сравнению с теми трудозатратами, эмоциональной нагрузкой, которые они имеют. И в этом смысле, если нужно решать вопросы относительно дефицита кадров или перекоса в этом направлении в управлении кадровой структуры, то где ответственность государства, а где будет ответственность территории по решению этих вопросов.

Ну, наконец, если есть какие-то предложения по системным механизмам решения этого вопроса, например, если вы считаете, что необходимо создать отдельную отраслевую программу по кадрам, например, или какие-то другие системные решения, то мы готовы их услышать сегодня, и записать в проект решения, и работать по ним.

Второе направление вопросов, которые хотелось бы сегодня обсудить, — это реализация проекта «Земский доктор». Нужно сказать, что это механизм краткосрочного решения проблемы. Её нужно решать сегодня и сейчас, потому что дефицит занятых ставок на некоторую территорию достигает 60 процентов, и по некоторым специальностям врачей вообще нет на некоторых территориях. И ситуация поэтому требует немедленного решения вопроса. И поэтому возник проект «Земский доктор».

Но все ли вопросы он решает? Если у вас есть информация с территорий... Она у меня есть, я, может быть, потом тоже поделюсь этим опытом, как в Томской области это решается, мы нашли некоторые механизмы, которые позволяют нам решать эти вопросы. Но каковы намерения выпускников — интернов, ординаторов ваших вузов, например, сегодня? Распределение ведь уже идёт. Увеличился ли поток выпускников, которые согласны поехать в рамках этого проекта «Земский доктор», в рамках другой социальной поддержки, муниципальной поддержки на местах, может быть? Или этот проект не решает всех вопросов, он их не закрывает, его надо расширять, дополнять?

Ну, наконец, вопрос, нужно ли продлевать этот проект, потому что он уже заканчивается? А у нас, например, в университете, пятый, шестой курс спрашивает: а нам нацеливаться на этот проект? А будет ли он продлён? А можем ли мы сейчас уже присматривать территорию, куда мы хотим поехать работать?

Следующий круг вопросов, которые хотелось бы обсудить, и это тоже очень важно, не только дефицит кадров, но и качество подготовки кадров.

И качество подготовки кадров в связи с тем, что у нас внедрён уже третий стандарт подготовки, образовательный стандарт. И в соответствии с этим образовательным стандартом у нас уже появляются выпускники. В 2016 году в соответствии с законом об охране здоровья граждан у нас будет новая модель аттестации выпускника: аккредитация, формирование листа по видам медицинской помощи. Что это такое? Как это будет развиваться? Потому что, мне кажется, что на местах ректоры, администрация вузов с трудом представляют себе, например, ответы на вопросы: где будет проходить подготовка выпускника будущего и его последипломная подготовка? На каких медицинских базах? Какое штатное расписание, например, преподавателей будет закладываться в эту подготовку? Этим будут заниматься высокотехнологичные центры или университеты?

Наверное, есть вопросы о том, а кто будет готовить или заниматься переподготовкой этих врачей? Не нужно ли нам тех врачей, которые будут готовить этих врачей, тоже где-то обучать, повышать их профессиональный уровень? А появится ли у нас академический обмен, действительно, в рамках международного сотрудничества? Как он будет выглядеть? Готовы ли мы к этому академическому обмену? Есть ли запрос на него?

Ну и, наконец, последний вопрос. Мы всё-таки говорим о том, что основной задачей подготовки выпускника медицинского вуза является подготовка врача первичного звена и потом его дальнейшая подготовка по специальности, по специализации и так далее. А те врачи, которые будут работать в центрах высокотехнологичной медицинской помощи, я имею в виду, в первую очередь, лабораторную службу, высокоинтеллектуальную диагностику с той аппаратурой, которая поступает сегодня в эти центры, в эти учреждения, исследовательские процессы, которые этими врачами должны вестись. Вот подготовка этих врачей и качество их работы, как будет регулироваться? То есть, я сейчас уже говорю о механизмах долгосрочной работы с кадрами, подготовки кадров, потому что основой всё-таки кадровой политики является привлекательность отрасли. А привлекательность отрасли – это не только уровень заработной платы, как говорят нам наши выпускники, а это всё-таки и технологическое оснащение отрасли, наличие технологий вот тех, которые за рубежом используются, которые и чувствительны, и эффективны для диагностики и лечения пациентов. Это очень важные вопросы для нашей молодёжи сегодня.

Я была бы очень благодарна, если бы сегодня смогли обсудить эти вопросы, какие-то болевые точки обнажить и предложить и, самое главное, какой-то опыт, может быть, или предложения в решении.

Председательствующий. Вадим Александрович Егоров, подготовить потом Анохиной Антонине Васильевне.

Егоров В. А. Конечно, тема по кадровому обеспечению здравоохранения является достаточно острой, и мы её уже достаточно давно обсуждаем и с Национальной медицинской палатой, и с Государственной Думой Российской Федерации. Потому что действительно проблемы есть. Проблемы есть в обеспечении кадрами, в занятии ставок наших должностей, и я в сегодняшнем докладе, конечно, некоторые цифры приведу.

Но мы должны с вами прекрасно понимать, что эффективность деятельности всей системы здравоохранения во многом зависит и от качества работы медицинских кадров и управленческого звена, которое напрямую связано с уровнем подготовки специалистов системы здравоохранения и их профессиональным развитием, а также рациональным размещением и использованием медицинских кадров. Обеспеченность системы здравоохранения медицинскими кадрами в свою очередь определяет доступность и качество оказания медицинской помощи населению.

По состоянию на 1 января 2011 года в учреждениях здравоохранения системы Минздравсоцразвития России работало 619 тысяч врачей и миллион 300 медицинских работников со средним профессиональным образованием. Обеспеченность на 10 тысяч населения составила врачами 43,4, средним медицинским персоналом – 92,4. Ну, за этими сухими цифрами, на самом деле, мы никогда не увидим коэффициент совместительства, и мы никогда не увидим средний возраст. Поэтому, конечно, только основываясь на этих цифрах, говорить о кадровом обеспечении нельзя.

Ситуация у нас достаточно стабильная и мы отмечаем, правда, мы отмечаем с 2010 года отток по врачам, а с 2009 года мы отмечаем отток по средним медицинским работникам, по физическим лицам.

За последние 5 лет приток врачей составил около 3 тысяч человек, в 2008 году количество врачей у нас увеличилось на 5,4, в 2010 году – на 13 тысяч человек. Около 7 процентов врачей, 15 процентов средних медицинских работников работают в учреждениях здравоохранения, расположенных в сельской местности, а в сельских районах у нас отмечается самая большая нехватка специалистов различного профиля.

Если национальный приоритет и национальный проект в сфере здравоохранения позволил решить эту проблему по обеспечению врачами первичного звена здравоохранения, то по врачам узких специальностей... Конечно, у нас на селе их, откровенно говоря, совсем не хватает.

Отмечается и неоднородность показателя обеспеченности населения врачами, средними медицинскими работниками среди территорий. Наибольшее значение показатель обеспеченности врачами в 2011 году отмечен в Северо-Западном федеральном округе, наименьшее – в Северокавказском федеральном округе. Максимально высокий уровень обеспеченности врача-

ми отмечается в Чукотском автономном округе, Санкт-Петербурге, Москве, Северной Осетии. Минимальные уровни обеспеченности врачами сохраняются в Чеченской Республике, но также и по Центральной России, это Тульская область, по северо-западной это Калининградская область.

В настоящее время острый дефицит врачебных кадров отмечается практически во всех типах учреждений здравоохранения, в подавляющем числе субъектов Российской Федерации, в сельских местностях, особенно в районах Крайнего Севера. Аналогичная ситуация складывается и со средними медицинскими работниками. Наибольшее значение показателя обеспеченности средним медицинским персоналом в 2011 году отмечено в Уральском федеральном округе. Наименьшее опять же в Северокавказском федеральном округе.

Для решения проблемы кадрового обеспечения учреждений здравоохранения в сельской местности у нас принят соответствующий федеральный закон, это программа «Земский доктор», которая даёт врачу по одному миллиону рублей на решение жилищных и других бытовых проблем при условиях работы на селе не менее пяти лет. В то же время опыт реализации этой программы уже показал, что ряд субъектов Российской Федерации, к сожалению, не могут им воспользоваться, поскольку административно-территориальное деление этих субъектов Российской Федерации просто... Ну, в ряде субъектов, там Магаданская область, Мурманская область, сёл практически вообще нет, соответственно закон на них не работает на эту категорию. У нас даже есть случаи, когда выделенными бюджетными ассигнованиями субъекты не смогут даже воспользоваться. Поэтому это, конечно, достаточно большая проблема, которая также требует решения, но на уровне законодателя, на уровне даже Государственной Думы.

У нас введён федеральным законом № 323-ФЗ федеральный регистр медицинских работников. Он ведётся в настоящий момент всеми субъектами Российской Федерации и уже на сегодняшний день есть федеральный регистр. Данные федерального регистра можно получить по распределению медицинских работников в каждом субъекте, по возрасту, специальности, выделить количество специалистов, которые имеют квалификационные категории, какие у них сертификаты специалистов, также определить специалистов, которые долгое время не проходили повышение своей квалификации.

Однако есть тоже определённая проблема. Понятно, что регистр, федеральный регистр, он только-только начинает работать. И достоверность аналитической информации, конечно, зависит от качества введения регистра субъектами Российской Федерации.

А некоторые субъекты, к сожалению, относятся к этой работе несколько не так, как хотелось бы всё-таки нам. Мы отмечаем их по Республике

Ингушетия, по Чукотскому автономному округу, по Москве, по Ленинграду, по Архангельской, Псковской, Амурской областям, отмечается низкая активность по введению данного регистра.

Вместе с тем, развитие всей системы здравоохранения должно дать мощный импульс по работе с регистрами медицинских работников. Здесь, в первую очередь, мне хотелось бы просто отметить, отвлекаясь немножко, то, что этот регистр нужен не федеральной власти, этот регистр нужен, в первую очередь, самим субъектам Российской Федерации, поскольку данные территориального регистра, они открыты. И если оперировать этими данными, то можно чётко сформировать кадровый профиль субъекта Российской Федерации и с ним дальше работать.

Понятно, что у нас есть субъекты, которые имеют в своём ведении, на своей территории высшие учебные заведения. К сожалению, есть территории, где нет медицинского вуза. И вот с этими территориями, конечно, нам необходимо в дальнейшем работать. Почему? Потому что подготовка кадров сейчас, в настоящее время, в большинстве случаев осуществляется всё-таки медицинскими институтами, подведомственными Минздраву России, а не субъектами Российской Федерации.

Здесь мне хотелось бы отметить, что вот мы с этого года по заданию министра здравоохранения, тогда ещё и социального развития, ещё Татьяна Алексеевна была... Татьяна Алексеевна дала чёткое задание, чтобы мы в течение первого полугодия 2012 года встретились со всеми субъектами Российской Федерации и провели заслушивания кадровых программ субъектов.

Сделано это для одной задачи, сделано это для того, чтобы мы максимально эффективно сумели установить контрольные цифры приёма, это единственный механизм по управлению количеством подготовки специалистов, именно количеством подготовки специалистов для субъектов Российской Федерации.

И надо отдать должное, что в большинстве своём эта работа дала о себе знать. Потому что те данные, которые субъекты Российской Федерации сумели защитить, они позволили нам дать оценку: если мы выделяем контрольные цифры приёма, если мы выделяем место, то на это место точно придёт человек, это место не «сгорит» в общем объёме.

Есть, конечно, определённые проблемы. Проблемы в том, что мы выделяем контрольные цифры приёма, как только нам их Министерство образования и науки Российской Федерации спускает, в весенне-летний период каждого года. Это то время, когда уже выпускник определился со своей специальностью.

Конечно, это необходимо делать намного раньше, потому что формирование у выпускника выбора места своей будущей работы, конечно, происхо-

дит не за три дня до выпуска, оно происходит и должно происходить, где-то на третьем, на четвёртом курсе.

Поэтому объёмы подготовки специалистов, конечно, необходимо формировать не за несколько дней, а необходимо формировать на несколько лет вперёд. Тогда мы, соответственно, сможем существенно повысить заполняемость и, самое главное, мы сможем уйти от такого очень сложного фактора, когда мы дали диплом выпускнику, а он ушёл из профессии.

Это самое, на самом деле, обидное, когда, если человек ушёл с первого курса, его можно понять: не понравилась специальность, понял, что это не его. Но если государство заплатило и подготовило этого специалиста, потратило достаточно большие деньги, то потерять этого специалиста уже с дипломом это самое обидное.

Поэтому я считаю, что основная задача как вузов, так и субъектов Российской Федерации, это повысить именно процент «дохода» специалистов, которые у нас получили медицинское образование, чтобы они попали в отрасль. И эта задача, я считаю, она должна быть совместно решена как Министерством здравоохранения Российской Федерации, так и субъектами Российской Федерации.

До того времени, пока субъекты Российской Федерации не смогут сформировать свои кадровые программы, мы, к сожалению, так и будем решать исключительно оперативные задачи, исключительно оперативного характера.

Комплексное решение проблемы должно быть, и оно возможно только если мы сообща будем за несколько лет вперёд понимать, какая и где будет подготовка кадров, какая будет подготовка кадров и по каким специальностям.

Здесь есть ещё один момент, который нас как Министерство здравоохранения Российской Федерации очень волнует. Мы все прекрасно понимаем, что есть очень сложные темы с введением распределения. Эту тему мы, Леонид Михайлович, с вами достаточно много обсуждали и на площадке Государственной Думы. Ещё Президент Российской Федерации, тогда Дмитрий Анатольевич Медведев, чётко сказал, что возврата к распределению быть не может. Но в то же время мы совместно с Министерством образования и науки Российской Федерации разработали законопроект, его должны уже были внести в Государственную Думу, ответственным тут Минобрнауки России является, о финансовой ответственности выпускников, которые получили образование в рамках целевого приёма. Вот есть свободный конкурс, есть целевой приём. И если со свободным конкурсом мы особо сделать ничего не можем, действующее законодательство не позволяет, то работать с целевиками и заставить целевиков вернуться в распоряжение тех субъектов Российской Федерации, тех муниципальных образований, которые выдали им целевые направления, мы, соответственно, можем. Соответствующий за-

конопроект мы, ещё раз говорю, согласовали. Но здесь мы, когда проводили анализ и подготовку к согласованию этого законопроекта, мы столкнулись с очень тяжёлой проблемой. Проблема заключается в том, что субъекты Российской Федерации в большинстве своём, к сожалению, не занимаются со своими целевыми студентами. То есть целевой приём у нас ограничивается исключительно выдачей целевых направлений. Соответственно, льготный приём и всё. После этого целевиком никто не занимается.

В то же время у нас есть и хорошие примеры. Горьковская, Нижегородская область, я знаю, что достаточно чётко работает уже на этапе третьего курса, работает с целевиками, работает с теми со своими студентами, предлагает им в будущем место работы, предлагает им меры социальной поддержки, которые, конечно, позволяют решить ту проблему, которая налажена.

Что мы обнаружили, что сделано в настоящий момент? В настоящий момент в законе об основах охраны здоровья сделан достаточно большой рывок к тому, чтобы понятие само «медицинское образование», оно бы более вписывалось в действующее законодательство. Так, в законодательство введены понятия «клиника» и «клиническая база» как элементы структуры практической подготовки обучающихся, определён механизм взаимодействия государственных муниципальных образовательных учреждений. В то же время также есть определённая проблема, потому что многие высшие учебные заведения, получив от законодателя (в законе это чётко записано) право на безвозмездное пользование тем имуществом, которое предоставляется для клиник и клинической базы, пока что не могут решить вопрос с оплатой коммунальных услуг. Это вопрос очень тяжёлый, и мы его будем выносить на Правительство Российской Федерации, потому что коммунальные платежи являются очень тяжёлым грузом для высших учебных заведений, хотя мы все прекрасно понимаем, что подготовка кадров нужна всем. И субъекты зачастую готовы освободить высшие учебные заведения от оплаты коммунальных услуг, но, к сожалению, большинство контрольных органов это не позволяет сделать, и, опять же поэтому, мы хотим вот эту тему на уровень правительства вынести.

Начиная с 2011–2012 годов, высшие учебные заведения осуществляют обучение студентов по программам высшего профессионального образования и по новым государственным образовательным стандартам, тем стандартам, про которые уже несколько слов сказала Людмила Михайловна. Отличием данных стандартов, конечно, является увеличение доли практической подготовки в процессе обучения, что позволит допускать выпускников к самостоятельной профессиональной деятельности. Для лечебного дела – это должность – врач участковый, терапевт, для педиатрии – это врач участковый, педиатр. Для того, чтобы сделать этот рывок, нам необходимо

решить очень важную проблему. Нам необходимо повысить качество подготовки специалистов и причём сделать это таким образом, чтобы выпускник вуза был готов работать на участке.

К сожалению, мы обращаем внимание, что не все высшие учебные заведения к этой работе пока что готовы. Эту задачу мы считаем первостепенной задачей Минздрава России. Поэтому буквально в понедельник министром здравоохранения принято решение, у нас вводится новая должность главного внештатного специалиста по медицинскому и фармацевтическому образованию. Эту должность будет занимать член-корреспондент Российской академии медицинских наук товарищ Маев Игорь Вениаминович, долгое время работавший в должности проректора по учебной работе Московского государственного медико-стоматологического университета. Основная задача, которая будет стоять перед этим человеком и нами, как федеральным органом исполнительной власти, это методическое сопровождение всего образовательного процесса. В первую очередь, конечно, сейчас это второй курс, потому что только второй курс зашёл, но нам необходимо обновить все программы, обновить программы подготовки специалистов, сделать так, чтобы эти программы подготовки были, соответствовали порядкам и стандартам оказания медицинской помощи, чтобы они были адаптированы к тем реальным условиям и профессиональной деятельности выпускников, что у нас произойдёт через несколько лет.

И самый главный момент – это, конечно, то, о чём тоже Людмила Михайловна говорила, это переход с 2016 года на процедуру аккредитации. Вот аккредитация, она от сертификации отличается не просто названием. Сертифицируется специальность, а аккредитовываться будет должность. Это, наверное, такой один из существенных моментов, потому что мы тем самым сможем уйти от той проблемы, о которой ещё и Игорь Николаевич Денисов говорил, что бывают и не оперирующие хирурги, которые работают в поликлиниках, а формальный сертификат хирурга один. Чтобы этой темы у нас не произошло, аккредитация специалиста будет учитывать профессиональные компетенции каждого человека. Умеешь делать аппендэктомию? Не умеешь, значит, соответственно, у тебя этого права не будет.

Для того, чтобы система аккредитации заработала, а она должна заработать с 2016 года, мы должны совместно с медицинской общественностью установить критерии этой аккредитации. Потому что сейчас пока что её ещё нет. И мы должны определить критерии, по которым мы будем проводить эту аккредитацию, определить орган, который будет проводить эту аккредитацию, и, соответственно, те документы. То есть сделать всю нормативную базу под это дело.

Безусловно, работу по пересмотру учебных программ мы планируем..., это будут делать не сотрудники Минздрава России. Это будут делать специа-

листы. В первую очередь мы хотим привлечь специалистов Всероссийской академии медицинских наук, профессионального сообщества, те ведущие высшие учебные заведения, которые имеют уже опыт работы. Потому что без этой работы мы просто не будем сдвигаться с места. Медицинское образование, оно всегда придерживалось традиционной системы обучения. Но в то же время мы должны понимать, что мы должны двигаться вперёд.

Одна из задач, которую поставила Вероника Игоревна, это существенное усиление фундаментальной подготовки, фундаментальной подготовки на этапе именно студентов, не на этапе послевузовского профессионального образования, а именно студентов. Это необходимо для того, чтобы студенты у нас были конкурентоспособными. У нас есть высшие учебные заведения, которые действительно работают по фундаментальным наукам достаточно сильно. И все те наработки они внедряют в образовательный процесс. Но, к сожалению, это не всё.

Поэтому в ближайшее время, вот как раз у нас сейчас, начинается второй этап по новым государственным образовательным стандартам. Поэтому уже к сентябрю мы планируем направить в высшие учебные заведения методические рекомендации. И, более того, с сентября месяца начинается масштабная акция от Минздрава России по повышению квалификации профессорско-преподавательского состава. В первую очередь, мы берём преподавателей первого и второго курса, с 2013 года мы уже начнём повышать квалификацию преподавателей третьего, которые задействованы на третьем курсе. Потому что без... Если мы не будем давать студентам основы биоинформатики, не будем давать им основы современной биохимии, молекулярной генетики, то без этого использовать современные методы диагностики и лечения просто невозможно. Работа достаточно сложная. И, конечно, мы к ней также будем привлекать уже не только Российскую академию медицинских наук, но и Российскую академию наук.

Безусловно, требует изменений и система подготовки в преддипломном образовании. Вы знаете, что в этом году у нас введены понятия «федеральные и государственные требования». Это аналог государственного образовательного стандарта, только на этапе после вуза. Туда введена симуляционная подготовка. Но в то же время мы ввести-то её ввели, а высшие учебные заведения в полном объёме пока что не могут у себя использовать те симуляционные тренажёры, симуляционные навыки, которые должны быть. Поэтому в бюджет 2013 года мы планируем заложить финансовое обеспечение под развитие симуляционных классов в высших учебных заведениях. Без этого, соответственно... Понятно, что это работа не одного года. Но если мы эту работу начнём уже в 2013 году, к 2016 году все высшие учебные заведения смогут уже эти симуляторы у себя иметь, наладить поток по симуляцион-

ной подготовке, которая потом будет использоваться не только на этапе после вуза, но и будет обязательной и должна быть обязательной и на этапе повышения квалификации специалистов. Потому что здесь действительно, что греха таить, многие приезжают на повышение квалификации, которая в некоторых моментах устарела.

Для чего человек приехал на повышение квалификации? Чтобы получить новые знания, получить основу работы новой техники. И для этого как раз мы и планируем в высших учебных заведениях создать эту систему к 2016 году, которая будет являться в том числе и основой по аккредитации и основой при аккредитации специалистов.

Убеждён, что вот если мы все эти моменты сумеем решить... Вот сейчас мы формируем «Дорожную карту», мы как раз уже к сентябрю планируем уже доложить, и по этой «Дорожной карте» мы планируем провести большое мероприятие с Минздравом России, с субъектами Российской Федерации совместно, собрать и руководителей органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, и руководителей высших учебных заведений, чтобы скоординировать эту работу, и чтобы она соответственно уже давала какие-то достаточно большие результаты.

В решении данного заседания «круглого стола» мне хотелось, конечно, чтобы было записано наше пожелание, чтобы субъекты Российской Федерации, конечно, продумали, каким образом они будут у себя принимать программы развития кадрового обеспечения свои собственные, субъектовые. Мы готовы здесь соответствующую помощь оказать, особенно тем субъектам, которые не имеют на своей территории высших учебных заведений, чтобы была по каждому субъекту «Дорожная карта». И тогда мы сможем уже по каждому субъекту прицельно работать по повышению данной работы.

Понятно, что здесь я рассказал только, наверное, о тех основных моментах, чтобы мне время особо много не занимать, но готов, естественно, и на те вопросы, которые будут, соответственно ответить.

Председательствующий. Субъекты-то должны такие программы принимать. А вот как вы считаете, федеральная такая целевая программа должна быть, скажем, «Медицинские кадры»?

Егоров В. А. Безусловно, такая федеральная целевая программа... Вы знаете, что сейчас работает, сейчас существует указ Президента Российской Федерации, соответствующее постановление правительства о разработке федеральных государственных программ. Есть программа развития образования, есть программа развития здравоохранения, они сейчас проходят соответствующее утверждение в федеральных органах исполнительной власти.

Мы в программу развития здравоохранения, в нашу ведомственную программу этот блок записали. Но в то же время эта работа, она носит больше

рамочный характер. А вот та прицельная, о которой я говорю, для каждого субъекта, она уже будет. То есть мы рамку поставили вот в этой программе, как только она будет принята. А нужны соответственно уже конкретные решения, потому что нельзя под одну гребёнку мерить Чукотку и Ленинград. Понятно, что мы здесь уже должны в рамках той программы, которую мы будем принимать, учитывать особенности каждого субъекта Российской Федерации.

Из зала. Можно вопрос? Вадим Александрович, а эта программа «Кадры», которая внутри государственной программы развития здравоохранения, она финансированием планирует быть подкреплённой? Будут разнесены вот ответственности федерального уровня и территорий по решению проблемы кадровой? То есть надо же эти функции, мне кажется, как-то разносить.

Егоров В. А. Совершенно верно. Здесь в настоящий момент финансовый блок ещё утверждается Министерством финансов Российской Федерации. То есть пока что у нас на этапе согласования только смысловая часть. Финансовый блок будет после того, как его согласует Минфин, Минэк. В любом случае здесь у нас пока что идёт, нам надо по смыслу договориться с Министерством образования и науки Российской Федерации, которые хотят весь блок подготовки кадров пока что взять на себя. Поэтому, как только будет решён этот вопрос, то и вопрос с финансовым обеспечением, он соответственно будет там также отражён.

Председательствующий. Ну, ещё вы её обсудите так публично достаточно, эту программу, наверное, очень важную для всех территорий, перед тем как её принимать. Было бы вообще замечательно.

Председательствующий. Анохина Антонина Васильевна, проректор по учебной работе, Казанская государственная медицинская академия.

Анохина А. В. Разрешите представить вашему вниманию некоторое видение данной проблемы Казанской государственной медицинской академией, которая занимается последипломной подготовкой. Это государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования, и есть своеобразное, конечно, видение проблемы.

Итак, всем известно, что (и статистика это неопровержимо доказывает) от 30 до 40 процентов выпускников медицинских и фармацевтических вузов, обучающихся на бюджетной основе, не работают врачами.

Формат взаимодействия учреждений высшего и среднего медицинского образования и органов управления здравоохранением на сегодняшний день устарел. Он не отвечает вызовам времени. Четырёхсторонние договоры, заключаемые с выпускниками вузов, зачастую формальны. И руководители органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, к сожалению, формируют любой заказ, как правило, хаотично, без глубокого анализа необходимых специалистов.

В свою очередь выпускники вузов, выбирая специальность, плохо себе представляют проблемы трудоустройства. И отсутствие такой координации госзаказа и реальной потребности в специалистах приводит, естественно, к диспропорции кадровой обеспеченности отрасли.

Наше учреждение является координатором по послевузовскому и дополнительному профессиональному образованию специалистов здравоохранения Приволжского федерального округа. И те данные, которые поступают к нам из субъектов региона, позволяют после соответствующего анализа сделать некоторые выводы. Так, например, совместная работа образовательных учреждений и министерств, и ведомств здравоохранения Приволжского федерального округа за последние два года позволила улучшить ситуацию, позволила сделать некоторые положительные шаги на рынке труда.

Так, например, в 2011 году нетрудоустроенными остались только 10 процентов выпускников интернатуры и ординатуры Приволжского федерального округа, что в полтора раза меньше по сравнению с 2010 годом. Среди выпускников интернатуры их число сократилось в 3,5 раза, что тоже, в общем-то, на наш взгляд, достаточно хорошая позиция.

В то же время по тем данным, которые подверглись анализу, в системе здравоохранения Приволжского федерального округа отмечается существенный дефицит кадров по основным специальностям: это хирурги, терапевты, врачи скорой медицинской помощи. И настораживает то, что именно выпускники этих специальностей не могут найти себе работу на рынке труда. Вероятно, вот как раз имеет место какая-то дискоординация действий одних и других. Видимо, нужна какая-то такая политика, которая бы объединяла, координировала эти вопросы.

Статистический анализ показывает, что медицинских кадров Приволжского федерального округа в большей степени не хватает на селе.

В 2010–2011 годах в ряде регионов Приволжского федерального округа молодые специалисты получили поддержку при оформлении земельных участков под строительство жилья, при выплате ипотечного кредита. Молодым специалистам выплачивались подъемные. В ряде регионов в лизинг на пять лет предоставлялся автотранспорт. Заинтересованные в молодых специалистах работодатели нередко посещали учебные заведения. Эффективное взаимодействие медицинских образовательных учреждений с местными органами исполнительной власти республик и областей имело положительный результат. Выпускники интернатуры и ординатуры медицинских вузов Башкирии, Мордовии, Нижнего Новгорода, Ижевска, Кирова, Саратова, Казани вдвое чаще, чем до 2010 года, выбирали село местом своей будущей работы.

Однако в целом по региону статистические данные последних лет доказывают, что молодые специалисты предпочитают устраиваться хоть

и не по специальности, но всё же в крупных республиканских и областных центрах. И некоторые опросы позволили сделать вывод, что среди причин называется, во-первых, возможность профессионального роста и развития в современных медицинских центрах, оснащённых высокотехнологическим оборудованием.

И, во-вторых, что немаловажно для молодых семей, это наличие развитой инфраструктуры и социальной сферы.

Как справедливо отметила Вероника Игоревна Сковрцова, весь вклад в обучение студента должен вернуться отработкой не менее трёх лет по специальности. Нам думается, что введение кадрового планирования и возврата выпускников вуза по месту заключённых договоров, может быть наиболее оптимальным выходом из создавшейся ситуации.

Примером может служить Кировская область, где заключённые четырёхсторонние договора реально работают, и, согласно договору, выпускник обязан отработать три года по месту, указанному в договоре.

Нельзя не остановиться на условиях подготовки будущих медиков. Подготовка высококвалифицированных специалистов для отечественного здравоохранения невозможна без обучения практическим навыкам. Однако некоторые законодательные и нормативные акты последних лет несколько осложнили этот процесс и необходимо совершенствовать то нормативно-правовое регулирование, которое на сегодня несколько отстаёт от времени. Вузам и профессорско-преподавательскому составу зачастую приходится быть в униженном положении перед администрацией лечебных учреждений для того, чтобы провести практические занятия с будущими специалистами. А как иначе научить будущих специалистов-медиков, особенно если мы занимаемся послевузовскими формами обучения? А значение клинических баз образовательных учреждений зачастую ничем не отличается от обычных больниц, что тоже само по себе вызывает очень большие сложности в образовательном процессе.

Мы все очень ждём новое положение о клинической больнице, в которой должны быть отражены, конечно же, правовые основы участия преподавателей в медицинской деятельности данного учреждения. Новое положение о клинической больнице должно определить клинику, прежде всего, как образовательно-научно-лечебный комплекс.

Клинический центр по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, он, безусловно, должен быть оснащён в соответствии с современными стандартами, поэтому только в таком учреждении мы можем повышать квалификацию и продолжать обучение выпускников на последипломных формах образования. Он должен быть клинической базой образовательно-медицинского учреждения и эта база, эта больница, будучи клинической базой должна быть не просто престижной для медицинского учреждения, это

должно быть экономически выгодно, и медицинское учреждение должно быть удостоено этого звания.

Главная задача послевузовского обучения – это, конечно же, приобретение практических навыков. И поэтому, на мой взгляд, необходимо предусмотреть финансирование не однократное, а систематическое для создания симуляционных центров и обеспечения расходными материалами этих симуляционных центров, потому что это достаточно дорогостоящее мероприятие и просто из внебюджетных фондов образовательного учреждения это невозможно потянуть. И это необходимо, прежде всего, для подготовки специалистов хирургического профиля. Вот таких рукодельников научить без симуляционных центров невозможно. Образование такого уровня должно соответствовать зарубежным стандартам подготовки специалистов, иначе здесь просто мы не выдержим никакой конкуренции.

В настоящее время профессорско-преподавательским составом нашей академии разработана программа, ну, как пилотный такой проект, подготовки продвинутых хирургов-эндоскопистов на цикле «Мануальные навыки в эндоскопической хирургии. Продвинутый курс, с отработкой сложных операций на свиньях». Вот что мы, так сказать, придумали сделать в качестве симуляционного такого курса для того, чтобы повысить квалификацию хирургов-эндоскопистов.

Требуют безотлагательного решения, безусловно, на наш взгляд, нормативно-правовые вопросы сертификации специалистов. Потому что на рынке труда наблюдается напряжённость, именно связанная с разнородностью пониманий. Когда-то одни специалисты прошли и закончили учреждения и уже работали, а сейчас, имея новые требования и нормативные документы, законодательные документы, мы спотыкаемся о такую проблему, что сертификат не является документом государственного образца, это узковедомственный документ. И здесь, конечно, возникает очень большая проблема о выдаче.

На наш взгляд, вопросы сертификации специалистов ни в коем случае не должны смешиваться с учебным процессом. Это должно быть разведено, иначе о какой качественной составляющей образования может идти речь. Сами возим, сами грузим. Сами даём себе оценку.

Необходимы современные нормативные документы о возможностях дистанционного повышения квалификации специалистов здравоохранения. Актуальным является обеспечение образовательных медицинских учреждений методическими пособиями и рекомендациями для широкого внедрения дистанционных образовательных технологий в последипломный образовательный процесс.

И в заключение, уважаемые коллеги... Как представляется нам, сегодняшний откровенный разговор во многом будет способствовать обновле-

нию отечественного здравоохранения с сохранением его лучших традиций. Спасибо за внимание.

Рошаль Л. М. Я Министерству здравоохранения вот этот вопрос не задавал, потому что знаю ответ. Вот у вас в Приволжском округе, как вам кажется, сколько лет потребуется, чтобы решить кадровый вопрос по сегодняшнему состоянию?

Анохина А. В. Вы знаете, конечно, мне очень трудно судить, потому что я вижу только статистику этой проблемы. Но мне кажется, что при той динамике, которую мы видим на сегодняшний день, и поскольку мы ставим эти вопросы, как уже наболевшие, это не решится быстро.

С другой стороны, если мы сегодня примем решение о том, чтобы что-то двигалось, конечно, мы можем увидеть это ещё при нашей жизни, при жизни вот всех присутствующих, я так думаю.

Рошаль Л. М. А как вы относитесь к идее государственного распределения?

Анохина А. В. Вы знаете, наверное, очень важно в нашем разговоре это – слова и понятия. Может быть, я согласна с тем, что к старому пониманию того, что вы называете распределением, возврата быть не может. Оно уже ушло. Но поскольку договора должны заключаться не формально и отслеживаться, а это может быть решаемо только финансовыми какими-то механизмами, возврат вот тех направленных целевиков, это, безусловно, как раз то, о чём мы говорим. Координация госзаказа, для кого мы готовим этих специалистов. Мы должны чётко себе представлять: для кого это мы делаем?

Вот у наших выпускников порой я вижу немножко идеалистическое отношение, я бы сказала не совсем серьёзное: а я хочу быть эндохирургом. А ты где будешь работать? В эндохирургии. Я так хочу. На распределении я слышу, все хотят быть эндохирургами или акушерами-гинекологами. Задаёшь вопрос: а почему? Они много зарабатывают.

А ты знаешь, тебе-то заплатят? За что тебе должны заплатить? Что ты такого умеешь делать? А это неважно. Я хочу быть. Понимаете, вот такое легкомыслие, к сожалению, наших выпускников является, наверное, одним из факторов, по которому часть из них не идёт в практическое здравоохранение. Они не готовы столкнуться с реальными сложностями.

Рошаль Л. М. Всё же уточните, куда ушла проблема распределения выпускников? Уже ушло. Куда ушло?

Анохина А. В. В прошлое.

Рошаль Л. М. И почему ушло?

Анохина А. В. Наверное потому, что мы двигаемся вперёд. Действительно, мы перешли на такую систему, экономическую зависимость...

Рошаль Л. М. Я понял. Спасибо. Я снимаю вопрос.

Председательствующий. Спасибо, Антонина Васильевна.

Знаете, коллеги, что хочу сказать. У нас сегодня нет никого из прессы в принципе, кто бы нам мешал откровенно говорить. Есть пресса, но это своя, своя пресса. Нам так хочется думать, по крайней мере.

Очень хочется, чтобы мы поговорили откровенно. Очень хотелось бы призвать всех не тратить время на то, чтобы говорить что-то без конкретного какого-то предложения. Вот для чего проводили этот «круглый стол»? Сами понимали изначально, что он архинепростой. Можно сесть и сделать вид, что мы поговорили, отчитаться, что мы типа провели «круглый стол» на эту тему. Но в душе у нас есть задумка провести парламентские слушания по этому поводу. Как бы это более серьёзное мероприятие. Но перед этим хотелось бы просто поговорить. Вот считайте, что мы сегодня хотели бы поговорить с вами. Но только откровенно, давайте. Вот есть у кого-то мысли. Ну, скажите свои мысли. Может быть, они неправильные.

Вот Леонид Михайлович всегда говорит за государственное распределение. Вы знаете, я сначала был противник в душе, честно говоря, того, что бы это было. И мы с ним спорили на эту тему. А теперь являюсь практически сторонником, правда, с маленькой оговоркой, что плюс соцпакет гарантированный. Вопрос: а соцпакет? Давайте, может быть, мы его не будем отдавать на откуп каждой территории, а может быть, законодательно закрепим этот соцпакет, ну, назовём так, в кавычках, «соцпакет», который бы гарантировал что-то выпускнику конкретно, особенно в селе, и в городе, ну, везде тоже одинаково. Потому что если отдадим на откуп территориям, то если территория богатая, она сделает свой соцпакет и перетянет всех к себе. И мы видим: вокруг Тюмени всё замечательно, а шаг влево, шаг вправо, рядом территории там, Курган, где вообще, всё, вообще, никак. Просто никак. Хотя в принципе в шаговой, условно говоря, доступности всё. Одним повезло, что у них есть своя академия, другим не повезло.

Есть пример Ханты-Мансийска, который совсем вроде как небольшая территория, но зато у них медакадемия на балансе территории находится. А так-то, они взяли и придумали хороший вариант себе. Ты учишься бесплатно, но у них государственное распределение полностью в этом смысле. Если ты в интернатуру пойдёшь, то только после того, как ты сначала договор заключишь, что пойдёшь после интернатуры туда, куда тебе скажут. Тогда это будет для тебя бесплатно. А если ты не хочешь никуда, тогда плати деньги и иди в интернатуру или ординатуру, но за свои деньги. Есть такие мысли, есть такие примеры, у каждого, наверно, есть. Я думаю, что упование на целевую подготовку – это не о чем. У территории возможности небольшие. Потом нельзя свешивать, извините за такое выражение, эту проблему на территории и сказать: у тебя есть деньги? Ну и готовь сам

за свои же деньги. У нас все вузы – федеральные учреждения, есть федеральный бюджет. Он должен, вообще, планировать.

Я почему говорю про федеральную целевую программу? Потому что если вузы в основном поставщики специалистов, а вузы федеральные учреждения, значит, идёт речь о федеральной целевой программе, потому что основа-то эта должна быть. Вот другой вопрос, что надо ещё на эту целевую программу, кроме вузов, нацеплять ещё много каких-то других механизмов. Вот об этом хотелось бы поговорить и услышать бы мнение практиков: а мы считаем надо чего-то добавить вот туда, сделать вот это.

А проблемы сертификации, понятно, у нас есть. Я, кстати, так понял, что вы считаете, что сертификат специалиста сейчас должен выдавать не вуз, который проводит подготовку, а какая-нибудь другая организация, да? Почти революционное предложение из уст педагогов, потому что врачи об этом давно говорят. Потому что оценивать, естественно, должен кто-то другой, да. И у нас, кстати, в старых основах, помните, в старых основах именно был такой механизм заложен, что врачебное сообщество могло бы (теоретически только, подчёркиваю, потому что практического механизма не было), могло было оценивать и выдавать тоже сертификат специалиста. А в новых основах у нас, в той редакции, которая сейчас есть, категорически сказали, что этого не надо делать, что мы, типа, этого не умеем делать. Но в моём понимании действительно так должно было быть. Кто печёт, тот и съест, и скажет: я плохо испёк? Конечно, скажет, что это самый лучший пирожок. Правда? Спасибо большое. Извините, что немножко злоупотребил вниманием. Но хотел бы вас просто призвать к более откровенному разговору и более откровенным предложениям.

Огородова Л. М. А можно вот в связи с этим вопрос? Вадим Александрович, а у нас интернатура сохранится после 2016 года?

Егоров В. А. У нас, Людмила Михайловна, тема такая. С 2016 года у нас уже будет только ординатура, институты, интернатуры, как таковые, уходят. Но здесь есть одна маленькая оговорка. Дело в том, что в принципе интернатура и ординатура отличаются только одним – сроком обучения. Одна – один год, другая – два года. Поэтому ординатура у нас будет от 1 до 5 лет в зависимости от специальности. То есть, если есть специальность, не требующая подготовки пятилетней или даже двухлетней, то это будет, соответственно, называться так же, называться будет ординатурой, но срок будет отличаться. Здесь есть одна проблема, которую мы достаточно давно уже обсуждали, мы её будем выносить уже в сентябре месяце на наши слушания, на Совет ректоров медицинских вузов. Нам придётся установить перечень до 2016 года подготовки в интернатуре и ординатуре. Ну, до 2016 года, поскольку она сохраняется. И по требованию Минфина России дублирование специально-

стей быть не должно. То есть если специальность записана в интернатуре, то в ординатуре её уже не будет.

С одной стороны, рациональное зерно здесь есть, потому что у нас дублирование и формальное. Акушер-гинеколог с сертификатом, с дипломом об интернатуре, и тот же акушер-гинеколог с ординатурой ничем друг от друга не отличаются, у них права абсолютно одинаковые. Но одного мы готовили два года, другого мы готовили один год. Соответственно, чтобы этого не было, у нас уже... Мы в сентябре планируем обсудить этот вопрос, направить обсуждённый уже перечень, который именно медицинское профессиональное сообщество определит: какую конкретную специальность куда можно отнести. Мы его уже будем направлять в Министерство образования и науки Российской Федерации для дальнейшего утверждения.

А вот у меня единственный момент был по сертификации специалиста. Здесь мы уже от этой темы ушли. Подписан приказ, он пока что не зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации. Он так и лежит пока в Минюсте России на регистрации. Он долгое время... он и сейчас находится у нас на сайте Минздрава России – о том, что мы уходим от темы выдачи сертификата специалистам исключительно образовательными учреждениями. Там записано: это комиссии, в которые входят представители субъекта Российской Федерации, от образовательного учреждения, конечно, тоже есть представители, и, соответственно, представители профессионального сообщества. То есть тут эта тема, от которой мы уже ушли. То есть, как только этот приказ будет зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации, то у нас в течение вот этих вот четырёх оставшихся лет будет выдаваться сертификат специалисту уже по новой схеме.

Огородова Л. М. Это я просто к тому, что, если говорить сейчас о федеральной программе и об обсуждении предложений, которые мы будем вносить, мы всё-таки должны уже думать об этом механизме, который у нас появляется с 2016 года. Если мы сейчас начнём в короткие сроки, исходя из текущей ситуации, делать предложения, мы их даже провести не успеем через всякие там органы, утвердить законопроекты и так далее. Поэтому я и предлагаю увязать сегодняшнее обсуждение всё-таки с новой моделью подготовки врача. Вот немножко в эту сторону.

Председательствующий. Мажет Ахмедович Нартылыков, проректор по лечебной и научной работе, Башкирский государственный медицинский университет.

Нартылыков М. А. Уважаемые коллеги, тут уже много было сказано предыдущими выступлениями, поэтому я покороче. Я хотел озвучить две проблемы, по которым, возможно, будет вынесено решение нашего сегодняшнего «круглого стола». Первая проблема – это программа «Земский

доктор». Я приведу на примере Республики Башкортостан. Я не знаю, в каких регионах, какие финансы выделены, но в Республике Башкортостан выделено на эту программу 550 миллионов. То есть мы можем готовить для сельской местности уже сейчас 550 специалистов.

Что на сегодняшний день мы имеем? С начала программы составили договора 182 специалиста. Из будущего выпуска интернов, клинических ординаторов готовы подобные договора подписать почти ещё 30 человек. Было бы больше, есть тут одна проблема. В отдалении 200–300 километров от Уфы есть города, есть рабочие посёлки городского типа, где располагаются центральные районные больницы, в которых также имеется большой недостаток кадров. И они, эти центральные районные больницы, оказывают тоже помощь сельскому населению. Но, к сожалению, под эту программу специалисты туда не подпадают. И, естественно, возникают вопросы у выпускников, молодых специалистов: чем мы хуже Иванова, Сидорова и так далее? Мне кажется, если в рекомендациях сегодняшнего «круглого стола» будет говориться о возможном регулировании этой проблемы, то мы бы могли, наверное, насытить и те районы, которые также нуждаются во врачах для сельской местности. Это первая проблема.

И вторая проблема, она уже была озвучена коллегой из Казани, Антониной Васильевной. Но я хочу её ещё раз подчеркнуть, тем более, что я выступал в средствах массовой информации, и другие тоже выступали, – это правовое и юридическое регулирование места, роли профессорско-преподавательского состава.

К сожалению, на сегодняшний день преподаватели находятся в клиниках на птичьих правах. Мы все это прекрасно знаем. И то, что необходимо срочное принятие положений о клинических учреждениях или клинических кадрах – это жизненно необходимо. Без нормального юридического правового регулирования этого вопроса невозможно нормально готовить кадры для здравоохранения. И я бы просил ещё раз, соглашаясь с коллегой, в решение сегодняшнего «круглого стола» включить и этот вопрос.

Председательствующий. А вы как относитесь к государственному распределению?

Нартылыков М. А. Государственное распределение было великолепным в те годы, когда мы сами ещё учились. Я готов поддержать идею возврата к госраспределению тех студентов-выпускников, которые поступают по целевому направлению.

Председательствующий. Ну по целевому они и должны, это и есть, это обязательство. А тех, кто учится за счёт бюджета, вот вообще, в принципе?

Нартылыков М. А. К сожалению, и целевики не все едут, и половина даже не едет туда, откуда они пришли.

Председательствующий. Это понятно. Мы слышали, Владимир Анатольевич уже сказал, что они готовят какую-то бумагу устрашающую для них. Я так понимаю, что слишком много они будут должны, если они не поедут. Хотя и сейчас что мешает заложить какую-то ответственность в рамках договорных взаимоотношений, которые они подписывают, да? По большому-то счёту? А раз это не работает, значит, проблема эта глубже, наверное. Нужно ведь создать какой-то... Я понимаю, что тоже непростая задача создать даже такой социальный пакет, который бы мотивировал выпускника поехать куда-то даже при государственном распределении. Потому что если само по себе одно госраспределение, то я тоже противник, но если какой-то социальный пакет при этом будет, не знаю, машину там дадут при этом, ещё что-то там дадут ему, тот же самый миллион... Вот сейчас это тоже можно назвать соцпакетом определённым. Да? Его учат. И что ж теперь? За деньги государства учат, но это не означает, что он как солдат, он же ведь не в погонах. Почему я говорю, что мы должны в этом смысле каким-то образом отличаться. Вот кто погоны надел, я понимаю, у него там льготы определённые после этого будут. Он на пенсию уйдёт в 50 лет или в 40 лет. Мы-то нет, поэтому мы за себя тоже должны постоять в этом ключе, хотя, ещё раз говорю, это непростая задача. Пока село не будет обустроено, найти слишком много энтузиастов туда поехать... Но какие-то стимулы должны быть.

У нас вот раньше были же ведь стимулы, в том числе и законодательно сформулированные, по оплате, допустим, жилищно-коммунальных услуг. У нас же их забрали, да? Хотелось бы тоже услышать и по этому поводу мнения. По большому счёту из записавшихся у нас все, мы можем приступить к обсуждению всего, что мы услышали. Кто хотел бы выступить? Салия сказала, что она не будет, она будет в обсуждении. Могу или буду? Хорошо, Салия Шарифьяновна Мурзабаева, депутат Государственной Думы, член нашего комитета.

Мурзабаева С. Ш. Информацию, которая была сегодня представлена и которой мы все с вами располагаем, я думаю, не стоит повторять. Я абсолютно согласна с коллегами, что в решении кадровых проблем в нашей отрасли должен быть комплексный подход. Буквально месяц назад в рамках «круглого стола», который провёл наш комитет, обсуждался вопрос медицинского обеспечения населения в сельской местности. Да, сельской, здравоохранение в плане оказания медицинской помощи сельскому населению. И, безусловно, проблемы те же самые.

И единогласно и в резолюции, и в решении, и в рекомендациях нашего комитета было самым главным озвучено, что решать конкретно только проблемы здравоохранения в селе невозможно, не решив в целом вопросы поддержки села, решения и насущных сегодняшних проблем и проблем, касающихся развития села, инфраструктуры, дорог, транспортного обеспечения,

обеспечения жильём, обеспечения и медикаментами, и продуктами питания. То есть всех ежедневных бытовых вопросов, с которыми сталкивается сельское население.

Но особенно актуально всё это, конечно, для нас, для медицинских работников, и особенно работающих на селе. И поэтому я бы хотела, не отнимая у вас много времени, сказать конкретно свои предложения для обсуждения и вынесения сегодня для решения таких проблем. Вот Мажид Ахметович, мой коллега из республики (я Башкортостан представляю второй созыв, депутат), который представляет медицинских работников республики.

Сейчас мы столкнулись с чем. Хорошо, 558, получается, миллионов выделили республике, желающие на этот год уже есть, количество Мажид Ахметович озвучил, но получается перекося. В Уфе, например, в столице, где миллион с лишним населения, 40, 54, да, Георгий Анатольевич, 54 процента дефицита вакансий медицинских работников, врачей. Учитывая низкую оплату труда, учитывая, что на селе 25 процентов надбавки, и сейчас ещё миллион дали, и ещё наше правительство выделило 100 тысяч подъёмных, основная масса студентов, конечно, в эту программу включились. А Уфа и крупные города, там, где тоже дефицит кадров, остались без поддержки социальной.

И вот буквально неделю назад состоялось заседание городского Совета депутатов города Уфы, в котором и наш министр здравоохранения принял участие. Приняли решение о том, что нужно городу Уфа на уровне муниципального образования городского округа поднять программу, вернее, разработать программу в плане социальной поддержки медработников, работающих в городе. Потому что, если будет жильё, пусть муниципальное, пусть социальное, миллион этот нашим молодым специалистам не нужен. Если будет даже муниципальное общежитие на первых порах, потом будет льготная очередь, и так далее.

Но это опять связывается с нашим законом об основах охраны здоровья граждан, в рамках которого мы с вами сейчас работаем. Потому что практически в соответствии с этим законом полномочия мы передали в госсобственность, в ведение министерства здравоохранения, а в республиканском бюджете и у министра таких средств, чтобы обеспечить социальную поддержку медикам во всех городах, где сейчас главы администрации говорят: а медицинские работники сейчас не мои, за это отвечает Шебаев, а не я, глава администрации не несёт за это ответственность.

Он, конечно, несёт, потому что закон сейчас разрабатывается в рамках закона об основах охраны здоровья граждан, региональный закон, где будет расписано, за что отвечает местный глава администрации, за что отвечает министерство, за что правительство, но не во всех субъектах Федерации этот ещё закон разработан. Сейчас на стадии завершения, например,

в республике нашей разработка этого закона, так в этом законе будет полное противостояние со стороны органов, финансируемых Минфином России, Минэкономразвития России, которые скажут: мы не можем Уфе выделить столько-то средств на, скажем, обеспечение жильём и так далее. То есть вот есть моменты, когда, решая одну проблему, мы вторую проблему создаём.

Поэтому здесь, конечно, нужно нам вместе подумать о роли органов власти на местах для того, чтобы в вопросах соцподдержки они не ссылались на программу «Земский доктор» и не отодвигали на второй план. Это вот с чем мы сейчас столкнулись, эту проблему нужно решать на уровне глав администраций.

Вторая проблема, которая сегодня не была озвучена. Мы с вами все давно в системе здравоохранения, и работали, и учились, и преподаём, и мне бы хотелось поднять проблему и узнать мнения ваши, и предложения в плане повышения квалификации. Понятно, обучающая программа и обучение студентов, и повышение квалификации медицинских работников, это все хорошо. Но я считаю, не только на симуляционные центры нам нужно ориентироваться.

Вот у нас, например, мы, с чем сталкиваемся? Есть производственная практика официальная в каждом вузе, месяц её проходит студент, начиная после третьего курса. Ну, и где же проходят? Все студенты проходят практику в столичных клиниках, где их по 50–60 человек, а в район никто не едет или если едут, то единицы. А если в республиканской областной больнице 100 человек студентов, кто на них обратит внимание, если загружен?

Поэтому я считаю, что у нас есть необходимость пересмотреть порядок организации производственной практики студентов для того, чтобы они могли в летний период на самом деле получить какую-то квалификацию в плане своего обучения. Вот это, мне кажется, вопрос не обсуждается, и, может быть, есть опыт, который бы нам хотелось тоже от вас услышать.

Третье предложение хотела бы сказать в отношении использования клинических ординаторов тоже на селе. Вот мы говорим о нехватке, дефиците кадров в сельской местности, а у нас в клинической ординатуре практически 200 с лишним человек, да, ... ежегодно, например. Сколько? 220 клинических ординаторов за год одного года обучения.

У них по графику... Вот когда я обучалась в ординатуре, у нас был график работы по циклам: педиатрия, там, нефрология, пульмонология и так далее. А почему-то в сельскую местность тогда направляли. Сейчас я посмотрела, у меня сейчас два племянника проходят ординатуру, у них вообще в графике нет работы в сельской местности. А почему нет? Потому что нужно поработать и министерству здравоохранения, и мединституту опять с теми же главами, чтобы они им дали место проживания, дали командировочные, чтобы они тогда могли получить практику. А так получается, на самом деле, что

опять в одной областной больнице 80 ординаторов и места нет, квалификации нет и желания нет, потому что там слишком большая нагрузка.

Я думаю, что это один из резервов нашей проработки в плане возможности по графику, не обязательно только в летний период, особенно в период командировок врачей, которых единицы в сельской местности, направлять в село клинических ординаторов. Я думаю, что этот резерв нам нужно использовать, но для этого нужно решить вопросы дополнительного финансирования вузов в плане выделения средств на командировочные, решение социальных проблем, чтобы у них был стимул, мотивация.

Ну, и самая главная проблема, конечно, не только внимание сосредоточить на молодых специалистах, а тех, которые работают на селе. Вы знаете, что социальная поддержка медработников сейчас полномочия субъекта Российской Федерации. Постановлением Правительства Российской Федерации медработникам, работающим в сельской местности, если там находится их учреждение, компенсацию за коммунальные услуги повысили с этого года до 1200, но по нашим данным во многих субъектах этой компенсации нет, как с 2005 года было 250–300 рублей компенсация за коммунальные услуги, так и осталось. То есть, если мы не позаботимся о тех медработниках, которые работают на селе в плане социальной поддержки и в плане решения бытовых вопросов, то это решить невозможно.

Ну, и самое главное, конечно, заработная плата. Есть не только федеральные, но и региональные полномочия на повышение зарплат, поэтому этот вопрос не снимается с контроля ни нашего комитета, ни Министерства здравоохранения Российской Федерации. Депутаты, каждый из которых свой субъект Федерации курирует, этот вопрос прорабатывают, но не всегда, честно говоря, эффективно, и многое зависит от бюджета конкретного субъекта. Поэтому это нужно всё-таки решать на федеральном уровне.

Вот поэтому, уважаемые коллеги, я думаю, что это очень актуальная сегодня наша проблема, которую нужно решить. И если детали будут совместно с вами проработаны, мы тогда сможем как-то повлиять на ситуацию.

Председательствующий. Подождите, что-то у нас сразу все стали обсуждать, как можно одновременно десять человек лечить.

При любой автоматизации, наверное, это невозможно. Идея понятная. Блага научно-технического прогресса нас тоже не должны обходить стороной, хотя. Наверное, можно каким-то образом интенсифицировать наш труд. Понятно, что тогда нас потребуется, может быть, меньше. Только я вам скажу одно: приводя показатели обеспеченности врачами, медицинскими работниками, по которым сравнивают нас с Европой, все забывают вот о чём.

Проблема обеспеченности врачами ещё и имеет такую возрастную характеристику неутешительную: каждый пятый, работающий сейчас врач — уже пенсионер, пятый-четвёртый уже пенсионер. Почти половина врачей,

если вместе сложить пенсионный и предпенсионный возраст, это уже пенсионеры или предпенсионный возраст у них сейчас. А врачей, молодых специалистов со стажем работы до 3 лет, всего 4–5 процентов. А, если с медсёстрами вместе сложить, то всего семь. И вот когда у нас 7 процентов здесь, а 50 процентов там, то говорить о том, что мы быстро сможем решить проблему, решить поставленные перед нами задачи... Какие бы деньги сюда к нам ни вливались в отрасль, за них же отвечать придётся и мы должны откровенно говорить: без людей всё равно ничего не сделаем.

Ну на 10 процентов интенсифицируем, может быть свой труд, за счёт того, что компьютерную историю болезни, наконец, которую 20 лет нам обещали, может быть дадут. Но не больше того. 10, а надо в два раза. У нас не хватает, если всё правильно посчитать, по сравнению с Европой, в два раза врачей. Но если в два раза! А работа, она увеличилась уже в объёме гораздо большем, чем у нас было в Советском Союзе.

У нас же была совсем другая система. У нас цеховая медицина была. А цеховая медицина брала целую проблему на себя. Была ведомственная медицина, которая не считалась здравоохранением вот таким, откровенным, да, но она решала очень большую проблему, к нам же меньше ходили.

А теперь у нас за последние пять лет только первичная заболеваемость увеличилась, увеличивается ежегодно на 2–3 процента. Только первичная. И общая растёт. Это не говорится, что плохо. Мы, наверное, лучше стали работать. Мы же говорим о том, что работа появляется. Эту же работу работать кому-то надо. А если у нас заболеваемость увеличится, выявляемость этой заболеваемости, а нас всё время становится меньше, то мы же должны же сказать... Нас можно ругать, можно передачи про нас показывать какие угодно. Но нас просто физически нет.

И мы сегодня собрались для того, чтобы сказать: а что можно сделать сегодня для того, чтобы хоть немножко стало бы нас больше или относительно, или абсолютно. Или завтра что надо сделать?

Земский доктор решит частную проблему, частную проблему сельских поселений и участковых больниц, всё, больше ничего. Потому что участковые больницы, ЦРБ далеко не везде. Кому-то повезло, у кого ЦРБ в сельских поселениях, в двух третях располагаются. А кому-то не повезло, как в Кемеровской области: у них нет сельских поселений практически, одни городские поселения. Ну так вот устройство такое.

В Кургане повезло, а соседям нет. Да, как-то мы это на сегодняшний день решим. Но только сельских, вот таких участковых и ЦРБ. А кому светофор поставили в сельском поселении и назвали его посёлком городского типа, и ему не повезло. И теперь от него все сбегут, где через дорогу.

Поэтому вот эти механизмы и хотелось бы сегодня продолжить обсуждать. Что можно сделать сегодня? Нельзя же всё время ждать завтра?

Денисов И. Н. Поскольку мы уже не первый раз встречаемся за этим столом, то мы прекрасно понимаем друг друга с полуслова и знаем, что сегодняшняя дискуссия не позволит нам, как бы она активно ни проходила, поставить все точки над «и».

Почему? Потому что это вечная проблема. И сколько существует медицина, всё равно будут находиться какие-то моменты, которые будут требовать такого коллегиального обсуждения и решения. Но всё равно продвигаться вперёд нам нужно, и продвигаться нужно, объединяя, конечно, наши усилия. Почему? Потому что сегодня, конечно, к медицине подходят (и в поисках новаций), только, пожалуй, на первое место ставят одну цель: удешевить расходы на медицину.

Мне кажется, что мы должны думать не столько об удешевлении медицины, сколько о рациональном подходе и разработке наиболее эффективных способов и методов лечения. Пусть они будут даже несколько дороже по себестоимости, но в конечном итоге должно выигрывать население, должен выигрывать человек.

И вот здесь мне хотелось, может быть, больше остановиться... Вот говорят: у кого чего болит, тот о том и говорит. Я не хотел бы касаться сегодня стационарной помощи. А вот действительно, о чём мы порой забываем, неоднократно встречаясь на наших дискуссиях, это о первичном звене здравоохранения – амбулаторно-поликлинической помощи.

Почему? Потому что именно через это звено, как бы мы с вами его ни рассматривали, со всеми теми недостатками, нонсенсами, какими-то нюансами... Всё равно нет ни одного человека, который минует первичное звено здравоохранения. И на сегодняшний день оно является наиболее доступным. И врач первого контакта, кто бы он ни был (участковый терапевт, участковый педиатр, врач общей практики, кто угодно), он всё равно был и останется фигурой номер один.

Но на сегодняшний день, к сожалению, ситуация складывается таким образом, что преимущество отдаётся, конечно, подготовке узких специалистов. К большому сожалению. И если мы возьмём выпускников условно за 100 процентов, то, поверьте мне, из этих 100 человек, которые оканчивают институт, сегодня в первичное звено здравоохранения идёт менее 20 процентов. Поэтому король-то у нас, оказывается, извините меня, голый. Я извиняюсь за это выражение, но это поистине так и происходит.

Почему? Потому что гораздо проще и престижнее сегодня в обществе устроиться на работу любым специалистом, а не пойти работать в поликлинику. Поликлиника на сегодняшний день приобрела вот такой ореол учреждения, хотя это и наше ноу-хау, российское.

Почему? Именно амбулаторно-поликлиническое звено сделало более доступной медицинскую помощь, да, откровенно говоря, и более дешёвой.

Но на сегодняшний день амбулаторно-поликлиническое звено, как никакая специальность, нуждается в поддержке.

Я ещё раз говорю, я, может быть, немножечко обостряю ситуацию, но всё равно на амбулаторно-поликлиническое звено мы смотрим (я бы не хотел так резко говорить) с некоторым даже пренебрежением, на тех врачей, которые работают в амбулаторно-поликлиническом звене. Престижно работать пусть в небольшом, пусть плохеньком, но стационаре. А вот врач амбулаторно-поликлинического звена, особенно его работа патронажная, она, конечно, не вызывает восторга ни у кого. И хотели бы мы, не хотели, мне кажется, что в наших дальнейших разработках и в планах совершенствования подходов к этому виду помощи, мы должны учесть вот эту специфику. И не только, может быть, вот такую чисто профессиональную, но даже, может быть, и моральную сторону этого вопроса.

Потому что, я ещё раз повторяю, возьмите, поставьте на одну ступень любого специалиста: хирурга, онколога и участкового терапевта, отношение в обществе и в народе совершенно разное, потому что сегодня имидж врача первичного звена, и в какой-то мере это зависит и от нас с вами, он снижен. И на сегодняшний день на специалиста, работающего в амбулаторно-поликлиническом звене, особенно врачи, работающие в стационарных учреждениях, я не хочу сказать, что смотрят искоса, но, во всяком случае, считается, что работа в стационаре более престижная, чем работа в поликлинике. Хотя на самом деле львиная доля сегодня того, что делается в медицине, проходит через руки врача амбулаторно-поликлинического звена.

И вот здесь мне хотелось остановиться на том, что, несмотря на то, что в наших учебных планах и программах написано, что до 20 процентов, до 25 процентов должно времени уделяться на амбулаторно-поликлиническую подготовку, я должен сказать, положив руку на сердце, что сегодня не так много найдётся высших учебных заведений, где эта цифра выполняется в соответствии с предписанием. При любой малейшей возможности, кто бы это ни был, какая бы это кафедра не была, какого профиля: хирургического, терапевтического, она всегда будет стремиться к тому, чтобы большую часть своего учебного времени посвятить обучению в стационаре, потому что там всё под рукой. Это престижно, это почётно, а вот ходить по участку и оказывать помощь людям, которые не могут даже дойти до поликлиники, это, конечно, работа такая, которая не очень многим нравится.

Поэтому мне кажется, что здесь задача, это, может быть, посылка такая чисто теоретическая. А с практической точки зрения, чтобы не на словах, а на деле... Вот сейчас готовятся новые образовательные стандарты и нужно действительно не на бумаге написать, что отдаётся 20–25 процентов поликлинике, а нужно, чтобы это стало мерилom, чтобы это стало критерием. Потому что сегодняшние врачи, сегодняшние преподаватели даже разучились

работать в первичном звене здравоохранения, они слабо себе его представляют. Хотя сегодняшняя поликлиника далеко не та, которая была несколько лет тому назад, потому что разрешающая способность многих поликлиник, сегодня она значительно возросла, значительно возросла. И если заставить сегодняшнюю поликлинику работать так, как это положено, поймите, пожалуйста, мы разгрузим в значительной мере и стационар, в значительной мере стационар, но этого люди не хотят понимать. И амбулаторно-поликлиническое звено по-прежнему борется с этими острыми респираторными заболеваниями, с больничными листами на 7–10 дней и так далее, вот во что мы превратили, в какой-то отбойник такой, амбулаторно-поликлиническое звено.

Поэтому мне кажется, что вот здесь, как нигде, может быть, подумать, поскольку узкие специалисты сегодня чувствуют себя более-менее вольготно: а может быть, действительно амбулаторно-поликлиническое звено перевести на какую-то контрактную форму работы, где действительно человек бы закреплялся за определённой популяцией прикрепленных людей и нес персональную ответственность. Причём, понимаете, каким образом?

Ведь на сегодняшний день фактически мы даже не знаем исходный уровень заболеваемости по этому участку. Одним из мерил и критериев работы участкового терапевта должен быть итог его деятельности. Пусть это будет по итогам года или полугода и так далее, с какими цифрами и с какими он критериями приходит. А ведь этого не существует сегодня. Почему? Да потому что просто у нас не хватает в некоторых территориях, в некоторых регионах врачей, чтобы закрыть вот эти бреши, вот эти проблемы, которые должны быть учтены.

И второе, что на сегодняшний день очень важно. Это рукодействие, давайте вещи называть своими именами. Почему снизился престиж участкового терапевта? Потому что он действительно стал, с моей точки зрения, рафинированным терапевтом, не участковым врачом, а действительно участковым терапевтом. Его ампула – внутренние болезни терапии. А мы забыли о том, что в первичном звене здравоохранения должен работать участковый врач, который имеет подготовку не только по терапии, по внутренним болезням, но и по смежным дисциплинам, с которыми ежечасно, ежедневно он встречается, посещая больных на дому. И вот здесь подготовка врачей первичного звена, она как-то проходит, как вода между пальцами. Одно дело, когда человека готовят по нейрохирургии, по сосудистой хирургии, по сердечной хирургии и другое дело, когда готовят участковых терапевтов. Вот здесь, мне кажется, мы должны подумать и внести изменения и дополнения в программу. Почему раньше земский врач фактически решал многие проблемы, значительно выходящие сегодня за рамки, предусмотренные нашим стандартом для участкового терапевта. Не потому что врачей было мало, а потому что его подготовка и жизнь его заставляла адаптироваться к этим

условиям. А сегодня у нас малейшее какое-то отклонение и всё – узкий специалист, узкий специалист, узкий специалист. И сегодня не поймёшь, кто же отвечает за пациента. Да, есть у нас или была попытка и сегодня мы её придерживаемся, допустим, как угодно назовите, врач ли общей практики, семейный ли врач, но этим мы подчёркиваем, что это не просто врач-терапевт, а это интернист с большой буквы этого слова. Вот о чём идёт речь. И у него подготовка более широкая, адаптированная к тем реалиям, которые сегодня существуют.

Поэтому мне кажется, что нам нужно просто, пользуясь тем, что сегодня у нас и представители Минздрава России есть, нам нужно просто усилить контроль. И мне довольно часто, посещая вузы, удаётся наблюдать, что вузы не очень-то активно используют вот тот временной регламент обучения в амбулаторно-поликлинических условиях. Он чаще всего не выполняется. Поэтому, конечно, подготовка врача по вопросам оказания первичной медицинской помощи, она должна быть поднята на высоту и, контроль за этим должен быть, конечно, усилен.

Ну и последнее, что я начал говорить о симуляционной подготовке. Всё-таки это должно быть не желанием, а это должно стать обязательством. Без сдачи определённого, как угодно назовите, можно, даже сравнить это, если хотите с техминимумом. То есть врач должен уметь рукодействовать по ряду манипуляций, без которых он не может получить и ресертификацию и, во всяком случае, какую-то врачебную категорию. То есть должен быть перечень, он должен быть жёсткий. И на этом и мы должны настаивать, и преподаватели, которые прекрасно понимают, что от этого зависит будущий успех врача, который один на один встречается с пациентом. Спасибо.

Председательствующий. Игорь Николаевич, спасибо большое. Я просто хочу опять Вадиму Александровичу вопрос задать.

Вадим Александрович, а правда, что модель подготовки врача 2016 года, она будет подразумевать выпускника всё-таки первичного звена, а после этого ординатура?

Егоров В. А. Да, совершенно верно. Я об этом тоже хотел сообщить. Я в своём выступлении говорил о том, что у нас выпускники 2016 года, то есть те выпускники, которые у нас уже учатся по новым государственным образовательным стандартам, они будут выпускаться и готовыми для работы в должностях врач участковый педиатр, врач участковый терапевт, соответственно, стоматолог общей практики и так далее. Для того чтобы это сделать, я специально поднимал тему по подготовке по повышению квалификации преподавателей.

Вот то, о чём сейчас говорил Игорь Николаевич, мы также считаем важным, полностью согласны, что это крайне важная проблема. У нас преподаватели готовят по старым ещё госстандартам, они готовят всё-таки спе-

специалистов больше для стационаров. И часов на поликлинику, к сожалению, у них нет. Для того чтобы нам эту проблему решить, нам необходимо при формировании учебных планов, учебных программ 5–6 курса увеличить даже не столько часы на поликлинику, потому что они по новому госстандарту увеличены, сколько подготовить преподавателей, чтобы они готовили специалистов, которые будут ходить по участкам.

Те специалисты, которые не захотят работать в амбулаторно-поликлиническом заведении, они смогут поступить сразу в ординатуру по какой-то другой специальности. Могут поработать, потом пойти в ординатуру, то есть мы здесь даём достаточно широкие возможности для того, чтобы это всё проходило.

И ещё один момент, на который мне также хотелось обратить внимание. Сегодня прозвучал вопрос о производственной практике. Вопрос производственной практики тоже очень хорошо сочетается с тем, о чём говорил Юрий Николаевич. У нас действительно выпускники московских, петербургских вузов, они традиционно проходили производственную практику у себя в высших учебных заведениях, в которых обучаются. Мест, понятно, на всех не хватает. Либо мы сводили это к, откровенно говоря, профанации, либо в каком-то другом виде она проходила.

В настоящий момент уже был издан приказ Министерством здравоохранения Российской Федерации, он зарегистрирован в Минюсте России – № 362 н, ему ещё и месяца даже нет. Согласно этому документу у нас полностью определён порядок организации практической подготовки студентов высших учебных заведений. И там чётко записано, что теперь практическую подготовку можно проходить не только на территории высшего учебного заведения и в клиниках высшего учебного заведения, но и в отдалённых регионах.

Например, Мурманская область направляет своего целевика в Петербургский какой-нибудь университет. Он может пройти производственную практику, может пройти даже интернатуру: теоретическую часть – в вузе, практическую часть – в Мурманской ЦРБ, но для этого должен быть договор. Единственное условие, что должен быть договор между больницей и учреждением образования. Такой приказ выпущен, соответственно, им уже необходимо руководствоваться при организации подготовки.

Понятно, что в этом году, наверное, не все ещё успеют, но в 2013 году уже субъекты Российской Федерации смогут определить перечень больниц, куда они смогут направить своих кадровиков уже для работы.

Из зала. Вадим Александрович, в связи с этим возникает вопрос. Да, мы ознакомились с этим приказом, довольны им. Но есть там опять нюансы.

Допустим, поедет мой интерн в дальний район, кто его будет курировать в этом дальнем районе? У меня второй интерн остался в городе Уфе,

а другой в ... районе, допустим. Как я буду раздваиваться, курировать и того интерна, и этого интерна, и так далее? И кто там за него будет отвечать, и будет ли он заинтересован финансово?

Егоров В. А. Да, дело в том, что приказ очень чётко регламентирует, что вы назначаете ответственных лиц, есть порядок назначений этих ответственных лиц в больнице. У вас договор, который будет заключён между образовательным учреждением и больницей, также содержит, должен в себе содержать положение об этом. Вы назначаете ответственных, которые полностью отвечают за деятельность этого интерна и ординатора.

Поэтому, конечно, выгоднее, если вы не по одному человеку будете тогда в больнице держать, а если это будет группа интернов, тогда там можно держать одного ответственного, который будет с группой этой заниматься. Это уже вопрос логистики по образовательному процессу.

Здесь этот приказ необходим для чего был? Раньше образовательная деятельность вне территории образовательного учреждения являлась нарушением лицензионных показателей и требований. И нельзя было даже частично что-то делать на другой территории.

Сейчас в соответствии и с этим приказом (поскольку мы разделили интернатуру либо просто практику), это не является полностью образовательной деятельностью, это является лишь этапом, одним из этапов. А этапы можно проводить где угодно, не организовывая ни филиала, ничего другого.

Там в приказе достаточно чётко написано, а договор, который вы будете заключать, он просто будет расшифровывать и дополнять нормы, которые указаны в приказе.

Председательствующий. Разиет Хамедовна Натхо, наш депутат и член комитета.

Натхо Р. Х. Можно я сразу тогда, Вадим Александрович, вопрос, связанный с принятием закона об основах охраны здоровья? Просто мне наш вуз передал предложения о том, чтобы разработать и утвердить на уровне Министерства здравоохранения Российской Федерации положения о клинических базах высших учебных заведений. Планируется ли такое вот в рамках реализации закона? Наверное, как бы одного закона недостаточно, чтобы прописать все те нюансы, которые нужны для реализации в этой части закона?

Егоров В. А. Действительно, это очень хороший вопрос. К сожалению, в рамках самого закона полномочия у Министерства здравоохранения Российской Федерации по принятию положения о клинической больнице в принципе нет, законодатель такого права не дал Минздраву России. Но в то же время в законе прописано о том, что там должен быть договор... Я ещё раз хочу сказать, что мы сейчас на уровне Правительства Российской Федерации эту тему поднимаем, потому что в этом же договоре будет и финансовое обеспечение, и по софинансированию по коммунальным услугам,

на каких условиях будет предоставляться. Мы выходим сейчас на правительство с этим вопросом и дальше уже будем решать: будет ли это через поправку, либо через какой-то другой механизм мы сможем рекомендации по организации вот этого положения принять.

Председательствующий. Я не знаю, как у кого, давайте обменяемся, может, кто-нибудь скажет. У нас в Новосибирской области, допустим, в клинических больницах выше тарифы всегда были. И в этом действительно есть логика. И с Игорем Николаевичем согласен по поводу первичного звена. Кстати, вопрос такой есть по поводу первичного звена: а у кого есть клинические поликлиники на территориях? Раз. Чувствуете, у нас не одна есть территория. Два. На территориях. Всё. Три. Это опять к вопросу об отношении к первичному звену, к поликлинике. 25 процентов лечебных учреждений, ну, грубо, должно быть клинических поликлинических среди всех остальных клинических, которые есть. Тогда, наверное, будет тоже стимул и у поликлиник каким-то образом повышать свой уровень и приглашать кафедры к себе поликлинические.

Причём в каждом ведь университете, стопроцентно в каждом университете, есть кафедры поликлинические – хирургия, терапия, акушерство. И они в поликлиниках, но статуса клинического нет при этом. Это тоже маленький нюанс такой. Он, может быть, не особо кого греет, но некоторых должно греть. И нужно из этого стимулы действительно создавать. Этот вопрос, наверное, больше к Минздраву России по большому счёту, чем к нам, к законодателям.

Наверное, это нужно продумывать ровно как и раньше, наверное, всё новое – хорошо забытое старое. Раньше главные врачи, у кого клинические базы были, больше получали. Да? У них ведь тоже был стимул. Потом его взяли и нивелировали, этот стимул. Наверное, тоже к этому надо возвращаться, иначе и у руководителя нет стимула: ну нет ни одной кафедры, живу я спокойно, теперь у меня тут 15 кафедр и у меня голова пухнет, где им стулья взять, где им столы взять, где ещё чего взять. И зачем они нужны? Только мешаются. А потом ещё ходят к ним все, просят, чтобы бесплатно проконсультировать. Нет их – и проблемы нет. А надо, чтобы мотив тоже у главного врача был, наверное, к этому тоже нужно вернуться.

Редько Е. Н. Мы вот тут случайно с коллегой со Ставропольского края оказались вне регламента и вне графика. Краснодарский край, руководитель департамента.

Да, сегодня у нас в крае идёт пересадка искусственно выращенной трахеи. Вот пришла похвастаться. Да, вторая операция на этой неделе. Оперируют наши профессора. Операция, в среду которая была по пересадке искусственно выращенной трахеи, прошла нормально, больная уже ходит по коридорам. Ну, это такое большое событие для медицинской общественности.

Коллеги, у нас с 2005 года работает программа «Врачебные кадры для сельского здравоохранения». У нас уже три выпуска состоялось. Это программа сразу ориентирует молодого человека, который учится как бы под патронатом где-то департамента, где-то главы района. И заключён тройственный договор между этим молодым человеком, главой района и медицинским университетом, что он, проучившись в университете, выберет специальность, рекомендуемую для района, и придет работать, и семь лет будет отрабатывать в районе с получением служебного жилья.

И вот, конечно, мы на эту программу, вроде она вначале была неплохая, возлагаем большие надежды. У нас уже около 500 миллионов стоит эта программа, около 200 выпускников у нас. Но всё больше и больше случается, у нас в этом году 12 случаев, когда люди отказываются ехать по этому, ну, условному распределению. Они с удовольствием возвращают деньги, это получается что-то в районе 500 тысяч. Получаемся мы в такой пикантной ситуации. Беспроцентное кредитование на 8–7, по-разному, лет из бюджета. Нам тоже всякие органы задают вопросы. Ну не хотят. Многие говорят, причём родители приходят в департамент и говорят: «Я найду своему ребёнку и миллион, он ему не нужен, и 500 тысяч, но мой ребёнок не поедет в сельскую местность. Я хочу, чтобы он рос, развивался, ходил в кино» и так далее.

Поэтому программа есть, жильё предоставляется, но не так радостно молодые люди едут на село. И вот сейчас по программе «Земский доктор» у нас 450 миллионов, как бы мы через фонд заказали. Вот сейчас мы 200 миллионов уже выплатили, 200 человек мы нашли в сельскую местность работать, но тоже не стоит очередь. И вот когда я разговаривала в фонде с председателем с Андреем Владимировичем, он говорит: «А что, мы мало даём, миллион? Может надо три? Может надо меньше лет сделать отработку?» Мне кажется, даже если мы три миллиона дадим, они не поедут. Потому что какие-то ожидания романтические от профессии, они совершенно не совпадают с их вот желанием работать и пахать. Вот никто не хочет пахать, грубо говоря.

У нас очень в крае большой отток идёт в санаторную систему. Там нет тяжёлых больных. Ну все были в санатории, знают, что это практически здоровые люди, да.

Дорофеев С. Б. Может в том дело, Елена Николаевна, что рынок не насыщен? Конкуренции на рынке нет?

Редько Е. Н. Скамейка вообще короткая, её нет вообще скамейки запасных.

Дорофеев С. Б. Так может в этом дело? А не в том...

Редько Е. Н. Как я говорю, в футболе хоть какая короткая, а у меня вообще нет никакой скамейки. Не на кого менять. Можно там им такое требование, сякое предъявлять, но менять не на кого. Есть какие-то, других нет. Ну вот говорили, что будут мигранты или что-то ещё.

Поэтому, с одной стороны, престиж. С другой стороны, нападение со СМИ, формирование какого-то образа, ужаса, какого-то людоеда со стороны медицины. Поэтому... Вот Леонид Михайлович задаёт вопрос: вы за государственное распределение? Вот я лично да, за государственное распределение. Уже будут знать, что от этого не открутиться. Будет это вариантом образовательного кредита. В конце концов, после распределения он там чему-то научится и поймёт, что медицина это не только акушерство и гинекология, и высокие доходы.

Что касается социального пакета. Тоже новое предложение, я впервые его услышала. Если этот социальный пакет, может быть, будет в виде сертификата, как для военнослужащих. Мы же тоже все люди военные. Пускай запаса, но если что, мы же всегда – равняйся, смирно и пошли. Почему нет? Можно тоже это рассматривать. В случае наводнения, пожаров каких-то, ЧС, ЧП медики поднимаются ночью, днём. Все от нас этого ждут, и мы всегда к этому готовы.

Поэтому может быть социальный пакет... Или это просто деньги, или это... Но я думаю, что всё равно это должно прежде всего быть закреплено от работы. Причём от работы в муниципалитете или на селе, кто нужен. Патологоанатомом, врачом лабораторной диагностики. Наверное, надо заключать контракт.

Дорофеев С. Б. У вас есть дефицит?

Редько Е. Н. Да, у нас дефицит врачей. Но я вам могу назвать в цифрах. У нас в принципе 120 тысяч в отрасли, должно быть 27 тысяч врачей, работают 18, то есть практически 10 тысяч врачей у нас дефицит и 18 тысяч средних, дефицит несколько усугубляется.

Он сдвинулся после нацпроекта, как бы немножко уменьшился, терапевтов появилось больше, но вот в этом году мы впервые увидели, что начался отток терапевтов. Видимо, сказывается демография отрицательная врачебная, новые не идут, не престижная специальность. И ещё как вариант, это развитие программы, строительство, может быть, офисов врачей общей практики, это тебе и невролог, и лор, и чуть-чуть гинеколог, и чуть-чуть там кардиолог – один врач закрывает сразу несколько специальностей. Если бы, может быть, Федерация рассмотрела строительство офисов, на селе... Программа это большая, она очень важная.

Мы построили вот в этом году 200 офисов на Кубани врачей общей практики, но нам нужно ещё 500. И это тоже потому, что старые участковые больницы, колхозные амбулатории, они уже разваливаются на части, и поэтому нужны новые современные офисы с табельным оборудованием. Такой офис можно было бы поставить во дворе любого медицинского университета и сказать: вот в этом углу холодильник, в этом процедурный столик,

в этом кардиограф. И чтобы выпускник, как вот этот, который с завязанными глазами ходит по кругу, приходя в любое село, в любой субъект, знал бы, что там стоит типовой офис, в нём есть таблица для зрения, ну и дальше, дальше, всё, что положено.

Поэтому если есть такая возможность рассмотреть эту программу, мы бы как бы чуть-чуть решили кадровую проблему.

Председательствующий. Елена Николаевна, а можно вам ещё один вопрос задать, у нас мало народу с территориями здесь сидит. Если у вас программа «Кадры» на территории уже существует порядка, ну сколько, 7–8 лет, значит у вас есть процесс, который называется управление кадровой политикой. Скажите, пожалуйста, вы точно, наверное, знаете, сколько процентов выпускников не доходит у вас до рабочих мест в Краснодарском крае?

Редько Е. Н. Из общего количества выпускников, вообще не по программе «Кадры», по программе «Кадры» 100 процентов. У меня вот ректор сидит.

Авдеева М. Г. По последипломному образованию, я могу ответить от Кубанского университета.

Дело в том, что у нас доходят выпускники до рабочих мест, процент составляет 10 процентов. Вот я, слушая коллег, обратила внимание, что у нас ситуация практически такая же, то есть нет большого количества людей, которые бы не пришли, но тем не менее из года в год пополняя кадры практического здравоохранения, мы пополняем только доли процентов, порядка процента, несмотря на то, что выпускаем мы 500 человек, 600 человек ежегодно. Они не покрывают общее количество, часть уходит уже позже, спустя где-то 2–3 года, разочаровываясь в профессии, и может быть, в тех условиях, в которых они оказываются. Проводя анкетирование среди уже выпускников, мы обращали на это внимание.

Редько Е. Н. Вопрос очень важный. На самом деле, наверное, никто, вот и я лично, наверное, это минус в работе, но я не знаю куда деваются эти люди. Но могу списать на санатории, могу списать на фармкомпания, ну замуж вышла... Ну вот куда они, как сквозь землю пропадают эти врачи? В частные фирмы? Ну вроде же на каждой территории есть частные фирмы. Сказать, что зарплата маленькая, вроде и не самая маленькая, разная зарплата сейчас в здравоохранении.

Председательствующий. Ещё раз спасибо всем. Отдельно хочу сказать Вадиму Александровичу, потому что у него сегодня день рождения. Он сказал: «Я в день рождения приду к вам». (Аплодисменты.)

Рекомендации «круглого стола»

Кадровые проблемы напрямую влияют на эффективность деятельности всей системы здравоохранения и, в первую очередь, на доступность и качество оказания медицинской помощи населению. Квалификация медицинских кадров и организация работы управленческого звена связаны с уровнем подготовки специалистов системы здравоохранения, их профессиональным развитием, рациональным распределением и использованием медицинских специалистов.

По состоянию на 1 января 2011 года в учреждениях здравоохранения работало 619 тысяч врачей и 1 миллион 300 тысяч медицинских работников со средним профессиональным образованием. Обеспеченность врачами на 10 тысяч населения составила 43,4, средним медицинским персоналом – 92,4. Отсутствие точных данных о совместительстве и среднем возрасте специалистов затрудняет определение реальной потребности в кадрах.

С 2010 года из отрасли наблюдается отток врачей, а с 2009 года – и сотрудников со средним медицинским образованием.

За последние 5 лет приток врачей составил около 3 тысяч человек. Около 7 процентов врачей, 15 процентов средних медицинских работников работают в учреждениях здравоохранения, расположенных в сельской местности, где отмечается самая большая нехватка специалистов различного профиля.

Национальный проект в сфере здравоохранения позволил наметить пути решения проблемы обеспечения врачами первичного звена здравоохранения, но врачей узких специальностей, особенно на селе, по-прежнему не хватает.

Отмечается неоднородность показателей обеспеченности населения врачами, средними медицинскими работниками по регионам Российской Федерации. Наибольший показатель обеспеченности врачами в 2011 году отмечен в Северо-Западном федеральном округе, наименьший – в Северо-Кавказском федеральном округе. Максимально высокий уровень обеспеченности врачами отмечается в Чукотском автономном округе, Санкт-Петербурге, Москве, Северной Осетии. Минимальные уровни обеспеченности врачами сохраняются в Чеченской Республике, Центральной России, Тульской и Калининградской областях.

В настоящее время острый дефицит врачебных кадров отмечается практически во всех типах учреждений здравоохранения в подавляющем числе субъектов Российской Федерации, в сельских местностях, особенно в райо-

нах Крайнего Севера. Аналогичная ситуация складывается со средними медицинскими работниками. Наибольшее значение показатель обеспеченности средним медицинским персоналом в 2011 году отмечен в Уральском федеральном округе. Наименьший – в Северокавказском федеральном округе.

Для решения проблемы кадрового обеспечения учреждений здравоохранения в сельской местности принята программа «Земский доктор», в соответствии с которой молодым специалистам выделяется по одному миллиону рублей на решение жилищных и других бытовых проблем при условии работы на селе не менее пяти лет. В то же время, опыт реализации этой программы показал, что ряд субъектов Российской Федерации, к сожалению, не могут воспользоваться выделенными бюджетными ассигнованиями. Связано это с тем, что административно-территориальное деление этих субъектов Российской Федерации (Магаданская область, Мурманская область и др.) имеет незначительное число сельских поселений. Эта проблема требует законодательного решения.

Федеральным законом № 323-ФЗ предусмотрено создание федерального регистра медицинских работников, который должны вести все субъекты Российской Федерации. Данные федерального регистра предусматривают в каждом субъекте распределение медицинских работников по возрасту, специальности, квалификационным категориям, видам сертификатов специалистов, периодичности прохождения повышения квалификации.

Участниками «круглого стола» отмечена крайне низкая активность субъектов по введению данного регистра в: Республике Ингушетия, Чукотском автономном округе, Москве, Санкт-Петербурге, Архангельской, Псковской и Амурской областях.

Вместе с тем регистр нужен, в первую очередь, самим субъектам Российской Федерации. Данные территориального регистра открыты, что позволяет чётко сформировать кадровый профиль субъекта Российской Федерации.

Ряд субъектов Российской Федерации имеют в своём ведении высшие учебные заведения, другие не имеют медицинских вузов. Подготовка кадров в большинстве случаев осуществляется медицинскими институтами, подведомственными Минздравсоцразвития России, а не субъектам Российской Федерации.

В Российской Федерации наряду с дефицитом специалистов отсутствует и преемственность между врачами различных специальностей.

По мнению экспертов, необходимо активнее привлекать потенциальных абитуриентов и формировать положительный имидж врача и специалистов со средним медицинским образованием. Для этого необходима системная работа со СМИ, увеличение заработной платы, предоставление различных социальных льгот, в первую очередь связанных с решением жилищных про-

блем (предоставление дополнительных жилищных субсидий, строительство служебного жилья и т. п.).

Решению кадровых вопросов могли бы способствовать:

1. Изменение принципов целевого набора абитуриентов. В настоящее время целевой набор – это возможность поступления для абитуриентов с низкими баллами. Последующее трудоустройство фактически не контролируется в связи с отсутствием реальной ответственности абитуриентов и/или их родителей. В нынешней ситуации простое увеличение целевого набора приведёт к тому, что в вузы будет поступать больше абитуриентов с худшими баллами, чем в общем конкурсе. Конкурс (средний балл) при целевом наборе должен быть выше. Необходимо усовершенствовать договор (контракт) для целевого набора, чтобы документ был реально действующим, с чётко прописанной ответственностью сторон, в том числе финансовой. Регионы должны обеспечить прохождение учащимися практики на будущем месте работы, которое также должно быть подготовлено заранее, создавать для них необходимые жилищные и другие социальные условия (транспорт, места в детских дошкольных учреждениях, конкурентную заработную плату и т. п.). Кроме того, для студентов, обучающихся на «целевых» местах, должна быть существенно увеличена стипендия за счёт средств субъекта. В то время как базовая стипендия является мерой социальной поддержки, стипендия «целевиков» должна соответствовать минимальному прожиточному минимуму.

2. Изучение возможности возвращения Федерального экзамена в сфере образования, как средства унификации требований к уровню подготовки студентов. Необходимо подготовить и сформировать единую базу теоретических тестовых вопросов по каждому предмету. Условия проведения экзамена должны обеспечивать его объективность и независимость от постороннего вмешательства. Контроль объективности и независимости можно обеспечить мерами, аналогичными таковым при сдаче ЕГЭ. Неудовлетворительные результаты экзамена должны быть поводом для отчисления. Тестовый экзамен не может быть единственной формой оценки знаний, практические навыки должны оцениваться отдельно.

Подобный экзамен должен быть одним из этапов итоговой государственной аттестации. Для специальностей среднего профессионального образования Федеральный экзамен может быть составной частью квалификационных экзаменов.

3. Формирование экспертно-консультативных советов, функцией которых будет разработка вариативной части программ в соответствии с задачами и состоянием региональной системы здравоохранения. В их задачи

должна входить оценка качества подготовки выпускников, интернов/ординаторов, слушателей, коррекция учебных программ и внесение изменений в вариативную часть учебного плана. Экспертно-консультативные советы должны быть независимыми от вузов и формироваться региональными ассоциациями работников здравоохранения.

4. Максимальное вовлечение профессиональных научных сообществ в разработку примерных и типовых программ, тестовых вопросов для Федерального экзамена.

5. Разработка системы целевой подготовки в интернатуре и ординатуре, которая должна формироваться преимущественно по заявкам регионального органа управления здравоохранением. При этом государственное задание по программам послевузовского и дополнительного профессионального образования должно устанавливаться в количестве учебных часов, а не количестве интернов/ординаторов/слушателей. Это позволит эффективнее распределять выполняемое вузами государственное задание с целью повышения квалификации интернов и ординаторов.

6. Регламентация взаимодействия клиникеских баз и клиникеских кафедр, т. к. из 56 медицинеских вузов страны, лишь 13 имеют собственные клиники. Некоторые медицинеские вузы находятся в подчинении Министерства образования и науки Российской Федерации, что препятствует реализации приказов, инструкций Министерства здравоохранения Российской Федерации. Кроме того, клиницистам-педагогам, работающим в системе Минобрнауки России, не оплачивается клиникеская работа, что негативно сказывается на работе молодых ассистентов на кафедрах, квалификация которых должна сочетать в себе высокую профессиональную, научную и одновременно педагогическую подготовку. Финансовая привлекательность профессии также ежегодно угасает.

7. Внедрение системы непрерывного медицинеского образования, обеспечивающей возможность повышения квалификации на конгрессах, конференциях, при краткосрочном усовершенствовании. Для этого должна быть создана система получения дистанционного заочного обучения с последующим тестированием.

Заслушав доклады и выступления депутатов Государственной Думы Российской Федерации, представителей Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов законодательной и исполнительной власти субъектов Российской Федерации, общественных организаций, участники «круглого стола» **рекомендуют:**

Правительству Российской Федерации:

При осуществлении мероприятий, направленных на реализацию подпрограммы «Кадры» федеральной целевой программы «Развитие здраво-

охранения», распределить ответственность между федеральным и региональными уровнями власти. Предусмотреть возможность строительства клиник при высших учебных заведениях, которые станут центрами научных разработок и внедрения современных инновационных технологий, подготовки студентов (слушателей), проведения послевузовского образования.

Министерству здравоохранения Российской Федерации:

1. Привести номенклатуру врачебных должностей и специальностей в соответствие с прогнозируемой потребностью, устранить дублирование функций специалистов, предусмотреть возможность оказания комплексных медицинских услуг и перераспределения функций между врачебным и средним медицинским персоналом на основе изменения эпидемиологической ситуации и связанного с этим сокращения или увеличения потребности в медицинских услугах.

2. Разработать и утвердить профессиональные стандарты деятельности работников системы здравоохранения с учётом номенклатуры врачебных должностей и специальностей, содержащие требования к уровням квалификации и образования. Обратить внимание на обязательный перечень конкретных должностных обязанностей с учётом знаний, умений и навыков, профессиональные, психологические и этические нормы деятельности, позволяющие работнику реализовывать трудовые функции.

3. Привести образовательные стандарты в соответствие с профессиональными стандартами, обратив внимание на развитие «ключевых компетенций» специалиста – комплекса психологических качеств, способностей, знаний, умений и навыков, обеспечивающих эффективное выполнение определённой профессиональной функции.

Министерству здравоохранения Российской Федерации совместно с Министерством образования и науки Российской Федерации:

1. Обеспечить выполнение подпрограммы «Кадры», федеральной целевой программы развития здравоохранения.

2. Привести систему непрерывного профессионального развития работников здравоохранения в соответствие международным стандартам улучшения качества медицинского образования.

3. Разработать и обеспечить внедрение в практику унифицированных модульных программ последипломного образования работников по наиболее актуальным проблемам теории и практики здравоохранения, обратив особое внимание на подготовку:

– специалистов амбулаторно-поликлинических учреждений для практической деятельности в области первичной медицинской помощи, консуль-

тативной специализированной помощи, профилактики, медико-социальной помощи, медицинской диагностики и реабилитации;

– менеджеров различного уровня, работников кадровых, информационных, маркетинговых служб, экономистов, юристов, специалистов-экспертов по медицинской и медико-экономической экспертизе, медицинской педагогике и психологии, медико-техническому и лекарственному обеспечению.

4. Разработать и утвердить положение о клинических базах высших учебных заведений, в котором регламентировать юридический статус кафедр, сотрудников, их лечебную нагрузку, ответственность, возможность проведения научных исследований, вопросы совместного использования оборудования и помещений, источники финансирования.

5. Включить в структуру модулей последипломного образования специалистов амбулаторно-поликлинических учреждений обязательную клиническую практику, направленную на обучение современным методикам и технологиям оказания медицинской помощи на базе аккредитованных больничных учреждений, шире практиковать стажировку работников в ведущих отечественных и зарубежных медицинских центрах.

6. Актуализировать действующие образовательные программы в соответствии с вводимыми порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

7. Для повышения авторитета профессии преподавателя медицинского вуза повысить тарифы заработной платы профессорско-преподавательскому составу клинических кафедр.

Органам законодательной (представительной) и исполнительной власти субъектов Российской Федерации:

С целью обеспечения субъектов медицинскими кадрами разработать и принять соответствующие региональные программы.

СОДЕРЖАНИЕ

Материалы «круглого стола» на тему «О проблемах медико-социального характера сезонных переводов времени». 6 марта 2012 года	3
Материалы парламентских слушаний на тему «Экономико-правовые проблемы деятельности бюджетных учреждений науки в новых условиях хозяйствования (в связи с принятием Федерального закона от 8 мая 2010 года № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений»). 12 марта 2012 года	32
Рекомендации парламентских слушаний	80
Материалы «круглого стола» на тему «Организация государственно-частного партнёрства в сфере здравоохранения». 22 марта 2012 года	98
Материалы «круглого стола» на тему «О правовых проблемах организации медицинской помощи больным нефрологическими заболеваниями». 5 апреля 2012 года	143
Рекомендации «круглого стола»	175
Материалы парламентских слушаний на тему «Законодательное обеспечение прав пациентов в Российской Федерации». 9 апреля 2012 года	181
Рекомендации парламентских слушаний	224
Материалы «круглого стола» на тему «О ходе реализации Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Совершенствование законодательства в сфере здравоохранения на федеральном и региональном уровнях». 21 мая 2012 года	231
Материалы «круглого стола» на тему «Аспекты правового регулирования производства, реализации и оборота чистой питьевой и минеральной воды в Российской Федерации». 4 июня 2012 года	261
Материалы «круглого стола» на тему «Кадровое обеспечение отрасли здравоохранения: проблемы и перспективы». 21 июня 2012 года	287
Рекомендации «круглого стола»	324

**Материалы парламентских слушаний и «круглых столов»,
проведённых Комитетом Государственной Думы
по охране здоровья в весеннюю сессию 2012 года**

Электронное издание

ООО «Новосибирский издательский дом»
г. Новосибирск, ул. Пархоменко, 72, оф. 363

Редактор Нарбут В.В.
Корректор Романосова Т.Д.
Компьютерная вёрстка Владимирова С.В.

Подписано к выпуску 15.11.2012
Формат А5