

ФЕДЕРАЛЬНОЕ СОБРАНИЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ДУМА

Материалы парламентских слушаний  
и «круглых столов»,  
проведённых Комитетом Государственной Думы  
по охране здоровья  
в осеннюю сессию 2009 года,  
весеннюю и осеннюю сессии 2010 года

Издание Государственной Думы  
Москва • 2011

УДК 614  
ББК 66.3 (2 Рос)  
М 34

Под общей редакцией председателя Комитета Государственной Думы  
по охране здоровья О. Г. Борзовой

Составители: О. Г. Борзова, председатель Комитета  
Государственной Думы по охране здоровья;  
И. Ю. Селезнев, руководитель аппарата комитета;  
Е. В. Сайдаль, А. С. Яновский, заместители руководителя  
аппарата комитета;  
Г. Ю. Носырева, главный советник аппарата комитета;  
Е. В. Кравченко, ведущий советник аппарата комитета;  
К. В. Мандрыгин, советник аппарата комитета;  
Б. А. Тарасов, главный консультант комитета;  
И. Н. Яковлева, главный консультант комитета;  
Т. А. Амелина, ведущий специалист 2 разряда комитета

М 34 **Материалы парламентских слушаний и «круглых столов», про-  
ведённых Комитетом Государственной Думы по охране здоровья  
в осеннюю сессию 2009 года, весеннюю и осеннюю сессии 2010 года.** –  
М.: Издание Государственной Думы, 2011. – 312 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 614  
ББК 66.3 (2 Рос)

**Материалы «круглого стола» на тему  
«О совершенствовании законодательства в сфере предупреждения  
распространения в Российской Федерации заболевания,  
вызываемого вирусом иммунодефицита человека  
(ВИЧ-инфекции)»**

**СТЕНОГРАММА  
«круглого стола»**

*Здание Государственной Думы. Зал 830.  
8 октября 2009 года.*

*Председательствует председатель Комитета Государственной  
Думы по охране здоровья О. Г. Борзова*

**Председательствующий.** Добрый день, уважаемые коллеги! Сейчас идёт обсуждение бюджета, проводится масса согласований. И вот в такое горячее время наш комитет решил провести «круглый стол», посвящённый чрезвычайно важной, актуальной, значимой проблеме.

Хочу сказать, что это решение мы приняли не сразу. Очень долго мы выработывали контакты, изучали опыт межведомственного взаимодействия в Российской Федерации, работу правительственной комиссии, куда входят и депутаты Государственной Думы, взаимодействовали по этой проблеме с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, с Роспотребнадзором. Поэтому тема, которая обсуждается сегодня, она, конечно, выстраданная.

Хочу поблагодарить заранее всех, кто дал согласие на участие в работе нашего «круглого стола», – это органы исполнительной власти, представители законодательных органов субъектов Российской Федерации, это наши коллеги – депутаты Государственной Думы, учёные, представители нашего научного сообщества, общественные организации. Думаю, что сегодня состоится очень серьёзный обмен мнениями по данной проблеме.

В равной степени я прошу затронуть вопросы, касающиеся необходимости внесения соответствующих изменений в действующее законодательство и его совершенствования, потому что мы, законодатели, должны строить свою работу в зависимости от актуальности проблем и принимать целесообразные решения.

Хочу попросить в своих выступлениях давать конкретные предложения. Может быть, несколько удивительно, что впервые за весь период работы нашего комитета мы сегодня воздержались от давления его рекомендаций на формирование мнений участников нашего «круглого стола». Мы с Николаем Фёдоровичем Герасименко, с Ларисой Кужугетовной Шойгу сделали это целенаправленно, исходя из того, что обсудим с вами подходы, которые действительно имеют место быть, а после этого дадим необходимые рекомендации.

Я благодарна Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Роспотребнадзору за выработку единых позиций с комитетом, касающихся внутренней государственной политики

в сфере выявления, профилактики и лечения ВИЧ-инфицированных на территории нашей страны.

Уважаемые коллеги, я с огромным удовольствием хочу предоставить слово для доклада депутату Государственной Думы, члену комитета по охране здоровья Шойгу Ларисе Кужугетовне.

**Шойгу Л. К.** Добрый день, уважаемые коллеги. Сегодня мы рассматриваем проблему, которая носит глобальный характер и является актуальной не только для России, но и для всего мирового сообщества.

Нарастает эпидемия, изменяется её характер, появляются новые социальные слои населения, затронутые ВИЧ-инфекцией. Эпидемия достигла значительных масштабов. Зарегистрировано до 500 тысяч ВИЧ-инфицированных. За прошедшие годы умерло по разным причинам около 66 тысяч больных. Заметно усилилась тенденция быстрого нарастания темпов эпидемии, что делает краткосрочные прогнозы весьма неблагоприятными.

Таким образом, проблема ВИЧ/СПИДа является вопросом национальной и государственной безопасности. Эпидемия распространяется практически на всю территорию России. Однако около 70 процентов абсолютного числа всех случаев заболеваний сосредоточены в двенадцати экономически и финансово развитых регионах, таких как город Санкт-Петербург, в Свердловской, Самарской, Московской, Иркутской, Челябинской, Оренбургской, Ленинградской, Кемеровской, Ульяновской областях, Ханты-Мансийском автономном округе. В ряде субъектов Российской Федерации эпидемия перешагнула границы социально уязвимых групп и затронула основное население.

Огромная территория, климатогеографическое разнообразие, поликультурность, социально-экономическая дифференциация и хозяйственная многоукладность отличаются неоднородностью и разными механизмами передачи и распространения ВИЧ-инфекции.

Фактически каждый субъект Федерации представляет собой субрегиональный вариант развития ВИЧ-инфекции. Отсюда вытекает соответствующее требование индивидуальных программ для каждого региона в связи с особенностями развития этой инфекции.

По оценкам специалистов-экспертов количество ВИЧ-инфицированных может значительно превышать данные официальной статистики.

В нашей стране ВИЧ-инфекция поражает преимущественно молодое население. У 73 пациентов ВИЧ-инфекция была выявлена в возрасте до 30 лет. Приходится говорить о том, что эпидемия в первую очередь угрожает именно молодёжи – главному субъекту демографических процессов и обеспечения обороноспособности государства.

Эпидемия ВИЧ распространяется на фоне продолжающегося роста наркомании. В России официально зарегистрировано около 590 тысяч лиц, употребляющих наркотики. Из них большая часть – инъекционным способом.

Другая выраженная особенность эпидемии – это увеличение ВИЧ-инфицированных женщин и количества детей, родившихся от ВИЧ-положительных матерей.

Сегодня в России ВИЧ-инфицированными матерями рождено более 55 тысяч детей. Из них диагноз ВИЧ-инфекции установлен 3 тысячам 835 детям. Более 22 тысяч находятся под диспансерным наблюдением для уточнения ВИЧ-статуса.

Актуальной является проблема социального сиротства ВИЧ-инфицированных детей, увеличивается количество больных, нуждающихся в антиретровирусной терапии, в том числе на поздних стадиях СПИДа.

Зачастую ВИЧ-инфицированные имеют сопутствующие инфекционные заболевания: гепатиты, туберкулёз, половые инфекции, носящие хронический, затяжной характер, требующие комплексной, длительной, а порой и постоянной терапии.

ВИЧ-инфицированные более восприимчивы к туберкулёзу. Уже появились штаммы туберкулёза, устойчивые к терапии. Неизбежно появятся и устойчивые к терапии штаммы ВИЧ, соответственно, подскочит и смертность.

С увеличением числа больных возрастут и суммы, которые тратит государство на их лечение. И поэтому, очевидно, не надо откладывать в долгий ящик разработку долгосрочных программ, решать, где взять деньги на лечение и как снизить цены на лекарства.

Российская Федерация является социальным государством, где жизнь и права гражданина являются высшей ценностью, где охраняется достоинство его личности и гарантируется право на охрану здоровья, медицинскую помощь и социальное обеспечение, что закреплено Конституцией России.

Россия продолжает последовательно выполнять обязательства, взятые в рамках принятой в 2001 году Генеральной Ассамблеей ООН Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Правительство страны, государственные и общественные организации содействовали реализации инициативы обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу при ВИЧ/СПИДе.

Общественное отношение, связанное с предупреждением распространения ВИЧ-инфекции регулируется следующими законодательными актами. Это принятый Государственной Думой в 1995 году основной документ – Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека».

Права инфицированных закреплены в кодексах Российской Федерации, Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Федеральных законах: «О государственной социальной помощи», «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О наркотических средствах и психотропных веществах», «О вынужденных переселенцах», «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и других документах.

Государственная политика противодействия эпидемии нашла отражение в постановлениях Правительства Российской Федерации, в ведом-

ственных нормативных правовых актах, законах и нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации.

В 2006 году состоялось заседание президиума Государственного совета Российской Федерации о неотложных мерах по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, на котором обсуждались вопросы долгосрочной стратегии по борьбе с эпидемией, эффективности мониторинга эпидемии, координации деятельности федеральных министерств, совершенствования законодательства в сфере борьбы со СПИДом, вопросы профилактической работы среди населения.

Создана правительственная комиссия по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызванного ВИЧ. Её работа направлена на усиление межведомственного взаимодействия. В комиссию вошли депутаты Государственной Думы, представители министерств и ведомств, институтов гражданского общества. В Государственной Думе создана межфракционная группа по вопросам борьбы с распространением ВИЧ/СПИДа.

Финансовыми инструментами сдерживания эпидемии и защиты прав людей, живущих с ВИЧ, являются: федеральный бюджет, из которого финансируется подпрограмма «ВИЧ-инфекция» федеральной целевой подпрограммы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями», мероприятия национального проекта «Здоровье», а также бюджеты субъектов Российской Федерации и муниципальных образований в рамках собственных программ.

В рамках проекта «Здоровье» предусмотрены значительные средства на профилактику, диагностику и лечение больных ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами. Только на этот год выделено 9,3 миллиарда рублей. Это во много раз превосходит суммы, когда-либо выделявшиеся на эти цели. Расходы федерального бюджета в 2010 году планируется увеличить ещё в 1,5 раза, и они составят 13,5 миллиарда рублей.

В результате реализации мероприятий национального проекта «Здоровье» вырос охват профилактическими обследованиями, диспансерным наблюдением ВИЧ-инфицированных, значительно увеличилась доступность антиретровирусной терапии, достигнуты успехи в профилактике вертикального пути передачи инфекции от матери к ребёнку. На реализацию подпрограммы «ВИЧ-инфекция» федеральной целевой подпрограммы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» в проекте федерального бюджета на 2010 год предусмотрено 680,2 миллиона рублей, что в 2,2 раза больше, чем в текущем году.

В то же время хочу отметить, что в 2009 году снизился объём финансирования территориальных программ по профилактике ВИЧ-инфекции. Сегодня перед нами стоит более широкая задача – снизить темпы распространения ВИЧ-инфекции. Одно из направлений решения этой задачи – это совершенствование законодательства по предупреждению распространения эпидемии. Проблемы в сфере распространения ВИЧ-инфекции носят комплексный характер. Мы предлагаем обсудить законодательный аспект их решения.

Комитет поддерживает инициативу о необходимости внесения изменений в Федеральный закон №38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека», направленных на обеспечение бесплатным питанием для искусственного вскармливания детей раннего возраста, рождённых ВИЧ-инфицированными матерями, за счёт ассигнований федерального бюджета. Это сократит количество случаев инфицирования детей при грудном вскармливании.

По данным Минздравсоцразвития России и Роспотребнадзора, за период эпидемии зарегистрировано 219 случаев инфицирования детей при грудном вскармливании. Особенно неблагоприятная ситуация сложилась в Свердловской и Иркутской областях, Алтайском крае, Республике Татарстан, Тюменской области. Причины заражения новорождённых связаны с недостатками в организации патронажной службы, нерешёнными вопросами по обеспечению бесплатными смесями для искусственного вскармливания детей в регионах, с заражением матери в последние месяцы беременности и выявлением ВИЧ-инфекции после родов, когда ребёнок уже получал грудное молоко.

Следует обратить внимание, что появилась новая группа нуждающихся в паллиативной помощи в связи с ВИЧ/СПИДом – это несовершеннолетние дети и подростки. С каждым годом необходимость создания системы оказания социальной помощи и ухода для данной категории пациентов будет нарастать.

Необходимо рассмотреть вопрос о разработке системных мер, направленных против наркопотребления как одного из главных факторов распространения ВИЧ-инфекции на территории России.

В этой связи мне особенно хочется отметить выступление Президента Российской Федерации Дмитрия Анатольевича Медведева на заседании Совета Безопасности по вопросам совершенствования государственной политики в области борьбы с распространением наркотиков.

Им подчёркнута необходимость разработки специальной стратегии государственной антинаркотической политики, совершенствования государственной системы профилактики наркомании, смещения акцентов силовых и запретительных способов решения проблем на лечение, реабилитацию и профилактику, государственного мониторинга наркоситуации в стране с постоянной оценкой эффективности предпринимаемых мер, совершенствования законодательной базы, направленной на усиление ответственности за действия, связанные с распространением наркотиков.

Особо остро стоит вопрос лечения и реабилитации больных наркоманией и сопутствующей ВИЧ-инфекции. Необходима программа реабилитации с приверженностью ВИЧ-инфицированных к антиретровирусной терапии. В мировой практике существуют два основных конкурирующих подхода к решению этой проблемы.

Первый. Это заместительная терапия, так называемые, метадоновые программы.

Второй. Это социотерапевтический подход с формированием приверженности ВИЧ-инфицированного больного наркоманией к антиретровирусной терапии.

Комитет Государственной Думы по охране здоровья поддерживает мнение Минздравсоцразвития России и Роспотребнадзора о том, что заместительная терапия метадонотом не обеспечивает отказа от инъекционного употребления наркотиков.

Комитет поддерживает позицию Минздравсоцразвития России о необходимости создания единой системы профилактики, лечения и реабилитации наркологических заболеваний, всех форм зависимого поведения.

Россия строит свою политику в русле международных конвенций ООН по наркотикам и считает, что приоритетом является не снижение вреда, что признаёт право человека потреблять наркотики, а исключение вреда.

Необходимо отметить, что в России имеются силы, склонные к либерализации потребления наркотиков, введению программ раздачи метадона.

Представители этих сил проводят довольно активную пропаганду на деньги западных благотворительных организаций и формируют в обществе толерантное отношение к потреблению наркотиков.

Комитет полностью солидарен с мнением участников Единой конвенции о наркотических средствах, в которой принимают участие большинство стран мирового сообщества, о том, что лечение наркоманов должно проводиться в свободной от наркотиков атмосфере.

В подробном дополнительном обсуждении нуждаются вопросы миграционной политики в отношении ВИЧ-инфицированных иностранных граждан.

Это острая проблема. В Комитет по охране здоровья поступают письма и обращения, когда, например, ВИЧ-инфицированная беременная женщина замужем за гражданином России и не имеет российского гражданства.

Действующее законодательство (закон № 38, статья 4) гарантирует предоставление бесплатной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным гражданам Российской Федерации.

Проведение антиретровирусного лечения или химиопрофилактики ВИЧ-инфицированной беременной женщине, не являющейся гражданкой Российской Федерации, ограничивается законом. Вместе с тем дети из таких семей, как правило, получают российское гражданство, не пройдя перинатальную антиретровирусную профилактику. То есть имеют очень высокий шанс заболеть или быть ВИЧ-инфицированными.

Лечение и социальное обеспечение больного ребёнка ложится бременем на бюджет Российской Федерации. Мы предлагаем обсудить этот вопрос и рассмотрим все ваши предложения.

На заседании президиума Государственного совета о неотложных мерах по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции в Российской Федерации Президентом Российской Федерации было обращено внима-



ние на необходимость поддержки научных коллективов, разрабатывающих эффективные методы защиты от СПИДа и ведущих поиск новых способов его лечения.

Комитет признает актуальность этого вопроса и поддерживает инициативу Минздравсоцразвития России о необходимости выделения ассигнований федерального бюджета на проведение научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ в области разработки современных отечественных препаратов для лечения ВИЧ-инфекции.

Особая тема – это права ВИЧ-инфицированных граждан. Для проведения профилактических и эпидемических мероприятий в очаге ВИЧ-инфекции организации часто оперируют биометрическими персональными данными ВИЧ-инфицированных, при необходимости передают их третьим лицам, не соблюдая требования Федерального закона «О персональных данных». Комитет считает, что необходимо учитывать нормы законодательства, направленные на соблюдение прав ВИЧ-инфицированных.

Другой темой, заслуживающей внимания, является проблема организации лечения ВИЧ-инфицированных, осуждённых в пенитенциарной системе. Не буду останавливаться на этом подробно, этому вопросу будет посвящено отдельное выступление.

Необходима также поддержка семей, в которых родители или дети ВИЧ-инфицированы. В этом смысле мне хотелось бы обратиться к опыту Калмыкии, где 20 лет назад были заражены 90 человек, из них 74 ребёнка. Просто хочется упомянуть, что их закон, направленный на борьбу с ВИЧ-инфекцией, акцентирован в основном на социальную поддержку семей ВИЧ-инфицированных и все эти пункты по сей день соблюдаются.

В ряде регионов приняты соответствующие законы, но они по большому счёту дублируют основной закон, принятый Российской Федерацией.

В числе нерешённых проблем можно назвать обеспечение доступности и преемственности медицинской помощи для жителей территориально удалённых населённых пунктов, граждан, прибывших из других регионов, и ряд других вопросов, ответы на которые мы надеемся услышать в выступлениях и докладах участников «круглого стола».

В нашей стране накоплен достаточно богатый опыт по предупреждению распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека. И как пример можно привести опыт Москвы. За последние три года в противодействии эпидемии ВИЧ-инфекции Москва вышла в лидеры по темпам снижения новых случаев ВИЧ-инфицирования среди всех российских регионов и переместилась на 22 место в свободном перечне субъектов Российской Федерации по показателю заражённости этой инфекцией. Сегодня положение с ВИЧ/СПИДом позволяет считать столицу России европейским мегаполисом, где эпидемиологическая ситуация по СПИДу несколько хуже, чем в Брюсселе, почти такая же, как в Швейцарии, лучше, чем в Париже и Лондоне, и гораздо лучше, чем в столицах Испании и Португалии.

Мы открыты к сотрудничеству и готовы принять положительный опыт других стран. Но тем не менее свою политику мы должны базировать на менталитете нашей страны, пропаганде семейных ценностей, усилении нравственного воспитания подрастающего поколения.

**Председательствующий.** Благодарю Вас, я хочу сказать, что Лариса Кужугетовна курирует данную проблематику в нашем комитете, очень много работает с общественными организациями, с международными организациями, контактирует с субъектами Российской Федерации, которые внедряют новейшие методы лечения, анализирует эту работу. Поэтому спасибо большое за огромную работу, которую Вы проводите, и за представленное сообщение.

С огромным удовольствием я предоставляю слово академику Российской академии медицинских наук, директору Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Покровскому Вадиму Валентиновичу.

**Покровский В. В.** Действительно, на сегодняшний день количество ВИЧ-позитивных уже превысило 500 тысяч человек. И хочу обратить внимание на то, что на конец прошлого года иностранцы среди всех зарегистрированных составляли 2,3 процента. Это очень небольшой процент.

В то же время идёт быстрый рост по всем регионам, в том числе в Москве в этом году он уже составил 18 процентов. Число умерших тоже растёт год от года. И в этом году мы ожидаем, видимо, 60 тысяч новых случаев. То есть подтверждаю слова предыдущего докладчика о том, что угроза растёт.

На конец этого года полтора процента населения в возрасте 25–29 лет – это наиболее выраженная группа – жили с установленной ВИЧ-инфекцией, а среди мужчин цифры ещё выше, в возрасте 15–29 лет почти два процента. А отсюда и резко возрастающее заражение женщин.

В некоторых регионах – Самарской, Иркутской областях, больше одного процента населения инфицировано ВИЧ, это считается очень высоким уровнем генерализованной эпидемии. И на подходе ещё порядка десяти областей, причём, Кемеровская и Челябинская области раньше не были в этом списке, а сейчас, буквально за этот год, «продвинулись» вперёд. То есть регионы, которые сейчас более-менее благополучны, в том числе и Москва, в любой момент могут оказаться беспокойными.

Мы видим, что растёт число случаев заражения половым путём, остаётся высокой передача вируса при употреблении наркотиков, но в то же время всё больше вовлекается населения, ранее не подверженного этой пагубной привычке.

Женщины составляют примерно 33 процента, их 157 тысяч, отсюда проблемы со здоровьем нового поколения.

К сожалению, за последнюю неделю зарегистрировано более двух с половиной тысяч новых случаев заражения, а в среднем, в течение года, 150 случаев инфицирования в день – значительно больше, чем свиным гриппом. Но, к сожалению, средства массовой информации намного меньше внимания уделяли этой проблеме.

Сейчас перейдём непосредственно к закону. Я хочу обратить ваше внимание в своём докладе на ту часть закона, которая касается гарантий государства в борьбе с ВИЧ-инфекцией, и на то, что касается её исполнения. В первую очередь наше государство обещало регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции. Хорошо, если один раз в год наши средства массовой информации такие данные публикуют, и то в основном цифры заболеваемости. А о мерах профилактики вообще раз в пять лет упомянут.

Эпидемиологический надзор у нас более-менее организован. А вот принятие профилактических мер и лечение ВИЧ-инфекции не налажено. Мы производим только один препарат и реализуем несколько импортных, а деньги на развитие нашей лекарственной базы по ВИЧ-инфекции не выделяются. А как обстоит дело с бесплатным предоставлением квалифицированной специализированной помощи ВИЧ-инфицированным? В принципе мы лечим ВИЧ-инфекцию, но у нас не решён вопрос с лечением оппортунистических инфекций. Поэтому необходимо либо не рассматривать понятие «всех видов», либо всё-таки выделить значительные средства на врачевание оппортунистических инфекций при условии, что нацпроект даёт деньги непосредственно на лечение ВИЧ-инфекции, тогда как люди умирают от сопутствующих заболеваний.

Наконец о научных исследованиях по проблеме ВИЧ-инфекции. У нас практически финансируется только разработка вакцин. А такой важный аспект как разработка новых лекарств остаётся без финансирования, хотя существует мнение в международной практике, что не вакцины, а именно лекарственные препараты могут ликвидировать ВИЧ-инфекцию.

Это спорная точка зрения, но работать в этом направлении тоже нужно. Я предлагаю включить в учебные программы образовательных учреждений вопросы по нравственному и половому воспитанию. В законе о ВИЧ-инфекции должен быть отражён этот вопрос.

Наметилась новая тенденция – проведение всей профилактической работы некоммерческими организациями. При появлении проекта «Глобус» в регионах, где он работает, сократилось государственное финансирование по борьбе с ВИЧ-инфекцией. Давайте разберёмся. Если за пять лет существования проекта «Глобус» в Российской Федерации прирост случаев заболевания составил 78,8 процента, в регионах, где этот проект действовал – 76,5 процента. Вероятно, какое-то действие он оказывал, но очень небольшое. А в регионах, не принимающих участие в проекте, прирост действительно был выше. Эффект есть, но без поддержки государства он крайне незначительный. Потому что наши центры по профилактике и борьбе со СПИДом деньги на проведение профилактики на большинстве территорий практически не получают. То есть профилактикой занимаются не профессионалы, а неправительственные организации.

«Мы против СПИДа» – замечательный лозунг, на его реализацию уходят деньги, но его существование никакого влияния на эпидемию не оказывает.

Змей на плакате, который искушает Еву, вещает, что супружеская верность – это надёжная защита от СПИДа. Больше о женщинах в раю при этом не упоминается.

Или рисунок разрезанного презерватива. Если кто захочет его разорвать, то, думаю, никакому силачу это не по силам. И странная надпись на упаковке «Защищает, но не гарантирует безопасность» полностью дезориентирует того, кто видит этот плакат.

Разорванный презерватив подобен шлему, который защищает наших мотоциклистов. Замечательно, но я думаю, что у ГИБДД тогда надо спросить, зачем она штраф берёт у тех, кто ездит без этого шлема, правильно? Раз он не гарантирует безопасность. И на подобные телепрограммы и ролики уходит до 80 процентов всех средств. То есть имеет место крайне ненаучный подход к профилактике.

Поэтому, мне кажется, что наша основная проблема в том, что мы невыполняем задачи именно по донесению до населения действительно полезной информации. Потому что можно, как вы видите, и неправильно информировать население.

Я думаю, что у нас обязанности государства отражены в законе, но не прописать ли нам обязанности граждан?

Например, от граждан мы должны требовать профилактических мер. Применять доступные меры предупреждения заражения, не допускать случаев дискриминации людей с ВИЧ-инфекцией.

Большая проблема заключается в том, что мы работаем только со школьниками, а большинство населения не охвачено. Телевидение – замечательная вещь, но при наличии 40 каналов необязательно люди будут смотреть именно про СПИД. Обучение на рабочем месте – один из очень важных аспектов, а как его организовать без участия работодателей?

Поэтому, мне кажется, что работодателей надо обязать участвовать в профилактических программах. И не допускать дискриминации инфицированных, так как она имеет место при приёме на работу, и когда человек, например, узнал, что он инфицирован, его могут уволить.

Я думаю, что и средства массовой информации не должны быть в стороне. Они у нас крайне свободные, это замечательно, но свобода подразумевает и некоторые обязанности. Поэтому не просто информировать население ежедневно, я отметил: в воспитательных целях периодически публиковать материалы, которые предупреждают заражение ВИЧ-инфекцией, сделать это – обязанность средств массовой информации.

Местные региональные власти, администрации не выделяют деньги на профилактику ВИЧ-инфекции: они рассчитывают или на нацпроект, или на какие-то неправительственные организации. Но каким-то образом их надо стимулировать в рамках закона или как-нибудь другим способом.

Судебные исполнительные органы должны следить, чтобы этот закон выполнялся в полном объёме. Обязаны ли они это делать или нет? Я, может быть, ошибаюсь, но какой-то стимул должен быть, чтобы заставить этот закон работать.

**Председательствующий.** Спасибо, Вадим Валентинович, за очень профессиональный доклад. Два вопроса. Первый. Какова сейчас продолжительность жизни ВИЧ-инфицированного? Она увеличивается в России по сравнению с предыдущими годами? И в сравнении с Евро-союзом и Америкой – это один вопрос.

И второй. У нас какая тенденция: к снижению темпов прироста или всё-таки к увеличению?

**Покровский В. В.** Продолжительность жизни у нас без лечения такая же, как за рубежом. Здесь каких-то генетических особенностей, которые уменьшают или увеличивают сроки развития этого заболевания, нет. К сожалению, мы пока не можем сказать о том, увеличивает ли лечение за счёт нацпроекта продолжительность жизни, потому что ещё маленький срок. Три года мы применяем эти препараты, и пока статистика достаточно противоречивая. Но надеемся, что за счёт лечения уже через два года мы сможем утверждать об увеличении продолжительности жизни. А средняя продолжительность – 12 лет без лечения. С лечением мы можем гарантировать дополнительно 10 лет. На сегодняшний день больше десяти лет никто не лечил, в том числе и в Америке, а у нас – меньше, в основном три года.

**Герасименко Н. Ф.** Динамика ВИЧ-инфицированных. Как растёт инфицированность?

**Покровский В. В.** В прошлом году было зарегистрировано 47 тысяч инфицированных. В 2008-м – 54 тысячи, в этом году ждём 60 тысяч. То есть прирост идёт быстрыми темпами.

**Председательствующий.** Слово предоставляется начальнику отдела организации надзора за ВИЧ/СПИД, вирусными гепатитами Управления эпидемиологического надзора Роспотребнадзора – Голиусову Александру Тимофеевичу.

**Голиусов А. Т.** Я хотел бы начать с того главного инструмента, который влияет в настоящее время на развитие эпидемии, – приоритетного национального проекта. На сегодняшний день я могу сказать, что практически все те показатели, которые были помечены в сетевом графике этого проекта, у нас выполнены. За 2008 год по обследованию было 22 миллиона, за восемь месяцев этого года – 17 миллионов. На диспансерном наблюдении находится 318 с лишним тысяч ВИЧ-инфицированных, то есть 87 процентов от числа подлежащих госпитализации, и за восемь месяцев 2009 года эта цифра составила 83 процента, хотя впереди ещё целый квартал.

Что касается лечения, то оно проводилось антиретровирусными препаратами 55 тысячам человек в прошлом году, из них 41 проценту – за счёт нацпроекта и 14 процентов – за счёт Глобального фонда. В 2009 году получают терапию 66 тысяч пациентов. В целях назначения антиретровирусных препаратов пациенту с ВИЧ проводится вся необходимая диагностика и сопровождающее лечение. На сегодняшний день это – определение иммунного статуса и вирусной нагрузки. За шесть месяцев текущего года проведены, соответственно, 371 тысяча

исследований по определению иммунного статуса и 310 тысяч – по определению вирусной нагрузки.

Таким образом, могу сказать следующее: все те, кто хотят и кто нуждается в получении антиретровирусной терапии, имеют возможность получать лечение. Другое дело, что у нас есть определённые проблемы с приверженностью, но сегодня я не буду об этом говорить, потому что времени недостаточно и многие ещё должны выступить.

Особое внимание уделяется мероприятиям по профилактике вертикальной передачи. И здесь нам есть, чем гордиться. На сегодняшний день у нас 93,9 процента беременных женщин охвачено вертикальной профилактикой. Полный трёхэтапный курс у нас прошли 80 процентов пар, за шесть месяцев текущего года это – 82,9 процента. Антиретровирусную терапию дети, родившиеся от ВИЧ-инфицированных матерей, получают в 96 процентах случаев. Это действительно достойные показатели, если сравнивать с передовыми государствами.

Непосредственно приоритетный национальный проект выступает в качестве основного инструмента. Это свидетельствует о наличии позитивного медицинского компонента.

Моменты, которые должны быть основательно проработаны, действительно требуют вмешательства, это особенно тяжёлые вопросы, которые действительно требуют вмешательства именно на законодательном уровне. Часть из них уже была здесь озвучена. Поэтому я стараюсь сказать о том, что осталось без внимания.

Снижается финансирование на местах и не только потому, что там действуют проекты «Глобус» или какие-либо другие, а по целому ряду причин.

И здесь было бы чрезвычайно необходимо и правильно закрепить законодательно размер финансирования, особенно для проведения профилактических мероприятий на местах.

Действующее законодательство, как уже об этом говорилось, гарантирует предоставление помощи гражданам Российской Федерации. Но, к сожалению, в 1991 году великая и могучая страна распалась на целый ряд государств, а родственные связи остались.

В действительности есть семьи, когда муж или жена находятся в разных государствах, вернее являются иностранными гражданами, возникает целый ряд коллизий не только по лечению, но и по предоставлению гражданства, и по получению социальных благ и гарантий и так далее. Этот вопрос также требует законодательного решения. То, о чём говорила Лариса Кужугетовна в отношении детей и беременных женщин, по-моему, вообще не подлежит никакому обсуждению. Эти люди должны получать лечение.

На сегодняшний день у нас запущен проект Глобального фонда. Благодаря проектам на местах мы можем обеспечивать иностранных граждан и их детей медицинскими препаратами.

Вопросы, касающиеся внутренней миграции. Люди, зарегистрированные или прописанные в одних городах, в силу различных социально-экономических причин меняют своё место жительства и не имеют ре-

альной возможности получать необходимую терапию в другом субъекте, пользоваться теми гарантиями, которые прописаны в законе. Эта проблема также существует и нуждается в решении.

Наиболее острый и болезненный вопрос затрагивает профилактику ВИЧ-инфекции среди лиц употребляющих наркотики, а также в уязвимых группах.

С нашей точки зрения, этот вопрос может быть решён чётко и ясно тогда, когда будет в силе единый определяющий документ. К сожалению, мы можем долго обсуждать различные мнения и по поводу заместительной терапии, и программ снижения вреда. Но ни одного, ни другого документа пока нет. Это тормозит работу.

Лариса Кужугетовна Шойгу говорила об обеспечении молоком или заменителями грудного молока. Здесь вопрос по большому счёту решён. Потому что в документах субъектов федерации эти вопросы прописаны, но на местах они реально не решаются.

Почему? Потому что это зависит от бюджета субъекта. В одном субъекте этот вопрос решён полностью, в другом он вообще не решён и для ВИЧ-инфицированных матерей, и для обычных женщин.

Хочется отметить чрезвычайно важный аспект, который также нуждается в законодательном регулировании, – это остро стоящие вопросы дискриминации, стигматизации детей, родившихся в семьях, где инфицированы один или оба родителя.

В настоящее время в России 9 тысяч 376 детей в возрасте до 6 лет рождены от ВИЧ-инфицированных матерей. Во многом от готовности персонала воспитателей к принятию детей из семей ВИЧ-инфицированных зависит, как сложится судьба детей. Мы нередко сталкиваемся с тем, что в детских или дошкольных учреждениях, в школах стигматизация и дискриминация калечат судьбы не только детей, но и их родителей.

Большая часть ВИЧ-инфицированных детей проживает в неполных семьях, социально неблагополучных или вообще без попечения родителей. Поддержка семей с ВИЧ-инфицированными родителями и их детьми становится актуальной задачей не только для учреждений здравоохранения, но и социальных служб. И забота о зараженных детях, которые либо не имеют родителей, либо имеют риск остаться без них, также ложиться на плечи государства.

Увеличилось количество ВИЧ-инфицированных детей, оставшихся без попечения. По данным субъектов Российской Федерации таких детей в настоящее время 2 тысячи 831, из них 620 ВИЧ-инфицированных нуждаются в особом медицинском наблюдении и лечении. Дело в том, что родившиеся от ВИЧ-инфицированных матерей дети зачастую имеют не только ВИЧ-инфекцию, но и гепатиты, и нарушения центральной нервной системы и целый ряд других проблем.

Это особая проблема – усыновление и взятие под опеку детей с положительным ВИЧ-статусом.

На сегодняшний день нашли приёмных родителей только 250 человек с положительным ВИЧ-статусом из почти 2 тысяч детей, рождённых от ВИЧ-инфицированных матерей.

Здесь также имеется обратная сторона медали. Это когда ВИЧ-инфицированные женщины или мужчины в соответствии с действующим законодательством не имеют права усыновить или взять под опеку ребёнка независимо от того, ВИЧ-инфицированный он или нет, даже если они приходится ему непосредственными родственниками: дядями, тётями, братьями и так далее. Это острый вопрос, который необходимо рассмотреть для того, чтобы получить какое-то решение.

**Герасименко Н. Ф.** Александр Тимофеевич, только один вопрос. Сейчас часто предлагают расширить контингент, подлежащий обязательному обследованию на СПИД, например, студентов. Ваше отношение к этому?

**Голиусов А. Т.** Вы знаете, здесь надо чётко определить, какой контингент предлагают к расширению. Одно дело, если, например, Василий Геннадьевич предложит призывников тестировать, – в этом может быть какой-то определённый смысл. Но для тестирования студентов, школьников надо иметь необходимое обоснование.

По большому счёту я не вижу в этом необходимости. У нас в лучшие времена 32 миллиона тестировали каждый год. Да, я не спорю, туда попадают одни и те же. Например, доноры, могут тестироваться три-четыре раза в год или беременные – два раза в год. Но всё равно цифры огромные – 22 миллиона. Мы имеем абсолютно чёткий эпидемиологический срез ситуации.

Но, с другой стороны, если есть какие-то показания для тестирования определённой группы, категории людей, можно обсудить эти моменты, и если они будут признаны разумными и правильными, – почему бы и нет?

Извините, можно Игорю Владимировичу Пчелину, исполнителю директору Всероссийской общественной организации «Объединение людей, живущих с ВИЧ» дать слово по поводу ответа на Ваш первый вопрос, который Вы задавали Вадиму Валентиновичу Покровскому?

**Пчелин И. В.** Хотел бы просто маленькую ремарку внести, чтобы не было двусмысленности. Люди, проходящие ВИЧ-терапию, могут жить, по оценкам ВОЗ, неопределённо долгое время. В отличие от людей, не получающих лечения. Это очень важно отметить. С 1995 года в России введён полноценный комплекс терапии, практически одновременно с мировым сообществом. С этого времени у нас, как и в мире, наблюдается снижение смертности от ВИЧ-инфекции.

**Герасименко Н. Ф.** Всё правильно. Потому что в Англии при активном применении терапии увеличилась продолжительность жизни таких больных.

**Покровский В. В.** Смертность у нас растёт. Есть, конечно, случаи удачного лечения, но мы применяем препараты, современные методы с 1997 года, поэтому, не можем пока утверждать, что мы с помощью нашего лечения продлеваем жизнь. Но теоретические расчёты показывают, что можно добиться средней продолжительности жизни у больных. И мы будем над этим работать.



**Пчелин И. В.** У нас статистики нет, но наглядные примеры есть. Я 12 лет на терапии нахожусь и не собираюсь умирать, и на Олимпиаду в Сочи поеду. И таких «динозавров» очень много по России. Люди живут, люди хотят жить.

**Герасименко Н. Ф.** Это правильно. Когда я был в Англии, наблюдал процесс активного лечения, там отмечалось резкое увеличение продолжительности жизни у тех, кто лечится.

Следующее слово предоставляется Брюну Евгению Алексеевичу, директору Московского научно-практического центра наркологии.

**Брюн Е. А.** Уважаемые коллеги, я хотел бы начать своё выступление не как специалист, а как обычный гражданин Российской Федерации. Сегодня, пока я ехал к нам на заседание, мне у светофора в машину дали вот такой журналчик. Я его посмотрел. Здесь порядка тысячи имен проституток с контактными телефонами. Дело в том, что это ещё одна группа риска как по ВИЧ-инфекции, так и по наркомании. Среди них много потребителей наркотиков и достаточно много ВИЧ-инфицированных. Это ещё один аспект, я не знаю, будет ли он сегодня обсуждаться или нет, но считаю своим долгом об этом сказать.

Теперь что касается наших скорбных дел. По разным подсчетам среди ВИЧ-инфицированных сейчас порядка 60 или 70 процентов наркоманов, использующих инъекционный способ введения наркотиков. Что это значит? Это значит, что у них есть и половые контакты, и они передают ВИЧ-инфекцию в открытое общество. Это сложная тема.

Я не большой специалист по ВИЧ-инфекции, но я кое-что знаю о наркомании. И это один из основных источников ВИЧ-инфекции, распространения эпидемии, поэтому я буду говорить о наркомании и о тех проблемах, которые у нас возникают с законодательством в области наркологии.

Должен сказать, что профилактика наркологических заболеваний, наркомании в том числе, лечение и реабилитация не подкреплены практически ни одним законом. Даже в законе о психиатрической помощи и гарантии прав при её оказании слово «наркология» не звучит.

В федеральном законе «О наркотических средствах и психотропных веществах» есть такой юридический казус, когда врачи не могут поставить диагноз без направления правоохранительных органов. И таких проблем много.

Я хотел бы остановиться на необходимости первоочередной задачи — разработки закона о профилактике наркологических заболеваний. Сейчас в России, в некоторых регионах есть региональные законы, и Москва в 2007 году приняла такой закон о профилактике наркомании. Но, к сожалению, без федерального законодательства многие необходимые положения этого закона не работают.

Речь идёт о профилактике наркологических заболеваний в организованных коллективах. Эта тема обсуждается в мире давно. В этом году будет 60 лет с момента внедрения первых программ по профилактике в организованных коллективах, была такая дюпоновская компания.

Я сейчас это проиллюстрирую, и будет понятна суть программы профилактики. В одном из престижных вузов в Москве студент гибнет от передозировки наркотиков в туалете во время учебного процесса. И ректор этого института вызывает нас и просит обследовать всех студентов. Собирает их и говорит: давайте, начиная с меня, все обследуемся. И мы тотально всех студентов, это небольшой вуз, обследовали. Получили 15 процентов потребителей наркотиков. Они не были больными, но они были потребителями наркотиков.

С каждым из них мы встретились, провели то, что называется на международном языке социотерапевтической интервенцией, то есть такую беседу, и через год мы снова всех проверили студентов, и это было уже только 2 процента потребителей наркотиков. Вот такова эффективность интервенции. В странах, где внедряют эти методики, отмечается снижение спроса на наркотики. Вот, в частности, в Америке за последние два года намечилось, это демонстрируют цифры, именно через интервенции снижение спроса на наркотики среди подростков и молодёжи.

Мы должны быть реалистами. К сожалению, старшекласники – это 13 процентов потребителей наркотиков. Вузы – от 15. Не очень благополучные – до 25 и более процентов численного состава. Причём наиболее подверженными оказываются вторые курсы. Первокурсники ещё как бы под надзором родителей, а на втором курсе возникают проблемы.

Один из крупных вузов, не буду называть какой, чтобы не давать отрицательной рекламы, ежегодно отчислял 600 студентов, 10 процентов численного состава. Стали разбираться, в чём дело. Примерно у 60 процентов отчисленных были проблемы с алкоголем и наркотиками. Обычно среди студентов, которые живут в общежитии.

Таким образом, нам нужен такой основной профилактический закон, сильно сжатый, который бы обязывал администрацию, профсоюзы и работников или студентов подписывать контракт. Международная практика в этом имеется. Это три пункта, они очень простые. Человек обязуется не употреблять психоактивные вещества на рабочем месте или во время учебного процесса. Он по требованию администрации или профсоюзов проходит обследование. И последнее, он подвергается лечению, если обнаруживается наркологическое заболевание. При этом он не отчисляется с учёбы, не увольняется с работы. Пока он сотрудничает и остаётся «чистым», он остаётся членом коллектива. Вот такой простой закон. Программы рекомендованы Всемирной организацией здравоохранения и Международной организацией труда, они очень помогают оздоравливать наркологическую ситуацию в организованных коллективах. Это одна сторона проблемы.

Вторая сторона проблемы, Вадим Валентинович Покровский об этом уже упоминал, – это средства массовой информации. Департамент здравоохранения города Москвы 10 лет пытается открыть рубрику на телевидении для обучения населения, чтобы вовремя заметить, что делать, что и как говорить. Но, к сожалению, все наши усилия в этом отношении оказались тщетны. И тут нужны какие-то волевые решения, чтобы иметь возможность обучать население.

Изданий по темам, касающимся больных, их родственников, их взаимоотношений, юридических вопросов нет. Мы в этом году попытались эту нишу заполнить. Не знаю, хорошие или плохие, но эти публикации, эти издания нашим больным очень нравятся. Я вам тоже их предоставлю, кому интересно – посмотрите.

Ещё один вопрос очень важный для нас – это водители. Ежегодно в Москве задерживаются две с половиной тысячи водителей, у которых подтверждается положительный результат на наркотики. Их лишают прав. Но на эти полтора–два года они предоставлены сами себе. Они ездят, меняют фамилию, чтобы купить новые права, и так далее. Это колоссальный объём людей, которые не доходят до наркологической службы. Нужен какой-то законодательный акт. Как на Западе. Если какой-нибудь Мэл Гиббсон в пьяном виде что-то подобное вытворяет, он месяц слушает лекции в специальном учреждении. У нас этот момент совершенно никак законодательно не установлен.

Нам кажется, что этот момент тоже очень важен.

**Герасименко Н. Ф.** С большим удовольствием хочу предоставить слово Ольге Владимировне Кривонос – директору департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Она подведёт черту. А потом приступаем к обсуждению.

**Кривонос О. В.** Уважаемые коллеги, я хотела бы также остановиться на такой серьёзной проблеме, как ВИЧ-инфицирование у наркоманов. В связи с чёткой корреляцией выявления ВИЧ-инфекций при редком, иногда единичном употреблении наркотического средства путём инъекции, всё актуальнее встаёт перед нами задача комплексного лечения и профилактики данной категории больных.

Здесь я хочу показать динамику общей заболеваемости наркоманией за последние годы, начиная с 2008 года. Всего потребителей наркотиков по данным официальной статистики около 550 тысяч человек. Почти 88 процентов составляет группа, принимающая опиийные наркотики. Это самый большой процент. И если посмотреть на масштаб зависимости от наркотиков, то в последние годы имеется тенденция к увеличению. Это тоже настораживает.

Доля ВИЧ-инфицированных среди зарегистрированных потребителей инъекционных наркотиков составляет в абсолютных числах порядка 400 тысяч человек. По данным официальной статистики в 2008 году среди всех употребляющих инъекционные наркотики – 12,1 процента ВИЧ-инфицированы.

Мне бы хотелось остановиться на серьёзной проблеме, которую обсуждает в последнее время мировое сообщество. Это зарубежная практика оказания медицинской помощи – стратегия снижения вреда. Сегодня вскользь об этой программе говорилось. Но я хотела бы заострить ваше внимание на основных составляющих программы.

Нам известно, что это – трёхкомпонентная программа. Она включает доступ потребителей наркотиков к стерильным шприцам и иглам,

открытие инъекционных кабинетов для потребителей наркотиков и лечение легализованными наркотиками (в том числе метадоном). То есть применять заместительную терапию с введением этого препарата.

Результат, который ожидают получить те, кто считает, что эта программа является действенной и основной в решении таких социальных вопросов, как прекращение употребления уличных наркотиков, снижение уровня противоправной активности, профилактика передающихся через кровь инфекционных заболеваний и вовлечение употребляющих наркотики в реабилитационные программы, кажется мне весьма сомнительным.

Мне коротко хотелось бы рассказать историю заместительной терапии. Всем известно, что на каждое наркотическое средство в своё время применялось новое для лечения зависимости. Для опиума был придуман морфин, и мы помним эту историю, когда стали лечить им от кашля, и достаточно было 25 лет для того, чтобы убедиться, что мы посадили огромное количество людей на данный вид наркотического средства. То же самое и с героином – он был придуман как средство для лечения от морфиновой зависимости. Что мы с вами имеем по факту?

Метадон является опиумным препаратом. И на сегодняшний день, уважаемые коллеги, я хотела бы обратить ваше внимание на то, что доказательной научной базы для применения данного препарата не существует.

Коротко про сторонников заместительной терапии. Чтобы было понятно, что она тоже имеет определённый уровень воздействия. Бытует мнение, что эта терапия на сегодняшний день действенна. Сторонники мотивируют это тем, что происходит стабилизация состояния больного. При приёме метадона у больного меньше выражается абстиненция, биохимические процессы в организме происходят более мягко по сравнению с другими видами наркотических средств. Применение метадона возможно при любых видах наркотической зависимости: от кодеина до морфина. Но тогда можно говорить, что при лечении водочного алкоголизма, которым у нас в стране страдает значительно больше больных, чем от наркомании, можно применять любой другой алкогольный напиток. Но мы не приемлем такой метод лечения, иными словами пункт о стабилизации состояния больного считаем опровергнутым.

Сокращение потребления наркотиков вне получаемой терапии. Я хотела обратить внимание на то, что героин вызывает героиновую эйфорию. Метадон, согласно тем редким публикациям и той базе, которую имеем на сегодняшний день, не вызывает такого эффекта, и зачастую героиновые потребители наркотиков применяют два препарата. Это большой риск. Во-первых, сильное токсическое влияние, во-вторых, передозировка и смертельный исход. Это тоже серьёзный момент. По данным, опубликованным в последнем выпуске «Европейские города против наркотиков», за девять лет проведения в Швеции метадоновой программы умерло практически 33 процента её участников. В США за период с 1999 по 2004 годы количество зарегистрированных смертельных случаев, связанных с потреблением в том числе и данного пре-

парата, выросло на 390 процентов. Это официально опубликованные данные.

По последним сведениям ученых США до 80 процентов употребляющих метадон употребляют и героин, то есть получают комбинированный приём наркотических средств.

Кроме того, сторонниками этой концепции озвучивается тот момент, что это возможность для психосоциальной интеграции трудовой деятельности. Якобы метадоновые программы улучшают качество жизни примерно у 30 процентов героиновых наркоманов. Ещё раз говорю: под этим нет никакой доказательной базы.

Уменьшение заболеваемости ВИЧ-инфекцией, гепатитами В и С. Вы, наверное, знаете, что заражённые ВИЧ-клетки после метадона испускают намного больше вирусных частиц, уменьшается количество лимфоцитов, тем самым снижается иммунитет. Существует теория, подкреплённая тревожными данными о том, что метадон ускоряет репликацию вируса иммунодефицита человека.

Ещё раз говорю, что у нас официально никаких научных исследований не проводилось, вот вам и подведение под доказательную базу.

Сокращение преступности и проституции. По данным Швеции около 60 участников метадоновой программы продолжают совершать преступления.

В Российской Федерации с 1997 года имеется опыт применения программы «Стратегия снижения вреда» в части доступности стерильных шприцев и игл. Что мы увидели? Что в десяти субъектах Российской Федерации результат негативный. Уровень заболеваемости ВИЧ/СПИДом возрос в три и более раза по сравнению с теми регионами, в которых программа не приводилась. Мы твёрдо убеждены, что раздача стерильных шприцев и игл является поощрением бездействия в обществе и нарушает в том числе Уголовный кодекс Российской Федерации. Также следует отметить, что приобретение стерильных шприцев и игл в Российской Федерации не является проблемой. Цена на шприцы и иглы не соизмерима с ценой на наркотические средства. И этот вопрос широко поднимался в марте в Вене на 52-й Ассамблее ООН, где была изложена позиция Российской Федерации в части программы снижения вреда. Этот опыт, вероятно, может быть хорош для тех стран, где всё продаётся по рецептам, в том числе и иглы. То есть для нас это не актуально. И мы наблюдаем всплеск заболеваний в последнее время.

Что же сейчас происходит с оказанием медицинской помощи этой категории больных в странах СНГ? В последние годы страны Содружества Независимых Государств активно внедряют на своих территориях данные программы. И Россия осталась единственной страной, где законодательно запрещено применение метадоновой терапии. Позиция Российской Федерации на сегодняшний день остаётся неизменной в части лечения этой категории больных. Она была озвучена, ещё раз обращаю ваше внимание, в Австрии, на ассамблее. И более того, основные моменты и предложения были включены в политическую декла-

рацию, которая опубликована как призыв к дальнейшим действиям на последующие десять лет.

К чему мы должны стремиться? То, о чём говорил Евгений Алексеевич Брюн, – это комплексно-лечебный реабилитационный подход к оказанию наркологической помощи, так называемая социотерапевтическая интервенция, раннее выявление и вмешательство. Хотелось бы обратить внимание на первичную профилактику наркомании. Необходимо упомянуть, что такое обсуждение программы в части снижения вреда отвлекает внимание государства от столь насущной проблемы. И мы должны сконцентрировать все усилия на первичной профилактике данного заболевания у нашего молодого поколения, сохранив его трудовой потенциал.

Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации с этого года начата программа по формированию здорового образа жизни, в том числе лиц, злоупотребляющих алкоголем и табаком. Программа комплексная, многокомпонентная. Открываются центры здоровья, порядка 502 центров здоровья по всем регионам нашей страны. Кроме того, проводится массивная информационная кампания на федеральных основных каналах. И если в этом году не столь большая роль будет отводиться проблемам наркомании, то на следующий год начинается огромная программа и по данному направлению.

Я бы хотела также обратить внимание на то, что помимо первичной профилактики, помимо лечения данной категории больных важно обсуждать вопрос вторичной профилактики наркомании, в том числе и вопросы медико-социальной реабилитации.

Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации совместно с главным специалистом Минздравсоцразвития России Брюном Евгением Алексеевичем и обществом наркологов, которое озабочено этой проблемой, мы занимаемся подготовкой порядка оказания наркологической помощи, в том числе ВИЧ-инфицированным для всей нашей страны.

Этот порядок будет иметь обязательный характер, так как эта норма у нас отражена в Основах законодательства об охране здоровья граждан с 2008 года, и они являются обязательными на территории Российской Федерации.

Это большой, объёмный документ, который будет включать в себя положение о наркологической службе, табель оснащения, штатные нормативы и описывать весь путь пациента от момента его поступления в лечебное учреждение до диспансерного наблюдения.

Мы с вами должны упомянуть о том, что на сегодняшний день отсутствует медико-социальная реабилитация, и мы понимаем важность её проведения. В рамках этого порядка, в рамках других нормативных актов предусматривается возвращение к лечебно-трудовым мастерским, возрождение роли диспансеров, которые должны выполнять не только функцию лечения, но и оказания экстренной помощи в случаях передозировки, а также заниматься этим пациентом и вопросами его адаптации и возвращения в общество нормальным гражданином, то есть предотвратить повторное применение наркотических средств.

Законодательство Российской Федерации. У нас есть определённый ряд законов, подзаконных актов, но их недостаточно.

Это было озвучено Евгением Алексеевичем Брюном. Я бы обратила внимание на то, что отсутствие законодательной базы очень нас тревожит. На сегодняшний день статья 55-я федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах» прописывает всё: диагностику, обследование, консультирование, медико-социальную реабилитацию, лечение. Но совершенно не освещает вопросы профилактики, то, на чём должен быть сделан главный акцент.

Здесь поднимался вопрос о разработке нового законопроекта. На наш взгляд, при тщательном рассмотрении и проработке действующего федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах» эту главу с предложениями, которые уже были представлены наркологами, можно включить в действующий закон, выделив отдельно.

Это очень важный вопрос, так как на сегодняшний день, ещё раз хочу обратить ваше внимание, нет взаимодействия между ответственными за эту проблему и работодателями, и, наверное, с профсоюзными организациями. В этом направлении должна быть определена роль всех заинтересованных лиц.

Порядок оказания наркологической медицинской помощи очень важен. Важно упомянуть о стандартах лечения, не следует забывать, что и наркомания, и ВИЧ/СПИД – это болезни, и мы должны говорить об изменении существующих стандартов. И мы надеемся, что уже в 2010 (в начале 2010 года, в конце 2009 года) по основным социально значимым неинфекционным и инфекционным заболеваниям первые стандарты будут приняты.

Кроме того, мы считаем, что помимо законов «О психиатрии», «О наркотических средствах и психотропных веществах» необходимо внести изменения в Кодекс об административных правонарушениях. Это касается и водителей в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, ведь зачастую по их вине гибнут люди, за которых они ответственны.

Сейчас мы совместно с Министерством внутренних дел Российской Федерации прорабатываем акт освидетельствования, в том числе наблюдение за той категорией лиц, которая была выявлена на момент осмотра в состоянии опьянения. Иными словами прописываем профилактическое наблюдение за ними. Это тоже новое и важное направление, которым мы сейчас занимаемся.

Я также хочу полностью поддержать позицию о выделении эфирного времени. Со следующего года социальная реклама, федеральные каналы готовы активно с нами взаимодействовать в этом направлении. И наши главные идеологи и специалисты публично будут говорить о тех проблемах, которые на сегодняшний день касаются зловещих заболеваний.

В заключение мне хотелось бы призвать всех к консолидации своих усилий совместно со всеми ведомствами, общественными организациями, специалистами в этой области для решения данной проблемы.

**Герасименко Н. Ф.** Переходим к обсуждению. Предоставляю слово Сергею Николаевичу Абельцеву – члену Комитета Государственной Думы по безопасности.

**Абельцев С. Н.** Уважаемые участники «круглого стола»! Как многие из нас помнят, в «Советском Союзе секса не было». Сейчас в России секс есть, и в России сейчас есть ещё и СПИД. И принял он уже характер эпидемии со всеми свойственными этому явлению последствиями. Социальными, такими как гендерное неравенство и социальная изоляция, и экономическими, так как СПИД нанёс и продолжает наносить значительный ущерб в ключевых областях хозяйственного развития, образования, здравоохранения и даже обороноспособности страны.

По подсчётам экспертов, с учётом растущих показателей и смертности среди мужчин, и низкой рождаемости, к 2020 году российские Вооружённые Силы будут насчитывать не более 700 тысяч человек. Сейчас они насчитывают 1 миллион 200 тысяч. Около 20 процентов призывников до армии употребляли наркотики.

Эпидемия ВИЧ-инфекции в России в первую очередь поражает наркоманов. Неизбежное распространение ВИЧ будет ещё и в большей степени ограничивать возможности российских Вооружённых Сил, нуждаясь в пополнении своих рядов здоровыми новобранцами. Это неизбежно приведёт к снижению способности российской армии контролировать и без того недостаточно защищённые южные границы страны, что в свою очередь приведёт к уменьшению потенциала страны в противостоянии к внешним угрозам.

Эпидемия может серьёзно ухудшить и демографическую ситуацию России. В соответствии с консервативными прогнозами к 2050 году численность населения страны может сократиться на 30 процентов. Если же события будут развиваться по пессимистическому сценарию, то численность населения снизится на 50 процентов и достигнет уровня 77 миллионов человек. Для экономики России угроза эпидемии ВИЧ особенно велика, так как инфекция поражает молодых людей в возрасте от 15 до 30 лет и уже приводит Россию к сокращению численности трудоспособного населения.

По данным Всемирного банка, если современная тенденция распространения ВИЧ-инфекции сохранится, то объём российского ВВП к 2010 году может сократиться на 4 процента по сравнению с ситуацией при отсутствии эпидемии. К 2020 году эти потери превысят 10 процентов.

Недостаточные федеральное финансирование исследований по ВИЧ/СПИДу, эпидемиологический надзор, профилактика и лечение ВИЧ-инфицированных являются отражением низкой приоритетности борьбы с эпидемией с точки зрения российского правительства.

Единственный способ, которым мы можем решить эту проблему, – это использование так называемой социальной вакцины, коей является развитие системы информированности населения через средства массовой информации, пропаганду здорового образа жизни, повышение качества жизни людей, в том числе живущих с ВИЧ/СПИДом. Это – стра-



тегическая цель социальной вакцинации населения от угрозы развития эпидемии СПИДа, которая в нашей стране носит концентрированный характер и не достигла пока широкомасштабного распространения.

Основной причиной распространения ВИЧ-инфекции является не слабость медицины, а нравственное нездоровье общества, недостаточная пропаганда крепкой и единой семьи.

Во многих материалах федеральной и региональной прессы общим является противоречие всем нравственно-этическим принципам морали. Многие периодические издания при освещении медицинских и социальных вопросов практикуют чёрный пиар. На сайтах некоторых электронных средств массовой информации проводится пропаганда идей дискриминации в отношении ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, не говоря уже о культуре безнравственности и отсутствии морали в публикациях, авторы которых для повышения рейтинга не останавливаются ни перед чем.

Именно средства массовой информации являются важнейшим проводником идей воздействия на сознание подрастающего поколения. Нравственно-половое образование подростков, молодёжи, привлечение представителей так называемой четвёртой власти к объективному информированию населения позволит в обозримом будущем удержать эпидемию СПИДа под контролем.

В последние годы в России резко возрос поток иностранных граждан, в том числе трудовых мигрантов, среди которых уже выявлены тысячи ВИЧ-инфицированных. Необходимо усилить контроль над обследованием трудовых мигрантов на ВИЧ-инфекцию.

Эта работа должна осуществляться в двухстороннем и многостороннем порядке с теми государствами, откуда в Российскую Федерацию пребывает основное количество трудовых эмигрантов.

И ещё один тревожный факт. В новой редакции федерального закона «О донорстве» указано, что донорами могут быть иностранцы. Это чудовищная норма. Потому что, позволю себе напомнить, что 40 процентов больных гемофилией были заражены СПИДом в США, Японии и Германии только потому, что нарушался этот принцип. Иностранцы донорами быть не могут. Их нельзя надлежащим образом отследить.

Подход, основанный на уважении прав человека, борьбе с стигматизацией является императивом прав человека сам по себе, а также ценным инструментом в борьбе с отрицанием и клейменем, которое представляет собой серьёзное препятствие на пути диалога по проблемам ВИЧ/СПИДа.

Что мы видим в реальности? В последнее время социологи отмечают у людей настроение повышенной тревожности, раздражительности. В обществе толерантность к ВИЧ-положительным людям снижается по экспоненте. Информационные кампании 2008–2009 годов не помогли переломить эту негативную тенденцию.

С 2009 по 2015 год по данным Минздравсоцразвития в России прогнозируется резкий рост смертности среди ВИЧ-инфицированных. К сожалению, пока главенствующим фактором в оценке достижения вылечивания

СПИДа является фактор удлинения срока жизни, при этом умалчивается о качестве этой жизни. Важно не только подарить какие-то годы жизни человеку, необходимо добиться того, чтобы эти годы были качественными, чтобы человек не страдал от боли, не страдал от изменения внешности, которое возникает при приёме антиретровирусных препаратов.

СПИД – не столько проблема медицинская, сколько проблема социальная. Это очередная точка разлома общества, которая снова делит общество на «чистых» и «не чистых».

Ширится явление, которое условно можно назвать ВИЧ-психозом, когда человек доходит до стадии отрицания жизни, погружаясь в глубочайшую депрессию. Вот это проблема. И она отрицательно влияет на общество.

В обществе должен быть введён запрет для больных СПИДом на осуществление профессиональной деятельности по ряду специальностей. Например, авиадиспетчеры, работники центров переливания крови и трансплантологии.

И объективно в современном мире возник дефицит моральных, этических и нравственных ценностей. Всё более умалчивается сдерживающее христианское начало. Люди утрачивают понятие допустимого в пределах и в удовольствиях.

СПИД – это показатель растерянности, слабости и нравственной отсталости нашего общества. И только победив эти слабости, возможно, мы победим и СПИД.

**Герасименко Н. Ф.** Я хотел бы передать слово первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по безопасности Гришанкову Михаилу Игнатьевичу.

**Гришанков М. И.** И пока ещё члену Правительственной комиссии.

Я полагаю, у нас сегодня дискуссия? То есть можно говорить свободно?

Первое, Николай Фёдорович, я хочу задать Вам вопрос. Потом, после моего краткого выступления, если можете, ответьте. Сколько средств выделяет государство на лечение онкологических больных и на программы по минимизации сердечно-сосудистых заболеваний?

Просто я этих цифр не знаю, поэтому, если можно, Вы мне ответьте.

**Герасименко Н. Ф.** 6 миллиардов на онкологию.

**Гришанков М. И.** Хорошо, пусть даже 10. Вы знаете, почему я задаю этот вопрос, Николай Фёдорович, Вы же меня понимаете?

Количество смертей от кардиологии и онкологии, просто несоизмеримо больше того, что мы имеем на сегодняшний день от больных, которые умирают от ВИЧ/СПИДа.

То есть, если взять относительные цифры, то станет понятно, что государство сегодня выделяет колоссальные деньги на решение проблемы ВИЧ/СПИДа. Прежде всего на лечение и диагностику. Колоссальные деньги, десятки миллиардов рублей. Это говорит о пристальном внимании государства.

Значит, мы должны задуматься над тем, какой мы результат получаем, реализуя эти программы. Счастье, что Владимир Владимирович Пу-

тин поддержал идею о проведении Государственного совета по данной проблематике. И в этом решении Государственного совета прописано очень много важных и нужных решений. И, на мой взгляд, нам очень важно не отступать от них.

Почему я сейчас об этом говорю? Сегодня оказалось, что тема «круглого стола» связана прежде всего с программами снижения вреда. Метадон вообще не обсуждаем. Запрещено лечить больных ВИЧ/СПИДом наркотиками.

Поэтому, дополнительная информация, которую Ольга Владимировна предоставила, была очень важной.

Но я бы обратил внимание на следующее.

На то, что программа снижения вреда трёхкомпонентная: раздача шприцев, работа с группами риска, с проститутками.

Честно скажу, я выражаю свою гражданскую позицию, меня напугал пункт, где было написано, что раздача шприцев – это нарушение Уголовного кодекса. Поэтому, я думаю, что это несколько преждевременное утверждение.

Добавлю, что в примечании к статье 230 Уголовного кодекса «Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ», введённом федеральным законом № 162, то есть почти пять лет назад, предусматривается, что органы исполнительной власти в области здравоохранения и органы по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ должны выработать согласованную позицию относительно применения их в целях профилактики ВИЧ-инфекции и других опасных инфекционных заболеваний.

Я искренне обращаюсь к Минздравсоцразвития России: выскажите свою позицию и запретите. Знаете почему? Потому что ряд руководителей регионов должен сидеть в тюрьме, исходя из той логики, которая озвучивается.

Называю конкретно: Татарстан, Санкт-Петербург и многие другие регионы. Губернаторы и президенты подписывают документы о том, что в результате реализации программы снижения вреда и работы с уязвимыми группами получены положительные результаты.

Я позволю себе зачитать документ. Один из ответов: в Санкт-Петербурге, в соответствии с моделью снижения вреда, реализуемой общественными организациями, были открыты стационарные пункты по обмену шприцев, консультированию, обследованию на социально-значимые заболевания при государственных учреждениях здравоохранения. Разработанная в долгосрочной целевой программе Санкт-Петербурга профилактика заболеваний, вызываемых ВИЧ-инфекцией, на 2010–2012 годы планирует продолжить реализацию мер по индивидуальной работе с наркопотребителями и другими уязвимыми группами риска. Письмо подписано уважаемой Валентиной Ивановной Матвиенко.

Программа снижения вреда в Татарстане осуществляется на основании постановления кабинета министров. Значит, кабинет министров надо поправить. То есть это нужно делать по всей стране, это надо понимать. Мы не должны людей в тюрьму толкать.

Поэтому я обращаюсь к руководству Минздравсоцразвития России: выскажите свою позицию открыто, публично, чтобы никто больше не поднимал этот вопрос. Нет в этом смысла. Если запрещено в стране, значит, не надо подталкивать людей к тому, что они что-то думают, что-то читают, есть разные эксперты, кто-то – «за», кто-то – «против», есть другие. Давайте тогда закончим эту дискуссию, просто чтобы определиться, что на этом этапе развития здравоохранения, социального общества и государства мы не будем это делать. Это нормальная позиция. Это надо сделать, потому что по-другому никак.

Опять же, говоря о программе снижении вреда, есть много мнений. Всегда должна быть доказательная база. И здесь очень важно опираться на мнение специалистов. И это главный подход, который должен быть.

Конечно, я не ожидал, что уважаемый господин Покровский В. В. скажет, что проект «Глобус» был безуспешным. Это когда государство денег не давало. И он действовал несколько лет. Сегодня отказались от «Глобуса», но при этом я зачитываю информацию с сайта Минздравсоцразвития России: в 2010 году на профилактику ВИЧ/СПИДа – «ноль». Давайте смотреть правде в глаза. Одно дело, мы можем высказывать разные мнения, другое дело – «ноль» на профилактику. Я считаю, что любой руководитель должен взять на себя ответственность за то, что будет происходить через год, через три, через пять. Вот когда мы будем тратить уже не 13 миллиардов рублей, а 25–50 миллиардов рублей на лечение и на многие другие программы, то тогда будет и эффективность в нашей деятельности, политической или управленческой. Я надеюсь, что комитет по здравоохранению обратит внимание на то, что на профилактику ВИЧ/СПИДа в национальном проекте «Здоровье» – «ноль» на следующий год. Я считаю, что есть смысл побороться за это всем депутатам.

Если уж говорить откровенно, проблема ВИЧ/СПИДа была в зоне внимания государства, и специалисты её отслеживали, но профилактическую работу практически не вели. На самом деле должно быть больше всего информации на телевидении, потому что информирование граждан о способах заражения – это важнейший элемент профилактической работы. Я хотел бы услышать мнение хотя бы одного специалиста, который бы сказал, что нужно делать с потребителями инъекционных наркотиков. Рассказывать истории о том, что им не надо употреблять наркотики? Это надо им говорить. Но когда от одного заражаются 10 человек, мы должны что-то делать. Как политики, как депутаты.

Завершая своё выступление прошу включить в проект рекомендаций «круглого стола» следующие пункты.

Первое. Минздравсоцразвития России рассмотреть возможность обеспечения приоритетной поддержки программ профилактики и распространения ВИЧ-инфекции, включая финансирование специальных методов профилактики, нацеленные на закрытые целевые группы, и активное привлечение к этой работе неправительственных организаций, имеющих опыт работы с такими группами. Потому что «Глобус» свернулся, международного финансирования нет, но кто-то должен делать работу по профилактике.

Кстати, самое удивительное, что Татьяна Алексеевна Голикова на прошлогодней международной конференции по ВИЧ/СПИДу сказала: я поддерживаю эту работу, потому что профилактика – это основа всего. У нас в октябре месяце будет следующая конференция, надо чётко сказать, какая всё-таки позиция нашей страны по этой теме.

Второй пункт. Рекомендовать Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Роспотребнадзору провести до конца 2009 года заседание Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболеваний, вызываемых ВИЧ-инфекцией, на которой рассмотреть вопрос о перспективах мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С. Это к вопросу о том, что на следующий год – «ноль».

Третий пункт. Разработать механизмы государственных гарантий в отношении регулярного информирования населения о доступных методах профилактики, в том числе через государственные СМИ, включая Первый канал и телеканал «Россия».

**Председательствующий.** Спасибо, Михаил Игнатьевич.

**Кривонос О. В.** Два слова про профилактику. Уважаемый Михаил Игнатьевич, я в своём выступлении сделала большой акцент на то, что в 2009 году у нас началась программа по формированию здорового образа жизни. Вы считаете, здоровый образ жизни – это не профилактика?

Формирование здорового образа жизни – это и есть профилактическое направление в национальном проекте «Здоровье», который у нас продолжается. И на 2010 год и на плановый период 2011-2012 годы заложены средства, в том числе для информационной кампании в этом направлении. И не надо считать, что «Глобус» закончил своё действие, или ещё там какая-то другая международная организация свернула свою деятельность, это не значит, что министерством работа не продолжается. Она стала более содержательной, более совершенной. И в ноябре мы с вами увидим на федеральных каналах первые результаты этой работы. Контекст информационной кампании поменялся. Особенно в содержательной части. Да, народ и особенно молодёжь знают, что всё это плохо, но всё равно они употребляют наркотики и заражают себя и других, и беспорядочные половые связи имеют, и так далее и тому подобное.

Поэтому та информационная кампания, которая скоро начнётся, будет комплексной во всех регионах нашей страны. И мы надеемся, что она сможет повлиять на сознание людей, изменить его к лучшему.

**Председательствующий.** Следующее слово предоставляю академику Российской академии наук, председателю Комитета по науке и наукоемким технологиям Черешневу Валерию Александровичу.

**Черешнев В. А.** Я буквально несколько слов скажу, потому что сегодня выступал на конгрессе по нанотехнологиям – «НАНОТЕХ». Там дискуссия между учёными, химиками, биологами, медиками завязалась. В чём дело, почему не можем со СПИДом справиться, почему низок перечень отечественных лекарственных препаратов?

Так вот, в дискуссии мы совершенно чётко пришли к выводу, что вакцина против СПИДа – это дело ближайших 10–15 лет. Это в Кейптауне было обобщено и выдано всему миру. Перечень составлен. Сейчас осталось 23 перспективных вакцины. Одна из них – Института иммунологии Российской Федерации. Но все совершенно чётко указывают на то, что фундаментальных открытий и оснований для того, чтобы эти вакцины заработали, на сегодняшний день нет. Это первое.

Второе – это терапия. Она продлевает жизнь, но не решает вопроса. То есть нет лекарств, которые излечивали бы полностью от СПИДа.

В мире сейчас получает развитие третье направление – это микробициды. Это снижение передачи СПИДа при половом контакте. Это мазевые, гелевые конструкции, это иммуномодуляторы, содержащие бактерицидные, вирусные вещества, направленные в основном на сохранение здоровья женщины. Вы убедились, что 40 процентов случаев заболевания происходит у женщин. В Кейптауне выступала Шерон Хиллер – первая женщина-профессор из Питсбургского университета, которая сказала, что проводились исследования в Танзании, в Ботсване и в ЮАР. Гелевые рецептуры микробицида снижают заболеваемость на 30 процентов. И зал аплодировал.

Вирусологи говорят, что можно достичь и 70–90 процентов.

Во всём развитом мире эти программы существуют. Тридцать государств, последние Китай и Индия, присоединись к микробицидной программе.

В России этой программы нет.

Сегодня в мире ежегодно умирает от СПИДа 2,4 миллиона человек, заражается каждый год 2,7 миллиона. Вот эти 300 тысяч, зазор, как раз и позволяют распространяться заболеванию, расти. Если эффективность микробицидов повысится до 90 процентов, то сохранится 700–800 тысяч жизней. То есть вот куда надо направить свои усилия. И я абсолютно солидарен с тем, что в основном деньги-то выделяются в разделе «Наука» на изготовление вакцины. А это самый сложный вопрос. Почему? Вирус иммунодефицита впервые за историю существования человека (500 миллионов лет существуют вирусы) паразитирует в иммунной системе. А традиционно вся вакцинация идёт на «встряску» иммунной системы с тем, чтобы накопить клетки иммунологической памяти и в последующем получить соответствующий иммунный ответ. Какая «встряска», какой системы? Он в ней паразитирует. Поэтому речь идёт о том, что надо менять вектор научных направлений.

У меня конкретные предложения. Надо написать: законодательно обеспечить научное сопровождение всех исследований по СПИДу. Не снимать, не умалять ничего для сохранения научной составляющей. Второй вопрос конкретный совершенно – в ближайшие полгода поручить комитетам по науке, по здравоохранению совместно создать национальную программу по микробицидам. Чётко и ясно.

**Герасименко Н. Ф.** У меня вопрос появился. Вы сказали, что ежегодно в мире регистрируется 2,7 миллиона, а умирает 2,3 миллиона, то есть разница небольшая. У нас зарегистрировано сколько в год? 60?

А умирает сколько? 28. То есть у нас получается результат намного лучше, чем в мире.

**Покровский В. В.** Николай Фёдорович, мы, конечно, можем выйти на плато, когда у нас будут умирать и заражаться одинаковое количество. Только умирать-то будет очень много.

**Черешнев В. А.** Николай Фёдорович, ничего странного нет, потому что в мире сегодня примерно 49–50 миллионов инфицированных СПИДом, из них 27 миллионов – это субсахарная Африка, то есть «чёрный континент», 27 миллионов, больше половины. По России. Наши данные – 504 тысячи, ВОЗ России – 750 тысяч, независимые эксперты – миллион, а в кулуарах ученые говорят: одного процента вы уже достигаете. Я ещё раз повторяю, что озвучивают на научных конгрессах. Цифра 504 тысячи всеми принимается.

**Герасименко Н. Ф.** Это ещё зависит от правильности диагностики.

Предоставляю слово Стебенковой Людмиле Васильевне, нашей коллеге, председателю комиссии Московской городской Думы по здравоохранению.

**Стебенкова Л. В.** Я хочу напомнить, что в 2006 году состоялся президиум Государственного совета по ВИЧ-инфекции и на нем значился вопрос о доработке законодательства и профилактики. Тогда президент чётко сказал о том, что основой профилактики должна быть пропаганда здорового образа жизни, нравственных и семейных ценностей, что, к сожалению, с того момента так и не было сделано. И только сейчас Минздравсоцразвития России приступил к этому.

Эти поручения даны не случайно. Мэр нашего города – Юрий Михайлович Лужков выступал с позицией Москвы на президиуме Государственного совета, рассказал об обстановке в столице. После этого мы обсуждали с ним эту тему, он сказал, что анализировалась ситуация и в других регионах Российской Федерации. И совершенно чётко была проведена параллель – там, где раздавались безудержно шприцы и презервативы среди населения, там уровень поражённости был выше среднего по России. Там, где этого не было, – это юг в основном, для Москвы это средние показатели или ниже средних.

Московская городская Дума обращалась к президенту с тем, чтобы такая программа была разработана. Но, к сожалению, до настоящего момента этого не было сделано.

В Москве выделяются деньги на профилактику. У нас работает программа «АнтиВИЧ/СПИД», в рамках этой программы есть профилактическая программа «Простые правила против СПИДа», ролики могли увидеть по каналу ТВЦ. Сейчас они у нас идут в меньшем объёме. Я очень надеюсь на сотрудничество с федеральными каналами и готова предоставить всю информацию. И принять за основу закон «О профилактике ВИЧ-инфекции в Российской Федерации» в первом чтении.

Действительно, ситуация в Москве относительно других регионов и мегаполисов благополучная. Но это долго продолжаться не может. Мы не можем сдерживать всю эпидемию. Действительно, у нас темпы

роста снижались на 6–7 процентов каждый год. Те цифры, которые здесь были приведены, якобы у нас плюс 18 процентов, – я не знаю, откуда эти цифры взяты. У нас больше 10 процентов никогда не было.

**Покровский В. В.** Данные московского Роспотребнадзора.

**Стебенкова Л. В.** Нет, нет, нет. Мы представим Вам данные. Мы с Вами уже и судились по этому поводу. Вы нам, к сожалению, не смогли доказать правоту своих данных.

Мы посмотрели программу «Глобус». Что мы увидели? Тоже очень интересный анализ. Прирост ВИЧ-инфекции был на 40 процентов за три года. В то время в регионах, где не было этой программы, наблюдался рост ВИЧ-инфекции от 5 до 15 процентов. Поэтому не эффективна эта программа. Просто в данном случае была вся остальная Россия посчитана, поэтому 76 процентов и получилось, но тоже весьма высокий процент, честно говоря. Если программа серьёзная и 200 миллионов долларов выделено, почему такие результаты плохие, непонятно. Почему по всей России плюс 10 процентов каждый год, тоже непонятно.

Что касается Санкт-Петербурга. Да, ситуация там ужасная. На 100 тысяч населения уже 800 человек, а в среднем по России – 300. Поэтому, что же хорошего? Я сама там была, видела, как раздают шприцы, в районы приезжают. Причём раздают шприцы и презервативы не в группах риска, а приезжают в спальные районы. Вся проблема в том, что идёт профилактика не среди групп риска, а среди общего населения.

И то, что сегодня говорят, что групп риска не стало, это тоже, с моей точки зрения, абсолютно некорректно. Потому что, хотим мы или не хотим, по данным и мировым, и европейским, и московским – 99 процентов распространения сегодня всё-таки идёт в группах риска. Это мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами, это наркоманы и группа так называемого рискованного сексуального поведения. Причём в группе гомосексуалистов за последние два года как в Европе, так и в Москве наблюдается усиленный рост ВИЧ-инфекции.

Почему московские власти выступали против гей-парада? Да потому, что это пропаганда группы риска для ВИЧ-инфекции. О чём мы говорим? Как это групп риска нет? Они существуют. И поэтому, конечно, есть люди, которые являются жертвами сексуального насилия. Но сегодня, я ещё раз повторяю, мы говорим, что нельзя переносить программы для групп риска на общее население.

Я абсолютно согласна с академиком Покровским Вадимом Валентиновичем в том, что действительно государство должно взять всё в свои руки. Как можно всё отдавать на потребу некоммерческим организациям? Мы разработали очень много поправок в действующее законодательство. За неимением времени, я всё передам Ларисе Кужугетовне Шойгу. Мы предлагаем в программы, в статью 15 внести следующие части.

Первое. Программы профилактики ВИЧ-инфекции должны быть основаны на программах здорового образа жизни, исключающих рискованное сексуальное поведение, содержать объективную информацию о путях распространения ВИЧ-инфекции, доступных мерах по её профи-



лактике. Второе. Соответствующие федеральные органы исполнительной власти координируют научные исследования. То есть нужно оставить то, что сейчас действует, и внести в соответствующие программы.

Что касается регионов, абсолютно согласна, Вадим Валентинович, регионы сегодня должны нести ответственность. Поэтому необходимо чтобы сегодня соответствующие органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации вносили на утверждение правительству субъектов Российской Федерации проекты территориальных целевых программ, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции на территориях субъектов Российской Федерации, которые будут соответствовать тем принципам, которые мы утверждаем в законе.

Я считаю, сделать это необходимо. Потому что все регионы разные и абсолютно разные этнокультурные составляющие.

У нас есть буддистское население, мусульманское, есть разная степень распространения ВИЧ-инфекции. Должна быть корректировка. Поэтому я могу сказать в заключение о том, что с удивлением недавно узнала на сайте организации «Фокус-медиа», что она получила международный грант на развитие гражданского общества в Чечне. Лично меня этот факт очень сильно потряс, потому что я знаю, что эта организация всегда усердно занималась пропагандой презервативов и прямой их рекламой. И поэтому у меня вопрос: что делать с такой программой в мусульманской республике, где, как известно, очень жёсткие консервативные позиции? Я уж не говорю о том, что нам сегодня нужно вместе с Роснарконтролем проанализировать ситуацию в тех регионах, где программа снижения вреда реализуется долгое время и покончить с этим делом. Спасибо за внимание.

**Герасименко Н. Ф.** Слово Серede Зое Сергеевне – начальнику отдела Департамента охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия Минздравсоцразвития России.

**Серeda З. С.** Я хочу остановиться на тех очень важных моментах, в которых принимает участие Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Для решения проблемы противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции у нас создана система координирующих органов, и кроме Правительственной комиссии, у нас работает также Координационный совет по проблемам ВИЧ/СПИД Минздравсоцразвития России, Координационный совет по профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку Минздравсоцразвития России. У нас работает также Страновой координационный комитет по борьбе с ВИЧ/СПИДом и туберкулёзом в Российской Федерации. Это немало.

Проблема ВИЧ-инфекции очень серьёзная и беспрецедентная по своим масштабам, ложится тяжёлым финансовым бременем на федеральный бюджет. Обратите внимание на те цифры, которые обозначены в этой таблице, какое финансирование выделяется Правительством Российской Федерации на реализацию приоритетного национального проекта. Это очень немалые деньги – 3,1 миллиарда, 7,8 миллиарда и 9,3 миллиарда в этом году.

Кроме финансирования национального проекта государство и Правительство Российской Федерации обязуется за счёт федерального бюджета бесплатно лечить ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в терапии. Это расчётные цифры. Расчёт и прогноз были произведены Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД.

Кроме национального проекта вы здесь видите ещё и финансирование Глобальным фондом, но оно заканчивается 1 сентября 2010 года, поэтому всё время ложится на федеральный бюджет, и Правительство Российской Федерации обязуется обеспечивать лечением и этих ВИЧ-инфицированных.

Финансирование осуществляется и в рамках подпрограммы. Вы видите цифру – 9,2 миллиарда рублей.

Правительство Российской Федерации вернуло Глобальному фонду финансирование тех проектов, которые он осуществлял в субъектах Российской Федерации. Эта сумма – 217 миллионов долларов США.

Кроме того, были выделены деньги на реализацию научных работ по проблеме ВИЧ-инфекции в размере одного миллиарда рублей. Эти деньги, безусловно, сделали своё дело, и мы имеем на сегодня следующее. Это сеть специализированных учреждений, оказывающих медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным. Это более ста центров ВИЧ/СПИДа. Это филиалы центров ВИЧ/СПИДа. Более ста лабораторий, осуществляющих диагностику, в них поставлено более двух тысяч комплектов оборудования.

В стране создана единая система мониторинга за слежением эпидемии ВИЧ/СПИД. В стране обеспечен доступ к консультированию, тестированию, к лечению. И на сегодня получают лечение более 55 тысяч человек и 93 процента беременных женщин охвачены химиопрофилактикой. И здесь я хочу отменить, что на Генеральной сессии Организации Объединённых Наций было обозначено, что Российская Федерация – одна из первых стран мира, обеспечивающая в таком большом объеме химиопрофилактику ВИЧ-инфицированных беременных женщин.

В стране родилось более 30 тысяч детей от ВИЧ-инфицированных матерей без статуса ВИЧ-инфекции. Кроме того, в стране осуществляется комплекс профилактических мероприятий, то есть выделяются деньги из бюджета на реализацию профилактических мероприятий, в которых участвуют государственные и неправительственные организации.

Я обращаю ваше внимание, Российская Федерация одна из немногих стран в мире, которая выделяет деньги из федерального бюджета на реализацию комплекса профилактических мероприятий неправительственным и общественным организациям.

Вы видите, какие огромные деньги выделяет, выделяло и обязуется выделять Правительство Российской Федерации на противодействие этой болезни. Эпидемия ВИЧ/СПИДа с медицинской точки зрения затрагивает всю систему здравоохранения.

Успехи стран Европы в этой области, по мнению экспертов, обусловлены реализацией нового этапа эпидемиологического перехода

развития здравоохранения, основной задачей которого является работа о здоровье людей в целом. Вот вы видите три этапа эпидемиологического развития системы здравоохранения. Мы находимся в начале второго этапа реализации этого перехода именно благодаря реализации приоритетного национального проекта, благодаря реализации комплексных профилактических программ. Но такие страны, как Германия, Япония, Израиль уже перешли к реализации третьего этапа. Мы – в начале второго этапа.

Я хочу подчеркнуть, что для того, чтобы полноценно осуществлять этот этап, нам нужны программы для укрепления здоровья населения, увеличения продолжительности жизни. И здесь я хотела обратить ваше внимание на то, что мы имеем опыт реализации национального проекта и вкладывания огромных финансовых средств в противодействие эпидемии ВИЧ/СПИД.

Безусловно, этот опыт не такой большой, проект реализуется всего три года. Но тем не менее результаты мы видим уже сегодня, и очень важно и хорошо, что у нас возникают споры. Это говорит о том, что нам нужно сейчас немножко притормозить, проанализировать нашу ситуацию, проанализировать каждый новый случай возникновения ВИЧ/СПИДа и, возможно, изменить вектор направления работы.

Правительством Российской Федерации выделены 830 миллионов рублей – деньги из федерального бюджета на реализацию направления по формированию здорового образа жизни. И это именно профилактическое направление укрепления здоровья, предотвращения заражения различными инфекционными заболеваниями, и не только ВИЧ/СПИДом, а гепатитом, туберкулёзом, инфекциями, передающимися половым путём, и так далее, имеющее очень важное значение. Поэтому сейчас меняются векторы предотвращения противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа.

В рамках формирования здорового образа жизни нам необходимо обратить внимание каждого гражданина на то, чтобы его отношение к его собственному здоровью изменилось. Говоря об отношении к инфекционным болезням, необходимо позаботиться о приобщении всех слоёв населения, и особенно молодёжи, к формированию ценностей здорового образа жизни.

Безусловно, мы делаем всё, чтобы проводимые меры были направлены на формирование семейных ценностей, нравственных ценностей нашей молодёжи.

Ещё раз я хочу обратить ваше внимание на то, что сейчас очень сложная экономическая ситуация. Во всём мире и в нашей стране, безусловно: мы – не изолированная часть мирового сообщества. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации осуществляет все необходимые меры. Правительство нас поддерживает и обязуется обеспечивать финансирование этого направления – профилактики ВИЧ/СПИДа.

Я также обращаю ваше внимание на то, что программы снижения вреда – это очень важные программы и их нужно реализовывать,

и именно в группах риска. И ни в одной стране мира эти программы снижения вреда не финансируются из государственного бюджета. Они финансируются общественными организациями, различными фондами, бизнесом. Поэтому здесь необходима именно консолидация усилий.

Можно спорить о том, насколько эти программы позитивны или нет. Но я хочу подчеркнуть, что вложение денег из государственного бюджета всё-таки должно быть очень обосновано, очень оправдано.

**Герасименко Н. Ф.** Я предоставляю слово Геришу Андрею Анатольевичу, департамент государственной политики в сфере воспитания Министерства образования и науки Российской Федерации.

**Гериш А. А.** Сейчас ситуация с ВИЧ такова, что, безусловно, Минобрнауки России, вся система образования не вправе оставаться в стороне. Мы обязаны создать условия, чтобы ребёнок стал здоровым молодым человеком и смог создать семью.

Коротко о том, что Минобрнауки России за последние годы сделало, и о том, что предстоит сделать.

В федеральный компонент государственного образовательного стандарта и примерные стандарты, программы по биологии, по ОБЖ введено дополнительное время по дисциплине «Профилактика социально значимых заболеваний», в частности, по профилактике ВИЧ-инфекции.

В прошлом году Минобрнауки России приказом от 20 августа увеличен объём этой тематики в федеральном базисном плане и примерных учебных программах.

С прошлого года школы работают в этом направлении. Может быть, не в том объёме, как нам хотелось бы, но несколько в другом режиме.

За счёт времени и вариативной части базисного учебного плана в содержание раздела «Сохранение здоровья и обеспечение личной безопасности» рекомендовано включение тем по репродуктивному здоровью и социально-демографическим процессам, правовым аспектам взаимоотношения полов, ранним половым связям и их последствиям, роли семьи в воспитании нравственных ценностей и сохранении здоровья.

В настоящий момент идёт подготовка новых госстандартов. Уже следующего года начинается разработка примерных стандартов, примерных программ, которые по существу и наполняют содержанием то, что потом при поступлении в школы перерабатывают и вставляют в образовательные стандарты. Так вот, в их структуре, в проекте примерных стандартов, примерных программ вопросы здорового образа жизни, вопросы профилактики табакокурения, алкоголизма и, безусловно, профилактики ВИЧ-инфекции выступают уже на другом качественном уровне.

Зачастую они идут в едином блоке, потому что не всегда целесообразно рассматривать профилактику, особенно через призму первичной профилактики – отдельно алкоголь, отдельно наркоманию. Хотя по вопросам ВИЧ-инфекции это, с одной стороны, спаянная вещь, с другой стороны, идущая неким особнячком. Поэтому этим позициям примерных программ будет уделено особое внимание.

Три года назад совместно с Роспотребнадзором разработаны концептуальные основы профилактики, концепция превентивного обучения в области профилактики ВИЧ. Она послужила пусковым механизмом для того, чтобы достаточно, а иногда и чрезмерно консервативное образование в регионах повернуть лицом к проблеме, которая как в вопросах профилактики наркомании, так и в вопросах профилактики ВИЧ, то есть социальных заболеваний, к сожалению, перечёркивает старания всех наших предметников. А ведь уровень традиционного российского образования чрезвычайно высок.

Зачастую педагоги в регионах в силу разных причин отворачиваются от этой темы. Иногда этому способствует и ряд ситуаций, которые носят скандальный характер, отпугивающий педагогов от занятий вопросами профилактики ВИЧ. Хотя, безусловно, на эти ситуации были свои причины. Прежде всего это некорректная подача материала при разработке даже хороших программ.

Зачастую в регионах уровень подготовки педагогов столь невысок, что целый ряд деликатных тем были ошибочно трактованы, что привело к тому, что родительская общественность была совершенно возмущена.

В связи с этим Министерство образования и науки Российской Федерации направило в своё время инструктивное письмо о том, чтобы перед тем как проводить те или иные программы, связанные с вопросами репродуктивного здоровья, обязательно получать согласие родителей и чтобы органы управления образованием чётко отслеживали корректность подачи этих программ. Однако сейчас достаточно консервативно настроенные представители образования считают, как в своё время по вопросам профилактики наркомании, так и по вопросам профилактики ВИЧ, что это дело прежде всего врачей.

**Герасименко Н. Ф.** Следующее слово предоставляется Кузнецовой Альбине Степановне – первому заместителю начальника медицинского управления Федеральной службы исполнения наказаний России.

**Кузнецова А. С.** Сегодня говорилось, что сидели в тюрьмах многие. Могу сказать, что Россия до сих пор стоит на третьем месте после США и Китая по числу заключённых в местах лишения свободы.

Хотела бы сразу сказать, что во всём мире эпидемия ВИЧ-инфекции в тюрьмах носит более агрессивный характер, чем в обществе в целом.

Первое – потому что, сто процентов, практически всегда в нарушение всех законов идёт диагностика ВИЧ-инфекции.

Второе – всё-таки вынужденная концентрация людей.

Несмотря на гуманизацию и либерализацию сегодняшней уголовной политики, все прекрасно понимают, что среди людей, совершивших преступления, большинство – наркоманы. И среди них 85 процентов – это ВИЧ-инфицированные.

Хотелось бы также отметить, что количество ВИЧ-инфицированных заключённых в местах лишения свободы зависит от эпидемии в России. Не секрет, что ежегодно 11 процентов от общего числа зарегистриро-

ванных ВИЧ-инфицированных в Российской Федерации находятся в местах лишения свободы, а от общего числа содержащихся там они составляют 5,8 процента.

Сегодня неоднократно говорили, что пришёл «Глобус», и непонятно, что произошло в России. Появились разные критерии подхода к оценке. Я могу сказать только слова благодарности этим общественным организациям, которые пришли в тюрьмы. Никто никогда ранее не работал в них по одной простой причине – и по сей день не существует СПИД-сервисность организаций в местах лишения свободы. Министерство экономического развития и Министерство финансов Российской Федерации не дают нам штатную численность врачей-инфекционистов для лечения ВИЧ-инфицированных. Не дают и штатную численность сотрудников – специалистов лабораторной службы в местах лишения свободы. Естественно, самое большое бремя идёт на федеральные и региональные центры СПИДа.

Но вот парадокс. С 2005 года 122-й федеральный закон внёс изменение в наши бюджетные взаимоотношения. И в связи с этим федеральная служба является бюджетным учреждением, а центры СПИДа являются региональными и муниципальными и не могут обеспечивать на должном уровне обследование и лечение ВИЧ-инфицированных больных, находящихся в местах лишения свободы.

Я хотела сказать, что до настоящего времени как не было, так и нет, до сих пор не разработано документов межведомственного взаимодействия, несмотря на то, что 2 апреля 2008 года основным вопросом Правительственной комиссии был вопрос о регулировании такого взаимодействия. Безусловно, центры СПИДа в ряде регионов подзаконными актами, любыми уловками продолжают обследовать и лечить ВИЧ-инфицированных, находящихся в местах лишения свободы. Но парадокс: они-то готовы, но государство не готово. Сегодня мы видели, какую программу разработали, какие деньги выделены. Да, не хватает ни лабораторной службы, ни базы для обследования огромной армии ВИЧ-инфицированных, которая находится в тюрьмах. Пятьдесят три с половиной тысячи сегодня – в местах лишения свободы.

Но самая главная задача – не только дать лечение, а получить какой-то результат. Мы много натворили с лекарственно-устойчивым туберкулёзом. И все прекрасно об этом знают. Сегодня мы стоим на пороге лекарственно-устойчивой ВИЧ-инфекции. А ситуация заключается в том, что пенитенциарное здравоохранение – часть государственной системы здравоохранения, которая обеспечивает права по охране здоровья граждан в местах лишения свободы. Министерство здравоохранения в соответствии с пунктом 5.2.8 организует порядок организации медицинской помощи в местах лишения свободы. Спасибо за 640.190. Это наш единственный совместный приказ, который позволяет нам осуществлять хоть какие-то действия.

Все прекрасно понимают, что как только завтра захлопнется дверь за ВИЧ-инфицированным больным, освободившимся из мест лишения свободы, он никогда не придёт в учреждение здравоохранения и не полу-

чит сразу таблетку для продолжения лечения. Вот вам и лекарственно-устойчивая, резистентная ВИЧ-инфекция, о которой мы сегодня ни разу не заговорили.

Поэтому наши предложения. Первое. Это вынести наконец-таки на Правительственную комиссию, как основной, вопрос о межведомственном взаимодействии для лечения ВИЧ-инфицированных на территории Российской Федерации.

Второе. Предусмотреть возможность продолжения лечения лицам, которые начали его в местах лишения свободы, чтобы они могли продолжить его, освободившись.

**Герасименко Н. Ф.** Скажите, пожалуйста, вы назвали примерно 55 тысяч инфицированных. Сколько из них наркоманов?

**Кузнецова А. С.** Я не примерно назвала. 53 542 человека на сегодняшний день. 85 процентов наркоманов.

Самое страшное на сегодняшний день – это огромный рост ВИЧ-инфицированного туберкулёза. Это огромная армия, которой никто и никогда особо не уделял внимание. У нас сегодня около 4 тысяч ВИЧ-инфицированных, больных туберкулёзом – это очень серьёзное дело. Невозможно строить лечебное исправительное учреждение, как вы знаете, в соответствии с законом, статья 57 – для больных туберкулёзом, статья 9 – для больных наркоманией, но ещё вы не знаете, что в России грядёт реформирование уголовно-исполнительной системы. Сегодня прошла Всероссийская научно-практическая конференция в уголовно-исполнительной системе, где директор Федеральной службы Александр Александрович Реймер озвучил новую систему: на сегодняшний день исправительных учреждений не будет существовать, будут точно такие же, как за границей, только тюрьмы, следственные изоляторы лечебные исправительные учреждения и воспитательные учреждения для несовершеннолетних. А это значит, вся система здравоохранения, которая годами была наработана и создана, и те учреждения, которые сегодня существуют, будут перестраиваться.

Одно из основных направлений – это возможность рассмотреть передачу пенитенциарного здравоохранения в общую сеть гражданского здравоохранения. Могу сказать, что кроме огромных проблем, которые надвигаются на ту и на другую сторону, мы ничего не получим. Наша основная задача – предоставить как можно быстрее и ближе медицинскую помощь осуждённому, подозреваемому и обвиняемому. Но, учитывая, что никогда ни одно учреждение здравоохранения не является градообразующим, а учреждения, начиная от Мордовии, Кировской области, Красноярского края и ещё в ряде регионов, нигде ближе ста, двухсот, шестисот километров не располагаются, включая центр СПИДа. Градообразующими являются тюрьмы. И врачи медицинской пенитенциарной системы оказывают помощь не только осуждённым, но и личному составу.

**Герасименко Н. Ф.** А что, колонии будут реформированы в тюрьмы?

**Степанова А. С.** Да, сегодня предполагается реформирование, и колоний не будет, будут колонии-поселения со строгими условиями со-

держания за различные виды преступлений. И самое главное, что тюрьмы будут подразделяться на общего и строгого режима.

**Герасименко Н. Ф.** Понятно.

Слово предоставляется Нестерову Владимиру Николаевичу – заместителю начальника первого отдела Координационно-аналитического управления Аппарата Государственного антинаркотического комитета.

**Нестеров В. Н.** Я представляю Государственный антинаркотический комитет. Это структура, которая появилась в октябре 2007 года, которая вырабатывает основные направления антинаркотической политики в нашей стране. Она из недр ФСКН родилась, но решает задачи межведомственного плана, потому что в Государственный антинаркотический комитет входят руководители многих ведомств, представители которых здесь сегодня находятся.

Регулярно проходят заседания, ближайшее 16 октября, там будут рассматриваться вопросы, посвящённые профилактике, лечению и реабилитации наркомании.

О проблеме ВИЧ. Напрямую это не является заботой Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков, но тем не менее цифры долгое время дискутировались на предмет «вклада» наркомании в рост СПИДа: сначала были цифры ужасающие, от 66 до 85 процентов. Поэтому, конечно, с этой проблемой мы работаем и видим её решение в сокращении потребления наркотиков в нашей стране. Каким образом можно этого добиться? Как мы себе это представляем? От нашего ведомства и от Государственного антинаркотического комитета, в частности, в Совет Безопасности, прошедший в сентябре этого года, поступил ряд предложений, которые тоже здесь дискутировались. Президент Российской Федерации на этом Совете Безопасности изложил две позиции, призывая к дискуссии: это тестирование учащихся и создание наркосудов – специальных судебных органов, которые выделенно занимаются наркоманами для того, чтобы более квалифицированно решать вопросы альтернативного наказания в виде лечения.

По поводу тестирования. Многие регионы его применяют. Татарстан имеет определённый опыт. Эта республика – площадка для очень многих экспериментов в этом плане и имеет положительные результаты.

Но мы считаем, что тестирование в большей части носит профилактический характер. То есть выявляемость там не очень высокая. В Татарстане протестировано порядка 30 тысяч школьников. Потрачено 30 миллионов рублей, но выявлено всего лишь 694 человека.

Но дело не в количестве выявленных, а в предупредительном влиянии, которое эта мера контроля оказывает на само поведение тестируемого.

Ведь наркомания в отличие от ВИЧ не вызывается вирусом, для которого можно найти какой-то препарат. Поэтому пессимистично, что через 10 лет появится какое-то средство, с помощью которого от наркомании можно будет вылечиться. Прогноз здесь не оптимистичен.



Хотя по ВИЧ, по всей видимости, подъём инфицированных сойдёт на нет, и он уже сходит, так утверждают наши учёные. Мы не разделяем этого оптимизма, нам с этой проблемой придётся ещё работать. Так, когда у нас в начале 90-х годов активно пошли реформы, недооценена была опасность распространения наркотиков. Наркологи тогда говорили, что наша страна имеет алкогольную направленность и никогда не пойдёт по наркотическому пути.

Но, как видим, идёт и очень успешно. И поэтому меры, которые тогда могли бы быть приняты, принимались с опозданием или вообще не принимались.

Конкретные предложения. Наши комитетские предложения мы вынесли на обсуждение «круглого стола». Они изложены. И мы собираемся придерживаться той стратегии, изложенной в Совете Безопасности, которая будет разработана до конца 2009 года нашим комитетом, и предложена на утверждение президенту. Мы будем придерживаться стратегии, изложенной на Совете Безопасности. Были чётко сформулированы позиции относительно лечения, уточнения правовых моментов в законодательстве и финансировании, предсменных и послесменных осмотров, расширения категорий профессий, в которых запрещено работать людям, употребляющим наркотики.

**Гришанков М. И.** Скажите, у нас есть обязательное тестирование сотрудников правоохранительных органов?

**Нестеров В. Н.** При поступлении на службу есть тестирование.

**Гришанков М. И.** А потом, в течение службы?

**Нестеров В. Н.** У нас есть ежегодные диспансерные осмотры, так же как и у школьников.

**Гришанков М. И.** Надо вводить обязательное тестирование для тех, кто работает на особо опасных производствах и для сотрудников правоохранительных органов.

**Нестеров В. Н.** Мы и говорим о том, что нужно расширить эту категорию.

**Герасименко Н. Ф.** Михаил Игнатьевич, они сами не могут это внести, там надо вносить изменения в закон. Мы всё это отразим в рекомендациях.

Слово предоставляется Бондарю Сергею Ивановичу – заместителю начальника Управления внешней трудовой миграции Федеральной миграционной службы.

**Бондарь С. И.** Уважаемые коллеги, касательно мигрантов много страстей в нашем обществе существует. Уже упоминалось, что они – источник опасных заболеваний, в том числе ВИЧ-инфекции.

Когда мы этот вопрос рассматривали с нашими коллегами из стран прибытия мигрантов, это, в первую очередь, страны СНГ, подавляющее количество иностранцев – трудовых мигрантов прибывает оттуда. Они нам говорят: а вот уезжают-то мигранты к вам здоровыми, а возвращаются больными. Вы, говорят, а не мы представляете для нас опасность.

Мы отвечаем: хорошо, не будем выяснять, где первоисточник заболеваний, давайте подумаем о том, какие меры предпринять, чтобы этот порочный круг разорвать.

Какой бы закон ни был, но в России он требует того, чтобы инфицированные иностранные граждане, трудовые мигранты покидали Российскую Федерацию. Здесь упоминался этот закон «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации», есть соответствующие статьи, которые регулируют процедуру изъятия соответствующих документов у иностранца в случае, если обнаружилось, что он инфицирован опасным заболеванием, в том числе и ВИЧ. И, соответственно, меры, которые предпринимаются в отношении того, чтобы он покинул Российскую Федерацию.

Но, к сожалению, отсутствует механизм. Он до сих пор не разработан, хотя такая работа проводилась Минздравсоцразвития России. И, как говорится, нашла коса на камень. Из-за того что существует понятие врачебной тайны, не может медицинское учреждение сообщать нам диагноз, который обнаружен у иностранного гражданина, вся эта работа немножко заглохла. Хотя в принципе она была практически на 99,9 процента завершена.

Поэтому я хотел бы в качестве рекомендации, пользуясь случаем присутствия здесь авторитетных лиц, внести предложение о том, чтобы активизировать работу по разработке проекта правительства. Это – соответствующий департамент Минздравсоцразвития России.

**Герасименко Н. Ф.** Слово предоставляется Акимкину Василию Геннадьевичу – главному государственному санитарному врачу Минобороны России.

**Акимкин В. Г.** Хотелось обратить ваше внимание на наши конкретные предложения. Мы работаем точно так же, как и вся служба по федеральным законам, но у нас есть приказ, который регламентирует порядок проведения военноврачебной экспертизы.

Никого не удивляет тот факт, что мы тестируем на ВИЧ всех поступающих на службу по контракту в военные учреждения. Однако возникает некий правовой диссонанс, так как по нашему основному приказу № 200 мы не вправе принимать на военную службу ВИЧ-инфицированных. По основному нашему федеральному закону мы не имеем права их обследовать. В связи с этим мы можем направлять запросы в региональные центры ВИЧ/СПИДа, но мы получаем только информацию о тех, кто состоит на учёте. Где находятся, кто в контакте, наркоманы и так далее – мы эту информацию, естественно, не получим.

Положительный опыт отдельных регионов показывает, что по решению федеральных органов исполнительной власти, где эпидемиологическая ситуация особенно неблагоприятна, в частности, Республика Татарстан, Башкортостан, Краснодарский край, Иркутский край, Ханты-Мансийский автономный округ, Москва, было принято решение по обследованию на ВИЧ поступаемых на военную службу.

Мы выявили за восемь лет порядка 20 тысяч таких призывников, не поступивших в войска.

Почему мы так настаиваем на данной ситуации? За последние 12–15 лет подавляющее количество выявляемых ВИЧ-инфицированных – это лица по призыву, которые в 75 процентах случаев выявляются у нас за первые 12 месяцев, а более 50 из них – за первые шесть месяцев. То есть связь их с гражданской жизнью совершенно очевидна.

У нас были оппоненты, которые говорили, что это очень дорого для России. Например, не самый показательный 2008 год. По призыву у нас проходят обследование порядка миллиона призывников. Если в среднем взять 15 рублей, даже не 13 (стоимость обследования на ВИЧ), то мы затратим порядка 15 миллионов рублей на всю страну. Каковы медицинские и социальные последствия?

Полных данных обследования по инициативе мы не имеем. Их не имеет никто. Но мы предполагаем, что это не более 10 процентов от общего количества призывников.

В 2008 году мы выявили 455 лиц призывного возраста, которые не прошли медкомиссию в войска. Предотвращённый ущерб, о котором мы сейчас можем говорить, – порядка 45 миллионов рублей. С учётом аппроксимации можем предполагать, что если бы мы призвали 600 тысяч лиц нетестируемых, то в войска по нашим предварительным расчётам могло прийти приблизительно 2700 военнослужащих. Таким образом, их последующее обследование, варианты увольнения и так далее станут заметным бременем для Российской Федерации и Министерства обороны в размере не менее 270 миллионов рублей в качестве компенсаторного варианта.

Тем самым, уважаемые коллеги, хочу подчеркнуть, что тестирование на ВИЧ лиц призывного возраста, подчёркиваю, в 18, 20 раз экономически целесообразней. Причём я взял только экономическую сторону, не считая эпидемиологических и медико-социальных последствий, потому что здесь мы тестируем самую поражаемую группу по возрасту в Российской Федерации.

В заключение хотелось бы предложить внести в законодательную базу обязательное тестирование лиц призывного возраста на ВИЧ-инфекцию. Тем самым мы бы сократили расходы Министерства обороны Российской Федерации, бюджета страны и тем самым в значительной степени в санитарно-эпидемиологическом отношении оздоровили бы ситуацию и в войсках, и в целом по стране.

**Герасименко Н. Ф.** Я хочу предоставить слово тому, ради кого мы выступали, – исполнителю директору Всероссийской общественной организации, объединению людей, живущих с ВИЧ, Пчелину Игорю Владимировичу.

**Пчелин И. В.** Я не хочу повторяться, очень много интересных предложений, спорных мыслей прозвучало, которые необходимо обсуждать, а не голословно принимать на веру, потому что всё, что говорили эксперты и специалисты, должно исходить из доказательной медицины, из фактов, а не из домыслов и слухов.

Я, единственный представитель гражданского общества, выступая на этом высоком собрании, хотел бы высказать свою озабоченность тем, что на следующий год на профилактику практически не выделено ни копейки, потому что формирование здорового образа жизни и профилактика ВИЧ-инфекции – это не одно и то же.

Формирование здорового образа жизни может входить в профилактику, но не наоборот. Если раньше речь шла о первичной профилактике, которая наиболее эффективна на ранних стадиях эпидемии, сейчас мы должны говорить о вторичной профилактике, о профилактике в уязвимых группах. Вряд ли будет формироваться здоровый образ жизни в таких группах населения, к которым надо ещё достучаться и дойти. И кто будет формировать? Спортсмены? Мне с трудом представляется, что секс-работницы, стоящие на трассе, будут смотреть какую-то передачу, призывающую к здоровому образу жизни, когда им работать надо и клиентов обслуживать. И тем более исключена третичная профилактика среди людей, живущих с ВИЧ. К сожалению, это большая тема, на которую никогда не обращают внимания. Есть люди, которые заражаются, есть люди, которые заражают. Необходимо работать с обеими сторонами, а не только с одной. Неэффективно сосредотачиваться только на первичной и вторичной профилактике среди людей, которые ещё не заражены. Необходимо проводить работу среди людей, которые заражены, и формировать здоровый образ жизни. Есть разные подходы и разные аспекты. Но это необходимо делать комплексно.

Продолжая свою реплику по поводу жизни с ВИЧ, все эти люди в первую очередь заинтересованы в эффективном и качественном лечении. На сегодняшний момент нам кажется, что наиболее эффективным будет принятие стандартов лечения или протоколов лечения, которые обеспечат права пациента.

Потому что на сегодняшний момент с непонятным распределением лекарственных препаратов, с их перебоями люди перескакивают с одной комбинации на другую. Это резистентность. Недавно на конференции говорили, что Россия стоит уже на пороге 5-процентного барьера первичной резистентности. Это катастрофа. Это путь Бразилии, в которой на сегодняшний момент более 120 тысяч человек находится с резистентностью в 20 процентов. Это огромное бремя для бюджета государства, потому что возникает необходимость закупать более дорогостоящие препараты. Естественно, уровень смертности большой.

Необходимо установить такие стандарты для врачей, чтобы понимать и руководствоваться принципами для заказа необходимых лекарств, осуществлять эффективную закупочную политику государства. Необходимо экономить, и стандарты дадут в этом плане очень хорошую, ощутимую выгоду, тогда будут эффективно расходоваться бюджетные средства. Это возможность нам как гражданскому обществу лоббировать интересы пациентов и выступать за снижение закупочной цены, ведя переговоры с фармкомпаниями. А у людей, живущих с ВИЧ, у гражданского общества есть лобби как в России, так и за рубежом. Есть всероссийские и всемирные сообщества людей, живущих с ВИЧ,

которые могут эффективно защищать интересы пациентов на уровне фармкомпаний, если не в масштабах страны, то на всемирном уровне: в штаб-квартирах и офисах. Это, к сожалению, не используется на сегодняшний момент. Стандарты это могут дать.

Необходимо уже сейчас думать о возможности развёртывания отечественного производства оригиналов и генерических препаратов. В ближайшее время у многих фармкомпаний заканчивается патентное право. Сейчас есть уникальная возможность начать производство, чтобы уже потом не было поздно. На те препараты, которые можно будет выпускать, у популяции людей, живущих с ВИЧ и вновь выявленных, будет резистентность к большинству из них. Тогда это уже будет неэффективно.

Также необходимо, на наш взгляд, внести изменения в постановление Правительства России об опекунстве и усыновлении. Это профилактика сиротства, это профилактика госпитального синдрома. Парадоксальная ситуация: люди, живущие с ВИЧ, рожают и воспитывают детей, но им запрещено усыновлять ВИЧ-положительных детей. Особенно это касается дискордантных пар, рассматривать это следует как профилактику. Если женщина ВИЧ-отрицательная, а мужчина ВИЧ-положительный, и они хотят усыновить ребёнка, им запрещено это делать. Женщина вынуждена рисковать своим здоровьем – она может заразиться при зачатии. У нас, к сожалению, отсутствует качественное ЭКО. Поэтому введение опекунского усыновления для ВИЧ-положительных людей может решить эту проблему. Естественно, только эти люди могут понять, как живётся ВИЧ-положительному ребёнку, потому что они с этим существуют.

Необходимо решать вопрос с внутренней эмиграцией. Это катастрофа на сегодняшний момент, потому что с начала кризиса ВИЧ-положительные люди из малых селений, где нет работы вообще, потянулись в город, где есть хоть какая-то работа. Но медикаментозно они не закреплены никаким образом. В результате человек вынужден ставить перед собой дилемму. Либо он будет кормить семью, либо он будет получать препараты. Ведь чаще всего человек уезжает в другой регион, бросает терапию, не может получить лечение, ничего для того, чтобы хотя бы прокормить семью. И это опять резистентность. Потому что сейчас и сообщество, и гражданский сектор очень обеспокоены вопросами резистентности.

Также необходимо решать вопрос внешней миграции на уровне стран СНГ. Потому что большинство мигрантов с ВИЧ-инфекцией в России – это мигранты из стран СНГ, из бывшего Союза.

Мы не говорим о других зарубежных странах, но эти вопросы можно решать путём переговоров на уровне министров здравоохранения или каких-то других уровнях. Легче поставить на учёт мигранта в России, нежели сделать огромный штат по выявлению и отсылке его из России. Потому что между большинством стран не существует визового режима, и человек, если приедет, будет скрываться. Необходимо ВИЧ-инфекцию и миграцию выводить на прозрачный уровень для того, чтобы контролировать заболевание.

Дискриминация на рабочих местах – очень важная тема. Необходимо в качестве профилактики дискриминации привести федеральный закон о СПИДе в то состояние, которое мы имеем на сегодняшний день по вопросам тестирования. Тестируют у нас беременных. Призывников тестируют, осуждённых тестируют. Но нам сложно будет бороться со стигмой дискриминации, если будут двойные стандарты, в том числе на уровне регионов.

Консультирование до и после теста по вопросам ВИЧ-инфекции как профилактическая программа очень эффективна, но, к сожалению, она не работает. Это, может быть, не к вопросу законодательства, а к вопросу эффективности исполнения.

Буквально одна фраза по поводу реабилитации, о которой сегодня говорили. Мы – Всероссийская общественная организация, зарегистрированы недавно, но работаем с 1999 года. У нас до конца года будет начата работа всероссийской «горячей линии» по вопросам реабилитации для ВИЧ-положительных людей. У нас сейчас в нашей сети 380 реабилитационных центров. Это не только классические государственные центры, это духовные реабилитационные центры. Это центры, работающие по двенадцатишаговой программе. Насколько удобно и комфортно человеку в какой-то определённой программе, насколько это будет эффективно, как раз выясняют специалисты – это так называемый кейс-менеджмент – для конкретного человека конкретная программа. Не так, как сейчас: поголовно всем «детокс» и потом на промывку мозгов, а будут подходить ко всем индивидуально.

**Герасименко Н. Ф.** Очень ценные мысли. Обязательно наш комитет их учтёт. И, конечно, пожелаем жить как можно дольше, чтобы средняя продолжительность жизни была такая же, как и у всех в России.

Завершаем. Мы сегодня провели действительно «круглый стол», дали возможность выступить всем желающим, кто записался. Я не хочу подводить итоги, поскольку мы будем готовить ещё и парламентские слушания, но некоторые вещи я хотел бы обозначить.

Вот, дискутировали много о программе снижения вреда, прежде всего это отрицательная позиция к использованию, как вы поняли, метадона. Я автор федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах», где мы официально запретили использование метадона в России и продолжаем на этом стоять. Минздрав предыдущий и нынешний поддерживает. То же самое – Роспотребнадзор.

Я хочу ещё раз поблагодарить всех. Мы обязательно обобщим все материалы. В дальнейшем, я думаю, в следующем году, мы проведём парламентские слушания, где сможем говорить уже о тех законопроектах, которые будут разработаны, и программах.

## РЕКОМЕНДАЦИИ «круглого стола»

Заслушав выступления депутатов Государственной Думы, представителей министерств и ведомств, ведущих ученых, специалистов научных и лечебно-профилактических учреждений, представителей общественных организаций, участники «круглого стола» отмечают, что ВИЧ/СПИД продолжает распространяться в Российской Федерации, что влечёт за собой значительные социально-экономические и демографические потери, представляет угрозу личной, общественной и национальной безопасности.

В Российской Федерации зарегистрировано более 494 тысяч ВИЧ-инфицированных, ежегодно выявляется до 40–50 тысяч новых случаев заболевания, почти 68 тысяч ВИЧ-инфицированных умерли по разным причинам. Эксперты обращают внимание на тенденцию нарастания темпов эпидемии, что делает краткосрочные прогнозы неблагоприятными.

Участники «круглого стола» отмечают следующие основные особенности эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации: ВИЧ-инфекция распространяется на фоне продолжающегося роста наркомании (ведущим путём передачи заболевания остаётся инъекционное употребление наркотиков); ВИЧ-инфекция преимущественно поражает молодую, дееспособную, наиболее активную часть населения (более 80 процентов заболевших составляют молодые люди в возрасте от 15 до 30 лет); сохраняется стойкая тенденция увеличения числа ВИЧ-инфицированных женщин, что свидетельствует о феминизации эпидемии; увеличивается количество детей, родившихся от ВИЧ-положительных матерей (их число достигло 55 тысяч, из них заболело ВИЧ/СПИДом 3835 детей, под наблюдением для уточнения ВИЧ-статуса находится 22 тысячи детей); продолжают регистрироваться случаи ВИЧ-инфицирования детей при грудном вскармливании; появилась новая группа ВИЧ-инфицированных детей и подростков, нуждающихся в паллиативной помощи; нарастает количество ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в антиретровирусной терапии и стационарном лечении; требует внимания проблема лекарственно-устойчивых форм заболевания и другое.

Российская Федерация продолжает последовательно выполнять обязательства, взятые в рамках Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом в 2001 году в ходе специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН. Правительство страны, государственные и общественные организации активно содействуют реализации инициативы по обеспечению универсального доступа к профилактике, лечению и уходу при ВИЧ/СПИДе.

В 2006 году состоялось заседание президиума Государственного совета Российской Федерации «О неотложных мерах по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции в Российской Федерации», на котором обсуждались вопросы долгосрочной стратегии по борьбе с эпидемией,

эффективность мониторинга эпидемии, координации деятельности федеральных министерств, совершенствования законодательства в сфере борьбы со СПИДом, вопросы профилактической работы среди населения.

В 2006 году создана Правительственная комиссия по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), направленная на усиление межведомственной координации по противодействию распространения ВИЧ-инфекции.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 10.05.2007 г. № 280 в составе федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)» утверждена подпрограмма «ВИЧ-инфекция» с финансированием на 2010 год в сумме 680,2 миллиона рублей.

В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» из федерального бюджета выделены целевые средства, направленные на борьбу с эпидемией ВИЧ/СПИДа. В 2010 году на профилактику, лечение и медико-социальную поддержку ВИЧ-инфицированных запланировано выделить 13,5 миллиарда рублей.

Участники «круглого стола» признают, что реализация мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» по борьбе с ВИЧ/СПИДом стала одним из сдерживающих факторов распространения эпидемии. Благодаря значительным финансовым вложениям обеспечены: эффективный мониторинг эпидемиологической ситуации (ежегодно на ВИЧ-инфекцию обследуется 22-24 миллионов человек); диспансерным наблюдением охвачено 87 процентов ВИЧ-инфицированных; антиретровирусная терапия и современный уровень контроля за лечением доступны более 55 тысяч ВИЧ-инфицированных; не менее 80 процентов пар «мать-ребёнок» получают трёхэтапную антиретровирусную профилактику вертикальной передачи ВИЧ-инфекции; дети, родившиеся от ВИЧ-инфицированных матерей и нуждающиеся в антиретровирусной терапии, получают это лечение в 96 процентов случаев.

Участниками «круглого стола» обсуждены вопросы законодательного обеспечения и межведомственного взаимодействия в предупреждении распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа; эффективность мониторинга эпидемии; профилактической работы среди населения, в том числе среди социально-уязвимых групп; доступности лечения, медицинского наблюдения и социальной адаптации ВИЧ-инфицированных, лечения оппортунистических инфекций и ряд других проблем.

Среди нерешённых вопросов организационного и законодательного характера участники «круглого стола» отмечают:

комплекс проблем, связанных с распространением ВИЧ-инфекции у детей (инфицирование детей при грудном вскармливании; социальное сиротство детей, рождённых от ВИЧ-инфицированных матерей; меры социальной поддержки ВИЧ-инфицированным несовершеннолетним; ограниченный выбор антиретровирусных препаратов для лечения ВИЧ-инфекции в детской практике и других);



проблемы, связанные с распространением ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков;

нерешённые вопросы миграционной политики в отношении ВИЧ-инфицированных иностранных граждан;

целесообразность дополнительного рассмотрения вопроса о пересмотре контингентов населения, подлежащих обязательному тестированию на ВИЧ;

отсутствие механизма предоставления специализированной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным гражданам Российской Федерации по месту их фактического пребывания;

сохраняющиеся проблемы в организации лечения и медицинского наблюдения ВИЧ-инфицированных осужденных в учреждениях пенитенциарной системы;

нарастание проблем с лечением оппортунистических инфекций и сопутствующих заболеваний;

фактическое отсутствие в отечественной фарминдустрии направления по разработке антиретровирусных препаратов и микробицидов;

комплекс проблем, связанных со стигмой и дискриминацией ВИЧ-инфицированных;

недостаточное информирование населения, в том числе через средства массовой информации о доступных мерах профилактики ВИЧ/СПИДа;

снижение финансирования территориальных программ по профилактике ВИЧ-инфекции в регионах, прекращение в ряде субъектов Российской Федерации программ «АнтиВИЧ/СПИД» и других.

В 1995 году Государственной Думой был принят федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», направленный на обеспечение прав ВИЧ-инфицированных и профилактику распространения вируса среди населения. Сегодня это законодательство нуждается в совершенствовании.

Участники «круглого стола» подтверждают, что защита прав человека является исключительно важным элементом ответа на эпидемию ВИЧ/СПИДа, что обеспечение универсальной доступности к профилактике, лечению, уходу и поддержке ВИЧ-инфицированных требует скоординированных и взаимодополняющих действий законодательных и исполнительных органов государственной власти, муниципальных образований, учреждений здравоохранения, социальной защиты населения и образования, институтов гражданского общества.

Основной задачей настоящего этапа борьбы с эпидемией является консолидация усилий государства, общественности, граждан по профилактике ВИЧ/СПИДа. В 2009 году из федерального бюджета выделены ассигнования на мероприятия по формированию здорового образа жизни в сумме 830 миллионов рублей, реализуется комплексная программа по формированию здорового образа жизни, планируется открытие 502 центров здоровья в регионах Российской Федерации, на федеральных каналах проводится информационная кампания,

направленная на борьбу с табакокурением, потреблением алкоголя и наркотиков.

Вместе с тем в Российской Федерации имеются силы, склонные к либерализации потребления наркотиков, введению стратегий снижения вреда и программ заместительной терапии метадонном. Тем самым предпринимается попытка активно формировать в обществе толерантное отношение к употреблению наркотиков.

Участники «круглого стола» не поддерживают распространение и внедрение многокомпонентных стратегий снижения вреда и программ опиоидной заместительной терапии и признают, что лечение наркомамов должно проводиться в свободной от наркотиков атмосфере.

Президентом Российской Федерации Д. А. Медведевым на заседании Совета Безопасности по вопросу совершенствования государственной политики в сфере борьбы с распространением наркотиков определены приоритетные направления антинаркотической политики: разработка специальной стратегии государственной антинаркотической политики; совершенствование государственной системы профилактики наркомамии, смещение акцентов с силовых и запретительных способов решения проблемы на лечение, реабилитацию и профилактику; государственный мониторинг наркоситуации в стране; совершенствование законодательной базы, направленной на усиление ответственности за действия, связанные с распространением наркотиков.

Заслушав и обсудив доклады и выступления, участники «круглого стола» рекомендуют:

**Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации:**

провести парламентские слушания на тему: «О совершенствовании законодательства в сфере предупреждения распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

**Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации:**

рассмотреть возможности выделения ассигнований федерального бюджета на проведение научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ в области разработки современных отечественных препаратов для лечения ВИЧ/СПИДа и создания профилактической программы по микробицидам;

разработать проект федерального закона о внесении изменений в Федеральный закон от 30.03.1995 г. №38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», направленных на обеспечение бесплатным питанием для искусственного вскармливания детей раннего возраста, рождённых ВИЧ-инфицированными матерями, за счёт ассигнований федерального бюджета;

рассмотреть возможность проведение регулярного информирования населения об эпидемии ВИЧ/СПИДа и научно-обоснованных до-

ступных методах профилактики этого заболевания, в том числе через государственные средства массовой информации: Первый канал и телеканал «Россия».

**Федеральной службе Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков:**

ускорить разработку проекта федерального закона «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации, Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации и Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях», направленного на дополнительную дифференциацию ответственности за совершение правонарушений в сфере незаконного оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров;

ускорить разработку проекта федерального закона «О внесении изменений и дополнений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях», в части введения административного выдворения иностранных граждан и лиц без гражданства, совершивших административные правонарушения в части пропаганды, незаконного оборота и потребления наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

**Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации совместно с Федеральной службой исполнения наказаний:**

оптимизировать механизм межведомственного взаимодействия по организации оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным осужденным.

**Министерству образования и науки Российской Федерации:**

при разработке примерных программ начального общего, основного общего и среднего (полного) общего образования предусмотреть включение раздела о профилактике ВИЧ-инфекции и формировании толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным лицам.

**Органам государственной власти субъектов Российской Федерации:**

при утверждении региональных бюджетов предусматривать выделение средств на долгосрочные целевые программы по лечению и профилактике ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С; обеспечение детей первых лет жизни, рождённых ВИЧ-инфицированными матерями, бесплатными адаптированными молочными смесями для искусственного вскармливания; обеспечение оплаты проезда ВИЧ-инфицированных детей к месту лечения и обратно на территории Российской Федерации;

при утверждении региональных бюджетов предусматривать выделение средств на долгосрочные целевые программы по профилактике, лечению и реабилитации наркологических заболеваний, организацию и улучшение материально-технического обеспечения специализированных наркологических медицинских учреждений;

органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющим управление в сфере образования, реализовать

комплекс мер, направленных на включение образовательными учреждениями в примерные программы курсов, предметов, дисциплин (модулей) вопросов, связанных с профилактикой распространения ВИЧ-инфекции и формированием толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным лицам.

**Материалы парламентских слушаний на тему  
«Законодательное регулирование сокращения потребления  
алкогольной продукции в Российской Федерации»**

**СТЕНОГРАММА  
парламентских слушаний**

*Здание Государственной Думы. Малый зал.  
10 ноября 2009 года.*

*Председательствует председатель Комитета Государственной  
Думы по охране здоровья О. Г. Борзова*

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

Позвольте открыть парламентские слушания, проводимые Комитетом по охране здоровья и посвящённые законодательному регулированию сокращения потребления алкогольной продукции в Российской Федерации.

Уважаемые коллеги, значимость данного события настолько велика, об этом свидетельствует огромное количество желающих принять участие в нашем мероприятии. Принимает участие и первый вице-спикер, первый заместитель Председателя Государственной Думы Олег Викторович Морозов. Позвольте мне с огромным удовольствием предоставить ему слово.

**Морозов О. В.** Добрый день, уважаемые коллеги, уважаемые участники слушаний!

На мой взгляд, сегодня мы обсуждаем тему, которую применительно к России можно смело назвать судьбоносной. И вот о тех решениях, которые будут приняты, в том числе сегодня, а потом на законодательном уровне: от того, как будут выполняться поручения президента (помните, на том теперь уже знаменитом совещании, где был дан целый перечень поручений правительству и предложений по совершенствованию законодательства) — вот это всё вместе взятое если проанализировать, то совершенно очевидно, что мы имеем дело с проблемой, от решения которой без преувеличения, без всяких натяжек зависит судьба российского государства.

Что меня в хорошем смысле задело, когда я слушал выступление Дмитрия Анатольевича Медведева на этом совещании, это когда он очень резко пресёк вот этот, простите меня за непарламентское выражение, трёп по поводу того: много или мало пьют в России. Это жонглирование цифрами, статистикой, попытки кому-то сказать: а вообще-то мы пьём не так чтобы очень много.

И вот Дмитрий Анатольевич Медведев сказал: «Слушайте, кончайте. Всё совершенно очевидно: мы пьём так, как не пьёт никто в мире». И вот это чистая правда. Как бы кто не манипулировал цифрами, лукавой статистикой, мы-то с вами это знаем лучше, чем кто-либо другой, мы-то тут живём и видим это не по цифрам статистическим, а по тому, что происходит в стране, что происходит с молодым поколением, что происходит

с полками наших магазинов, что происходит с потреблением, так называемых, слабоалкогольных напитков, всяческих алкогольных коктейлей, смесей, кто и когда идёт за «Клинским». И как это потом транслируется через СМИ при всём притом, что мы пытаемся, и как законодатели, и как родители, в конце концов, ограничить эту вакханалию.

Одним словом, совершенно очевидный вопрос. И проблема состоит не в том, чтобы ещё в очередной раз подчеркнуть её актуальность. Вот тут, думаю, у нас ни у кого не должно быть никаких разногласий и никаких колебаний, сомнений. Здесь всё ясно. Вопрос в том, как лечить эту страшную болезнь, как бороться с этим недугом. Что делать? Извечный русский вопрос.

И здесь я бы хотел нас с вами предостеречь ещё от одного, если хотите, интеллектуального недуга или от какой-то внутренней сырости что ли, рыхлости, слабости, когда мы пытаемся найти внутренние аргументы: почему то или иное решение, которое всем очевидно, нельзя принять.

Ну вот, например, меня иногда буквально сносит с ног аргументация в дискуссии о том, можно или нельзя, например, идти по пути увеличения цены на алкоголь, имея в виду, что тем самым сокращается его доступность для молодёжи, несовершеннолетних, да и вообще для многих потребителей.

Встречный аргумент. Тогда будут пить «палёную» водку. Тогда будут пить самогон. Вот вы вслушайтесь, вслушайтесь в эту логику. Мы, государство, власть сами себе ищем аргументы и в ответ мы говорим: «Этого нельзя сделать, потому что мы не в состоянии потом сделать так, чтобы не пили суррогаты, чтобы не травились этой «палёной» водкой, чтобы правильно платили акцизы». Это чистое безумие, с моей точки зрения. Мы сами подвергаем себя этому интеллектуальному безумию. Потому что это не аргумент для любого нормального человека. Власть делает так, чтобы не производили суррогаты. Власть делает так, чтобы они не попадали на полки магазинов. Власть делает так, чтобы платились акцизы, а потом с этих налогов мы сможем решить социальные проблемы, построить очередной стадион или больницу.

Действительно, что делать, какие законы принимать в ближайшее время? Какие нормативные акты должно принять правительство, исполнительная власть субъектов Федерации? Как мы должны объяснять эту проблему тем молодым людям, которые только вступают в сознательную жизнь, как учиться на опыте, который есть в других странах, где почему-то не принято так пить, как пьют у нас. И это целая традиция, которая вырабатывается не одним днём и не одним годом.

Есть исторические примеры, когда не только у нас, но и в других странах это было бедствием. А потом эта проблема, которая становилась проблемой всего общества, всей нации, находила своё решение. Поэтому, собственно, я на этом заканчиваю. Я призываю всех мобилизоваться, проявить волю и принять решения, которые необходимы. Многие из них лежат на поверхности, многое уже понятно сейчас, что мы должны делать. Вопрос, действительно, в том, чтобы делать это системно, стра-

тегически, понимая, что мы если опоздаем с решением этих вопросов, то уже опоздаем навсегда. Мы уже просто не сможем сохранить в неприкосновенности российский генофонд. Мы не сможем сохранить наше население. Вот и весь вопрос, который стоит сегодня на повестке дня. Спасибо вам за внимание. Я предлагаю приступить к нашей работе.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Олег Викторович. Вы задали совершенно правильный тон нашим парламентским слушаниям. Сегодня от комитета будет представлен доклад академика Герасименко Николая Фёдоровича.

Сегодня есть желающие, депутаты нашего комитета, у которых есть свои взгляды на решение этой проблемы. 197 участников наших парламентских слушаний, около 30 представителей субъектов Российской Федерации, законодательные и исполнительные органы субъектов Российской Федерации. У нас есть учёные, представители нашего сообщества, общественные организации.

Я очень благодарна архимандриту Тихону за решение принять участие в слушаниях и высказать свою точку зрения. Думаю, что выступающие остановятся на статистике, которая, действительно, свидетельствует о критической ситуации в Российской Федерации. И иллюстрацией этой трагедии национального бедствия является, конечно, и рост заболеваемости алкоголизмом и рост смертности от причин, где основным фактором является алкогольное пристрастие. Это большая беда. Бесспорно, медицинская статистика, существующая в Российской Федерации, не отражает всего масштаба бедствия. Бесспорно, что и реальное число участников этой трагедии превышает те 3 миллиона человек, которые стоят на диспансерном учёте.

Мне как педиатру очень больно свидетельствовать о том, что в 2008 году наблюдается существенный рост потребления алкогольной продукции среди детей от 10 до 14 лет, и в равной степени идёт увеличение заболеваемости алкоголизмом среди детского населения. Те же удручающие цифры свидетельствуют о вовлечении в алкоголизм женщин, особенно женщин фертильного возраста. Уважаемые коллеги, бесспорно, рост производства и потребления пива, слабоалкогольных напитков и продукции тоже свидетельствует о величине употребления населением. Поэтому как решать?

Действительно, стоит сократить и ограничить объём алкогольной продукции. Будем ли мы это делать путём повышения акцизов, ограничивать время и продажи в течение суток, ограничивать места, где стоит и не стоит продавать алкогольную продукцию. И, конечно, реклама, которая должна не о достоинствах алкогольной продукции говорить, а о её вреде и недостатках.

Это, конечно, внесение изменений, и хотелось бы услышать, как видится вам, участникам парламентских слушаний, что, на ваш взгляд, необходимо изменить. Ужесточение законодательства. Об этом очень много говорят, но очень мало, к сожалению, у нас сделано. И соответствующие изменения в Кодексе об административных правонарушениях и в Уголовном кодексе. Что будем делать с фальсифицированной

продукцией, как ужесточить наказание? Что будем делать за распитие в местах, где это запрещено? Каким образом необходимо усилить и ужесточить наказание за продажу спиртных напитков?

Хотелось бы послушать о том опыте, который есть в некоторых законодательных органах власти субъектов Российской Федерации. Я хотела бы пожелать удачной и продуктивной работы нашим парламентским слушаниям. Я с огромным удовольствием предоставляю слово академику, первому заместителю председателя Комитета по охране здоровья Николаю Фёдоровичу Герасименко. И название какое – «Алкоголизм как национальное бедствие».

**Герасименко Н. Ф.** Название доклада придумано не мной, так охарактеризовал эту проблему Президент Российской Федерации Дмитрий Анатольевич Медведев на совещании в Сочи 12 августа. Были потом в сентябре сформулированы девять предложений правительству. Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации предложено подготовить концепцию алкогольной политики, главной целью которой является снижение потребления алкоголя до 14 литров чистого этанола уже к 2012 году. То есть за такой короткий период на 4 литра меньше.

Почему существуют такие проблемы в современной России? Они угрожают национальной безопасности. Прежде всего, мы уже говорим практически 15 лет о вымирании нашего народа, о демографической ситуации. Так вот, почти полмиллиона, а некоторые эксперты приводят и больше, смертей связаны именно с алкоголем. И демографический кризис в основном является результатом алкогольной сверхсмертности. В России алкоголь – причина аномально высокого уровня насилия, преступности, убийств, самоубийств, инвалидизации.

Если рассматривать структуру смертности, то мы имеем несчастные случаи и травматизм, насилие, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, алкогольные отравления, циррозы, и вот эксперты приводили данные, что смертность мужчин в трудоспособном возрасте в тюрьме в три раза ниже, чем аналогичного возраста на воле. Потому что там алкоголя нет.

Источник – отчёт по алкоголю Всемирной организации здравоохранения, как видите, количество потребления алкоголя, крепких напитков, ранжировано по Западной Европе, Восточной Европе, Америке и Восточному Тихоокеанскому региону.

И видите, потребление алкоголя, ещё в 2004 году было 14 литров в год на душу населения. В России 19 отравлений на 100 тысяч человек, это в 9 раз больше, чем в Европе. Я уже не говорю про остальные страны.

Раковых заболеваний в среднем в два раза больше. Цирроза печени – в три раза. Сердечно-сосудистых заболеваний в три раза больше, чем в Европе. По уровню смертности от убийств Россия находится на первом месте в мире. По самоубийствам мы находимся на втором месте.

Социальные последствия пьянства. По данным МВД, 80 процентов убийств произведено в состоянии алкогольного опьянения. Взять пе-



чально известного майора Евсюкова, то, что происходило в Туве и так далее, всё это делалось пьяными «блюстителем порядка».

Большая проблема – это оставленные дети. Россия занимает первое место в мире по количеству брошенных детей, и алкоголизм – одна из основных причин лишения материнских прав в Российской Федерации. Также очень высокая разводимость, по этому показателю Россия находится на втором месте в мире. Опять же это всё связано с пьянством. В России самый высокий в мире уровень детей, живущих отдельно от своих родителей. Каждый 38-й ребёнок живёт в государственных учреждениях.

Алкогольная проблема наносит колоссальный вред экономике. Это прежде всего гибель людей именно в трудоспособном возрасте, потеря продуктивности, затраты государства на лечение, выплаты жертвам травматизма и сиротам. Сжатие внутреннего рынка в связи с сокращением населения.

Причины удручённости алкогольной ситуации. Это, прежде всего, высочайший уровень потребления алкоголя, 18 литров на человека в год, по данным экспертов. Самый высокий в мире уровень потребления крепких напитков – 12 литров этанола. Самая большая наша проблема – недоработка мер предотвращения продажи алкогольных напитков, включая пиво, именно детям. Это одна из важнейших проблем. Формирование толерантного отношения к пьянству, как к норме жизни у нас в России.

Вот пример. У нас зачастую очень многие знаменитые актёры, режиссёры постоянно говорят о том, что употребляют алкоголь, хотя, например, Ширвиндт Михаил Александрович, который заявляет, что всю жизнь употребляет только водку, всё-таки, наверное, не пьёт много. А наши фильмы! «Особенности национальной охоты», который разобран на цитаты. «Ирония судьбы», сериалы «Менты», «Агент национальной безопасности», где всё время формируется образ россиянина именно как потребителя в огромных количествах алкоголя.

Вот здесь приведены страны Восточной Европы, так называемого «пивного и водочного пояса». Это данные ещё 2001 года. Как видите, тогда при потреблении 12 литров этанола мы занимали последнее место по продолжительности жизни среди мужчин.

Как у нас пьют? Главная особенность нашего питания – это большие дозы крепкого алкоголя. То есть преимущественно водка или самогон в деревне, однократный приём. Притом зачастую напитки наши невысокого качества при скудной закуске. Как говорил генерал в исполнении актёра Булдакова в тех же «Особенностях национальной охоты», закуска градул крадёт.

Наш алкоголь самый дешёвый. И у нас обратная пропорция по сравнению с другими странами мира, где самый дорогой алкоголь в крепких напитках. У нас всё наоборот: 45 копеек стоит грамм этанола в водке, 1 рубль 17 копеек – в вине, и 1 рубль 80 копеек – в пиве. И здесь опять тот же герой Булдакова говорил, что пиво без водки – деньги на ветер. Потому у нас и пиво употребляется с водкой. Несмотря на увеличение потребления пива, мы меньше пить не стали.

Вот рекомендуемые Всемирной организацией здравоохранения так называемые безопасные объёмы потребления алкоголя. Это два литра или пять литров водки в год. Смертельная доза, я подчеркнул бы это, для европейцев: 400 миллилитров этанола или один литр водки за один приём.

Как видите, вот здесь показано производство этилового спирта и количество умерших. Имеется прямая корреляция между производством спирта и количеством умерших. В 2006 году, когда вступил в действие 171-й закон «О государственном регулировании производства и оборота алкогольной и спиртовой продукции», увеличен был уставной капитал, увеличены акцизы, марки, ЕГС и так далее, мы имели большие перебои с алкоголем. Почти на 25 процентов сократились, одновременно, вот видите, сразу же пошло снижение смертности.

Также прямая корреляция между объёмом производства, возможностью купить россиянину водку и смертностью. Начиная с 1998 года идёт прямой рост доходов россиянина, растёт возможность потребления алкоголя и также смертность.

Связь акцизной ставки на водку и показатель смертности. Когда увеличили акцизы до 160 рублей на литр этанола, сразу же пошло снижение смертности.

Очень важный момент – мы говорим о дешевизне нашей водки. В 1991 году, когда, собственно говоря, резко произошло снижение покупательной способности, и водка у нас сейчас самая, наверное, дешёвая в мире. Для примера скажу: проезд в метро, одна поездка в обе стороны стоит 44 рубля, бутылка водки – 90 рублей. Это значит, что на одну бутылку водки две поездки. Раньше было метро, вы помните, 10 копеек была поездка туда-обратно, водка 3 рубля – 30 поездок за одну бутылку водки. Сейчас стакан сока стоит 110 рублей, бутылки морса стоит 85 рублей. То есть практически ребёнку легче купить водку: дешевле стоит, чем сок.

И Борис Вячеславович Грызлов неоднократно тоже говорил о том, что на покупку автомобилей россияне тратят столько же денег, сколько на приобретение алкоголя. А на закуску, то есть продукты питания, тратится меньше, чем на приобретение опять же алкоголя.

И всё это накладывается на то, что у нас такая низкая продолжительность жизни. Дмитрий Анатольевич Медведев говорил на совещании, что, несмотря на то, что были перегибы в антиалкогольной кампании, тем не менее в 1985–1987 годах было снижено потребление алкоголя, и продолжительность жизни мужчин выросла до 65 лет, выросла и у женщин. А в 1994 году, когда резко возросло потребление алкоголя, продолжительность жизни мужчин была 58 лет.

Основная часть людских потерь сейчас – от производителей алкоголя. Продавцы говорят, главная проблема это суррогаты и нелегальный алкоголь, ими травятся. И погибают не алкоголики, а обычные граждане, которые время от времени в больших дозах одномоментно пьют алкоголь.

Вот, например, данные по городу Барнаулу. Были проведены исследования ещё в 2004 году на большой территории: процент умерших

с повышенным содержанием алкоголя от острых заболеваний, несчастных случаев и травм в молодом возрасте у мужчин почти 70 процентов, у женщин 60 и в старшем возрасте этот показатель снижается.

Самая колоссальная проблема – это наши дети и женщины, подростки. По данным Роспотребнадзора более 80 процентов подростков употребляют алкогольные напитки, и период начала потребления снизился до 14 лет. Треть несовершеннолетних юношей и четверть девушек выпивают ежедневно. В ряде законопроектов в Государственной Думе уже рассматривается этот вопрос, спаивание детей и продажа алкоголя несовершеннолетним должны быть переосмыслены, как серьёзное преступление, вплоть до уголовного наказания.

Вопрос доступности. В России существует огромное количество точек для продажи алкоголя. У нас чуть ли не на каждой остановке продаётся пиво, в любом магазине. Недавно Митволь О. Л. запретил продажу пива в киосках, его тут же поправили, что, мол, так нельзя и в назидание другим. И один из законопроектов, который будет рассматриваться в Государственной Думе, это убрать алкогольные напитки, слабоалкогольные, пиво и сигареты из киосков. А доступность крайне велика, вот допустим, в Подмосковье на 400 человек одна точка, а как я знаю, в регионах на селе на 600 человек 10 точек, которые продают алкоголь.

Очень мало говорится об ущербе. У нас часто экономисты считают только доходы, которые идут от акцизов в бюджет, и очень мало говорят об ущербе. Вот эксперты подсчитали, что на все затраты, связанные с повышенной смертностью, потерей продолжительности жизни, утратой трудоспособности, снижением производительности труда и так далее, и так далее, пожары, содержание преступников тратится 1 триллион 700 миллиардов рублей. Более 60 процентов ДТП совершено в состоянии алкогольного опьянения.

В 2008 году 66 миллиардов рублей дохода получили от продажи водки. Это в 25 раз меньше, чем нанесённый ущерб. Я как-то был в Финляндии, там у них госмонополия на производство и продажу алкоголя и высокий акциз. Я спрашиваю: «Сколько вы получаете в бюджет от госмонополии, продажи?» Они говорят: «Да мы, вообще-то, госмонополию и высокий акциз не для этого делали, мы даже не знаем – сколько. Мы это сделали для того, чтобы меньше умирали, люди были более здоровыми». У нас же, к сожалению, все экономисты считают только прямые доходы, а вот косвенные затраты не считают.

Вот миф об алкоголе, который препятствует решению алкогольных проблем в России.

Миф о качестве алкогольных напитков. Когда раскручиваются наши бренды, они всегда качественные на презентации и так далее. К сожалению, основная масса, которая продаётся, довольно низкого качества. Миф о том, что алкогольные проблемы связаны с катастрофической бедностью россиян. Ну тогда давайте скажем, что огромное количество стран в мире, Африка, Латинская Америка, Азия и СНГ, Таджикистан, другие намного беднее, чем Россия. Но пьют там значительно меньше.

И не только по религиозным причинам. Думаю, дело в традициях, в воспитании.

Дальше миф о исторической укоренённости пьянства россиян, тоже неправда. Данные 1913 года, тогда был премьер-министром Ковковцев В. Н., наша страна потребляла два с половиной литра чистого этанола на душу населения. У нас в России был один из самых низких уровней потребления алкоголя в Европе.

Миф о безвредности слабоалкогольных напитков не буду комментировать.

Миф о пьянстве, как о норме жизни, нам постоянно внедряется, и об этом уже говорилось.

Нас пытаются убедить не трогать алкоголь. Это, мол, имеет политические риски. В то же время, сколько бываю на встречах с людьми, особенно женщины всегда эти вопросы поднимают, и всегда среди проблем наиболее острых на втором-третьем месте стоит вопрос о пьянстве и алкоголизме.

Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) проводил исследование отношения россиян к этой проблеме. Так вот, 65 процентов россиян поддержали проведение антиалкогольной кампании, именно они могли бы дать поддержку, которая была в 1985–1987 годах, несмотря на все её издержки.

Опрос «Левада-центра» показал, что треть россиян выступают вообще за полный запрет на производство и торговлю, то есть за «сухой закон».

Поэтому России необходимо именно разумная, ограничительная, не «сухой закон», алкогольная политика, ориентированная, прежде всего, на здоровье граждан, а не только на интересы и прибыли частного бизнеса.

Во многих государствах мира, я уже приводил пример скандинавских стран, главными регуляторами алкогольного рынка выступают министерства здравоохранения и парламентские комитеты по аграрным вопросам. И, слава Богу, что концепцию алкогольной политики было поручено писать Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации. А у нас, к сожалению, главным регулятором выступают экономические комитеты, которые считают только доходы и лоббируют алкогольную отрасль.

Теперь о мерах.

Есть эффективные меры, есть менее эффективные.

Нас сейчас часто убеждают, когда выступают лоббисты алкогольных кампаний и говорят: да, главное – это пропаганда, то есть пусть нас учит семья и школа и всё остальное, и лечение алкоголизма принудительное, вырезвитель и так далее.

А вот самое основное, что прямо влияет на снижение потребления, – это ограничения, доступность алкоголя по цене, по времени, в пространстве, по возрасту. И запрет косвенной и прямой рекламы, которой мы перенасыщены в России, уходит как бы на заднюю сторону.

Поэтому, я предлагаю то, что принято во всём мире, апробированным считается, доказанным, что повышение цен на алкоголь, как на любой товар, приводит к снижению спроса.

Нас пугают нелегальным спросом. Но он у нас и так уже есть. В тех странах, которые вводили ограничения, например, Литва, Польша, да, там был нелегальный алкоголь, но смертность у них снизилась. Потом Литва уменьшила акцизы, что привело к росту смертности на 15 процентов.

К сожалению, буквально на той неделе мы рассматривали налоги. Министерство финансов пока не предлагает увеличение акцизов на 2010–2011 год. Хотя можно увеличить их в два-три раза, и это принесёт большие деньги. Если акцизы не повысятся, то, соответственно, увеличится потребление крепкого алкоголя.

Есть много способов уменьшить нелегальный алкоголь. Это касается парфюмерной продукции и жидкостей медицинского назначения. Необходимо их тоже приравнять к спиртам, потому что самая дешёвая – это парфюмерная медицинская продукция, потому что там акцизом алкоголь не облагается.

Эти меры представлены для борьбы с нелегальным алкоголем. Они все прописаны у нас в рекомендациях. На них подробно останавливаться не буду.

Важен запрет на продажу алкоголя в утренние, ночные часы и по воскресеньям. Кстати, когда шёл Всемирный собор, отец Тихон об этом говорил, и в резолюции Всемирного собора эти многие моменты уже отмечались. Я хочу тоже выразить благодарность как раз отцу Тихону и в его лице православной церкви за то, что очень активно начали заниматься этой тяжёлой проблемой. Важно сокращение числа торговых точек, реализующих алкогольную продукцию. Необходимо также ввести запрет на продажу любых алкогольных напитков, включая пиво, в киосках, потому что у нас это самое страшное. Молодёжь без пива, слабоалкогольных напитков просто не ходит. Доступности такой нигде нет. Проводили контрольные закупки. Как видите, в 85–90 процентах случаев несовершеннолетним абсолютно свободно продают алкоголь. И особенно в мелких магазинах, потому что в крупных супермаркетах не продадут, а в мелких магазинах, киосках, и так далее, в автолавках – свободно. Очень важно увеличить штрафы, и уже разрабатываются законопроекты, вплоть до отзыва лицензий и уголовной ответственности.

Многие предлагали увеличить возраст для запрета продажи алкоголя до 21 года, я считаю, что это преждевременная мера, давайте хотя бы наладим процедуру до 18 лет. А уж когда это сделаем, тогда можно будет говорить о будущем. Что касается государственной монополии, то это тоже одно из поручений президента – разобраться. Наиболее значительная мера, которая эффективна во всём мире, это госмонополия на розницу. В чём смысл её? В том, что там нет коммерческих интересов продавцов, они находятся на зарплате. И соответственно выбирают алкоголь тот, который не вреден для здоровья. Если уж у нас не получается госмонополия, то хотя бы ввести как первый этап государственную монополию на производство спирта.

Я бы хотел поблагодарить всех участников. По всем вопросам уже есть законопроекты, и работа Государственной Думы, как говорил Бо-

рис Вячеславович Грызлов, будет посвящена выработке законодательной политики в области алкоголя. Спасибо. (*Аплодисменты*).

**Председательствующий.** Спасибо большое, Николай Фёдорович, за прекрасное выступление. Уважаемые коллеги, я хочу предоставить слово руководителю Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Онищенко Геннадию Григорьевичу.

**Онищенко Г. Г.** Алкоголизация нации – это такая тема, что если мы даже будем о ней говорить каждый день, она не утратит своей актуальности по той причине, что сегодня в нашей стране это одна из главных проблем для сохранения здоровья населения Российской Федерации. Я должен сказать, как человек, который знает нашу страну в разных социально-экономических аспектах, что сегодня у нас самый тяжёлый период в развитии государства применительно к этой теме по нескольким причинам.

Первое. Это организованное, высокотехнологичное алкогольное лобби и абсолютная, я бы сказал, недооценка реальности со стороны государства. И если царская Россия до начала прошлого столетия и Советский Союз извлекали пусть очень дорогую, очень циничную, но пользу для своей экономики, продавая алкоголь, то мы даже этого сегодня не делаем, и это отдано на откуп бизнесу. Есть «чёрная» дата в истории развития нашего государства – 1994 год, когда в одну ночь был подписан указ и снята монополия государства на торговлю алкоголем. И вот с тех пор эта ситуация остаётся без изменений.

Может быть, Николаю Фёдоровичу Герасименко не интересно, но я всё-таки некоторые положения из того, что он говорил, тоже освещу, но только в несколько другом ракурсе. Достаточно сказать, что указом президента нашей страны в январе 2007 года утверждена концепция демографической политики до 2005 года, где уже на политическом уровне были определены следующие задачи. Это, прежде всего, разработка мер, направленных на снижение количества потребляемого алкоголя, регулирование его производства, продажа и потребление. Внедрение в образовательных учреждениях профилактических программ и так далее.

Сегодня ущерб от алкоголя по оценкам Всемирной организации здравоохранения, связанный с алкоголизацией общества, расходы общества составляют от 2 до 5 процентов валового национального продукта. Ну это циничная цифра, это деньги. Те безмерные потери талантов, ушедших безвременно молодых людей, не родившихся детей, детей, родившихся с аномалиями и не имеющих перспективы для жизни – это та цена, которую наше общество платит, и она не поддаётся никакому контролю.

Здесь было сказано, что не нужно спекулировать на теме потребления. Я не согласен с этим тезисом, хотя он произнесён высокопоставленными устами. Вот, посмотрите цифры, 2008 и 2009 годы, как они выросли. Это не потому что мы стали больше потреблять в эти годы.

Вы видите эту красную цифру. Это та расчётная цифра, которую мы обозначили и которую мы доказали, хотя нам много раз говорили, что это не так.

То, что вы видите бледно-розовым цветом, – это алкоголь по продажам официальной госстатистики. А цифра 2009 года, почти в два раза превышающая, – это то реальное потребление, где практически не учтен суррогатный алкоголь в виде бытовой химии, парфюмерно-косметических изделий и так далее.

Я очень рад, что на том совещании, участником которого я был и которое проводил Дмитрий Анатольевич Медведев, он назвал именно эту цифру. Он не озвучил данные официальной статистики, он привел данные Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Потому что те расчёты, которые мы привели, достоверны.

Структура потребления алкоголя играет тоже немаловажную роль. Если говорить о продаже алкогольной продукции населению, 78 процентов приходится на пиво.

1999–2000 год – перелом тысячелетий. И в нашей стране идёт очень бурная дискуссия: находятся люди, которые лоббируют тяжёлый алкоголь, не дают развиваться невинной отрасли – пивоварению. И мы, дескать, с помощью пива вытесним крепкие спиртные напитки и перейдём на южный тип потребления алкоголя, когда потребляют слабоалкогольные, а не крепкие алкогольные напитки, что характерно для северных стран, к которым относится наша страна.

На самом деле эта задача не была решена. Она остаётся практически на той же стадии. Она не была решена по той простой причине, что никто такую задачу не ставил.

Когда в нашу страну пришла молодая агрессивная пивоваренная промышленность, она решала свою задачу путём увеличения продаж. И у неё был один инструмент – реклама. А реклама действует на кого? Прежде всего, на молодёжь, которая в этом возрасте склонна к раздражению. Здесь уже называлось: «Кто пойдёт за «Клинским»?», вот эти размышления, кто же пойдёт, ввергли нашу страну в пучину того, что наши дети стали не просто потреблять пиво, они на пиве сделали образ поведения. Когда молодая девчонка идёт по улице с бутылкой пива, это считается очень хорошо. Прошло совсем немного времени, и эти девчонки, которые ходили с бутылкой пива в 2000 году, сейчас мамы. Обратите внимание в московских скверах, что происходит. Сидит мама с коляской, курит и пьёт из алюминиевой баночки алкоголь. То есть для женщины публичное употребление алкоголя с сигаретой перестало быть препятствием.

Это страшная ситуация по той простой причине, что в формировании будущего здорового поколения, а самое главное – интеллектуального психического развития женщина играла и будет играть решающую роль.

В общем объёме потребления алкоголя на душу населения на первом месте пиво – 80 литров, и оно не уменьшается. И, как вы видите, вот это второе место, водка, тоже остаётся на том же месте. То есть не произошло вытеснение крепких напитков, а произошло нагромождение на без того высокую цифру потребления алкоголя ещё и алкоголя, который

содержится в пивных изделиях, которые, кстати, сегодня по нашему российскому законодательству почему-то не считаются алкогольными напитками.

У нас в России сегодня есть два закона. Закон об обороте алкоголя, где пиво – неалкогольный напиток. И есть закон о качестве безопасности пищевых продуктов, где пиво отнесено к алкогольным напиткам. Но почему-то всё это время при принятии решения, пиво не относят к алкогольным напиткам, ссылаясь на то, что алкогольный закон об обороте – это более профильный закон, нежели другой.

Итак, вот это слагаемое нашей структуры – слабый алкоголь, доступный детям алкоголь привёл к тому, что порог его регулярного потребления среди нашей молодёжи безнадёжно высок, и он является катастрофическим для нашей страны.

Здесь практически та же самая ситуация. Динамика продаж и водки, и пива не уменьшается, она, наоборот, идёт по экспоненте и нарастает. И сегодня Всемирная организация здравоохранения утверждает, что потребление алкоголя является причиной 2 миллионов смертельных случаев.

Посмотрите, как с 1999 года (это не далёкая история, это наше вчера) выросло потребление женщинами алкогольных напитков. Женщина – главная носительница генофонда и главная ответственная за здоровье наших детей.

Из числа потребителей ежедневно или через день пьют алкогольные напитки, включая пиво, 33 процента юношей и 20 процентов девушек. Небольшая разница между потреблением у юношей и девушек. И доля регулярно потребляющих пиво людей сегодня составляет 76 процентов.

Недавно в нашей стране изменилась статистика смертности. Мы совсем недавно вам говорили об острых смертельных отравлениях, когда человек выпил и наутро не проснулся, умер, и не потому, что это был суррогатный алкоголь, а просто из-за того, что он выпил больше, чем мог себе позволить. Синдром внезапной остановки сердца в результате избыточного потребления алкоголя доминировал. Сегодня мы перешли на новую систему оценки. И у нас есть следующие семь нозологий, по которым мы считаем прямые потери от алкоголя в нашей стране.

Должен сказать, что в 2008 году мы потеряли по причине алкоголя 76 тысяч 268 человек. Данных по 2009 году, естественно, нет. Из чего слагаются эти потери? Это, прежде всего, алкогольная кардиомиопатия – 29 тысяч 800 человек, почти 30 тысяч, средний российский сельский район, причём в чернозёмной зоне. В чернозёмной зоне у нас районы уже по 16–17 тысяч человек.

Случайное отравление алкоголем – это вот то, о чём я говорил, и по чему мы раньше вели свой подсчёт, 23 900 человек. Алкогольные болезни печени – 13 900 человек, хронический алкоголизм – 4700 человек. Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем, – 2800, алкогольные психозы и хронический панкреатит, алкогольные этиологии. Вот из этих семи нозологий складывается вот та устрашающая цифра – 76 тысяч человек. Один маленький субъект Российской Федерации в год.



Случайное отравление алкоголем у нас занимает второе место, и составляет 31 процент от всех учитываемых причин, связанных с употреблением алкоголя. Алкогольные кардиомиопатии – 37 процентов, они идут первыми. И на третьем месте алкогольные болезни печени. Это связано с тем, что смертность от употребления алкоголя идёт рука об руку прежде всего с токсическим воздействием на организм человека самого алкоголя, а не токсических примесей, нелегально произведённого алкоголя, в чём нас пытаются убедить.

Вот будем производить алкоголь не суррогатный, и всё будет нормально. Нет, с суррогатным алкоголем нужно бороться в первую очередь.

Очень важным аспектом, совсем новым явлением для нашей страны является ввезённая, навязываемая нашим детям культура потребления алкогольных, так называемых, тонизирующих напитков, которые, кроме собственно алкоголя, содержат кофеины. И этот рынок быстро расширяется.

Кофеин – одно из наиболее изученных веществ, используемых и употребляемых как продукт питания. Является ключевым компонентом кофе, чая и так далее. Но в составе с алкоголем, во-первых, стираются границы, идёт преувеличение собственных возможностей. Причём эти тонизирующие напитки продают у нас на дискотеках, наряду с наркотиками, чтобы студент или учащийся среднего учебного заведения после тяжёлой учебной недели, ещё хорошо попрыгал, побегал, потанцевал. Израсходовал весь свой ресурс и так далее.

К нему очень быстро происходит привыкание, к этому тонизирующему напитку, кстати, он продаётся в упаковках, очень напоминающих соки и рекламируется. Вот мы говорим: «Нет у нас рекламы алкоголя». Как же нет? «Red bull» – это что у нас? Это тоже тонизирующий напиток, который в нашей стране почему-то считается разрешённым к рекламе.

Поэтому эта тема весьма серьёзна, и она требует сегодня очень обстоятельного законодательного регулирования. Конечно же, налоги являются одним из факторов интереса государства в этой сфере. В бюджетном послании чётко было сказано президентом, что увеличение ставок акцизов на табачную и алкогольную продукцию темпами, превышающими прогнозируемую инфляцию, являются одной из задач. И это правильно.

Когда я начинал работать молодым врачом, получая 160 рублей, я мог на эти деньги купить 40 бутылок водки из расчёта 3 рубля 62 копейки за бутылку. Старшее поколение помнит эту цену. Сегодня я могу на свою зарплату даже, если мне не заплатят премию, купить 464 бутылки водки по государственной цене. Это доступность нашего рынка, и в том числе доступность для наших детей.

Поэтому фактор доступности, не только географической и временной, но и фактор ценовой доступности – это очень важное обстоятельство. Почему-то мы не хотим учитывать тот международный опыт, который уже апробирован и рекомендуется Всемирной организацией здравоохранения.

Здесь мы вспоминаем совсем другое. О каком-то своём особом пути развития и так далее. Потому что мы не хотим решать эти вопросы, и потому что сегодня, к сожалению, в нашей стране эту проблему при спокойном отношении со стороны государства решают лоббисты.

Конечно же, важным вопросом является и этикетировка. «Алкоголь вредит вашему здоровью» – без сомнения, устрашающая надпись, согласитесь. С ужасом потребитель алкоголя отбросит эту бутылку и отбежит подальше. Очень яркий пример подобной ситуации – наш табачный регламент, который был пролоббирован международной табачной мафией четырьмя американскими крупными компаниями, где не то что не устрашающая, а издевательские надписи разрешены законом на сигаретах. Более того, Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации с огромным трудом удалось пробить норму вносить какие-то изменения, но эта норма спящая, она не работающая, потому что она прописана, как первомайское пожелание ЦК КПСС очередной годовщине Октябрьской революции: вот давайте жить мирно, типа того. А как реализовывать эту норму, если сегодня её нет? Это, конечно, с моей стороны нетактично, как чиновнику, критиковать только что принятые законы, оправданием этому служит алкогольный регламент, потому что сегодня технический регламент, тот механизм, который прописан в нём, даёт очень широкую возможность лоббистским устремлениям. Я не говорю, что нужно менять технический регламент, нам нужно действительно применять очень агрессивную государственную политику по отношению ко всему этому состоянию, в котором мы сегодня находимся.

Удельный вес некачественного алкоголя в обычном его рутинном контроле. Вот вы видите вспышку 2006–2005 годов, это когда мы занимались завозом алкоголя из двух национально-территориальных образований нынешней России и занимались вот этими вопросами. Тогда государство нам дало возможность закупить соответствующую аппаратуру, которая позволила сегодня заниматься контролем. Наибольшее количество неудовлетворительных образцов выявлено, что тоже является немаловажным, у нас это прежде всего в Свердловской, Самарской, Амурской, Орловской, Владимирской, Тверской областях и так далее, там где высок уровень употребления алкоголя, не соответствующий требованиям, хотя какие требования могут быть к яду. Слово «качественный яд» – это противоречивое словосочетание, но тем не менее качество этого яда, коим является алкоголь, сегодня всё-таки определяется, и мы этим занимаемся.

Естественно, соответствующие меры, которые мы принимаем в административном поле, когда практически не работает уголовное законодательство, очень и очень символичны.

Какие же нужно меры принимать нам вместе с вами? Концепция алкогольной политики. Это не значит, что мы должны дожидаться концепции, а потом начинать работать. У нас сегодня немало инструментов даже в том, может быть, деформированном правовом поле, которое сегодня в наличии для решения этих вопросов, но концепция всё-таки нужна.

У нас есть два варианта концепции, одна была при Борисе Николаевиче Ельцине сочинена и практически узаконена, но тогда нас сгубила жадность. Мы хотели утвердить её указом президента, не правительства, и отметили, что это – государственная концепция. А там, где слово «государственная», документ должен утверждаться президентом. И когда он дошёл до администрации президента, его нам под благовидным предлогом вернули.

Вторая попытка была сделана через Государственный Совет в 2002 году. Этот документ был отработан, он был в современном правовом поле, потому что 1994 и 2002 годы, согласитесь, это разные периоды для России, разные законодательства и разные экономики. Но тем не менее всякая концепция должна содержать следующие направления. Это ограничение потребления алкоголя, не запрет по той простой причине, что сегодня 2,8 миллиона только официально зарегистрированных алкоголиков, плюс примерно 600 тысяч сильно пьющих, которые ещё не имеют диагноза, но которые без алкоголя уже не обходятся, это более чем 2 процента населения нашей страны, огромная цифра. И поэтому сегодня нужно ограничение.

Прежде всего, запрет должен действовать в сегментах детства, юности и так далее. Вот здесь должны быть меры.

Недопущение появления некачественного алкоголя, конечно, прекращение оборота нелегального. По официальным оценкам, если раньше его было до 40 процентов, то сегодня наше агентство Росалкоголь утверждает, что до 50 процентов нелегального оборота алкоголя, который вращается без акцизов, без государственного участия и так далее. Это не значит, что он весь некачественный. Он может производиться в ночную смену на официальном заводе.

Вот составляющие алкогольной концепции.

Что же касается тех мер, которые мы должны с вами принимать, они здесь указаны, они во многом сочетаются с теми предложениями, которые делал глубокоуважаемый Герасименко Николай Фёдорович. Это использование налоговых мер, установление минимальной розничной цены на водку и ликёроводочные изделия, внесение изменений в целый ряд федеральных законов, запрет продажи слабоалкогольных напитков с содержанием не более 15 процентов вблизи детских образовательных учреждений.

Сегодня у нас есть действующая норма для запрета продажи табачных изделий вблизи школ, детских дошкольных учреждений, потому что, если ребёнок видит яркие этикетки, то он реагирует, если не видит, то у него нет этой мотивации.

Вы помните, какие суды были благодаря табачному лобби, я думаю, здесь и алкогольное лобби будет использовать этот «передовой опыт». Общеизвестно, что недостаточно просто рулеткой отмерить расстояние от школы – есть эти пресловутые 100 метров или нет – они требуют выкопировку из кадастра, которого на половине участков Российской Федерации нет. Это просто издевательство. То есть не соблюдается норма необходимого расстояния алкогольной точки от школьной площадки.

Вот до чего дошли мы в правоприменительной практике исполнения наших законов.

И тем не менее это я говорю не для того, чтобы мы с вами опустили руки, а для того, чтобы продолжали работать более серьёзно, чем сейчас.

Введение требований на потребительскую упаковку контрастных предупредительных надписей о вреде алкоголя, причём жёстких надписей, а не таких, которые я вам привёл.

Внесение изменений в закон «О рекламе». Полный запрет рекламы алкоголя.

Николай Фёдорович Герасименко тут говорил о сериалах. Сегодня День милиции. И я с глубоким уважением отношусь к этой части нашего общества, потому что это люди, которые каждый день в подавляющем большинстве являются очень порядочными и нормальными, но есть там, как и в любом другом сословии, люди, которые не хотят придерживаться законодательства.

Вы думаете, кто финансирует сериал «Бандитский Петербург»? Не бандиты, а алкогольная компания. И только по одной причине. Потому что там, обратите внимание, герои раз пять за серию садятся и употребляют алкоголь. И занимаются этим главные, положительные герои.

Разве это не скрытая реклама алкоголя?

Законодательство Соединённых Штатов запрещает скрытую рекламу. И ни один положительный герой в американских фильмах, если это не суррогат и не подделки, не пьёт и не курит, а пьют и курят бандиты.

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, я с особым удовольствием хочу предоставить слово архимандриту отцу Тихону, настоятелю Сретенского монастыря.

**Отец Тихон.** Я хотел бы за 15 минут, которые отведены, остановиться на трёх вопросах.

Первое – это привычное детское и подростковое пьянство, которое сложилось у нас в стране.

Второе – конкретное предложение.

Третье: ещё одна составляющая – это информационно-просветительская программа, без которой добиться успеха, по моему глубокому убеждению, будет невозможно. Так же, как это произошло в 80-е годы, когда государство пренебрегло информационно-просветительской кампанией в этом направлении.

Что касается подросткового пьянства. Уже здесь было сказано, что, по данным Роспотребнадзора, 33 процента мальчиков, начиная с 13 лет, и 20 процентов девочек, начиная с 13 лет, пьют каждый день. Такого, конечно же, нет ни в одной стране. Особенно это заметно в провинции.

Мы снимали несколько фильмов о детском и подростковом пьянстве, которые прошли по центральному телевидению, видели и беседовали, и снимали, записывали мальчиков и девочек 13–14 лет, которые выпивают в день по 3–4 баночки алкогольных коктейлей, а в одной баночке алкогольного коктейля 50 граммов водки и 4–6 чашечек крепкого кофе. То есть такая 13-летняя девочка выпивает стакан водки, запивает

термосом крепкого кофе, а потом мы удивляемся, почему у нас проблемы с демографией, почему нам в армию некого забирать и так далее.

Когда мы эту девочку, которая училась в специализированной школе, изучала довольно экзотический восточный язык, привели к родителям, родители чуть не вызвали милицию, потому что они поверить не могли, что их интеллигентный, милый, замечательный ребёнок по стакану водки в день, запивая термосом кофе, выпивает. Они говорят: да мы даже не видели этого, не понимаем. Конечно, если ребёнок с ещё, в общем-то, крепким здоровьем после того как фрагментарно выпивает водку, запивает это крепчайшим кофе, конечно, она до утра до потолка прыгает дома, родители говорят: да нет, она очень активная, только вот с учёбой у неё всё хуже и хуже.

Родители, повторю, в массе своей практически ничего не понимают и не знают. Мне пришлось объехать много регионов, мы создали в 12 из них – от Дальнего Востока до Центрального округа – региональные отделения церковно-общественного совета по защите от алкогольного груза. И вот это самое вопиющее, с чем мы сталкивались, – подростковое пьянство и непонимание родителями этой страшной угрозы.

В связи с этим предложение совершенно конкретное. Пока мы не запретим полностью продажу любых алкогольных напитков, включая пиво, в ларьках и киосках, в 100 метрах или в 50, или в 300, или в километре от школы, это не имеет значения, мы с этой проблемой не справимся. Здесь прозвучала цифра – 85–90 процентов детей могут купить, во всяком случае спокойно покупают алкогольные напитки в киосках. Мы проводили свои, не научные, конечно же, ни в коем случае, вот такие просто общественные исследования, снимая фильм. 100 процентов детей спокойно совершенно купили любое количество спиртных напитков, начиная от 12-летних мальчишек и девочек.

Ничего с этим сделать невозможно, пока полностью не запретить продажу. В 1994 году в Российской Федерации был введён закон, который запрещал торговлю крепкими спиртными напитками в киосках и ларьках. Помните, «Рояль» спирт, водка спокойно продавались в наших ларьках. Вот тогда настолько повысилась смертность, что даже то пьяное правительство ужаснулось. Действительно, это была страшная и чёрная дата, как сегодня было сказано, 7 июля 1991 года, когда правительство Гайдара отпустило госмонополию.

Так вот в 1994 году, если я не ошибаюсь, кажется, в 1994 году был введён запрет на продажу крепких напитков. На 20 процентов понизилась смертность. На 20 процентов! Если мы сейчас не предпримем вот этого простого логического и необходимого движения – запрет на продажу слабоалкогольных напитков и пива – с подростковым пьянством мы ничего не сделаем. В магазинах, конечно же, сложнее детям купить.

Здесь много будет говорить, и наверняка в Думе тоже, о запретах. Мы должны быть готовыми к тому, что и в прессе, и на телевидении, и везде нам будут пенять: ну вот, запретами ничего не решишь. Это ложное утверждение. Как раз запретами в первую очередь можно и необходимо решить, и решался во всём мире этот вопрос.

Если бы мы сейчас отпустили правила дорожного движения, сначала можно было бы ездить на красный свет, потом – по встречной полосе, потом в пьяном виде ездить, а потом бы мы говорили: «Да нет, запретами ничего не решишь». Как раз надо постепенно было бы решать ограничение этого беззакония.

Сейчас в нашей стране самое либеральное алкогольное законодательство. Либеральнее, наверное, нигде нет: 24 часа в сутки продаётся на шаговой доступности алкоголь. За продажу подростку алкоголя у нас громадный штраф – 500 рублей. Для сравнения, насколько мне известно, в Швеции – 50 тысяч евро и 6 месяцев тюрьмы. Так вот, в том же духе у нас всё остальное законодательство. Его либеральным, конечно же, нельзя назвать. Это безобразное, безответственное законодательство. И если сейчас эти запретительные меры не будут приняты, и мы не будем бояться этих слов, то только тогда мы сможем реально что-то сделать.

Какие конкретные запретительные меры? О них сегодня говорилось, я бы хотел кратко их подытожить. Конечно же, ограничение розничной торговли любыми алкогольными напитками, включая пиво, только торговыми точками, имеющие торговые залы площадью не менее 50 квадратных метров в городской местности и 30 – для сельской местности.

Признать пиво с содержанием этилового спирта более 3,5 процента (обсуждается этот вопрос, некоторые хотят ещё меньше, до полутора процентов) алкогольной продукцией в соответствии с общепринятой мировой практикой.

Кстати, ещё раз о пиве. Дети пьют пиво с большим удовольствием. Они подсажены на пиво. Это для них трамплин и в более крепкие напитки и, конечно, в наркотики.

Самая дешёвая бутылка пива, которую я видел в Москве, специально наблюдая за тем, как дети рядом с какими-то киосками распивают пиво, – 21 рубль. Самое дешёвое. 25 рублей – это повсеместно. Для справки. Бутылка газированной воды стоит 35 рублей. А я ещё подошёл к детям и спросил мальчишек и девчонок, без ханжества, просто поинтересовался, полюбопытствовал: «А что это вы пиво пьёте?» Они говорят: «Да батюшка, просто жарко, хочется попить». Я говорю: «Ну а что же вы воду не пьёте?» И я ещё по наивности спросил: «А почему вы сок не пьёте?» Они так очень снисходительно на меня посмотрели и сказали: «Батюшка, а когда вы последний раз в киоске что-нибудь покупали?» Я говорю: «Ну, наверное, лет 30 назад». Говорят: «Ну подойдите, посмотрите.» Я посмотрел, 21–25 рублей – пиво, 30, 34, 35 рублей – вода, 70 рублей – сок.

Сейчас правительство намеревается ввести повышение акцизов на пиво в три раза. Точно также как и на крепкие спиртные напитки, это необходимо. Повышение акцизов на крепкие спиртные напитки темпами, превышающими темпы инфляции – это обычная международная практика в тех странах, которые хотят победить это зло.

Отменить практику заявительного лицензирования на торговлю алкоголем и ввести разрешительное лицензирование. Сейчас любой че-

ловец может просто по заявке открыть точку по торговле алкоголем без всякого разрешения.

Ужесточить меры административной ответственности – крупные штрафы и лишение лицензии. Тюрьмы у нас, к сожалению, переполнены, об этом тоже говорилось, в том числе и президент об этом говорил. Но если за продажу подростку алкогольных напитков или пива будут лишать лицензии, то это будет, действительно, эффективной мерой.

Насколько мне известно, в Думе сейчас есть проект, в котором звучат такие цифры и сроки за продажу подростку алкоголя: 80 тысяч рублей штраф и до года принудительных работ. Ну здесь уже, конечно, решать законодателям, но во всяком случае не должны быть ни большие, ни маленькие штрафы, ни длительные, ни короткие сроки заключения или исправительных работ. Они должны быть эффективными. Это то пожелание общественности, которое адресуется Государственной Думе.

Мы считаем, что необходимо запретить производство и продажу слабоалкогольных коктейлей, включающих одновременно алкоголь и кофеиносодержащие добавки, как наносящие значительный вред в первую очередь здоровью подрастающего поколения. Я об этом уже говорил. Вернуть ранее действующее в нашей стране положение, разрешающее торговлю крепкими алкогольными напитками, только с 11.00 до 19.00, кроме кафе, ресторанов, баров. Мы помним это время, «час волка» и прочие остроты. Но это во многом сдерживало, в частности, например, преступность, которая намного повышается в состоянии так называемого «допития». Это то, что происходило после 19 часов. Сейчас в 24 часа любой человек может в любой точке нашей необъятной Родины купить то, что ему в данном случае необходимо.

Во многих регионах сегодня, уже не дожидаясь федерального закона, губернаторы вводят это ограничение. И мы можем запросить, они ответят нам, насколько это эффективно. Потому, что это по-настоящему эффективно.

Что касается спиртосодержащей продукции парфюмерного и медицинского назначения. Нам тоже говорили, что это неразрешимый вопрос. Нам надо предоставить, в том числе и неимущему населению, пользоваться одеколоном «Шипр» по назначению или всем больным – здесь медиков, наверное, немало – всем больным сердечно-сосудистыми заболеваниями дать возможность употреблять настойку боярышника в лечебных целях.

Мы все прекрасно знаем, как это используется. Это дешёвый алкоголь отвратительного качества. И особенно в провинции на любом рынке можно прийти и увидеть киоск или ларёк какой-то, в котором всё это продаётся в огромном количестве, в том числе жидкости, стеклоочистители неденатурированные, и, несмотря на закон, по пять литров. Продаются такие экзотические напитки, как средство от потения ног, и вот такими большими буквами «питьевое». Потому что для алкоголиков (у них со зрением не всегда нормально) пишут очень большими, крупными буквами. Решить этот вопрос совсем просто, и не решается он только потому, что нет к этому желания.

Что касается боярышников и прочее, в мировой практике это решается. Конечно, в Италии не пьют боярышник, но всё равно там подобного рода настойки, как правило, 15-градусные. Не 90-градусные, как у нас, а 15-процентные. А что касается удовлетворения эстетических потребностей через «Шипр», то это можно делать всё в спреях, что тоже пресечёт употребление их не по назначению.

И, наконец, ещё одна проблема, на которой хотелось бы коротко остановиться. Это информационно-просветительская кампания. Анти-алкогольная кампания, которая проводилась в 80-е годы, с одной стороны, принесла очень много доброго и хорошего. По некоторым подсчётам, 1 миллион 200 человек, 1 миллион 200 жизней было сохранено в связи с этими ограничениями. Конечно, кампания была неуклюжая, во многом непродуманная, в том числе и потому, что она встречала довольно значительное сопротивление и в партии, и в правительстве. Но, самое главное, она встречала сопротивление в обществе и в народе.

Ничего никому не объяснили. Люди среднего и старшего поколения помнят, как мы просто проснулись, и нам объявили, что с сегодняшнего дня будут громадные очереди, на свадьбах в чайниках придётся приносить алкоголь и так далее, и так далее. Надо понять, что, наверное, мы всё-таки не боремся с напитком, мы боремся с проблемой. И объяснить это людям совершенно необходимо. В связи с этим, конечно же, значительную пользу может принести социальная реклама. Этот закон о социальной рекламе был принят когда-то в Думе.

Сейчас он лежит уже год, кажется, в Общественной палате без всякого движения. Этот закон подразумевал то ли 5, то ли 10 процентов бесплатной рекламы на каждом канале. Мы сделали довольно много роликов социальной рекламы. Они прошли сначала по одному каналу, сейчас идут по другому каналу, но каких сил стоило пробить эти ролики на федеральные каналы за оставшееся время, поверьте мне, просто не хватит, нет никакой возможности рассказать. Отзвуки на эту рекламу огромные и очень позитивные. Пишут огромное количество людей и не только несчастные жены алкоголиков, но и сами люди, которые действительно потрясены фактами, которые до них никогда не доходили. Так вот, и фильмы, и социальная реклама, и в бумажных средствах массовой информации объяснения, информация сама доступная, понятная и усваиваемая человеком, не ханжеская, не скучная, конечно же необходима. Без этого мы не получим самого главного союзника — наш народ и наше общество при всём при том, что и народ и общество доведены уже до неких критических точек.

Мне представляется, что это важнейший вопрос, и если Государственная Дума обратит на это внимание, если Государственная Дума всё-таки потребует из Общественной палаты утверждённым или неутверждённым на доработку этот закон, это будет необычайно важно для решения всей той проблемы, о которой мы сегодня говорим. Спасибо.

**Председательствующий.** Предоставляю слово председателю Комиссии Общественной палаты по социальной и демографической политике госпоже Очировой Александре Васильевне.



**Очирова А. В.** Я с удовольствием прослушала основные выступления, попытаюсь уложиться в отведённый мне регламент и, безусловно, нет смысла превращать моё выступление в доклад потому, что 12 июня 2009 года наша Комиссия Общественной палаты по социальной и демографической политике уже представила его. Он называется «Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации, социально-экономические последствия и меры противодействия». Он уже размещён и в интернет-пространстве.

Этот доклад своевременно был направлен президенту страны Дмитрию Анатольевичу Медведеву и Председателю Правительства Российской Федерации и получил очень высокую оценку и поддержку, ибо послужил основанием вопросов, которые рассматривались на совещании президента 12 августа 2009 года, где также присутствовал наш представитель.

Когда мы готовили наш доклад, меня поразили те цифры, которые были уже здесь обозначены, они совершенно правильные. Но я повторяю две цифры, которые меня потрясли. Это то, что в тюрьмах умирает меньше на 30 процентов мужчин, потому что они там не пьют алкоголь. И алкоголизм среди подростков.

80 процентов наших подростков, эта цифра была озвучена Дмитрием Анатольевичем Медведевым, употребляют алкоголь, и одна треть из них делают это ежедневно. На самом деле это страшные цифры, как и те, что 80 процентов убийц находятся в состоянии алкогольного опьянения и 40 процентов самоубийц. То есть мы живём в каком-то алкогольном измерении. И это очень страшно ещё и потому, что всё, что связано со смертностью, с рождаемостью, всё смыкается на том, что именно алкоголь, алкоголизм является масштабной проблемой того демографического и социального кризиса, который может обрушиться на каждую семью и на государство в целом. Ибо эта проблема является проблемой национальной безопасности страны.

Как я знаю, в настоящее время Государственная Дума Российской Федерации рассматривает законопроект «О внесении изменений в главы 22 и 28 части второй Налогового кодекса Российской Федерации» (в части установления ставок акцизов на подакцизные товары на 2010–2012 год). К сожалению, согласно этому законопроекту, как я знаю, существенные изменения претерпят только ставки акцизов на слабоалкогольные напитки, на пиво. И на взгляд экспертов, если закон будет принят в существующей редакции, то к 2012 году цена бутылки водки, к примеру, с учётом инфляции может сравниться с ценой батона хлеба. Задумайтесь об этом. Всё-таки я придерживаюсь, например, точки зрения того, что по всем данным, которые нам были доступны, основная доля алкоголя, который есть, водка или алкоголь свыше 9 градусов – это то, что представляет наибольшую угрозу здоровью и жизни, это наибольшая распространённость и причина всех зол.

Поэтому, я думаю, что законодатели должны устранить это противоречие с тем, чтобы форма и содержание соответствовали тем задачам, которые поставил президент. Давным-давно по всем данным осознано гражданское общество, которое готово вообще не только приветство-

вать монополию на розничную продажу, а вообще запретить как таковой продукт. И в наших потребительских корзинах то, что принято считать средством увеселения. Спасибо большое.

**Председательствующий.** Александр Михайлович Чухраёв – заместитель председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья.

**Чухраёв А. М.** Наверное, нет нужды много говорить, но позволю сделать несколько замечаний, потому что сам был членом рабочей группы. Хотелось бы просто изложить своё мнение.

Первое. Конечно же, что при разработке национальной концепции это не должно стать только медицинской частью, как уже было.

Я хотел бы начать своё выступление с высказывания Джека Лондона. Говоря об этом с седины нашего времени и до сегодняшнего дня лишь хочу подтвердить, что эта проблема достаточно жёсткая, трудно решаемая. И несколько своих замечаний.

По нашему мнению при создании национальной алкогольной политики, если мы не будем учитывать четыре фактора воздействия (это производство, продажа, потребление и последствия, то мы никогда не достигнем успеха). Мне очень приятно отметить, что Николай Фёдорович Герасименко, другие выступающие как раз не склоняли и парламентские слушания, и их участников только к медицинской части, потому что, ещё раз повторю, отсутствие комплексного подхода к решению данной проблемы гарантирует её провал. К сожалению, как это часто бывало.

Конечно, было бы логично, если бы в наших парламентских слушаниях участвовали все участники этого процесса, а не только те, кто фактически борется с последствием потребления алкоголя.

Здесь в основном медицинская аудитория, а производство – это прибыль, акцизы, но мы должны найти баланс интересов. Приведённые цифры говорят о том, что, к сожалению, мы имеем только отрицательный баланс, потому что нет национальной алкогольной политики. Кто его определит, этот баланс, хотя цифры, приведённые докладчиком, утверждают, что всё-таки надо прислушаться к медицине, и правильно, что концепцию национальной алкогольной политики доверили Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, наверное, будет какой-то эффект.

Несколько слов о проблемах, которые порождены и нынешним временем, и наверное, отсутствием системного подхода.

Если посмотреть по вопросам чисто медицинским, то существует проблема диагностики алкоголизма, лечения и профилактики, и реабилитации.

Мы предлагаем в наших рекомендациях расширение диспансеризации и целевой диагностики, разработку новых стандартов диагностики, включая меры контроля за употреблением алкоголя через систему обязательного медицинского страхования.

Мы полагаем, что главным направлением должна быть профилактика, об этом очень хорошо говорил Геннадий Григорьевич Онищенко,

в первую очередь, профилактика алкоголизма среди женщин и подростков, а для лечения – создание современных алгоритмов лечения больных алкоголизмом.

К сожалению, сегодня немногие хотят избавиться от этого порока, но мы или не можем предоставить им этот вид помощи, или у них нет информации.

Несколько слов о реабилитации.

Вот посмотрите, пожалуйста, цифры официальные, сегодня всего лишь 1100 бюджетных реабилитационных коек на несколько миллионов больных алкоголизмом.

Конечно, говорить о реабилитации и такой возможности системы здравоохранения просто не приходится. Мы делаем вид, что помогаем нашим больным.

И ещё более ужасная цифра – всего 27 официально зарегистрированных реабилитационных структур на всю Российскую Федерацию, при таком потреблении алкоголя.

Мы предлагаем всё-таки принять типовое положение и создать на каждом областном и муниципальном уровне реабилитационные центры, причём мы считаем, что это должны быть центры, созданные при лечебно-профилактических учреждениях общей сети, потому что создание при психиатрических больницах не всегда вызывает желание в них пойти.

И чисто личное замечание.

Вот посмотрите на любую этикетку алкогольной продукции, там какие-то оборотные проценты, никто не поймёт. Что предлагаем? Предлагаем назвать алкогольную единицу, довести эту информацию до всего населения. Одна алкогольная единица – ты дурак, две алкогольные единицы – идиот, пять алкогольных единиц – ты умер. Кстати, как мы пропагандируем свои меры борьбы? Ну, сказали 18 литров на душу населения, человек начинает задумываться, много это или мало. Но если мы скажем, что в год Российская Федерация теряет молодых людей больше, чем за 40 афганских войн и порождает ещё больше людей, которые через некоторое время пополнят эти ряды? 15 тысяч погибло в Афганистане за 10 с лишним лет. И 70 тысяч потерь только ежегодно, а некоторые эксперты, о которых говорили коллеги, дают цифры до 600 тысяч лиц, которые погибли у нас, умерли от заболеваний, так или иначе связанных с алкоголизмом.

Я полностью поддерживаю те рекомендации, которые разработал комитет и рабочая группа. И выражаю сожаление, что сегодня нет представителей Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, нет представителей МВД, нет представителей тех организаций, которые занимаются производством. Понимая, что алкоголь, как и лекарственные препараты, имеет большую социальную составляющую, ещё раз призываю к тому балансу, который должно выработать государство.

**Председательствующий.** Учитывая очень острый вопрос, хочу предоставить слово заместителю руководителя Федеральной службы

регулирования алкогольного рынка господину Дитенко Вячеславу Леонидовичу.

**Дитенко В. Л.** Прежде всего хотелось бы сказать, что в соответствии с поручением Президента Российской Федерации по итогам совещания «О мерах по снижению потребления алкоголя» в августе текущего года службой разработан и 6 ноября разослан на согласование в федеральные органы исполнительной власти и общественные организации проект концепции государственной политики по противодействию злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения, рассчитанный на период до 2015 года.

Указанная концепция является ответом на сложившуюся негативную ситуацию, связанную со злоупотреблением алкоголем в стране, отсутствием единой последовательной политики в сфере его производства и потребления.

Целями концепции определены: сокращение уровня потребления алкоголя; создание эффективной системы профилактики алкоголизма; формирование здорового образа жизни; легализация и повышение эффективности регулирования алкогольного рынка; противодействие нелегальному производству и обороту алкогольной продукции.

На последней цели, под которую определены соответствующие задачи, хотелось бы остановиться подробнее, тем более, что в своих выступлениях предыдущие ораторы этому вопросу уделяли значительное внимание.

В рамках регулирования законодательства в алкогольной сфере службой подготовлены изменения в Федеральный закон 171-ФЗ «Об обороте алкоголя». Они направлены на ограничения розничной продажи по месту, условиям и времени.

Снижение доступности по времени. Проектом устанавливается запрет на розничную продажу алкогольной продукции после 21 часа и до 11 часов по местному времени. Но даже это предложение службы вызывает различные возражения других ведомств. То есть нас упрекают в том, что 21 час – это слишком строгое ограничение и предлагается рядом ведомств уважаемых 23 часа и так далее, до потери смысла этих ограничений.

Сегодня мы слышали в выступлении уважаемого отца Тихона, что есть смысл рассмотреть вопрос и установление запрета после 19 часов. Я думаю, что правительственная комиссия, которая создана по решению председателя правительства 19 октября 2009 года, на своём заседании рассмотрит этот вопрос.

При этом в законопроекте субъектам Российской Федерации предоставляется право на установление дополнительных ограничений по времени и месту продажи указанной алкогольной продукции.

По вопросу снижения доступности по месту. Устанавливает запрет на розничную продажу алкогольной продукции не только в детских образовательных, медицинских и так далее учреждениях, но и на территориях, прилегающих к ним. А также в местах массового скопления граждан, в местах нахождения источников повышенной опасности, на вокзалах, аэропортах и так далее.

Ограничения по условиям продаж. Устанавливается, что все организации, осуществляющую розничную торговлю алкогольной продукцией, должны иметь стационарные торговые и складские помещения по соответствующему адресу площадью не менее 50 метров. Как известно, в действующих нормах, когда эти понятия разделены на 15 метров торговой площади, 35 – складских, соответственно, они находятся по разным, как говорится, адресам, и это в известной степени и порождает вот эту нестационарную торговлю.

Кроме того, в целях противодействия производству и обороту нелегально произведённой продукции в условиях усиления государственного контроля законопроектом вводится лицензирование перевозок спирта. Потому что на сегодняшний день перевозки спирта слабо контролируются. Это выпавшее звено из системы лицензирования оборота алкогольной продукции. Поэтому когда правоохранительные органы задерживают нелегально произведённый спирт, который является основой для производства нелегальной продукции, соответственно, того, кто его отправил, найти сложно, поскольку документы в 100 процентах случаев поддельные.

Значит, соответственно, предусматривается выдача органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации лицензий на розничную продажу спиртосодержащей продукции крепостью свыше 25 процентов и алкогольной продукции в порядке, установленном федеральным законом.

Введение в действие сводного государственного реестра лицензий, в том числе и розничных. Потому что на сегодняшний день никто точную цифру розничных точек назвать не может – и цифры варьируются от 100 до 200 тысяч.

Единый порядок и предоставление декларации об объёмах розничной продажи алкогольной продукции тоже отсутствует. Отсутствие этого порядка не позволяет предоставлять достоверные цифры розничных продаж, так как органы статистики руководствуются оценочными и выборочными наблюдениями.

Для ликвидации теневого оборота алкоголя в соответствии с поручением Президента Российской Федерации разработан и направлен на согласование в заинтересованные федеральные органы исполнительной власти проект комплекса мер, нацеленных на это противодействие.

Одной из мер служит установление порядка (как это и предписано в поручениях президента) определения минимальной потребительской цены на алкогольную продукцию. Такой порядок службой разработан и в настоящее время находится в Министерстве юстиции Российской Федерации на экспертизе и, соответственно, регистрации. И после соответствующего заключения будет издан приказ по указанию соответствующей конкретной цифры. Ну, в основном как мы сейчас понимаем актуальность проблемы, это водочная продукция. То есть соответствующий нормативный правовой акт, который позволит применять меры административного воздействия к нарушителям, которые сегодня, пользуются старым документом от 2001 года – письмом МЭРТа, где цена была посчитана исходя из того

уровня потребительских цен, и поэтому цена пол-литровой бутылки водки сегодня может составлять и 40, и 50, и 60 рублей.

Вот такой законопроект также подготовлен, и большинство ведомств уже дало положительные отзывы, и он будет внесён соответствующим образом в правительство.

**Председательствующий.** Слово предоставляется Глубоковской Эльмире Гусейновне, заместителю председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья.

**Глубоковская Э. Г.** Уважаемые участники парламентских слушаний!

Конечно, не просто выступать после столь всеобъемлющей информации, но мы уже отметили, что президент, оценивая проблему, назвал её национальным бедствием. А в таких ситуациях всё общество должно объединяться, весь спектр политических сил и, в том числе, я хотела бы изложить позицию фракции «Справедливая Россия» в отношении формирования эффективной государственной политики по уменьшению масштабов алкоголизма в России.

Понятно, что без такой политики невозможно достижение целей, обозначенных «Стратегией развития–2020» по снижению смертности и увеличению продолжительности жизни. Но, к сожалению, формирование этой политики сегодня проходит на фоне отсутствия всё-таки достоверных статистических данных, что не позволяет в полной мере оценить масштабы алкоголизма и пьянства, а следовательно, и выработать адекватные меры и объёмы финансовых средств, которые нужно затратить на решение этих проблем.

Официальные цифры потребления алкоголя, заболеваемости, смертности явно занижены, и они складываются без учёта данных диспансеризации трудоспособного населения, данных Министерства по чрезвычайным ситуациям (МЧС), данных МВД, вот отсюда и, может быть, недостоверность существующей статистики.

Падение жизненного уровня, снижение доходов и безработица сегодня в условиях экономического кризиса значительно усугубили ситуацию, и потребление алкоголя неуклонно растёт.

Так, нашими согражданами в 2009 году было выпито на 29 миллионов литров водки больше, чем в прошлом году. Даже если сделать скидку на кризис, то это недопустимая ситуация. И объёмы продаж водки выросли на 5 процентов. И это только легальной продукции. Потому что нелегальная продукция, суррогаты не поддаются статистической обработке.

Эксперты также отметили изменение спектра реализуемой алкогольной продукции в сторону увеличения на 40 процентов дешёвой водки и горьких настоек. И естественно, на этом фоне стоит ожидать дальнейшего повышения заболеваемости и смертности от алкоголизма.

Сложившаяся ситуация справедливо названа президентом Медведевым Дмитрием Анатольевичем национальным бедствием, и фракция «Справедливая Россия», я думаю, так же, как и другие фракции, представленные в Думе – «ЕДИНАЯ РОССИЯ» и другие, целиком и полностью поддерживают эту позицию.

Мы считаем, что, несмотря на то, что существенное пополнение бюджета приносит именно рынок алкогольной продукции, ежегодно составляющий свыше 10 миллиардов долларов, всё-таки национальным приоритетом должно стать недопущение деградации и вырождения нации, а не коммерческая, экономическая составляющая. Потому что мы понимаем, что сегодня показатель употребления алкоголя на душу населения более чем в 2 раза превышает тот уровень, за которым международные эксперты отмечают возможность деградирования нации.

В этой связи, сложившаяся ситуация требует в плане законодательных инициатив, как уже отмечалось, и ещё раз хочу поддержать Николая Фёдоровича Герасименко, полного запрета рекламы на алкоголь, на слабоалкогольную продукцию и на пиво во всех СМИ, полный запрет, включая теле- и киносюжеты.

Ведь недопустимо, когда на одном канале благодаря усилиям Церкви идёт социальная реклама, где объясняется, какие последствия от употребления алкоголя может получить человек, а по Первому каналу в самой популярной передаче «Поле чудес» все участники передачи дарят ведущему в качестве презента алкогольные напитки и закуски.

То же самое герой популярного среди молодёжи, самой перспективной части нашего общества, сериала «Универ», проводит свой досуг, попивая пиво, алкогольные коктейли на дискотеках, в барах, и таких примеров множество.

Разрушительное воздействие алкоголя на физическое и нравственное здоровье, судьбы людей, рост преступности, об этом уже говорилось, не будем повторять, всё это подрывает серьёзные социальные, духовно-нравственные основы общества, и конечно же, определяет угрозы национальной безопасности России.

Не могу не повториться, что высокая смертность мужчин в возрасте до 29–30 лет, причина различных отклонений при родах у женщин фертильного возраста, 90 процентов новорождённых, рождённых в условиях применения родителями алкоголя, – всё это факторы, которые говорят о том, что процесс вымирания нации идёт, он налицо.

И на этом фоне, конечно, вопрос об ограничении доступности алкоголя не вызывает никакого сомнения. Надо повышать акцизы на всю алкогольную продукцию в разы, но наше мнение таково, что это будет понято и принято населением только в том случае, если часть средств от акцизных сборов будет направлена целевым назначением на лечение больных алкоголизмом, на развитие службы медико-социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, которые добровольно желают получить такую помощь. И этот вопрос нужно решать незамедлительно, потому что сегодня алкоголизмом страдают не 3 миллиона россиян, как свидетельствует официальная статистика, а около 29, по мнению экспертов общественных организаций.

Что касается системы принудительного лишения свободы в отношении лиц, совершающих противоправные действия в состоянии алкогольного опьянения, эта тема ещё сегодня недостаточно серьёзно обсуждалась, то она, мы считаем, должна быть. Но только не с целью

изоляции, а в первую очередь с целью лечения и медико-социальной реабилитации.

Важными и своевременными в плане законодательной инициативы представляется нам лимитирование, об этом говорил Николай Фёдорович Герасименко, но мы просто поддерживаем эту позицию места, времени продажи алкогольной продукции, и естественно, усиление административной ответственности за нарушение правил торговли.

В сложившейся ситуации целесообразным представляется вернуться к государственной монополии на производство спирта и реализацию алкогольных напитков, включая розничную торговлю. Это основной рычаг обеспечения безопасности и качества алкогольной продукции.

В решении проблемы сокращения масштабов пьянства приоритетным должно быть осуществление мероприятий, и это мне особенно близко, по формированию здорового образа жизни.

С этого года мероприятия реализуются в рамках национального проекта «Здоровье», но, на наш взгляд, этого недостаточно. Только силами медиков, созданием центров здоровья, даже если их будет 502, как записано в приказе Минздравсоцразвития России, проблему всё-таки не решить.

Нужно формировать общественное мнение и социально ориентированное ведение здорового образа жизни с использованием всех рычагов мотивации, и в первую очередь экономических.

В Европе эти рычаги давно уже используются, и студенты получают бесплатные гранты, возможность продолжать обучение.

А вот в России я была на совещании в центре медико-социальной реабилитации инвалидов, посвящённом подведению итогов, и руководитель этого заведения Любовь Петровна Кезина в заключение объявила, что меняется тарифная сетка, и повышается заработная плата всем, кто в этом году бросил курить и пить крепкие алкогольные напитки.

И вы знаете, я видела задумчивые глаза тех, кто не вошёл в этот список, и в них было написано – а хорошо быть здоровее и богаче. И я думаю, что на следующий год этот список серьёзно расширится.

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, хочу предоставить слово члену Комитета Государственной Думы по экономической политике и предпринимательству депутату Государственной Думы Звягельскому Виктору Фридриховичу.

**Звягельский В. Ф.** Я представляю профильный комитет, который занимается разработкой, в том числе и законопроектов по алкоголю, и мы, Ольга Георгиевна, достаточно плотно сотрудничаем с профильным ведомством.

Я где-то повторю, но сейчас вкратце скажу только о тех блоках законопроектов, которые либо уже находятся на заключении в правительстве, либо поданы в Государственную Думу, то есть только о том, что будет воплощено в жизнь. Мы потратили больше двух лет, чтобы все эти пожелания систематизировать, и сейчас, мне кажется, что они уже действительно систематизированы, и тот максимум, который может



быть с точки зрения наведения порядка в алкогольной отрасли в виде законопроектов, по нашему мнению, уже сделан.

Первый блок касается усиления государственного контроля. Здесь уже звучало неоднократно, что сюда входит установление единой розничной цены, минимальной розничной цены на водку и на все ликёроводочные изделия, это введение единой ставки акциза на всю ликёроводочную продукцию, и также поднята ставка на пиво, которое у нас не является ещё алкогольным напитком.

Это изменение системы лицензирования, поскольку лицензирование сейчас перешло к другому уполномоченному органу, то есть изменение системы лицензирования, которое позволит убрать все те лазейки, которые сейчас есть у предприятий, открывающихся заново, которые банкротятся, перерегистрируются, это очень долгая тематика, но чтобы это было понятно.

Вся система усиления госрегулирования будет направлена в первую очередь на значительное снижение контрафактной продукции. Как уже сейчас говорилось, у нас каждая вторая бутылка сейчас контрафактная. Это минимум. И естественно, на увеличение собираемости налогов, так как заявленная собираемость налога и фактическая у нас разнятся более чем в 40 процентов ежегодно, а сейчас уже более чем в 50. То есть по данным Росстата то количество водки, которое было продано, и то количество, которое было задекларировано, отличается в половину. Это должно быть всем понятно.

Второй очень важный блок законов – это усиление законодательства, связанного с продажей алкоголя. Это в первую очередь касается продажи алкогольной продукции несовершеннолетним. Мы вводим очень жёсткие административные санкции в виде приостановления и аннулирования лицензий, естественно, вводим очень большие штрафы и вводим уголовную ответственность. Мы запрещаем продажу слабоалкогольных напитков и пива в местах проведения массовых мероприятий. Мы запрещаем продажу вблизи детских дошкольных и прочих учреждений. Я говорю только о тех законопроектах, которые уже поданы. То есть таких инициатив у нас по второму блоку 24 законопроекта, которые объединены в единую концепцию. Сюда же входит и время продаж, которое сейчас правительством определено как мера с 11 утра до 21 вечера, оно, скорее всего, будет меняться. И упорядочение мест продаж. То есть запрет продажи алкоголя, слабоалкоголя и пива в киосках, ларьках и во всех прочих, не приспособлены для этих торговых точек.

Очень важный момент, связанный с ограничением рекламы пива. Этот законопроект находится на сегодняшний день в Государственной Думе. Пытались приравнять продажу пива и другие мероприятия по пиву к действующим запретам по другим алкогольным напиткам. То есть приведение пива к тем запретам, которые действуют в 171 законе.

Сейчас мы подали законопроект, который уже давно витал в воздухе, о том, что пиво будет являться, наконец-то, алкогольным напитком, то есть на пиво будут распространяться те же нормативы, которые есть в 171 законе.

Это второй достаточно большой блок. Но совершенно понятно, что госрегулирование, запретительные какие-то мероприятия, пусть они будут самыми жёсткими, они всё равно кардинально ситуацию не изменят, пока мы не поменяем вообще социальную направленность, связанную с алкоголем. То есть пока мы не сделаем алкоголь из модного напитка немодным. Когда деньги, которые тратятся сейчас профессионально на рекламу алкоголя и пива, будут тратиться на проведение социальной рекламы и пропаганду здорового образа жизни.

Президент Медведев Дмитрий Анатольевич говорил о том, что это обязательная составляющая, даже звучала цифра в 500 миллионов рублей на проведение социальной рекламы. Это замечательные деньги. Но я так понимаю, и вы понимаете, что это просто копейки. Поэтому при всём уважении к закону «О соцрекламе», где будет выделяться от 10 до 15 процентов времени, ещё непонятно, пройдёт этот закон или нет.

Наша инициатива, которую мы тоже подали, это введение социальной ответственности производителей за продажу, за производство алкогольной продукции, где с каждой единицы продукции предлагается отчислять (это опыт большинства западных стран и некоторых штатов Америки) определённую сумму. Причём она очень небольшая по сравнению с теми акцизами, о которых мы сейчас говорим, это чуть меньше рубля на единицу продукции в пересчёте на полулитровую бутылку водки. И средства, которые будут выделяться, которые будут высвобождаться, они будут более чем достаточны для проведения массовой профессиональной социальной рекламы и пропаганды здорового образа жизни.

И самое главное, они уберут те препоны, которые у нас сейчас есть. А именно, связанные с тем, что в конечном итоге будет запрещена реклама пива. И все, что связано с тем, что будут огромные выпадающие доходы от СМИ, – они будут с лихвой компенсированы именно проведением социальной рекламы. Это, как нам кажется, достаточно значимый момент.

И в отличие от всего предыдущего, что я сказал, это, наверное, тот законопроект, который не вызовет единого одобрения в первую очередь у сообщества алкогольного, потому что никому не хочется лишние деньги платить. Но нам кажется, что это вынужденная мера.

Я считаю, что если все три этих глобальных блока, которые сейчас находятся уже на рассмотрении, будут приняты и все они будут работать, и профильное ведомство будет это правильно исполнять, я думаю, что мы кардинально изменим ситуацию с алкоголизацией в стране и с контролем за производством и продажей алкогольных напитков.

У нас очень сильно законодательно подвергаются различным ограничениям производители с точки зрения фальсификата и всего остального. Но производителей, как ни странно, достаточно сложно бывает поймать. Поэтому мы предлагаем и внесли уже в Государственную Думу законопроект, связанный с тем, что мы вводим очень жёсткую административную и уголовную ответственности для розницы за продажу фальсифицированной алкогольной продукции.

Все различные законодательные варианты, которые существовали по подделке, изготовлению и продаже фальсифицированной водки,

сейчас практически ушли в небытие. И самый действенный вариант, который существует, – это водка с поддельной акцизной маркой. Это практически единственная лазейка, которая сейчас осталась. И если розница будет жёстко отслеживаться, а это совершенно несложно. Для примера, аппаратура для проверки поддельной акцизной марки стоит порядка 1000 рублей. Если это будет работать, то никакого сговора между розницей и производителями уже не будет. Если розница будет поставлена в такие жёсткие рамки, то, я надеюсь, что фальсификатов и поддельной дешёвой водки у нас больше не будет.

**Председательствующий.** Я хочу предоставить слово заместителю председателя Комитета Государственной Думы по делам общественных объединений и религиозных организаций Сергею Александровичу Маркову.

**Марков С. А.** Я не медик, поэтому буду говорить не о медицинских аспектах, а собственно политических. Мне кажется, из того, что было сказано в предыдущих выступлениях видно, что у нас существует очень хорошая концепция борьбы с алкоголизмом. Эта концепция систематическая, научно разработанная, исключительно профессиональная и созданная на основе мирового опыта других стран, да, кстати сказать, на основе и нашего опыта.

Теперь наша задача – добиться, чтобы эта программа борьбы с алкоголизмом и смертностью стала политической, государственной программой, которая реализовывалась бы государственными институтами.

В нашей партии Владимир Владимирович Путин. Нашу партию поддерживает Дмитрий Анатольевич Медведев. И мы должны добиться, чтобы та прекрасная программа, которая была изложена сегодня в этих содержательных докладах, стала государственной программой.

Действительно, говорилось о лоббистских группах, которые неплохо работают, своей цели добиваются. Взять последний законопроект, который сейчас обсуждается, о повышении акцизов. На водку повышается акциз в 3 раза – правильно, хорошо, хотя надо ещё повышать.

Почему? Посмотрим, что происходит с ценами. Вы, наверное, помните советское время? Батон, буханка хлеба – 20 копеек, бутылка водки – 4 рубля, то есть 1 к 20. И нельзя сказать, кстати, что у нас тогда была непьющая страна, и нельзя сказать, что это была какая-то запредельная цена и так далее. Тоже нельзя сказать, что цена водки была чрезмерно маленькой.

А сейчас средняя цена батона 20 рублей, средняя примерно цена водки 100 рублей, а даже и меньше. То есть можно купить 5 батончиков. Вот вам и резерв. Вот к чему мы должны прийти.

Я хотел бы сказать представителям министерств и ведомств, что всё-таки мы бы должны оценивать, что цена акциза должна быть понижена до советского уровня. Чтобы вот эта стоимость бутылки водки в структуре потребления сначала бы шла на советский уровень, а потом вышла на уровень современного Евросоюза. Вот наша политическая задача. То есть примерно бутылка водки должна стоить 400 рублей в среднем. И не

надо говорить, что это невозможно. Это было в нашей стране на протяжении нескольких десятилетий. Это абсолютно нормально. Вот вам и резерв повышения акциза.

Теперь, как мы могли бы построить эту политическую работу. Мне кажется, что мы должны бы сформулировать некие основные требования, простые, и действительно вести хорошую в нормальном смысле пропагандистскую работу в этом направлении. Мне сейчас на основе этих дискуссий уже достаточно очевидно, я бы предложил 5 основных требований. Достаточно простые, они, кстати, в докладе господина Онищенко Г. Г. были хорошо изложены.

И последнее, по телевидению. Здесь много уже об этом говорилось, я согласен. Говорят, у нас рыночная экономика. Полностью согласен, и нужно решать всё рыночными методами. Я предлагаю ввести тогда налог на показ употребления спиртного, как, кстати, пора, может быть, ввести и налог на показ убийства на телеэкране. Всё достаточно просто. Они же показывают всё это, чтобы деньги зарабатывать, а мы введём на это налог. Миллион рублей федеральный телеканал должен заплатить за показ употребления спиртного.

Всё можно решить. И, конечно, самое последнее, введение госмонополии на производство спирта, это была бы вполне разумная мера, которая позволила бы легко регулировать всё остальное.

**Председательствующий.** Хочу предоставить слово Брюну Евгению Алексеевичу, главному наркологу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

**Брюн Е. А.** Я думаю, информационное пресыщение уже практически наступило, поэтому я постараюсь быть кратким.

Опять-таки, не буду говорить о цифрах. Считаю, что три блока должны быть. Первый блок – это ограничения продажи алкогольной продукции и пива по месту и времени. Необходим законодательный запрет продажи алкогольной продукции в ночное время.

Вот что основное. Мы говорим о профилактике и, скорее, мы должны говорить о некоторых механизмах. Сегодняшнее законодательство позволяет, может быть и с оговорками, но такую работу проводить. Мы имеем в виду прежде всего организацию социального прессинга на популяцию злоупотребляющих алкоголем. Эта субпопуляция достаточно велика. И организация социального прессинга, она имеет свои определённые закономерности. Два совершенно конкретных механизма: механизм работы с организованными коллективами и механизм работы через средства массовой информации. И таким образом мы могли бы охватить этой работой максимальное число жителей Российской Федерации.

Работа в организованных коллективах никоим образом на сегодняшний день не регламентирована. Нет закона. Есть международное законодательство о профилактике употребления психоактивных веществ на рабочих местах и всё, что связано с рабочими местами. То есть и до, и после, и так далее.

У нас есть определённое постановление Правительства Российской Федерации о запрете на занятия определённых профессий, но механизма реализации этого постановления тоже нет. Но все эти технологии, в общем, достаточно известны.

Вот по примеру Москвы я могу рассказать, как мы заключаем прямые договоры с предприятиями. У нас есть прямой договор с «Мосавтотрансом», с нефтеперерабатывающим заводом. И мы обследуем всех сотрудников, плюс их семьи, плюс их детей и выбираем группу риска, выбираем больных и уже с ними прицельно работаем. Вот такой достаточно простой механизм.

Что сегодняшнее законодательство позволяет нам сделать? Есть Трудовой кодекс и там есть раздел, касающийся социального партнёрства. И мы рекомендуем вносить в коллективные договоры предприятия, пункты о профилактике наркологических заболеваний на рабочих местах. Прежде всего это три основных пункта: сотрудник или учащийся вуза, обязуется не употреблять психоактивные вещества на рабочем месте и перед началом трудового процесса.

Второе. При наличии достаточных оснований по требованию администрации и профсоюзной организации сотрудник, с согласованием профсоюзной организации, или учащийся проходит обследование в наркологическом учреждении. И в случае выявления наркологического заболевания или определённых злоупотреблений, факторов риска сотрудник не увольняется, учащийся не отчисляется из учебного учреждения, а проходит лечение и реабилитацию в наркологическом учреждении.

Я приведу пример по нашей работе в одном из элитных вузов Москвы. Там погиб большой – речь шла о наркотиках, и ректор нас пригласил и попросил всех обследовать. И все дали добровольное согласие на обследование. Мы получили 15 процентов численности студентов, потребляющих наркотические или другие психоактивные вещества. С каждым из них была проведена (это есть такой международный термин) социотерапевтическая интервенция. Это ключевое слово, то есть раннее выявление и вмешательство в эту ситуацию.

Провели соответствующие интервенции, от 15 до 30 минут с каждым из студентов. И через год мы повторили тотальное обследование этих студентов и получили уже только 2 процента потребляющих наркотики. Было 15 процентов, стало – 2. Вот такова эффективность непосредственной конкретной работы в организованном коллективе.

К сожалению, рабочие трудовые коллективы нас к себе не очень пускают. Я прихожу на ЗИЛ, говорят: нет, нам проще его выгнать на улицу и нанять другого. Этого выгнал, предыдущего взял обратно, поскольку у него нет денег на алкоголь. В общем, такая система крутящихся дверей. Это порочная система. Мы должны и сохранять кадры, и лечить их по месту работы. И организация, может быть, наркологического учреждения, наркологического наблюдения должна быть не только по месту жительства, но и по месту работы, в соответствии с такими целевыми договорами.

Такая практика сейчас уже существует. И Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации нас озадачило этот опыт распространить на всю Россию. И мы сейчас готовим порядок организации наркологической помощи населению со всеми необходимыми документами, инструментами и так далее.

У нас нет закона о наркологической помощи, у нас нет многих законодательных определений, что такое наркологический больной, каков должен быть путь взаимоотношения больного и общества, наркологической службы, общества и больного, и так далее. Вот это всё очень сложные вещи.

Такая простая деталь: 086-я студенческая, абитуриентская справка, которую предоставляют при поступлении в институт. Если туда включить обследование нарколога, сейчас этого там не существует, то понятно, что мы не выявим таким образом больных или группу риска. Но сама эта норма, включённая в эту справку, станет неким таким социальным прессингом и заставит человека думать перед поступлением в институт, как ему строить свою жизнь, потреблять, не потреблять. То есть мы всё время должны ставить человека в ситуацию, когда он должен выбирать путь.

И, конечно, средства массовой информации. Это просто беда. Они категорически не хотят с нами сотрудничать. Нам нужны квоты для формирования здорового образа жизни и тематических передач.

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, я завершаю наши парламентские слушания. Я хотела бы поблагодарить всех выступающих.

Вместе с тем хотела бы заметить: любая идея, если она не имеет своего комплексного подхода – это мертворождённое дитя. Поэтому, конечно, отец Тихон, мы очень надеемся на нашу совместную работу.

Ещё раз благодарю. Всем здоровья и трезвой жизни.

Спасибо большое.

## **РЕКОМЕНДАЦИИ парламентских слушаний**

Проблемы чрезмерного употребления алкоголя и связанные с этим последствия достигли угрожающих размеров, а алкоголь стал одним из важнейших факторов риска для здоровья во всем мире. Уровень потребления алкоголя населением является важным показателем состояния здоровья.

Последние годы в стране характеризуются стабильно высоким уровнем алкоголизма среди населения. Рост числа потребителей алкогольных напитков приводит к ухудшению состояния здоровья населения, определяет высокий уровень смертности, оказывает негативное влияние на социальный климат в семьях и влияет на социально-экономическое развитие страны.

Массовое распространение пьянства и алкоголизма выступает фактором, серьёзно ограничивающим возможности общества обеспечивать реализацию прав граждан на жизнь и безопасность, получение соответствующего воспитания, образования и необходимой для достойной жизни профессии, защиту их от преступных посягательств, морального насилия и издевательств со стороны неуклонно увеличивающегося количества лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Согласно данным Федеральной службы государственной статистики, потребление учтённого алкоголя на душу населения в стране выросло с 5,38 л абсолютного алкоголя в 1990 году до 10 л в 2008 году, или в 1,8 раза. Однако по данным Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека специалисты-эксперты считают, что реальное душевое потребление алкоголя с учётом нелегального оборота спиртосодержащей продукции в России составляет около 18 л.

Специализированными наркологическими учреждениями было зарегистрировано 2,7 миллиона человек, злоупотребляющих алкоголем, в том числе людей, употребляющих алкоголь с вредными последствиями, больных алкоголизмом и больных алкогольными психозами. Это 2 процента от населения страны. По оценкам экспертов, количество лиц, злоупотребляющих алкоголем, составляет более 5 миллионов человек.

Соотношение мужчин и женщин среди зарегистрированных больных алкоголизмом составило пять к одному.

Наиболее распространён алкоголизм среди населения в возрасте от 40 до 59 лет – это 55 процентов. Крайне неблагоприятна тенденция увеличения употребления алкоголя детьми в возрасте от 10 до 14 лет. Количество детей, употребляющих алкоголь, в 2008 году увеличилось на 15,4 процента по сравнению с 2007 годом. Количество детей, больных алкоголизмом, возросло по сравнению с 2007 годом на 8,6 процента.

По итогам 2008 года лидером по заболеваемости алкоголизмом по-прежнему остаётся Магаданская область: число потребителей алкоголя в регионе составило 5,6 процента от общей численности на-

селения. Выше, чем в среднем по России, заболеваемость алкоголизмом наблюдается в Республике Карелия, Брянской, Ивановской, Костромской, Липецкой, Нижегородской, Новгородской, Сахалинской областях, Камчатском крае и в Чукотском автономном округе. Традиционно низкие цифры потребления алкоголя и заболеваемости алкоголизмом в Чечне, Ингушетии, Дагестане. Соответственно в этих регионах ниже смертность и значительно выше продолжительность жизни.

В структуре продажи алкогольной продукции и пива населению 80 процентов от общего объёма приходится на пиво, 13 процентов – на водку и ликероводочные изделия, 6 процентов – на вино и 1 процент – на коньяк.

Наблюдается существенный рост производства слабоалкогольных напитков и продажи пива. Только в России пиво считается безалкогольным напитком. Объём производства слабоалкогольных напитков в 2007 году по сравнению с 1998 годом вырос почти в 6 раз, а объём продажи пива в 3 раза. Согласно имеющимся данным производство алкогольных тонизирующих напитков возрастает ежегодно на 20 процентов.

Наблюдающийся рост потребления пива и слабоалкогольных напитков происходит за счёт подростков и женщин детородного возраста. Это способствует снижению уровня средней продолжительности жизни и росту показателя преждевременной смертности населения.

Продолжается активная реклама пива и алкогольной продукции, как прямая, так и косвенная. В то же время требования к рекламодателям, например в США, обязывают позиционировать слабоалкогольные напитки, в том числе пиво и тонизирующие, именно как алкогольную продукцию, без какой-либо ассоциации с прохладительными напитками.

Смертность от всех учитываемых причин, связанных с употреблением алкоголя (алкогольные кардиомиопатии, случайные отравления алкоголем, алкогольные болезни печени, хронический алкоголизм, дегенерации нервной системы, вызванные алкоголем, алкогольные психозы, хронический панкреатит алкогольной этиологии) составляет от 500 до 600 тысяч смертей в год.

Алкоголизация населения, в частности молодёжи, влияет на состояние генофонда, здоровье, рождаемость и смертность населения.

Ущерб от алкоголя представляет собой значительное экономическое бремя для отдельных лиц, семей и общества в целом – из-за связанных с его употреблением медицинских расходов, снижения производительности труда в результате повышающихся показателей заболеваемости, расходов в связи с пожарами и повреждением собственности, а также неполученных доходов в связи с преждевременным уходом из жизни. Доходы в федеральный бюджет в 2008 году от продажи алкоголя составили 68 миллиардов рублей, а расходы на лечение и возмещение экономических потерь, связанных с употреблением алкоголя, составили 1,7 триллиона рублей. Согласно оценкам ВОЗ,



связанные с алкоголем расходы для общества составляют 2–5 процентов валового национального продукта.

Неуклонно растущая на протяжении многих лет алкоголизация населения приобрела к началу XXI века характер национального бедствия для России. Острота данной проблемы высоко экономически и социально значима. Можно утверждать, что она приобрела характер, серьёзно подрывающий социально-экономические и духовно-нравственные основы жизнедеятельности общества и государства, угрожающий трудовому, военному, интеллектуальному потенциалу, национальной безопасности страны.

В настоящее время подготовлен проект концепции государственной политики по снижению масштабов алкоголизма в Российской Федерации. Проект концепции предусматривает:

- ограничение потребления алкогольной и спиртосодержащей продукции;

- недопущение появления на рынке некачественной алкогольной и спиртосодержащей продукции;

- организацию развёрнутой системы профилактики алкоголизма и злоупотребления алкоголем среди населения, формирование здорового образа жизни, особенно среди подростков и молодёжи;

- предоставление медико-социальных услуг гражданам, страдающим алкогольной зависимостью;

- расширение возможностей для занятий физической культурой и спортом, в первую очередь для детей, подростков и молодёжи;

- развитие наркологической службы.

Федеральным бюджетом на 2010 год предусмотрено повышение акцизов на пиво и слабоалкогольные напитки, акцизы на крепкие алкогольные напитки не повышаются. Это может привести к выравниванию цен на слабый и крепкий алкоголь и, соответственно, смещения потребления в сторону крепких алкогольных напитков. На примере зарубежного опыта можно отметить, что величина акцизов на пиво в среднем в три раза меньше акцизной ставки на крепкий алкоголь.

Важным моментом является доступность алкоголя. Возможность приобретения алкоголя в любое время суток в шаговой доступности – один из факторов, провоцирующий на злоупотребление алкоголем. Необходимо законодательно закрепить норму, ограничивающую время продажи алкоголя. В отдельных регионах такие нормативные акты уже приняты: в Мурманске запрещена торговля алкоголем в ночные часы, в Санкт-Петербурге – в выходные и праздничные дни. Кроме того продажа алкогольной продукции должна осуществляться только в специализированных магазинах.

Что касается медицинского, парфюмерного и бытового алкоголя, то следует рассмотреть возможность продажи медицинских спиртовых настоек в более мелкой расфасовке, а на парфюмерную и бытовую спиртосодержащую продукцию повысить акцизы в целях их удорожания.

Не всегда выполняются положения уже принятых законов. Например, норма о запрете на продажу пива на расстоянии ближе 100 метров от образовательных учреждений повсеместно нарушается. Следует

активизировать работу надзорных органов и законодательно усилить ответственность за подобные нарушения.

В настоящее время на рассмотрении Государственной Думы находится несколько проектов федеральных законов, предлагающих ужесточение ответственности за нарушение правил продажи алкогольной продукции, а также за потребление алкоголя в общественных местах. Необходимо ускорить принятие указанных законопроектов.

Обсудив доклады и выступления, участники парламентских слушаний рекомендуют:

#### **Правительству Российской Федерации:**

1. Активизировать работу по исполнению действующего законодательства Российской Федерации в сфере ограничения потребления алкоголя.

2. В целях дальнейшей борьбы с алкоголем ускорить разработку и принятие Концепции государственной политики по снижению масштабов алкоголизма в Российской Федерации с выделением необходимых средств для финансирования её мероприятий.

#### **Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации:**

Депутатам Государственной Думы выступить с законодательной инициативой по разработке законопроектов, содержащих следующие нормы:

а) пиво и пивосодержащие напитки отнести к разряду алкогольных;  
б) введение единой (одинаковой) ставки акциза на спирт, алкогольную и спиртосодержащую продукцию с увеличением её темпами, превышающими прогнозируемую инфляцию в 2–3 раза. Увеличение акцизов на все виды алкогольной продукции позволит увеличить стоимость данной продукции, что снизит степень доступности населению, особенно для молодёжи;

в) усиление ответственности за нарушения, связанные с ограничениями розничной продажи алкогольной продукции и пива, а также за употребление алкоголя в общественных местах;

г) введение запрета на продажу слабоалкогольных (в том числе энергетических напитков) вблизи детских, образовательных, медицинских учреждений, физкультурно-оздоровительных и спортивных сооружениях, а также в местах массового скопления граждан и местах нахождения источников повышенной опасности (в том числе на вокзалах, в аэропортах, на станциях метрополитена, оптовых продовольственных рынках, объектах военного назначения) и на прилегающих к ним территориях, а также в ларьках, киосках, палатках, контейнерах, с рук, лотков, автомашин, в других не приспособленных для продажи данной продукции местах;

д) изменение требований к объёму и потребительской упаковке;

е) введение полного запрета прямой и косвенной рекламы любых видов алкогольной продукции;

ж) ограничение времени продажи алкогольной продукции (запретить продажу до 11 часов и после 19 часов);

з) разрешение на продажу крепких алкогольных напитков в специализированных магазинах.

**Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации:**

1. Разработать Национальную стратегию по борьбе с алкоголизмом в Российской Федерации.

2. Совместно с Министерством образования и науки Российской Федерации подготовить образовательные программы, информирующие о вреде алкоголизма, для преподавания в различных учебных заведениях.

3. Разработать программу санитарного просвещения о вреде потребления алкоголя среди различных категорий населения.

4. Разработать программу по совершенствованию наркологической помощи населению.

5. Разработать и внедрить в работу первичного звена здравоохранения стандарты медицинской помощи лицам, злоупотребляющим алкоголем.

**Материалы «круглого стола» на тему  
«Об охране репродуктивного здоровья населения  
Российской Федерации. Законодательные аспекты»**

**СТЕНОГРАММА  
«круглого стола»**

*Здание Государственной Думы. Зал 830.  
8 декабря 2009 года.*

*Председательствует председатель Комитета Государственной  
Думы по охране здоровья О. Г. Борзова*

**Председательствующий.** Добрый день, уважаемые коллеги! Позвольте мне от имени Комитета по охране здоровья приветствовать всех участников нашего «круглого стола».

Уважаемые коллеги, нам бы очень хотелось сегодня услышать конструктивные мнения о представленном докладе от Комитета, который сделает Салия Шарифьяновна Мурзабаева, и о тех рекомендациях, которые мы вынесли на ваш суд, о подборе литературы.

Давайте обсудим информацию, вы как профессионалы видите, с учётом вашего практического опыта, исследовательского опыта учёных, целесообразности, которая существует у нас в обществе. Какие вопросы нашей концепции вы хотели бы изменить. Как вы представляете правовую основу, отдельные нормы. Как не выйти за правовые рамки. Каким образом остаться в состоянии балансирования, в котором сейчас находятся специалисты, работающие в этой области.

Поэтому мне хотелось бы сказать, что это не только государственная значимость проблемы, не только колоссальный шаг в реализации концепции демографического развития страны, государственная политика и задачи, которые обозначены политическим руководством, но и наш с вами долг перед государством, перед обществом для его оздоровления и решения демографической проблемы.

Уважаемые коллеги, я хотела бы вас попросить с учётом того, что у нас очень много желающих записалось выступить (сегодня в «круглом столе» участвуют 120 человек) и ещё должны подъехать; были у меня звонки в приёмную – представители прессы, субъекты Российской Федерации; мне бы хотелось дать возможность выступить и членам рабочей группы, которые очень много трудились над законопроектом, и депутатам, которые имеют большой опыт. Хотелось бы услышать наших учёных, но не с точки зрения целесообразности тех методик и методологий, которыми они владеют, а с точки зрения обширного, объёмного охвата этой проблемы. И, конечно, субъекты Российской Федерации. Мы вас очень ждали, очень ценим ваше мнение.

Проект рекомендаций представлен. Я хочу сказать, что все депутаты комитета работали хорошо, но особенно руководитель рабочей группы, Мурзабаева Салия Шарифьяновна. Хочу поблагодарить и моего заме-

стителю Колесникова Сергея Ивановича за ту работу, которую они провели для предоставления этого материала.

Поэтому-то мы вам представили этот проект, который, конечно, нуждается в доработке с учётом тех замечаний и предложений, которые мы ждём от вас.

Мы долго сидели и думали втроём, когда целесообразно это осуществить — в декабре или немножко попозже, и пришли к такому мнению, что проведение «круглого стола» целесообразно в весеннюю сессию, когда мы учтём и переработаем все замечания и предложения, которые получим. Непременно проведём парламентские слушания, которые будут носить расширенный характер.

Дорогие друзья, я хотела бы с удовольствием предоставить слово депутату Государственной Думы, руководителю рабочей группы Мурзабаевой Салие Шарифьяновне.

**Мурзабаева С. Ш.** Уважаемые участники «круглого стола»! После вступительной речи Ольги Георгиевны намного облегчается моя задача.

Но тем не менее мне бы хотелось предоставить небольшую информацию, касающуюся опыта международного законодательства, и в целом то, с чем мы к сегодняшнему дню с вами подошли.

Все вы знаете, что охрана репродуктивного здоровья населения и каждого человека в отдельности — это особая сфера человеческой жизни, которая в условиях падения рождаемости и высокого уровня смертности в стране, несомненно, должна входить в число основных направлений деятельности Российской Федерации как социального государства.

Не вызывает сомнения, что в настоящее время репродуктивное здоровье является важнейшим фактором, который формирует благоприятную демографическую перспективу страны.

В частности, Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, которая была утверждена нашим президентом в соответствии с его указом в 2007 году в октябре месяце, ставит одной из задач укрепление репродуктивного здоровья населения.

Вместе с тем, несмотря на важность указанной области общественных отношений, национальным законодательством не обеспечены в полной мере условия и возможности для сохранения репродуктивного здоровья населения.

В данном контексте особое место занимает формирование нормативной базы, регламентирующей сферу охраны репродуктивного здоровья граждан в Российской Федерации.

Необходимо отметить, что концепция охраны репродуктивного здоровья получила развитие и декларирована рядом международных правовых документов, посвящённых правам человека — это и конвенция о ликвидации всех форм дискриминации женщин, конвенция о правах ребёнка, материалы международных конференций по проблемам народонаселения и развития, материалы Всемирной конференции по правам человека и Всемирной конференции по положению женщин.

В частности, неопределимый вклад в изменение взглядов мирового сообщества на охрану репродуктивного здоровья и планирование семьи внес-

ла Международная конференция ООН по народонаселению и развитию, которая прошла, как вы знаете, в 1994 году, на которой впервые было заявлено о необходимости законодательного закрепления принципов охраны репродуктивного здоровья на уровне национального законодательства стран-участниц. На этой Каирской конференции 180 государств, в том числе и Россия, признали, что всеобщий доступ к информации и услугам в области охраны репродуктивного здоровья должен быть целью, которую необходимо достичь к 2015 году. Таким образом, каирская программа должна стать для нас основополагающим документом при разработке законодательства по охране репродуктивного здоровья.

Принятие международных обязательств в области охраны репродуктивного здоровья означает необходимость законодательного закрепления данного права и определения механизмов его реализации, так как недостаточное внимание органов государственной власти к данной проблеме является нарушением международно-правовых норм.

Представляется очевидным, что при формировании законодательства в сфере охраны репродуктивного здоровья необходимо учитывать международный опыт правового регулирования данной сферы.

Анализ правовых норм зарубежного законодательства, который провела рабочая группа, позволяет сделать вывод о том, что самостоятельными нормативными актами в основном урегулированы вопросы применения методов вспомогательных репродуктивных технологий. А если взять в целом систему охраны репродуктивного здоровья, то в зарубежных странах она формируется на основе принимаемых национальных программ, в которых закрепляются принципы охраны репродуктивного здоровья женщин, мужчин, подростков, перечень услуг по охране репродуктивного здоровья, доступ к информации и так далее.

Велика роль в реализации подготовки законопроектов и общественных организаций.

Приведённые нормы международных правовых актов и Конституции показывают, что восприятие репродуктивных прав не имеет однозначной законодательной оценки. Даже Европейский суд по правам человека при вынесении соответствующих гарантий и решений уклонялся от формулирования каких-либо самостоятельных репродуктивных прав.

Общая позиция Европейского суда заключается в том, что государства должны обладать определённой свободой выбора в регулировании деликатных вопросов, связанных с репродуктивным здоровьем граждан. В связи с этим особое значение приобретает тот факт, что законы, определяющие те или иные аспекты мер по охране репродуктивного здоровья, приняты в ряде стран постсоветского пространства. Например, законы об охране репродуктивного здоровья приняты в Армении, Казахстане, Киргизии, Молдове, Таджикистане, в Грузии.

Более того, постановлением Межпарламентской ассамблеи Евразийского экономического сообщества в текущем году, 13 мая, был принят типовой проект законодательного акта «Об общих принципах охраны репродуктивного здоровья населения государств-членов Евразийского

Экономического Сообщества». Данный проект определяет общие принципы системы организации и оказания медико-социальной помощи, направленные на сохранение и улучшение репродуктивного здоровья населения, укрепление системы государственных мер по улучшению и сохранению качества репродуктивного потенциала населения сообщества, совершенствованию организации и оказанию качественной медико-социальной помощи женщинам-матерям и детям, направленные на снижение уровня материнской и детской заболеваемости и смертности, обеспечение приоритета финансирования мероприятий по охране репродуктивного здоровья населения государств-членов ЕврАзЭС.

В ряде субъектов Российской Федерации тоже приняты и реализуются законы «Об охране репродуктивного здоровья, материнства, отцовства и детства». Все вы знаете, что приняты и реализуются законы в Ивановской, Тульской, Брянской областях, в Республике Дагестан и в некоторых других субъектах Российской Федерации, утверждённые постановлениями или указами губернаторов.

В настоящее время в Российской Федерации законодательство в области охраны репродуктивного здоровья регулируется многими нормативными актами. Это Конституция Российской Федерации, Семейный кодекс, Гражданский кодекс, Уголовный кодекс, Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, другие федеральные законы, указы Президента Российской Федерации, постановления Правительства Российской Федерации, ведомственные нормативные правовые акты.

Правоотношения в области охраны репродуктивного здоровья граждан регулируются статьями 35–37 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан в трёх основных сферах. Это искусственное прерывание беременности, вспомогательные репродуктивные технологии и медицинская стерилизация.

Трудовым кодексом устанавливается запрет на использование труда работающих беременных женщин и несовершеннолетних на вредных производствах, право на неполный рабочий день и предоставление оплачиваемого отпуска по беременности и родам.

Законодательные аспекты охраны репродуктивного здоровья граждан в области семейного права регулируются Семейным кодексом, федеральным законодательством, постановлениями правительства и приказами Минздравсоцразвития России.

Вместе с тем, следует отметить, что действующие правовые нормы, определяющие те или иные аспекты охраны репродуктивного здоровья граждан, фрагментарны, затрагивают лишь отдельные стороны возникающих проблем и не обеспечивают в полной мере условий и возможностей для сохранения репродуктивного здоровья граждан Российской Федерации.

Таким образом, необходимость разработки федерального закона об охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации не вызывает сомнений. Нормы данного закона должны основываться на конституционных правах граждан Российской Федерации, на положе-

ниях итоговых документов всемирных конференций, на которых была разработана в системном виде концепция репродуктивных прав, на опыте правового регулирования государств, где уже приняты и действуют законы, определяющие условия реализации прав граждан в сфере охраны репродуктивного здоровья.

Нормативное закрепление права на охрану репродуктивного здоровья дало бы возможность получения целевого финансирования учреждений, оказывающих услуги по охране репродуктивного здоровья. Например, как вы знаете, существует проблема финансирования по центрам планирования семьи, подготовки специалистов в данной сфере, научных исследований в этой сфере и даже создания соответствующих лекарственных препаратов.

Представляется также необходимым установить в законе «Об охране репродуктивного здоровья населения» основные принципы осуществления гражданами права на применение метода вспомогательных репродуктивных технологий, так как данное право является составной частью репродуктивных прав человека, реализуемых в целях охраны репродуктивного здоровья и лечения бесплодия.

Уважаемые коллеги! Многие из вас 6 октября 2008 года приняли участие в заседании «круглого стола» в Государственной Думе, который проводил Комитет по делам женщин, семьи и детей, который посвящался вопросам правового регулирования и применению вспомогательных репродуктивных технологий.

Кроме того, 26 февраля текущего года в Общественной палате прошло обсуждение данной проблемы. И мы выражаем огромную благодарность, что сегодня Леонид Михайлович Рошаль смог прийти, и мы владеем информацией, данными материалами слушаний в Общественной палате, где также в соответствии с рекомендациями Общественной палаты была рекомендована разработка данного закона.

Поддерживая данную инициативу, решением Комитета Государственной Думы по охране здоровья создана рабочая группа по разработке проекта федерального закона.

Необходимо отметить, что в Государственной Думе Российской Федерации ещё с 1991 года предпринимались попытки продвинуть, я даже подчёркиваю, продвинуть законопроект о репродуктивных правах и репродуктивном здоровье. Сегодня здесь присутствуют депутаты, которые непосредственно принимали участие в этом. Я думаю, все мы благодарны и знаем их заслуги. От вашего имени выражаю слова благодарности всем присутствующим и, конечно, депутатам Государственной Думы, особо – членам рабочей группы за вашу поддержку в реабилитации данного законопроекта.

Концепция законопроекта «Об охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации» будет нами рассмотрена на сегодняшнем заседании «круглого стола» и будет доложена членом рабочей группы, созданной при Комитете по охране здоровья, доцентом кафедры медицинского права Московской медицинской академии имени И. М. Сеченова, кандидатом юридических наук Павловой Юлией Владимировной.



Необходимо подчеркнуть особую роль каждого члена рабочей группы в подготовке данного законопроекта. За короткий промежуток времени с апреля месяца нам удалось создать проектный вариант данного закона. Мы всех вас приглашаем к широкому его обсуждению и внесению предложений. Комитетом по охране здоровья, как уже сказала председатель комитета Ольга Георгиевна Борзова, планируется обсуждение окончательного варианта данного законопроекта на парламентских слушаниях в весеннюю сессию.

Кроме того я выражаю особую благодарность нашим партнёрам. Это Всемирная организация здравоохранения и Фонд по народонаселению и развитию ООН, которые активно принимают участие не только в подготовке законопроекта, но и в проведении семинара с участием экспертов ВОЗ по разработке Стратегии охраны репродуктивного здоровья. Потому что основная цель рабочей группы, которая занимается этим вопросом – это создание и разработка данного законопроекта. Хотя не все всегда понимают те вопросы, которые мы ставим, и не всегда поддерживают данное направление. К сожалению, есть такие случаи также и среди депутатского корпуса.

Поэтому, завершая своё выступление, мне бы хотелось поблагодарить всех вас, ещё раз членов рабочей группы, всех присутствующих. Особая роль, конечно, отводится нашему ведомственному профильному министерству, департаменту по организации медицинской помощи женщинам и детям. Широкова Валентина Ивановна тоже является членом рабочей группы, и они внесли свою лепту. И мы в тандеме, я надеюсь, рабочая группа, Минздравсоцразвития России и все структуры, сможем всё-таки реализовать Международную конвенцию в рамках Каирской конференции не до 2015 года, а в 2010 году.

Приглашаю вас к активному обсуждению и внесению предложений не только на сегодняшнем заседании «круглого стола», проектный вариант вам роздан, но и в последующем, для того чтобы мы могли их учесть до конца работы над законопроектом.

**Председательствующий.** Я думаю, что мы договоримся. Мы будем задавать вопросы сначала в письменном виде, а потом уже в конце, если у нас останется время, поговорим и в прямом диалоге.

**Рошаль Л. М.** Сергей Иванович!

**Колесников С. И.** Да, Леонид Михайлович.

**Рошаль Л. М.** Всё же я понимаю, что мы потом зададим вопросы в письменном виде, но есть один кардинальный вопрос, может быть, как раз на него и нужно ответить. Вот что нового – сформулируйте, пожалуйста, первое, второе, третье – несёт этот закон?

**Председательствующий.** Леонид Михайлович, я Вас очень уважаю, но мы не будем нарушать тот порядок, который существует в Государственной Думе. Вы можете в Общественной палате вести себя таким образом, нарушая порядок. У нас есть правило: заслушать двух основных докладчиков.

**Рошаль Л. М.** А, ещё второй будет?

**Председательствующий.** Да, второй докладчик от Министерства здравоохранения. Потом у нас будет ещё доклад о самом законе, как таковом, и там будут объяснены основные отличия, основные правовые коллизии, которые решаются в этом законе. И тогда мы уже всей мощью, вашей и нашей, навалимся и на разработчиков, и на докладчиков.

Валентина Ивановна Широкова, директор Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития России.

**Широкова В. И.** Безусловно, вопрос, который мы сегодня обсуждаем, представляет очень большой интерес не только для медицинского сообщества, а действительно является предметом внимания и для руководителей нашей страны. Именно поэтому принята концепция демографического развития до 2025 года, ибо мы с вами знаем, что на сегодняшний день демографическая ситуация в стране не совсем благоприятна.

Хотя я должна отметить, что последние годы увенчались некоторыми положительными тенденциями. Мы наблюдаем рост рождаемости, наблюдаем некоторое снижение как общей смертности, так и снижение младенческой и перинатальной смертности. И таким образом, убыль естественная, у меня как-то язык не поворачивается её называть, хотя в демографии она так и называется – естественная убыль населения, несколько сокращается. И вот как раз данные за 10 месяцев 2009 года также свидетельствуют о том, что наблюдается рост рождаемости.

Но, коллеги, мы заметим, что темпы роста рождаемости несколько снижаются. И нас в ближайшие годы ждёт некая демографическая яма. То есть число женщин фертильного возраста в ближайшие годы сократится.

Мне бы хотелось остановиться на том, что у нас и количество детей сокращается. И мы видим, что по сравнению с 2003 годом у нас количество детей в стране сократилось практически почти на 4 миллиона. А что касается женщин фертильного возраста, то здесь также, к сожалению, тенденция к сокращению.

Если в 2004 году процент женщин фертильного возраста (позвольте, я напомним, это женщины от 15 до 49 лет) составляли, если в абсолютных цифрах, это 40 миллионов, а в процентном отношении 27,7 процента от всего населения, то к 2008 году этот процент снизился – 27,2 процента. И в абсолютных цифрах тоже снизилось количество женщин фертильного возраста. Следовательно, вопрос репродуктивного здоровья прежде всего касается демографии. То есть у нас уменьшается количество женщин, которые способны рожать.

Но помимо сокращения числа женщин фертильного возраста нас очень волнует ухудшение их здоровья.

Гинекологическая заболеваемость женщин растёт, растёт также гинекологическая заболеваемость детей и подростков, что нас, безусловно, волнует ещё в большей степени. И, наконец, растёт число женщин, которые взяты впервые на учёт по целому ряду заболеваний. К сожалению, число женщин, страдающих онкологической патологией именно в период фертильного возраста, также возрастает.

И, конечно, один из аспектов, который, безусловно, влияет на репродуктивное здоровье, это вопросы аборт, особенно аборт у первородящих, в смысле у женщин впервые забеременевших.

Но я должна отметить, что некоторая позитивная тенденция по числу аборт в России наблюдается. И если мы посмотрим, каково соотношение числа аборт к числу родов, то по данным 2008 года на каждые 100 родов приходится 73 аборт. Я понимаю, что здесь всегда имеются претензии по статистической достоверности представляемых данных, но, коллеги, мы все оперируем данными Росстата.

Мы видим, тенденция есть, но она на сегодняшний день нас не может, конечно, удовлетворять. Потому что если в прошлом 2008 году у нас родились 1 миллион 940 947 детей, то количество аборт было 1 миллион 230 тысяч и более. То есть мы видим, что мы фактически теряем большое количество детей. И поэтому, конечно, вопросы аборт женщин, девочек, также являются очень важными, когда мы говорим о репродуктивном здоровье.

Я постараюсь очень коротко остановиться на аспектах необходимости улучшения нормативной базы в сфере репродуктивного здоровья. Но, мне кажется, без этих данных трудно разрабатывать полноценный хороший закон.

И мне бы ещё хотелось сказать, что медицинская помощь оказывается женщинам на сегодняшний день в 188 родильных домах, в 48 перинатальных центрах, которые строятся, в большом количестве родильных отделений ЦРБ. И целая армия врачей, оказывающих помощь, на сегодняшний день равняется 39,4 тысячи, то есть такое количество акушеров-гинекологов работают у нас в стране по данным 2008 года. И, конечно, уровень оказания медицинской помощи женщинам фертильного возраста, девочкам, мужчинам и мальчикам – это, безусловно, не только предмет внимания медиков. А на сегодняшний день эти вопросы должны быть в ведении и государственной политики, в поле зрения государственной политики в области репродуктивного здоровья.

Мне бы хотелось отметить, что помимо улучшения показателя смертности, конечно, есть и снижение материнской смертности, потому что именно материнская смертность определяет в какой-то степени возможности репродуктивной сферы. И здесь сделано немало. Вы знаете, что целый ряд национальных проектов направлен на то, чтобы поддержать здоровье женщины, здоровье ребёнка, уменьшить потери женщин фертильного возраста и детей, и, таким образом, способствовать улучшению репродуктивного здоровья.

Я тоже попрошу продемонстрировать снижение перинатальной смертности, и, что важно, коллеги, в перинатальной смертности улучшается структура, то есть соотношение мертворождаемости и ранней неонатальной смертности приближается к показателям цивилизованных стран.

Показатель младенческой смертности имеет явную тенденцию к снижению, составил 8,5 по итогам 2008 года, а по итогам 10 месяцев этого года – 8,1 на 1000 родившихся живыми. По некоторым регионам, колле-

ги, мы уже достигли уровня развитых стран. Это Белгородская область – 4,5, Санкт-Петербург – 5, ещё целый ряд регионов – ниже пяти.

Ещё бы мне хотелось отметить, что если мы проанализируем темпы снижения младенческой смертности по десятилетиям, с 1970 года по 1980 год, то темпы снижения самые большие за последние восемь лет. Для корректности сравнения я брала данные младенческой смертности по РСФСР.

Особенно высоки темпы снижения в последние годы. И самый высокий процент снижения в 2008 году. Он составил 9,6 процента. То есть мы видим, что есть позитивные сдвиги. Но для того, чтобы преодолеть ту демографическую яму, простите за некий сленг, который я употребляю, которая нас ждёт, когда в период фертильного возраста вступают девочки, рождённые в 1994 году, в 1995 году, вот в эти годы, то есть годы наименьшей рождаемости, нам, безусловно, надо предпринимать громадные усилия для того, чтобы репродуктивное здоровье не только не ухудшалось, а улучшалось.

И, безусловно, здесь существует нормативная база, она была уже перечислена, в каких именно нормативных, в каких законах федеральных, в каких постановлениях, в каких приказах Минздрава отражены отдельные аспекты репродуктивного здоровья. Но, ознакомившись с ней, я, член рабочей группы, готовясь к этой нашей встрече, ещё раз убеждаюсь, как много ещё надо сделать, чтобы этот проект приобрёл действительно вид того закона, который может нам помочь реально что-то улучшить.

Я здесь совершенно солидарна с Леонидом Михайловичем. Первое, что мы должны для себя чётко определить: что нового хотим мы внести в этот закон, ибо целый ряд аспектов отражён в ныне действующем законодательстве, это и Основы законодательства Российской Федерации, статьи 35, 36, 37, это Семейный кодекс, статьи 51, 52, Гражданский кодекс. Это федеральный закон «Об актах гражданских состояний», это целый ряд постановлений Правительства Российской Федерации, которые регламентируют порядок вспомогательных репродуктивных технологий, и плюс ещё и приказы.

Но, коллеги, всё-таки какой бы критике мы ни подвергали представленный проект, с моей точки зрения, главное в нём – мы должны сначала определить круг затрагиваемых лиц во времени и в пространстве, всё, что мы планируем решить с помощью этого закона. И поэтому мне кажется, сегодняшняя наша встреча очень важна, потому что в результате этой встречи мы должны определить главные вопросы, которые должны быть отражены в этом законе, а, с моей точки зрения, они должны быть значительно шире, чем только вспомогательные репродуктивные технологии и всё, что касается их.

То есть это должны быть аспекты от охраны здоровья подростков репродуктивного возраста до реализации возможностей вспомогательных репродуктивных технологий. Но уже в порядке информации я бы хотела сказать, что количество высокотехнологичной помощи, оказываемой женщинам в период беременности и женщинам с бесплодием,

у нас ежегодно увеличивается, и в этом году мы увеличили тоже план высокотехнологичной медицинской помощи по экстракорпоральному оплодотворению до более чем 3 тысяч. Конечно, этого недостаточно.

В стране ежегодно рождается более 4 тысяч детей с помощью методик вспомогательных репродуктивных технологий. Я думаю, что это один из аспектов, рассматриваемых федеральным законом «Об охране репродуктивного здоровья». Наиболее, мне кажется, важным является приоритетность сохранения здоровья детей и подростков. Может быть, именно мне хотелось бы довести до вашего сведения, что с 2011 года мы планируем новое направление – это обследование, диспансеризация детей и подростков с целью выявления состояния их здоровья и профилактики.

Это, конечно, формирование здорового образа жизни, в том числе профилактика абортов. И, безусловно, это улучшение помощи женщинам и детям. И тем не менее представленный сегодня проект закона, с моей точки зрения, всё-таки ставит основные вопросы, которые мы хотим решать в плане репродуктивного здоровья, определяет сферу его деятельности и очерчивает круг лиц, который затрагивает. Но, безусловно, это только рамочный проект, который требует большой доработки, и работа эта только началась. Мне бы хотелось, чтобы все присутствующие внесли какую-то лепту в эту большую работу.

Я хочу изложить то видение проблемы, которая существует сейчас в Минздравсоцразвития России, и то внимание, которое оказывается у нас в министерстве, и, я думаю, на уровне Правительства Российской Федерации.

И хотелось ещё раз подчеркнуть важность предстоящей работы. Потому что, возможно, в результате вот такой работы достаточно будет внести изменения в существующие нормативные акты. Хотя по нашему мнению, необходим закон с большой проработкой.

**Председательствующий.** Я хочу предоставить слово Наталье Николаевне Карпович – нашему яростному лоббисту всех репродуктивных прав, одному из авторов закона, который мы сегодня обсуждаем. Только попав в Думу, она сразу же внесла закон о запрете рекламы абортов.

**Карпович Н. Н.** Я на самом деле отношусь к этой проблеме очень серьезно. Несмотря на то что у меня пять детей: четверо своих биологических, как их принято называть, и один ребёнок из детского дома, я не понимаю эту формулировку, но так говорят профессионалы. Биологические или небιологические – это дети, которые нам даны, и мы, в общем-то, получаем от них большую радость.

Я не буду повторяться. Мне хочется послушать специалистов. Но остановилась бы на двух моментах.

Я считаю, что сегодня нашему демографическому развитию в стране мешает ряд проблем, которые наш комитет рассматривает. И здесь несколько причин, не будем сегодня озвучивать социальные вопросы, которые мешают развитию. Это жилищный вопрос, вопрос работающих женщин, получение достойной компенсации на содержание ребёнка, вопрос дошкольного образования.

Проблема репродуктивного здоровья женщин и мужчин сегодня тоже существует. И самая, наверное, важная проблема, которую я сегодня наблюдаю, – это детская заболеваемость на начальной стадии, а также недостаточная доступность ранней профилактики, возможности выявления этих заболеваний.

На этом хотелось бы остановиться более подробно. И в законе, который сегодня представлен, об этом говорится. Есть пункты, которые профессионалы оценят и, наверное, внесут свои изменения.

Второй момент, на который мне хотелось бы обратить внимание, это аборты.

Я считаю, что одна из самых больших проблем, которая сегодня существует, кроме образовательной и просветительной работы в школе, – рассказывать, откуда берутся дети и достаточно плотно работать с детьми.

А другая – это доступность организаций для выполнения абортов, «шаговая» доступность тех, кто сегодня работают по лицензиям совершенно некорректно, на мой взгляд. И женщине, которая приходит, особенно не разъясняют: съешь конфетку, тебе за это ничего не будет. Это самое пагубное, что сегодня действует, мне кажется, на неокрепшие умы, на тех молодых женщин, которые оказались в очень сложной ситуации, оказались без сопровождения, без возможности обратиться куда-то за консультацией, за помощью, если тем более она одна остаётся в этой ситуации.

Вот здесь, мне кажется, тоже идёт большая потеря и не только тех детей, которые могли бы родиться, но и ещё здоровья женщин, которые способны рожать здоровых и крепких детей. Потому что, единожды сделав такой поступок, не всегда потом она способна повторить такую возможность – родить и иметь ребёнка.

И третий момент, на который мне хотелось бы обратить своё внимание как законодателя – это терминология, то есть то, с чем мы всё время сталкиваемся, и что имеется сегодня в виду.

Да, действительно, существуют акты, постановления. Не всегда, может быть, корректное исполнение. Не всегда, может быть, применяются эти инструкции или акты.

Но в то же время сегодня нужно отметить, что у нас с вами действительно лишь небольшой круг вопросов, а особенно вспомогательные репродуктивные технологии, решаются непосредственными указами, приказами, актами и законами. Но есть неопределённые понятия, такие как «статус эмбриона», «донорские клетки», «суррогатное материнство».

Если мы будем говорить с точки зрения нашего Комитета по вопросам семьи, женщин и детей, то, конечно, первоочередным ставится вопрос о защите интересов ребёнка – ребёнка, который родился при таком способе. Потому что здесь не защищено ни его право знать отца или мать, ни его право на дальнейшую жизнь. Если от него отказываются – что с этим ребёнком дальше происходит? Мы такие случаи сегодня с вами все знаем. Конечно, особенно, когда ребёнок находится в социальном учреждении, – что дальше?

Много вопросов, на которые, в общем-то, нужно находить ответы.

Мне кажется, что в этом законе есть ещё пункты, на которых нам придётся не просто остановиться, а их дополнять. Потому что есть проблемы и тех детей, которые оказались в трудной жизненной ситуации, в сексуальном насилии, которые тоже потом оказываются в ситуации невозможности иметь или не иметь детей, то сами понимаете, как бы в достаточно некорректной ситуации.

Со своей стороны мы готовы ещё больше принять участие в работе, именно с точки зрения защиты интересов ребёнка, защиты материнства и отцовства. Потому что семья должна быть полноценной. Конечно же, для нас очень важно здоровье людей, которые хотят вступить в отцовство или материнство, в той степени, которая возможна, помощь им.

**Председательствующий.** Слово предоставляется Сергею Николаевичу Абельцеву, члену комитета по безопасности.

**Абельцев С. Н.** Уважаемый председатель, уважаемые участники «круглого стола», смею утверждать, что репродуктивное здоровье населения – проблема не медицинская, не социальная и не демографическая. Это прямая угроза национальной безопасности, вопрос выживания россиян, как нации. Напомню, что так называемое «число Тэтчер-Бжезинского» – 50 миллионов русских к 2050 году.

Думаю, всем понятно, что за этим кроется. А именно, осуществление целого комплекса мер, в том числе принуждение нас к признанию некоторых международных договоров, которые должны привести к сокращению населения России в среднесрочной перспективе до неприемлемого числа. Россия – самая большая страна в мире на сегодняшний день. И люди нам нужнее, чем воздух, земля и вода. Этих богатств у нас достаточно. С народонаселением всё хуже и хуже.

На наших глазах происходит коренное изменение соотношения населения. В начале прошлого века Россия была на третьем месте по числу жителей. То есть это было около 10 процентов населения Земли. За последние девять лет наше население представляет всего лишь 2 процента от населения земного шара, и мы скатились на уровень таких государств, как Пакистан, Бангладеш и Нигерия. Как говорится, посчитали – прослезились, и начали очередную битву, теперь за высокую рождаемость.

В 2007 году выходит указ «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» с чётким предписанием, цитирую: «Усиливать меры по предотвращению наступления нежелательной беременности, бороться за ответственное родительство и обязательное планирование семьи», конец цитаты.

На мой взгляд, программа охраны репродуктивного здоровья подростков и молодёжи, в том числе программа полового воспитания, только на первый взгляд призвана решить вопрос сохранения репродуктивного здоровья молодёжи до её вступления в брак, а также здоровье тех, кто, вступая в брак, сознательно откладывает деторождение.

На сегодняшний день мы имеем следующее: низкую рождаемость, изменение структуры семьи, высокую долю рождения вне брака, катастрофически высокую общую смертность населения и старение населения. И всё это на фоне падения реальных доходов, нарастания масштабов бедности, роста неравенства, высокого уровня безработицы, сокращения объёма социальных гарантий и бесплатных медицинских услуг.

Повсеместно медицина стала платной. При этом Конституция Российской Федерации декларирует бесплатное медицинское обслуживание. Пример в тему. Из 17 стран, практикующих метод ЭКО, только в России процедура происходит не за счёт госбюджета. В Испании государство оплачивает женщине любое количество попыток забеременеть. В Германии женщина оплачивает лишь пятую попытку. В Голландии – четвёртую. В России же работают только два государственных центра ЭКО, зато более 30 коммерческих. А ведь только одна процедура стоит более 100 тысяч рублей.

Кстати, с одной попытки забеременеть – большая редкость. Некоторые женщины проходят через ЭКО от восьми до десяти раз. При этом в истории существует много примеров использования экономических мер в качестве инструментов, призванных стимулировать рождаемость. Так, римский император Август пытался проводить политику стимулирования рождаемости через привилегии семьям с детьми и наказания холостяков. В 18 веке многие европейские государства проводили политику, направленную на поощрение деторождения, которая включала: поощрение вступления в брак премиями, введение налогов на холостяков, снижение налогов при раннем вступлении в брак и освобождение от налогов лиц с большим количеством детей.

Таким образом, опыт благополучных стран свидетельствует о том, что достойный уровень жизни, стабильная экономическая ситуация способствует укреплению репродуктивного здоровья населения и осознанному отношению к рождению детей. Но кризис рождаемости у нас наслаивается ещё и на кризис института семьи, кризис традиционной семьи. Россию захлестнула волна разводов. К слову, до 1917 года в России признавался развод, совершённый исключительно церковным судом. Поэтому и данные о числе разводов в Российской империи действительно впечатляют. Я привожу примеры.

В 1840 году в Российской империи было зафиксировано 198 разводов. В 1880-м году – 920. В 1890-м году – 942. Согласно переписи населения 1897 года, на 1 тысячу мужчин приходился всего один разведённый. А сегодня на 1 тысячу браков 800 разводов. А с Запада нам подбрасывают всё новые зловредные идеи, набирает обороты движение «Свободные от детей», таков дословный перевод слов «Child Free», участники которого обрекают себя на добровольную бездетность. Российских активистов движения можно найти на сайте сети Интернет – сообщество российских «Child Free». Поражает степень их агрессии по отношению к людям с традиционными взглядами на семейную жизнь, а опросы, проводимые в этом сообществе, показывают, что люди даже готовы идти на добровольное бесплодие путём проведения операции по стерилизации.



Выходит, национальные проекты пока не работают так, как должны. России в ближайшее время предстоит решить уникальную, не имеющую исторических аналогов задачу – обеспечить рост экономики в условиях сокращения населения. Безответственное отношение к рождению и воспитанию детей, фактическое разрушение социальных институтов содействия семье в воспитании детей, равнодушие общества к этой проблеме способствуют дестабилизации ситуации в стране и создают угрозу социальной и национальной безопасности.

Это означает прежде всего необходимость осознания того факта, что без жёсткой, агрессивной и настойчивой профессиональной контрпропаганды у нас не будет ни репродуктивного здоровья, ни здорового образа жизни. Привлечение средств массовой информации к этой проблеме имеет особое значение. Отсутствие у многих журналистов определённого уровня знаний в этой области, в ряде случаев ангажированность прессы приводит к появлению публикаций и передач, дезориентирующих общество. Нередко средства массовой информации способствуют созданию у молодёжи стереотипа – безответственного, агрессивного, маргинального сексуального поведения.

На всех уровнях этой работы необходима политическая воля, проявлением которой, по моему видению, может стать создание министерства пропаганды, к чему мы долгие годы призываем. На разрушительное внешнее воздействие, ставящее целью сократить население России до вышеупомянутого числа, мы можем ответить только одним – тотальным информационно-идеологическим отпором.

**Председательствующий.** Спасибо, Сергей Николаевич. Валентина Ивановна хочет прокомментировать кратко.

**Широкова В. И.** Сергей Николаевич, спасибо большое. Вы много интересных проблем осветили, но мне хотелось бы дать некую ремарку, уточнить данные. Видимо, они у Вас устарели. На сегодняшний день государственная система поддержки экстракорпорального оплодотворения проводится в 16 учреждениях – это 9 федеральных и 7 учреждений субъектового подчинения. На следующий год число этих учреждений увеличится. И поэтому это как раз та область, в которой государство оказывает внимание и поддержку.

Стоимость квоты на экстракорпоральное оплодотворение составляет 124 тысячи рублей. Этого вполне достаточно. Здесь, естественно, следует тоже подойти к проблеме ВРТ разумно. Потому что мы знаем, что основы законодательства, 35 статья гарантирует право любой женщине. И здесь есть некая тоже, знаете, сложность. Во многих странах ограничивают возраст, возрастной ценз, не старше 37 лет, количество попыток, которые оплачиваются государством. Вы привели только два примера, а я знакома с этой практикой всех европейских стран и Северной и Южной Америки. Там несколько по-разному подходят к этой проблеме.

У нас есть тоже крайние точки зрения. Например, наши коллеги высказываются, что надо вообще прекратить государственную поддержку ВРТ, против чего мы, конечно, категорически возражаем.

Поэтому эта проблема, действительно, в поле зрения и правительства, и министерства.

Но я не буду долго об этом говорить, это была ремарка, а в целом спасибо.

**Рошаль Л. М.** Извините, пожалуйста, а можно не вопрос, а ремарку? Надо всё же жалеть нам своё время. Вот Вы говорили долго, но Ваше отношение к закону, который мы рассматриваем, не просматривается. Ни одного замечания, ни одного предложения. Я думаю, не надо нам в последующем повторять эту ошибку. Это первое.

И второе. Конечно, Ваше выступление довольно хлёсткое, но когда Вы приводите какие-то факты, надо быть осторожным. Я против повсеместной платной медицины у нас, так как Вы сказали. Я директор Института неотложной детской хирургии и травматологии. Через институт ежегодно проходит 40 тысяч детей. Я прошу Вас найти хоть одну маму или одного папу, или кого-нибудь, кто заплатил бы копейку. Я Вам буду благодарен. Адрес института могу дать. Спасибо большое. И таких в России много.

**Председательствующий.** Давайте, мы не будем вступать в такую дискуссию, не касающуюся закона. Давайте, пойдём дальше, потому что у нас две задачи сегодня. Первая задача всё-таки поднять все те нерешённые проблемы, которые у нас существуют как в правовом отношении, в законодательстве, так, может быть, и в нормативном обеспечении, проблемы охраны репродуктивного здоровья.

А второе – попытаться высказать пожелания к тексту того закона, который вам роздан. Они все будут записаны, эти пожелания. У нас ведётся стенограмма, поэтому, когда выступаете, надо назвать фамилию.

А, во-вторых, они будут использованы для улучшения текста закона. Тем более, что я бы хотел, чтобы Юлия Владимировна Павлова, доцент кафедры медицинского права Московской медицинской академии, всё-таки остановилась на сути предлагаемого закона, не повторяя его текста, а текст у вас у всех есть, и потом мы уже начнём обсуждать.

**Павлова Ю. В.** Мы очень подробно и, действительно, интересно, со всех позиций обсудили именно медицинские, социальные проблемы охраны репродуктивного здоровья. Но я хочу сказать, что сама организация проведения этого «круглого стола» убедительно доказывает тот факт, что это не только медико-социальная проблема, а в основном правовая, в том числе.

Почему? Потому что, я вам хочу сказать по собственному опыту, в юридической практике плохо поставлено правовое регулирование всех вопросов, которые связаны с применением вспомогательных репродуктивных технологий. Одна из самых сложных проблем для юристов, конечно, – это острейшая проблема вообще всей сферы охраны репродуктивного здоровья. И, получается, собственно говоря, вот такая ситуация, что репродуктивные права, репродуктивное здоровье для юристов – это понятие новое, и я хочу сказать, точно так же остро они воспринимаются медиками, скажем так, внедрение правовое в эту

сферу. Но тем не менее факт налицо: эти правоотношения развиваются, хотим мы или нет, а правовой основы для них нет. И мы приводили множество различных нормативно-правовых актов, которые тем или иным образом очень косвенно касаются этих проблем.

И получается, что впервые законодательство идёт по другому направлению. Сначала основа есть для этих правоотношений, а потом уже другие нормативно-правовые акты её дополняют, подзаконные, в основном. А получается, что основы на уровне федерального закона нет, хотя во многих субъектах она есть, а это говорит об абсолютной необходимости. Поэтому актуальность формирования этого законопроекта, естественно, своевременна.

И что хочется отметить? Скажем, основным социальным механизмом, который бы собственно обеспечивал реализацию мер по охране репродуктивного здоровья, является именно правовой механизм, ведь проблема в том, что граждане, имея репродуктивные права, не могут их реализовать полноценно.

Все правоотношения, даже столь деликатная сфера, должны быть в той или иной степени, не углубляясь, конечно, не нарушая неприкосновенность частной жизни, должны быть урегулированы нормами права. Поэтому вот этот закон не решит абсолютно всех проблем. Он может стать, при существенной, естественно, доработке, только лишь основой формирования законодательства в данной сфере. И он потребует внесения множества (в этом его и проблема, кстати) изменений в уже действующие нормативно-правовые акты, которые устоялись и работают, с одной стороны, с другой стороны, не обеспечивают в полной мере реализации репродуктивных прав.

И буквально несколько слов о концепции законопроекта. Собственно, в чём его самая главная идея? Она заключается только в том, что должны быть разработаны правовые гарантии по охране репродуктивного здоровья населения, вне зависимости от внешних факторов, в том числе и от экономических.

Можно выделить следующие важнейшие аспекты, и они являются именно новыми, если мы говорим, что нового этот закон определил. Но вы ни в одном нормативно-правовом акте, я имею в виду федерального значения, не найдёте перечисления принципов государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья, а это основное.

Сформирован понятийный аппарат. Конечно, это только начало, абсолютно верно. В частности дано определение таким понятиям как «репродуктивное здоровье», «охрана репродуктивного здоровья», «свобода репродуктивного выбора», «планирование семьи», «вспомогательные репродуктивные технологии» и так далее.

Разграничена компетенция Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в этой сфере, закреплены права граждан в сфере охраны репродуктивного здоровья и перечислены в определённой статье. Условия деятельности физических лиц и организаций по оказанию услуг в области охраны репродуктивного здоровья, также осуществлена попытка определения этих условий.

Мне кажется, система мер по охране репродуктивного здоровья тоже формируется этим законом. Причём, обратите внимание, эта система мер разделена по группам, собственно говоря, для женщин, мужчин и несовершеннолетних граждан эта система мер различна. Конечно, она сформирована не до конца, но идея сама понятна, потому что всё-таки есть специфика.

Мы работали в рабочей группе и пришли к единому мнению, что охрана репродуктивного здоровья – это, прежде всего, система профилактических мер. И в этом законе она довольно-таки подробно определена, система, которая направлена на ранее выявление заболевания репродуктивной системы.

Обратите внимание, что отдельная глава законопроекта посвящена порядку применения вспомогательных репродуктивных технологий. Конечно, эта сфера наиболее чувствительна. Условия и порядок донорства половых клеток, эмбрионов; правовые последствия донорства; порядок криоконсервации половых клеток и эмбрионов; порядок применения программы суррогатного материнства; источники финансирования; и, конечно, меры по защите прав граждан при правонарушениях в данной сфере.

Говоря о структуре данного законопроекта, если бы и была у нас такая идея, дать только скелет закона без наполнения. Но действующей законодательной технике в целом эта структура соответствует.

Какие результаты принятия этого федерального закона? Скажем, результат у нас один – это улучшение демографической ситуации. И хотелось бы ещё раз сказать, что это первый шаг, который сделан в направлении совершенствования законодательства в данной сфере. И эта структура является лишь примерной, абсолютно открытой и допускающей возможности формулировки иных основных положений.

**Председательствующий.** И ещё одно слово, что ещё важно было бы нам послушать, это доступ к репродуктивному здоровью в странах Восточной Европы и Центральной Азии. У нас на заседании есть исполнительный представитель Фонда ООН в области народонаселения – Бардакова Лидия Ивановна. Очень хотелось бы услышать её точку зрения.

**Бардакова Л. И.** Я представляю Фонд ООН в области народонаселения. И Фонд ООН в области народонаселения работает в 152 странах мира по таким важным и для нашей страны тоже направлениям – это народонаселение и развитие, репродуктивное здоровье и гендерное равенство. Я думаю, все три компонента, которые являются составляющей частью нашего мандата Фонда ООН в области народонаселения, являются как никогда актуальными на нашем «круглом столе» сегодня.

Салия Шарифьяновна Мурзабаева сказала, что базой для нашего закона, который сегодня обсуждается, является международный документ.

Я бы хотела напомнить ещё об одном важном международном соглашении, которое не прозвучало, мне кажется, сегодня. Это Цели развития тысячелетия, которые в 2000 году были подписаны главами

186 государств, а в 2005 году были на высоком саммите подтверждены. И мы имеем 5 лет на подготовку наших достижений по Целям развития тысячелетия и на достижение Программы действий Международной конференции в Каире.

Это очень важно для сегодняшней темы «круглого стола». Почему? Потому что в Целях развития тысячелетия цель номер 5 непосредственно касается улучшения материнского здоровья, охраны здоровья матери. И вот там есть две подцели – это снижение материнской смертности и обеспечение универсального доступа.

Я, если позволите, просто перечислю, потому что это очень важно для обсуждения и содержания последующего нашего закона в дальнейшем. Это показатель материнской смертности; это процент родов, которые проводятся квалифицированным персоналом, и качество оказания этой помощи; это использование контрацептивов, это рождаемость среди подростков, которые взаимосвязаны; это охват беременных; уровень неудовлетворённых потребностей при планировании семьи.

И я хочу сказать, что за последние 15 лет парламентариями Восточной Европы и Центральной Азии сделано очень много по достижению этих международных обязательств.

Как сказала уже Салия Шарифьяновна, практически в 19 странах Восточной Европы и Центральной Азии были разработаны и утверждены стратегии репродуктивного здоровья, которые и основаны на этих международных соглашениях.

Я хочу всё-таки напомнить слова Кофи Аннана, которые он произнёс в 2002 году: «Достижения главной цели развития тысячелетия – снижения бедности мы не сможем добиться, если не придадим особое значение репродуктивному здоровью народонаселения».

Что же произошло за 15 лет в Восточной Европе и Центральной Азии?

Да, практически во всех странах добились универсального охвата при беременности или проведении родов – 98 процентов.

Произошли значительные прогрессивные изменения в снижении материнской смертности. С 51 на 100 тысяч живорождений материнская смертность в целом снизилась до 24.

Но если мы будем сравнивать не в общем Восточную Европу и Центральную Азию (21 страну), а страны Восточной Европы, то здесь мы увидим, что есть 7 смертей на 100 тысяч. Так что мы можем видеть, куда можно ещё двигаться.

И причиной материнской смерти в 13 процентах являются подростковые беременности. И более 80 процентов материнских смертей можно было предотвратить. 80 процентов!

И здесь не упомянуть об абортах невозможно, потому что они во многом являются также причиной. Хотя за последние 15 лет произошёл значительный сдвиг в положительную сторону.

Валентина Ивановна отметила, что в России на 100 родов 73 аборта в настоящее время. Это значительный прогресс. В среднем по региону – это 55 на 100. То есть средний уровень несколько ниже.

Я приведу несколько факторов, которые не были отмечены предыдущими докладчиками.

Есть современные общеевропейские исследования, где проводился поведенческий анализ женщин репродуктивного возраста, включая Россию.

Так вот, 59 процентов россиянок на сегодняшний день используют современные контрацептивные средства, что действительно представляет достаточно высокий уровень. Хотя это ниже, чем, к примеру, во Франции (83 процента). А 16 процентов россиянок вообще не пользуются контрацептивами. Из них, что самое важное для нас сегодня знать, половина не планирует иметь детей. Скорее всего, они и пополнят ту статистику аборт, о которой мы так много сегодня говорили.

Не могу не сказать также о молодёжи.

В 41 стране Восточной Европы и Центральной Азии было проведено исследование среди школьников о поведенческих факторах. Что же касается России, мы должны сегодня это помнить, 22 процента наших подростков начинают сексуальную активность до 15 лет.

Поэтому пришло время сегодня разрушить стену молчания и сделать так, чтобы универсальный доступ для молодёжи к информации и к услугам стал действительно реальностью.

К чему же мы призываем в дальнейшем обсуждении закона по репродуктивному здоровью, на что обратить внимание?

Увеличение инвестиций в репродуктивное здоровье во многих странах оценивалось с точки зрения увеличения инвестиций в здравоохранение, чёткий мониторинг призывает выделить из бюджета часть финансирования на инвестирование в репродуктивное здоровье.

Я также хочу сказать, что финансовый приоритет должен включать и доступ молодёжи и женщин, которые относятся к уязвимой группе – к современной контрацепции. Используя доступ к современной контрацепции, мы сможем предупредить 40 процентов материнских смертей, это доказано научно, и 20 процентов младенческой смертности. Это огромный потенциал, который нужно учитывать при дальнейшей разработке закона.

Обратить также внимание на защиту репродуктивных прав молодёжи. Если мы инвестируем в образование и в обучение жизненным навыкам нашей молодёжи, то мы инвестируем в будущее. Мы гарантируем их репродуктивный потенциал и здоровое материнство.

Также мы хотим призвать вас подумать об укреплении системы здравоохранения и особенно об интеграции услуг по репродуктивному здоровью в систему первичной медицинской помощи. Я знаю, что эта работа проводится, но её нужно развивать дальше и включать интеграцию в профилактику ВИЧ.

И последнее, что очень важно. Мне бы очень хотелось призвать молодёжь, у неё есть идеи, энергия и чувство ответственности, чтобы она участвовала изначально и в процессе, и была вовлечена в принятие решений, которые касаются её будущего.

И последнее. Составной частью нашего закона также должны быть ещё вопросы дискриминации и насилия по отношению к женщинам.

И я думаю, что все вместе мы сделаем так, чтобы ни одна женщина больше не умерла, отдавая жизнь другому. И чтобы каждая беременность была желанной, роды безопасными. Предупредить молодёжь от опасности ВИЧ-СПИДа, обеспечить достойное и уважительное отношение к каждой женщине и девушке. Мне хочется, чтобы это было девизом нашего закона.

**Председательствующий.** Пожалуйста, Колесникова Любовь Ильинична – директор Центра здоровья семьи и репродукции человека Сибирского отделения РАМН, член-корреспондент РАМН.

**Колесникова Л. И.** Единственное, с чем я была согласна с нашим выступающим от фракции ЛДПР, с тем, что репродуктивное здоровье является фактором национальной безопасности и критерием эффективности социально-экономической политики государства. Это действительно так.

Я хочу очень коротко остановиться только на трёх вопросах.

Первое. Действительно, в России дети до 18 лет составляют от 13 до 15 процентов населения. Цифры приводила Валентина Ивановна, может быть, чуть-чуть по-другому, но это очень немного. Поэтому каждая жизнь, она ценна, но и ценна та жизнь, которая может дать последующую.

Следовательно, обязательно в этом рассматриваемом законе я бы обратила внимание на репродуктивный потенциал. То есть мы уже дали такое определение репродуктивному потенциалу. Говорить о репродуктивном здоровье ребёнка пока рано, надо говорить о репродуктивном потенциале, и особенно о репродуктивном потенциале мальчиков. Потому что ни в каких наблюдениях в принципе не регламентируется обязательность осмотров с раннего возраста.

Гинекологическая заболеваемость детей и подростков довольно таки велика, уже начиная с 10–14 и 15–17 лет. Ещё и самое страшное, что болезни выявляется на поздних сроках, а это можно было бы предотвратить. О чём это говорит? Это говорит о том, что школьные врачи обращают внимание только на насморк. А надо не только на него.

Второй вопрос, который я бы хотела затронуть, это этнический вопрос. У нас большая страна, у нас есть разные национальности. И фертильность – она разная, она иная, и метаболизм тоже разный. Мы не всегда про это говорим. Но вот у нас, в нашем институте, есть филиал в Бурятии. Оказывается, здесь не все специалисты, здесь есть пресса, просто иная фертильность и иной метаболический статус. Что это означает? Все слышали про витамин Е. Витамин размножения. Так вот у бурятов его просто меньше. И окисление меньше, и пока они не входят в беременность, всё нормально. А как только появляется фактор, процент даже нормальной беременности, у них сразу это снижается. Следовательно, о чём это говорит? Это говорит о дифференцированном подходе. Мы действительно обязаны получить равные права к правильной медицинской помощи, квалифицированной.

Третий вопрос, который я хочу поднять, это репродуктивное здоровье работающих и здоровье их детей. Здесь есть представитель Ин-

ститута профзаболеваний, наш центр тоже этим занимается. И если мы о репродуктивном здоровье работающих женщин и мужчин ещё как-то заботимся, хотя очень редко выявляем профзаболевания, то о детях, рождённых от этих матерей в этих браках мы вообще никак не говорим. И охраны никакой здоровья нет. А они, получается, находятся не в равных ситуациях. И если взять один и тот же город, то дети от пар, родители которых работают на химических предприятиях, к примеру, имеют иное репродуктивное здоровье. Значит, каким-то образом эти вопросы тоже не должны уходить от внимания законодателей.

Собственно говоря, это всё, на чем я хотела остановиться. И ещё одна ремарка. Вот мы говорили о криоконсервации. В некоторых странах существует такой закон. Мы знаем, что идёт омоложение опухолевых, раковых заболеваний. И когда проводится химиотерапия, а там лечатся девочки, девушки или юноши, то по государственной программе забирается уже здоровая яйцеклетка и консервируется, и сохраняется до того периода, когда они захотят иметь ребёнка. У нас это никак не оговаривается и нигде. В частном порядке – да. Но это должна быть государственная программа.

**Председательствующий.** Спасибо, Любовь Ильинична.

Валентина Ивановна, вы хотели прокомментировать выступление.

**Широкова В. И.** Спасибо большое. Извините, что я так часто беру слово, но всё-таки мне хотелось бы, чтобы те цифры, которые звучат, соответствовали реальности. На 1 января 2009 года в России 26,06 миллиона детей. Это составляет 18,9 процента от всего населения. Всё-таки 13 – это несколько иная цифра. Но мы говорим о детском населении, как было сказано Любовью Ильиничной.

Второй вопрос. О том, что совершенно не уделяется внимание здоровью мальчиков. Позвольте тоже не согласиться. Существует уже 307-й приказ, который предусматривает обязательный осмотр ребёнка урологом-андрологом, я повторяю, ребёнка, не только мальчика, девочек тоже должны смотреть урологи, потому что они занимаются не только половой сферой. С периода новорождённости и с периода грудного возраста. И плюс ко всему, мы уже говорили, сама специальность – уролог-андролог – предполагает не только поиск аномалий развития мочевой системы, но и, конечно, репродуктивного здоровья. Но вы правы, это внимание необходимо усилить.

И ещё мне только хотелось бы привлечь внимание к здоровью детей, рождённых в семьях родителей, которые работают в особо сложных условиях. Здесь, конечно, проблемы есть. Но вместе с тем наиболее опасные предприятия находятся в ведении ФМБА. Позвольте, я просто работала там долго и хочу сказать, что уровень оказания медицинской помощи в закрытых наших городах, где вредное производство, значительно выше. И охрана здоровья работающих там на достаточно хорошем уровне, поэтому показатели здоровья детей и младенческая смертность всегда была ниже, чем в целом по России.



**Рошаль Л. М.** Я знаю, что производственная медицина у нас лопнула в целом по стране, кроме третьего управления.

**Председательствующий.** Да, ФМБА занимается в основном проблемами государственных предприятий. Промышленная вредность ФМБА особенно не тревожит, если это негосударственные, не предприятия с государственным участием. Если с государственным участием, тогда ФМБА, да, этим занимается. Но у нас, к сожалению, государственного осталось не много. Руководитель ФМБА В. В. Уйба докладывал на одной из довольно интересных конференций, как сохранили систему третьего главного управления и даже привнесли опыт четвёртого главного управления, программа которого называлась условно «Охрана здоровья высокопоставленного населения». На частных предприятиях проблема есть, очень серьёзная.

А вторая проблема, урологов-андрологов у нас разве что в Москве два, три, пять человек найти. Это так, Валентина Ивановна, не будем дискутировать. Тогда Вы нам скажете цифры, с чем Вы не согласны, и мы это внесём в стенограмму, и все запомнят их. Слово Игорю Владимировичу Тимофееву, депутату Законодательного Собрания Санкт-Петербурга.

**Тимофеев И. В.** Здравствуйте, уважаемые коллеги! Я постараюсь кратко, но, Валентина Ивановна, я хочу доброжелательно сказать, что я посчитал слова в Вашем выступлении с корнем «мать». Вы сказали его 25 раз, а «отец» один раз. Да, коллеги?

Уважаемые коллеги, вы знаете, что в Санкт-Петербурге, по крайней мере, взаимодействие между исполнительной и законодательной властью можно даже назвать комфортным, с наличием социально ориентированного губернатора. И три года назад была поддержка, программа целая, мы её так и назвали – «Вспомогательные репродуктивные технологии на уровне субъекта Российской Федерации». Кстати, выдвинутая «Единой Россией». К чему это привело? К тому, что сейчас порядка 2 тысяч деток мы уже имеем только по программе субъекта.

Но одновременно я не слышал пока ни от кого мотивации, дело в том, что так принято в медицине, к сожалению, что при росте каких-то объёмов, чего-то мы потенциально попадаем в поле деятельности прокурора, суда и так далее. И вот это направление, оно сейчас достаточно неприкрыто, я так мягко говорю. И отсутствие устойчивой терминологической однозначности терминов на уровне федеральных законов приводит к тому, что уже сейчас, по крайней мере, на практике, в Санкт-Петербурге имеются проблемы рассмотрения таких дел. Это в действительности.

Два слова, если позволите, о законе. Закон был предложен коллегами – докторами всех отраслей – репродуктологами, андрологами. Кстати, я очень рад, что в Санкт-Петербурге в прошлом году андрологическая служба создана и достаточно хорошо развивается в этом направлении. Я имею в виду то, что видно уже этих специалистов, их работу.

Так вот в течение трёх лет работы идёт обсуждение того, что не хватает на уровне федеральном. И было предложение от коллег, и профессор Корсак, это известный репродуктолог, был одним из инициаторов того, что субъекты Российской Федерации попытались применить такой закон. Именно репродуктивное здоровье граждан. И я вам маленькую цитату дам из заключения юристов Смольного, где у нас, как я сказал, располагающие отношения. Просто послушайте: «Охрана репродуктивного здоровья граждан в виде отдельного полномочия органов государственной власти в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан не выделяется. Вместе с тем одним из полномочий органов государственной власти субъекта Российской Федерации является охрана здоровья семьи (охрана материнства, отцовства и детства)». Дальше, смотрите, какая фраза: «Полагаем (полагают юристы, то есть, сомневаются), охрана репродуктивного здоровья граждан является одним из направлений указанного полномочия». То есть взяли и загнали всё это в одно. То есть имеются разночтения.

Мои коллеги в Санкт-Петербурге считают, что обсуждаемый сегодня закон нужен.

И последнее. Об эффективности нашей работы, о результатах. Если по женскому и смешанному бесплодию у нас достаточно хорошие результаты – 47–46 эффективность беременности, то по мужскому достаточно скромные результаты, и цена вопроса почти в два раза выше. Я имею в виду по современным методам лечения.

**Председательствующий.** Спасибо, Игорь Владимирович.

Сегодня, как Вы знаете, президент внёс предложение по поддержке неправительственных, у нас это называется, некоммерческих организаций, которые содействуют профилактике заболеваемости, охране здоровья, помощи обездоленным, инвалидам и так далее. Мы его будем рассматривать в ближайшее время, этот закон.

Государство остаётся основным гарантом сохранения репродуктивного здоровья.

У нас остаётся патерналистский принцип вообще и в здравоохранении, и в профилактике, и даже общественные организации говорят: если нам государство заплатит, будем работать. Надо дать им такую возможность, создать условия для работы, тогда можно на рассчитывать на нашу помощь.

Мне хотелось бы, чтобы мы послушали позицию Минобрнауки России, Котельникову Марину Павловну – «Нормы федеральные в части сохранения репродуктивного здоровья».

**Котельникова М. П.** Я постараюсь коротко, коллеги.

Что касается проекта закона, мне бы хотелось отметить следующее. Может быть, моё мнение сейчас несколько не совпадает с регламентом обсуждения закона федеральными органами исполнительной власти. Но я хочу сказать, что там, где написано относительно того, что именно репродуктивное просвещение осуществляют родители и семья, там нет образовательного учреждения, и это надо исправлять.

**Председательствующий.** Я хочу предоставить слово Екатерине Филипповне Лаховой, которая когда-то не только начинала это дело, но и настрадалась с такого рода законами, так что она нам, наверное, расскажет о тех ухабах и о том, чего нам ожидать.

**Лахова Е. Ф.** Дорогие друзья, во-первых, я очень благодарна, что Комитет по охране здоровья вынес данный вопрос сегодня на «круглый стол», потому что то, что они пытаются сейчас решить, я думаю, спустя время будет решаться очень сложно и трудно. Почему? Потому что нормы права в сфере репродуктивного здоровья можно, конечно, провести, но надо учитывать культуру, традиции, российский менталитет и немаловажную роль наших конфессий. Программой планирования семьи, про которую сегодня говорим, а она у нас 5 лет была, мы занимались во всех регионах, нам удалось снизить на 30 процентов аборт и смертность от абортов в материнской структуре.

Другое дело, бесплатные, как вы говорите, контрацептивы малоимущим раздавали в гинекологиях, в родильных домах. По крайней мере, это был какой-то рыбок за небольшой промежуток времени. Но в данном случае, говоря о подготовке данного законопроекта, я хотела бы согласиться с Валентиной Ивановной. Почему? Проблема эта сегодня есть. И тем не менее, несмотря на то, что у нас нет закона, в 1994 году был подготовлен первый модельный закон, о котором вы сказали, о репродуктивных правах. Сегодня приводят в пример Таджикистан, Киргизию, Армению, Грузию. Извините, они приняли закон о дискриминации в отношении женщин – Таджикистан и Киргизия. Да, решили проблему гендерного равенства. Это не значит, что данная проблема решена, в начале, как вы сказали, в 2000 году и так далее, и в 90-х годах, по-моему, даже кто-то из них принимал.

Поэтому мне кажется, что данным законопроектом надо заниматься, его надо усовершенствовать. Может быть, и в этой Думе, в этот созыв, я имею в виду, он не будет принят, но всё равно и капля камень точит, это уже есть положительные моменты. То, что у нас несколько лет назад было всего 100 квот – на экстракорпоральное оплодотворение давали из бюджета, а сейчас уже мы говорим – тысяча. То, что занимался этим один центр, сейчас мы говорим – 16 государственных центров. Мы не называем, сколько у нас частных центров. У нас и частных достаточное количество.

Другое дело, что сегодня ничего не отрегулировано нормативно-правовыми документами, положениями, которые можно не только корректировать федеральным законом, а в первую очередь регулировать нормативно-правовыми документами Министерства здравоохранения, которое этим вопросом занимается.

Если говорить по Брянску. Действительно, я занималась этим центром, мы столкнулись с проблемой. Центр репродуктивного здоровья. У нас так называли. Потому что церковь категорически против, чтобы употреблялось «планирование», несмотря на то, что там нет абортов.

В номенклатуре перечня учреждений имеется только вот такое учреждение. Функции и задачи его совершенно однозначны.

На примере Центра репродуктивного здоровья нужно определить перечень задач, потому что сейчас каждый субъект идёт вперёд в этом направлении. В одном субъекте совершенно новый тип открылся, в другом субъекте по-другому, некоторые открывают, например, при своих клиникеских больницах, а им не разрешают, говорят, давайте, вывешивайте объявление: планирование и репродукция, и так далее.

То есть вопрос об открытии такого учреждения на базе клинической больницы или ещё каким-то образом, или просто в качестве отдельного самостоятельного учреждения, можно регулировать не обязательно законом. Этот процесс может регулировать и само Министерство здравоохранения, это в его ведении.

Второе. По поводу репродуктологов. С чем столкнулись? Где их учить? Кто такой репродуктолог? А кто такой эмбриолог? Где его учить? Послали в Москву, ничему там не научился эмбриолог. Послали в Питер, немножко получше, а лучше всех оказалось в Самаре, потому что дали поучиться на крысах. То есть что такое эмбриолог? Понимаете, у нас ничего нигде не сказано, и нормативными документами не закреплено. Поэтому этот момент тоже можно отрегулировать.

У нас сегодня есть федеральный закон «Об охране здоровья населения». Если мы говорим о репродуктивном здоровье, это часть этого направления. Можно сделать так. Работать над законом и одновременно посмотреть закон «Об охране здоровья населения», где может, главой, может быть, статьями отразить, то, что не регулируется нормативно-правовыми документами и подзаконными актами.

Это касается диспансеризации наших детей. Сегодня же мы сможем декретированные возраста. Надо обратить внимание на то, какое качество и аспекты, сделать акцент на репродуктивное здоровье именно подростков.

Или, например, Министерство образования говорит, мы ведём программы. Вот «Ювенту» знаю с 90-х годов, они активно работают сегодня с подростками. В Ивановской области, в центре охраны, в Екатеринбургe много делается хорошего.

Нет сегодня той программы, которая бы охватывала ребёнка, не только подростка, нам ведь надо с семи, даже с пяти лет охватить, мы говорим о том, что нужно вложить в ребёнка, чтобы он воспринял, что нельзя, что вредно.

В дошкольных учреждениях эта тема у нас вообще никак не охвачена. Для нас принципиально очень важно, какая программа охраны здоровья может быть. Наши академики, педагоги подключились к этому вместе с медициной и могут в этом плане, конечно, помочь.

Поэтому мне хотелось, чтобы в отношении просвещения, Валентина Ивановна, вы сказали по андрологам. А ведь у нас сегодня действительно проблемы с андрологами.

**Председательствующий.** Мальчики к андрологам не ходят всё равно. Они есть, а мальчики не идут.

**Лахова Е. Ф.** Вы понимаете, сегодня у нас не хватает узких специалистов при диспансеризации, вы совершенно правы, приказ есть, нам важно, чтобы он сегодня реализовывался, потому что подготовка их ещё недостаточно качественная.

Конечно, очень хотелось, чтобы СМИ и просвещение, то, о чём вы говорили, чтобы они не в виде тех перечислений, которые у Вас были, а чтобы мы действительно могли подготовить совместную разновозрастную программу.

Не надо забывать, что сегодня реально есть национальный проект «Здоровье». И насколько я знаю, Валентина Ивановна, Голикова Татьяна Алексеевна акцент на это сделала в части нацпроекта «Здоровья», помимо того оборудования, которое за эти годы поставлялось. Открытие центров здоровья. Вот это очень важно, чтобы этот акцент тоже вернуть в эти центры на здоровый образ жизни.

Хотелось бы пожелать рабочей группе, чтобы они действительно посмотрели на то, что можно сейчас реально изменить, поправить, дать свои предложения. Минздравсоцразвития России идёт навстречу, Валентина Ивановна Широкова идёт навстречу. Раз рабочая группа есть, сделайте то, что можно отрегулировать нормативно-правовыми документами министерства.

Что касается федерального закона непосредственно, и то, что можно субъектам. Есть чёткое разграничение полномочий. И у нас сегодня семья, здоровье – это вопросы совместного ведения по Конституции. Сегодня Санкт-Петербург, Ивановская, Тульская области, ещё какой-то регион приняли свои, местные законы. Давайте посмотрим и потом, может быть, к федеральному закону потихоньку и подготовимся. Может быть, даже отыграть пилотный проект на уровне субъекта.

Нам важно правильно сформировать общественное мнение. Надо учитывать и мнения конфессий, особенно православной церкви.

**Председательствующий.** Спасибо, Екатерина Филипповна.

Леонид Михайлович, Вы так всё это слушали, что складывается такое ощущение, что Вы что-то задумали исключительно важное.

**Рошаль Л. М.** Нет, наоборот.

**Председательствующий.** Как всегда, это перевернёт наше понимание проблемы.

**Рошаль Л. М.** Я для себя записал несколько интересных мыслей. Вот Валентина Ивановна Широкова сказала, что сейчас с китайцами у нас такой хороший деловой контакт. Я у неё хотел спросить, китайцы нам пришлют женщин или мужчин?

Я очень рад, что сегодня обсуждается первый, между прочим, закон, который сделал Комитет по охране здоровья за последние годы.

Мы полтора года назад совместно с Общественной палатой проводили совещание, и у нас неоднократно были решения, где рассматривались законы по здравоохранению, у нас шесть законов, которые мы должны принять. По здравоохранению их нет.

Я думаю, что сегодняшнее обсуждение было бы интереснее, если нам принять методику рассылки законов по Интернету, хотя бы за день до обсуждения. Вот так карандашом, я там сегодня что-то писал, что-то придумал, что-то не придумал, а так вечерком посмотрел в Интернете, и ясно было бы.

Я не понимаю, почему не приглашён сегодня главный педиатр.

*(Из зала.)* И главный акушер.

**Рошаль Л. М.** Извините, есть специалисты, которые обязаны делать эти работы, которые имеют своё мнение, и я думаю, что, конечно, «круглый стол» Думы – это площадка серьёзная, где нужно выслушивать и акушера-гинеколога, который этим занимается, и педиатра Баранова Александра Александровича. У него есть определённое мнение по этому вопросу, мы его обсуждаем.

Принципиально, что в нескольких областях уже введены эти законы, а что нам мудрить, они внедрены, да надо только посмотреть на эффективность, как они работают или не работают?

Вот если в результате этих законов в 2–3 раза всё улучшилось – да! А если всё осталось так, как есть и без законов, это другое дело.

Всё же ещё раз надо этот закон рассмотреть через призму опыта внедрения подобных законов и того, что оно дало в тех регионах, где они работают конкретно.

Я в принципе поддерживаю этот закон, его надо принимать за основу, работать над ним нужно, но я, в общем-то, считаю, что мы должны быть более содержательными в каких-то вещах. Принятие нормативно-правовых актов в субъектах. Каких правовых актов конкретно? О чём мы ведём здесь разговор?

Или, я тоже с вами согласен, кто-то здесь выступал, в отношении права на получение гарантированного объёма медицинской помощи. Меня всегда от этого даже трясёт, что такое эти гарантии? По гарантии? Мне хотелось, чтобы здесь звучало, если мы говорим серьёзно, не по гарантии, а по потребности, это серьёзный разговор, потому что всё же, как ни крутите, мы в этом году на здравоохранение не увеличили финансирование, так 3,7 процента и осталось, это негоже, несмотря на все наши старания.

И потом в отношении профилактического направления. В законе, если будет написаны вместо «это всеобщая диспансеризация» слова «обязательная диспансеризация», мы сразу возвращаемся к вопросу кадрового обеспечения через финансовое.

У нас увеличили заработную плату, значит, участковым врачам педиатрам, да, узким специалистам – нет, школьным, дошкольным – нет, и когда пошёл отток специалистов из школ и узких специалистов, кто за этим будет смотреть? В мою бытность, я, участковый педиатр, работал участковым хирургом в поликлинике, у меня была школа, и мы приходили в школу, мальчиков всех раздевали и смотрели, что у них есть, что у них образовано, что не образовано, есть ли водянка, если что-то находили – направляли лечиться. А сейчас кто это смотрит?

Кто? Цифры, конечно, разные можно приводить. Но вот кадровый вопрос – это один из главных вопросов. И ещё один вопрос, который

важен для нас. Я не буду говорить о решении Комиссии по здравоохранению Общественной палаты. Здесь оно есть. Может быть, что-то ещё можно отсюда внести. Но вот три вопроса. Обеспечение современного уровня мировых стандартов, подготовка высококвалифицированных кадров, работающих в сфере репродуктивного здоровья. И проводить диспансеризацию, профилактику, осмотр детей подростков с учётом состояния репродуктивного здоровья. И разработать унифицированные стандарты диагностики лечения основных патологических состояний и так далее, это важно. Опыт показал, что сегодняшняя наша система здравоохранения не справится с этой работой без помощи гражданского общества. У нас с вами в России нет единой медицинской организации, которой бы Минздравсоцразвития – вот я министр, я бы это сделал завтра – передал бы ответственность за качество оказания медицинской помощи. За всю постдипломную подготовку, так как это сделано в других странах, за качество отвечают саморегулируемые врачебные организации. Так в Германии, так в Америке, так в Японии.

И в этом вопросе то же самое. Вот если мы сделаем такую российскую медицинскую палату, инициатором которой является Комиссия по здравоохранению Общественной палаты, если она будет не как «галочка», у нас палат, ассоциаций много, только они ни за что не отвечают. А надо, чтобы она отвечала за что-то, если мы передадим какие-то права ей. Я думаю, она повлияет в свою очередь и на этот вопрос.

**Председательствующий.** Спасибо, Леонид Михайлович. Вы, как всегда, бьёте в точку. Спасибо большое.

Валентина Ивановна, Вы что-то прокомментируете?

**Широкова В. И.** Буквально два слова скажу. Во-первых, конечно, я хочу всех поблагодарить, очень много интересного, очень много разумного. Мне хотелось бы сказать главное. Мне кажется, что всё-таки некоторая переакцентировка в законе, даже в проекте должна произойти, и больше внимания мы должны уделить профилактике и прописать все этапы профилактики. Вместе с тем мне хотелось бы сказать, что это у нас есть и в реальности. То есть у нас на сегодняшний день создаются 193 детских центра здоровья, помимо 502 центров здоровья для взрослых. И мы одним из основных направлений, конечно, помимо формирования здорового образа жизни, ставим репродуктивное здоровье.

Более того, в рамках этих центров мы пытаемся выделить возрастные группы. Привлечены даже «Смешарики». Может быть, вы заметили. Первые мультипликационные фильмы для детей младшего возраста для развития навыков, для каких-то приоритетов в игре. Затем это проект «Респект», который посетил, кстати, Владимир Владимирович Путин, это тоже проект Минздравсоцразвития. Мы пытаемся целевую аудиторию как-то заинтересовать, достучаться до неё. Иногда может быть, даже её языком. То есть это направление сейчас не просто декларировано, оно получило финансирование. И мы по нему должны отчитываться.

Теперь то, что касается дальнейшего развития превентивных мер профилактики абортов. С этого года стартовала минздравовская акция

совместно с некоммерческими общественными организациями. В частности, есть такой Фонд социальных культур «Подари мне жизнь». И вот это как раз большая работа, которая была этим летом проведена, все 83 субъекта были охвачены. И это говорит о том, что общество начинает созревать в плане понимания необходимости этой работы. Именно по профилактике аборта.

Я здесь хотела бы сказать по поводу иностранных компаний и организаций, которые на территории Российской Федерации работают. Мы приветствуем их, с ними контактируем. Но когда наши сотрудники участвуют в работе этих общественных организаций, я никого лично не хочу обидеть, то акцент делается у них при обсуждении вопросов репродуктивного здоровья на медикаментозную профилактику беременности. А у нас акцент должен быть на рождение ребёнка. Вот, казалось бы, маленький нюанс, но, мы думаем, надо его переакцентировать.

Что касается урологов-андрологов. Да, специальность введена, проблема есть. Но, коллеги, 3 года назад у нас из 83 субъектов Российской Федерации только чуть-чуть больше половины имели этих специалистов. На сегодняшний день нет ни одного субъекта Российской Федерации, где этих специалистов не было бы. И мы даём право взрослым урологам, прошедшим эту специализацию, работать. Хочу порадовать вас, эмбриолог-специалист определён с 2010 года. Причём мы учитываем опыт Санкт-Петербурга, где это очень хорошо поставлено, то есть будет профессиональная программа и будет специалист.

Коллеги, вот здесь вопрос обсуждался об учёте мнения конфессий, и мы это обсудим, это ещё не решили. Я недавно действительно была на православных чтениях. Я должна сказать, что не встретила агрессивной среды. Мы решили, что всё-таки при вопросах планирования семьи, репродуктивных вопросах будем рассматривать плод как пациента, а не плод, как, в общем-то, так сказать, для элиминации у него заболеваний в случае их наличия. Нет, в случае выявления у него заболевания, мы должны сделать всё возможное, чтобы либо прооперировать, либо помочь, ну, в каких-то крайних случаях.

И поэтому сейчас запланировано ещё одно направление – это перинатальная диагностика в первый триместр беременности с применением не только известных методов экспертного ультразвукового исследования с обучением специалистов, но это и ДНК-диагностика плода из крови матери. Это действительно новая научная разработка, но мы поручили ряду наших ведущих клиник работать над этим. Это тоже важно.

Мне бы хотелось сказать, что проект закона, с нашей точки зрения, как основа, хороший, но работать над ним надо много и, может быть, права Екатерина Филипповна, начинать параллельно с какой-то оптимизации существующей нормативной базы, параллельно два процесса должны идти.

**Рошаль Л. М.** Сергей Иванович, извините, мы все устали, но маленькую справку. Вот я говорю всегда о том, что да, мы делаем, и Минздравсоцразвития России работает. И, конечно, то, что сделано, это сделано, это больше, чем было. Но вот кроме всего этого всегда надо показывать,



сколько мы ещё должны сделать. Я утверждаю, что если мы возьмём вот эту нашу специальность, о чём мы говорим, то удовлетворённость практического здравоохранения в кадрах меньше одного процента и работать ещё в этом плане нам нужно и нужно.

Теперь в отношении центров здоровья – мы обсуждали тоже на комиссии. Это красиво, это здорово, но они возникают, центры здоровья, тогда, когда рушится первичное звено, это моё мнение. Ведь возьмите, не знают функциональные обязанности педиатра участкового. Первая работа участкового – это профилактика. Есть достаточно педиатров, если на каждого педиатра 700 детей, то он работает с профилактикой, он занимается здоровьем. А если он как загнанная лошадь, когда у него на одном участке 2,5 тысячи детей, он не в состоянии этого сделать. Тогда надо делать вот эти центры здоровья.

А я посмотрел центры здоровья: для них из своих резервов кроме оборудования и аппаратуры надо находить штаты, надо учить их, надо находить территории, где их сделать, где их ставить. И вообще, я вчера видел по телевидению – центр здоровья там хорошо оформлен, что-то такое сделано, но в целом народ растерялся. Сказали, давайте делать центры здоровья, а база под эти центры здоровья, оборудование и где оно будет стоять и кто на нем будет работать – этого нет. Это если диагностический центр дополнительно к этому – это пожалуйста.

Сегодня нужно, чтобы были более серьёзно проработаны положения о центре здоровья по штатному расписанию, и это было бы подкреплено чем-то, а не брошено на места в регионы: давайте, создавайте центры здоровья. За счёт чего они будут создаваться, особенно сегодня, центры здоровья? Сколько регионов это может сделать? И потом, если два–три центра в такой огромной области, они же не могут всё охватить. Тогда в каждом городе надо делать эти центры здоровья, по численности населения сделать их. На 20 тысяч надо делать, на сколько?

В общем, идея сама хорошая, но, думаю, здесь нам с центрами здоровья ещё работать и работать нужно.

Спасибо.

**Лахова Е. Ф.** Сергей Иванович, можно Валентине Ивановне вопрос задать?

Понимаете, сегодня немало средств из федерального бюджета выделяется на условиях софинансирования, на квоты и так далее. Не получается ли так, что это стимулирует совершенствование тех центров, которые занимаются высокими технологиями? Не думали о том, что, пациент, как, например, при наличии родового сертификата, должен иметь право выбора? Дали, предположим, родовый сертификат, и он выбирает: это учреждение, то, другое, третье. А то у нас иногда получается, что некоторые в привилегированном положении, они получают эту квоту и вроде считают, что уже так и так они её получают. Вот этот не рассматривали вопрос? Потому что многие вопросы такие задают.

**Широкова В. И.** Во-первых, я хочу поблагодарить Леонида Михайловича. Я сейчас просто не хочу полемизировать, но мы действи-

тельно над этим много работаем, предложения есть, мы обязательно их обсудим.

Екатерина Филипповна, я не совсем поняла вопрос. Эффективность? Или вы предлагаете за высокотехнологичной помощью ввести механизм, аналогичный родовым сертификатам?

**Лахова Е. Ф.** Немножко успокаиваются те структуры, которые в течение многих лет получают определённую квоту. Одни центры лучше работают, другие хуже. Например, есть и государственные, и частные у нас сегодня. Поэтому нужно, чтобы у клиента был выбор.

**Широкова В. И.** Спасибо.

Вы знаете, действительно мне очень приятно работать в этом направлении – по родовому сертификату, потому что очень много сделано. Вы знаете, 17,5 миллиарда рублей дополнительно – вливание, но не об этом речь сейчас. Там тоже не всё так просто. Мы понимаем, что декларируем свободный выбор учреждений, и в некоторых случаях он реализуется, но кое-где есть проблемы.

Что касается ВМП – высокотехнологичной медицинской помощи. На сегодняшний день, куда направить пациента и сколько, решает субъект. Вы знаете, в прошлом году полгода у нас были проблемы, сейчас у нас абсолютно прозрачная электронная система учёта: кто куда хочет кого направлять. И здесь, конечно, ответственность регионов колоссальная, мы выезжали в регионы, сейчас у нас каждый регион защищает свою заявку на ВМП. В каком смысле? Они должны чётко знать, сколько за последние пять лет у них болеет. Например, я возьму онкологию, детей, больных лейкозами – куда они их направляют, сколько детей у них состоит на учёте, кто из них лечился в одном федеральном, кто в другом, а кто в третьем учреждении. И подать заявки соответственно на эти учреждения. Работа колоссальная.

Но вы правы. Всё равно жизнь есть жизнь, где-то детей больше, где-то меньше, поэтому существует резервный фонд. Но здесь надо вносить ещё изменения, видимо, и в Бюджетный кодекс, или, по крайней мере, в федеральный закон о бюджете. Мы говорим об этом, Екатерина Филипповна. Честно говоря, буквально позавчера в департаменте высоких технологий обсуждался этот вопрос. Примем к сведению ваше предложение.

**Лахова Е. Ф.** К примеру, если даже экстракорпоральное оплодотворение, – каждому субъекту дали определённое количество квот. Так ведь?

**Широкова В. И.** По заявкам.

**Лахова Е. Ф.** По заявкам.

**Широкова В. И.** Если они имеют возможность софинансировать.

**Лахова Е. Ф.** Нет, это Вы имеете в виду тех, кто делает уже. А я имею в виду, что есть проблема. Всё равно, вы же даёте средства на тот или иной регион, чтобы могли работать. Или только по заявкам вы даёте, кто может воспользоваться бесплатно?

**Широкова В. И.** Екатерина Филипповна, знаете, здесь ещё какая проблема? Мы в этом году очень расширили спектр учреждений, оказывающий высокотехнологичную медицинскую помощь. А потом ко мне глубоко мною уважаемый Михаил Иванович Давыдов, вы знаете, президент РАМН пришёл и сказал: «Валентина Ивановна! Вы одной из клиник дали всё: оборудование, стены и там даже специалисты учились на моей базе. Но когда я приехал и реально посмотрел, как они делают эту операцию, наверное, так расширять количество учреждений, которые могут оказывать помощь, нельзя». Надо сначала приехать, действительно проверить специалистов, провести аккредитацию по каждой операции и только потом дать право им оперировать то или другое, если это мы называем высокотехнологичной помощью. Мы это делаем.

**Рошаль Л. М.** Как раз этим и будет заниматься Общественная палата.

**Председательствующий.** Мы начинаем уходить от темы очень далеко. Причём эта тема может обсуждаться бесконечно, потому что не так давно идёт финансирование высокотехнологичных операций, по-прежнему есть проблемы. Главное, что растёт финансирование, главное, что положение несколько улучшается. Мы начинали с 13 процентов, сейчас где-то под 35, некоторые говорят, даже под 40 процентов удовлетворённость высокотехнологичными операциями. Но проблема остаётся. ВРТ включили в высокотехнологичные операции. Можно мне в пределах пяти минут подвести небольшие итоги?

Прежде всего я хотел бы поблагодарить госпожу Мурзабаеву и Валентину Ивановну за очень чёткие, понятные и вполне, что называется, конструктивные доклады, которые задали тон нашей дискуссии.

В ней участвовали, между прочим, пять комитетов, что беспрецедентно для обычных, не собираемых под эгидой каких-то боссов больших «круглых столов». Это Комитет по безопасности, Комитет по труду и социальной политике, Комитет по вопросам семьи, женщин и детей, Комитет по образованию, Комитет по охране здоровья. Пять комитетов участвовали в дискуссии.

Министерство здравоохранения, Министерство образования и науки, Росздравнадзор здесь присутствует, представители территорий. Все практически выступили, за исключением одного, может быть. Тут у меня была записка, но я не рискнул давать слово, потому что уже мне показалось, что мы всё обсудили, что можно было обсудить. Кто хочет внести вклад в стенограмму, – Бога ради, в электронном или в бумажном виде вы можете Ирине Николаевне передать, это будет включено в стенограмму. Вы отчитываетесь перед своими руководителями, что не зря съездили, что вы участвовали в дискуссии.

**Рошаль Л. М.** И Общественная палата, кстати, тоже.

**Председательствующий.** Третье, что мне очень важно: у нас присутствовал сегодня не только руководитель комитета по здравоохранению нашей Общественной палаты, но и общественные организации, неправительственные, как их за рубежом называют, а у нас – некоммерческие

(мне не нравится это название, но тем не менее). Как называются по Гражданскому кодексу, так и назовём. Они здесь присутствовали, они получили слово, они послушали, хорошо ли, плохо мы готовим этот закон.

Мне очень хотелось бы поблагодарить основных разработчиков закона, юристов наших, потому что им достаётся больше всех. Все хотят увидеть себя в законе. К сожалению, не всегда это возможно, потому что закон будет, скорее всего, основами законодательства по охране репродуктивного здоровья. Закон прямого действия, на мой взгляд, создать в тех рамках, которые мы обсуждали, невозможно. Поэтому мы должны дать некую свободу правового творчества, я имею в виду на нижних уровнях.

Исполнительной власти мы сегодня задали довольно много вопросов, которые, видимо, можно в нормативных актах урегулировать, не вторгаясь в законодательство, потому что законодательство, всё-таки, это самый верхний уровень решения правовых проблем. Тут звучало: внести цифры какие-то в законодательство, проценты. Не вносятся в законодательство сейчас цифры по одной простой причине, что жизнь динамична, меняется быстро, и как только мы начинаем вносить в законодательство цифры, мы должны будем потом принимать поправки. Каждое изменение – это поправки в закон.

Поэтому мы, может быть, неправильно, нас многие критикуют за это, отдаём право «первой ночи» по нормотворчеству, всё-таки, гражданам из Правительства, исполнительной власти. Мы должны рамки определить, как должна действовать исполнительная власть, а она уже должна эти рамки наполнить содержанием, мы формируем скелет, а чтобы «мясо» было – это уже действие исполнительной власти. Не всегда ей это удаётся вовремя, не всегда хорошо, не всегда качественно. Но что делать? Жизнь у нас меняется очень быстро в стране. Мы можем на неё обижаться или не обижаться.

По поводу главных специалистов. Есть регламент Минздравсоцразвития России, и мы стараемся его уважать. Главные специалисты приглашаются на заседание рабочих групп в обязательном порядке, это наша прерогатива. Как только организуется официальное мероприятие, к которым относится «круглый стол», парламентские слушания, их должны послать к нам руководители Минздравсоцразвития России. У них есть регламент, когда они распоряжаются своими учреждениями минздравовскими, не академическими. Академия несколько суверенная структура.

Очень много сегодня дельных предложений прозвучало. У меня было предложение, вроде бы был этот пункт, обратиться к региональным властям с просьбой обеспокоиться проблемой открытия центров репродуктивного здоровья подростков, потому что они есть действительно в номенклатуре, и некоторые территории уже начали этим заниматься. Причём за свои средства, областные или республиканские.

Очень важно по образовательным стандартам. Прозвучало предложение рекомендовать, просить Минздравсоцразвития России и Минобрнауки России создать совместную рабочую группу, комиссию, не

знаю, как это будет в стандартах исполнительной власти называться, по образованию в области репродуктивного здоровья, а может быть, и в целом здорового образа жизни. Потому что такой комиссии вообще нет. Есть периодические совещания, но такой централизованной, такой согласительной рабочей группы или комиссии у нас не существует.

Сегодня мы не затрагивали важнейший вопрос Интернета, защиты прав и вообще образовательной роли Интернета, дистанционного образования. Это всё мелочи, которые можно потом где-то обсудить дополнительно.

Огромное вам спасибо, что вы уделите время «круглому столу». Мы ждём предложений в рекомендации.

## **РЕКОМЕНДАЦИИ** **«круглого стола»**

Заслушав выступления депутатов Государственной Думы, представителей Комиссии Общественной палаты Российской Федерации по здравоохранению, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Министерства образования и науки Российской Федерации, представителей законодательных и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации, ведущих ученых и специалистов научных и лечебно-профилактических учреждений, представителей общественных организаций, участники «круглого стола» отмечают, что охрана репродуктивного здоровья населения остаётся важнейшим стратегическим направлением государственной социальной политики и соглашаются с необходимостью скорейшей разработки и принятия федерального закона «Об охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации».

Закон об охране репродуктивного здоровья должен сформировать правовые основы построения в Российской Федерации эффективной системы профилактики нарушений репродуктивного здоровья, включающей в себя разработку и внедрение образовательных программ, проведение диспансеризации детей и подростков, оказание адресной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной. Ещё одной задачей законопроекта должно стать наполнение реальным содержанием фактически бездействующего в настоящее время института информированного согласия при медицинском вмешательстве в сфере репродуктивного здоровья.

Необходимо также законодательно урегулировать правоотношения, складывающиеся в связи с применением вспомогательных репродуктивных технологий, включая, в частности, вопросы суррогатного материнства, прав суррогатных матерей и доноров половых клеток, определить правовой статус эмбриона человека, требования к обработке персональных данных и ответственность за причинение пациенту вреда в рассматриваемой сфере.

Наконец, в условиях, когда на уровне законодательных органов субъектов Российской Федерации идёт активная работа по принятию региональных законов об охране репродуктивного здоровья, возрастает необходимость разработки федерального законодательного акта, устанавливающего единые подходы и стандарты в данной области, а также регулирующего отношения, составляющие предмет федерального ведения или отнесённые к полномочиям совместного ведения.

Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утверждённой указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 года №1351, в качестве приоритетных задач определены: увеличение к 2025 году численности населения до 145 миллионов человек, сокращение уровня материнской и младенческой смертности не менее чем в 2 раза, повышение уровня рождаемости

в 1,5 раза, укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 21 марта 2007 года № 172 утверждена федеральная целевая программа «Дети России» на 2007–2010 гг. Финансирование мероприятий программы из федерального бюджета в 2010 г. составит 1968 миллионов рублей.

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» из федерального бюджета выделены целевые средства, направленные на мероприятия по охране репродуктивного здоровья. На реализацию программы «Родовый сертификат» за период 2006–2008 гг. были предусмотрены финансовые ассигнования в сумме 39,1 миллиарда рублей, в 2010 на эти мероприятия запланировано выделить 17,5 миллиарда рублей. Благодаря значительным финансовым вложениям укреплена материально-техническая база родильных домов и женских консультаций; улучшено лекарственное обеспечение беременных женщин; ежегодно в рамках программы обследуются более 1,5 миллиона женщин и более 1 миллиона детей; увеличен охват беременных женщин ультразвуковым и биохимическим скринингом, профилактическим патронажем; до 81 процента увеличилась доля беременных женщин, вставших на учёт по беременности в ранние сроки; до 37 процентов возросла доля родов без осложнений.

С 2010 года в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» планируется внедрение современных технологий по пренатальной диагностике, направленных на раннее выявление нарушений у плода и беременной женщины. Финансовое обеспечение мероприятий из федерального бюджета в 2010 году на эти цели предусмотрено в сумме 136,5 миллиона рублей.

В 2009 году государственное задание на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология с учетом его корректировки составило 8398 больных, что на 48 процентов больше, чем в 2008 году. Экстракорпоральное оплодотворение в рамках государственного задания по оказанию высокотехнологичной помощи выполнено 3013 больным, что на 34 процента больше по сравнению с предыдущим годом. Норматив финансовых затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по акушерству и гинекологии в 2009 году составил 124,6 тысячи рублей.

В 2008 году на строительство и оснащение перинатальных центров в Российской Федерации из федерального бюджета выделены бюджетные ассигнования в сумме 5,8 миллиарда рублей, в 2009 году на эти цели предусмотрено 7,2 миллиарда рублей, в 2010 году – 6,04 миллиарда рублей. В 2009 году введены в эксплуатацию перинатальные центры в Иркутске и Калининграде, в 2010 году запланирован ввод в эксплуатацию ещё 17 областных (краевых, республиканских) перинатальных центров и федерального центра в Санкт-Петербурге, в 2011 году планируется продолжить эту работу.

Однако, наряду с тенденцией улучшения демографической ситуации в Российской Федерации сохраняется уменьшение численности

женщин репродуктивного возраста и детского населения, снижается доля здоровых девочек и мальчиков в общей популяции детей. Несмотря на снижение материнской и младенческой смертности в России, эти показатели по-прежнему превышают средние показатели по Европейскому региону.

Недостаточно внимания уделяется профилактике нарушений репродуктивной сферы у несовершеннолетних, нарастает уровень подростковой гинекологической, урологической и андрологической заболеваемости. Негативное влияние на состояние репродуктивного здоровья оказывают раннее начало половой жизни и беспорядочные половые связи у несовершеннолетних.

Ситуация осложняется отсутствием эффективных информационных и образовательных программ, способных дать несовершеннолетним необходимые знания и сформировать у них положительные установки, направленные на сохранение репродуктивного здоровья и рождение в будущем здорового поколения. Скорейшее внедрение таких программ представляется одной из важнейших задач.

Содержание информационных, образовательных программ должно определяться исходя из приоритета подготовки подростков к семейной жизни, а первоочередное внимание необходимо уделять её духовной и нравственной стороне. При этом следует обеспечить главенствующую роль семьи в подготовке несовершеннолетних к семейной жизни, а также закрепить право детей и родителей на выбор программ с учётом пола, возраста, особенностей психофизического развития несовершеннолетних, культурных и мировоззренческих установок семьи.

Нарастает проблема бесплодных браков, не решены многие вопросы законодательного обеспечения по преодолению данной проблемы.

Неблагополучие ситуации с репродуктивным здоровьем населения в значительной мере обусловлено недопустимо высоким числом аборт. Участники «круглого стола» отмечают, что нередко самые тяжёлые нарушения репродуктивного здоровья, включая бесплодие, становятся следствием аборта, совершенного при первой беременности, зачастую в раннем возрасте.

По мнению участников «круглого стола», сложившаяся неблагоприятная ситуация в немалой степени обусловлена «шаговой доступностью» абортов, фактическим отсутствием института информированного согласия на прерывание беременности, отсутствием эффективных мер профилактики искусственного прерывания беременности.

В данных условиях особую актуальность приобретает задача разработки, внедрения и всесторонней поддержки федеральных и региональных программ борьбы с абортами, социальной и правовой поддержки беременных и семей с детьми.

Отдельная проблема – нарушение репродуктивного здоровья населения в связи с воздействием вредных факторов окружающей и производственной среды.



Не способствует улучшению репродуктивного здоровья граждан коммерциализация медицинских услуг по акушерству и гинекологии, вспомогательным репродуктивным технологиям, урологии.

Участниками «круглого стола» обсуждены вопросы законодательного обеспечения охраны репродуктивного здоровья; межведомственного взаимодействия в области охраны репродуктивного здоровья, профилактической работы среди населения. Отдельно рассматривалась проблема вспомогательных репродуктивных технологий.

Было отмечено, что решение демографических проблем требует усиления межведомственных мероприятий в области сохранения и улучшения репродуктивного здоровья населения. В этих целях участники «круглого стола» считают необходимым:

формирование единой государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья, направленной на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, повышение репродуктивного потенциала населения;

совершенствование и приведение в соответствие с международным законодательством отечественной законодательной базы в области охраны репродуктивного здоровья;

проведение комплекса профилактических мероприятий в целях раннего выявления нарушений репродуктивного здоровья у несовершеннолетних;

развитие системы оказания медицинской помощи детям и подросткам в системе среднего и профессионального образования;

повышение доступности и качества оказания бесплатной медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, их новорожденным детям за счёт развития семейно ориентированных перинатальных технологий, укрепления материально-технического и кадрового обеспечения службы материнства и детства в соответствии со стандартами оснащения родовспомогательных учреждений, развития специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и новорожденным детям, а также женщинам с нарушениями в области репродуктивной сферы;

совершенствование медико-социальной помощи женщинам и членам их семей за счёт усиления взаимодействия женских консультаций с учреждениями социальной защиты;

обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи по восстановлению репродуктивного здоровья, в том числе с применением вспомогательных репродуктивных технологий.

Заслушав и обсудив доклады и выступления, участники «круглого стола» рекомендуют:

**Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации:**

провести парламентские слушания на тему «Законодательное обеспечение охраны репродуктивного здоровья населения Российской Федерации».

**Комитету Государственной Думы по охране здоровья совместно с Комитетом Государственной Думы по конституционному законодательству и государственному строительству, Комитетом Государственной Думы по вопросам семьи, женщин и детей:**

продолжить работу над проектом федерального закона «Об охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации» и организовать общественное обсуждение законопроекта с участием представителей Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Комиссии Общественной палаты по здравоохранению, а также общественных объединений и религиозных организаций.

**Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации:**

рассмотреть вопрос об увеличении объёмов оказания высокотехнологичной медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий;

рассмотреть возможности реализации в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» мероприятий по углублённой диспансеризации детей подросткового возраста, учащихся, молодёжи, направленной на диагностику, лечение, профилактику репродуктивных нарушений.

**Министерству образования и науки Российской Федерации:**

при разработке примерных программ начального общего, основного общего и среднего (полного) общего образования предусмотреть включение разделов о здоровом образе жизни и профилактике нарушений репродуктивного здоровья.

**Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации:**

обеспечить функционирование и расширение сети центров охраны репродуктивного здоровья подростков.

**Материалы «круглого стола» на тему  
«О законодательном регулировании обращения  
лекарственных средств в Российской Федерации»**

**СТЕНОГРАММА  
«круглого стола»**

*Здание Государственной Думы. Зал 830.  
11 марта 2010 года.*

*Председательствует председатель Комитета  
по охране здоровья О. Г. Борзова*

**Морозов О. В.** Здравствуйте, уважаемые коллеги. Мы начинаем с вами «круглый стол», посвящённый закону «Об обращении лекарственных средств», а «круглый стол» называется «О законодательном регулировании обращения лекарственных средств в Российской Федерации».

Я хочу обратить ваше внимание, что это тот, может быть, не самый частый случай, они бывали у нас в нашей законодательной работе, тем не менее, это не самый частый случай, когда мы так скрупулёзно, так детально, так всесторонне на каждом из этапов обсуждаем данный законопроект и тому есть совершенно объективные причины, потому что, во-первых, это законопроект долгожданный, мы давно понимали, что он нужен. Во-вторых, потому что он публично и широко обсуждался в процессе разработки. Он обсуждался в нулевом чтении, он обсуждался активно в процедуре первого чтения, он обсуждался на заседании всех фракций Государственной Думы, что тоже бывает не очень часто. В первом чтении он получил поддержку также всех фракций. И это нас ко многому обязывает в работе над этим законом ко второму чтению, поскольку были предложения, дополнения, замечания. И вот сегодня мы проходим очередной этап перед заседанием комитета, перед заседанием палаты, когда фактически обсуждаем то, что было сделано комитетом, министерством, комитетами-соисполнителями, экспертным сообществом между первым и предстоящим вторым чтением.

Поэтому я хотел бы, чтобы сейчас в формате «круглого стола» мы ещё раз высказались и поняли более углублённо позицию комитетов, позицию разработчиков, а это министерства, правительство, ещё раз выслушали предложения экспертов, депутатов, всех, кто заинтересован в принятии полноценного эффективного закона, и затем уже вышли бы на пленарное заседание и соответственно внесли бы коррективы через поправки в этот закон. Поэтому призываю вас к этой работе, хочу чтобы она прошла быстро, энергично и динамично – у всех много мероприятий, в том числе у министра, – и передаю слово Ольге Георгиевне Борзовой, председателю комитета.

**Председательствующий.** Спасибо. Уважаемый Олег Викторович, уважаемая Татьяна Алексеевна, уважаемые коллеги, уважаемые гости нашего комитета, позвольте мне поблагодарить от имени комитета за то,

что вы откликнулись и так активно хотите принять участие в проблеме, которая была обозначена первым вице-спикером Олегом Викторовичем Морозовым.

Дорогие друзья, я полагаю, что останавливаться на концептуальных моментах рассматриваемого закона нецелесообразно, потому что он принят в первом чтении, концепция обсуждена. В этот период между первым и вторым чтением комитетом была проведена очень большая и активная работа. На площадке нашего комитета побывали ассоциации, фармацевтические производители, аптечные сети, зарубежные производители, у нас было очень большое научное сообщество, которое приходило в частном порядке со своими предложениями. Активную позицию высказала Торгово-промышленная палата, которая провела «круглый стол» и выступила со своими конкретными предложениями. Очень благодарна коллегам-депутатам, которые также выразили свои пожелания в виде поправок, которые внесены в наш комитет.

В комитете была создана рабочая группа специально для работы над данным законопроектом. Поэтому я предлагаю следующий порядок рассмотрения и ведения нашего «круглого стола». Я хотела предоставить слово Татьяне Алексеевне Голиковой, министру здравоохранения и социального развития Российской Федерации для того, чтобы мы очень подробно остановились на тех моментах уточнений определённых положений законопроекта, которые, в общем-то, были совместно разработаны Правительством Российской Федерации, Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в которых принимали участие наши депутаты.

Татьяна Алексеевна, начнём так, затем я хочу предложить: записалось у меня большое количество выступающих, мы хотели бы узнать каждое мнение, не повторяясь, но лаконично, чтобы каждый имел возможность выразить своё мнение, свои предложения, которые мы с удовольствием выслушаем.

**Голикова Т. А.** Уважаемые коллеги, добрый день. Поскольку Ольга Георгиевна уже сказала о том, что концептуально законопроект был поддержан в первом чтении, то я бы хотела остановиться на той работе, которая была проведена в период между первым и вторым чтением, тем более что законопроект является законопроектом совместного ведения, и согласно процедуре Государственной Думы он на месячную рассылку уходил в регионы Российской Федерации. В регионах Российской Федерации, тех, которые посчитали это целесообразным, были проведены соответствующие мероприятия или обсуждение этого законопроекта.

В преддверии голосования или обсуждения Государственной Думой в первом чтении законопроекта «Об обращении лекарственных средств» мы обращали внимание на то, что в процессе обсуждения законопроекта в Правительстве Российской Федерации был предложен председателем Правительства Российской Федерации ряд поправок к этому законопроекту, я скажу чуть позже, чего они касаются, обсудить и подготовить ко второму чтению законопроект в Государственной Думе.

Собственно такое поручение было сформулировано, оно получило отражение в протоколе совещания заместителя председателя правительства Жукова Александра Дмитриевича, и естественно, в этом мероприятии принимали участие все заинтересованные федеральные органы власти, которые так или иначе занимаются вопросами регулирования законодательства в сфере лекарственного обращения.

Поэтому сначала, прежде чем перейти к каким-либо другим новациям, которые предлагались или предлагаются к законопроекту и завтра будут предметом обсуждения во втором чтении, я бы хотела сказать, что мы нашли в рамках протокола совещания у Жукова А. Д. и совместного обсуждения в Государственной Думе в профильном комитете, согласие по тем позициям, которые были отмечены в этом протоколе.

Первое. Пункт этого протокола, и он достаточно долго обсуждался, – это введение переходного периода для производителей лекарственных средств по приведению условий производства в соответствие с правилами производства и контроля качества, гармонизированного с международными требованиями, а также на основе промышленного выпуска лекарственных средств в необходимых объёмах в связи с запретом аптечного изготовления зарегистрированных лекарственных препаратов.

Сразу хочу сказать, что мы достаточно долго обсуждали эту тему, и до первого чтения, и в процессе подготовки законопроекта ко второму чтению, в том числе встречались с нашими крупнейшими производителями лекарственных средств и определились с датой. Она сейчас поименована в поправках ко второму чтению – это 1 января 2014 года. Это конечная дата, когда все отечественные производители лекарственных средств должны перейти на европейский стандарт качества. Это означает, что лицензии, которые действовали и будут в течение всего переходного периода выдаваться и действовать, также будут действовать до 1 января 2014 года, и соответственно прекратят своё действие, если предприятия не соответствуют стандартам GMP с 1 января 2014 года.

Я сразу буду говорить о том, что ряд депутатов во время обсуждения закона перед первым чтением говорили (и такие вопросы задавались и во время пленарного заседания), что этой дате, которая будет определена, будет предшествовать определённый переходный период, в течение которого и органы государственной власти, и производители должны будут принять или предпринять целый комплекс мер, для того чтобы это всё прошло успешно.

Многие из производителей, производство которых сегодня не соответствует европейским стандартам, в общем, наверное, будут нуждаться в некоей государственной поддержке, которая должна получить своё отражение в готовящейся в настоящее время Министерством промышленности и торговли по поручению председателя правительства программе «Развитие фармацевтической промышленности и промышленности изделий медицинского назначения».

Здесь Министерство промышленности и торговли Российской Федерации присутствует. Если потребуется, вы зададите нашим коллегам

вопрос. Но такая программа готовится, она находится в перечне первоочередных программ, которые подлежат включению в бюджет к финансированию на 2011 год. И мероприятия, которые связаны в перспективе с переходом отдельных наших предприятий, не способных в силу каких-то собственных причин перейти на этот стандарт, или которым нужна государственная поддержка, мы надеемся, что они получат поддержку в рамках этой программы.

Кроме этого данная поправка предполагает, что мы в рамках этого же законопроекта и в рамках полномочий правительства и уполномоченного органа должны будем принять ряд подзаконных актов, которые определяют внутри переходного периода конкретные сроки и конкретные действия тех или иных сторон по переходу на новый стандарт качества. И это означает, что будет издан документ, который будет из себя представлять некий план-график действий той и другой стороны для того, чтобы эти действия были согласованы и не привели к необратимым последствиям.

Что я называю необратимыми последствиями? Понятно, что для производителей – это успеть вложиться в те средства, которые есть у них и которые, возможно, будут предложены государством. Для нас как для министерства, которое больше ориентировано на то, что мы отвечаем за здоровье и благополучие населения и за ценовой сегмент на те лекарственные препараты, которые население потребляет, для нас, конечно, принципиально важно, чтобы традиционные лекарственные препараты, к которым население привыкло и которые сегодня находятся в дешёвом ценовом сегменте, не пропали с лекарственного рынка, с одной стороны. С другой стороны, цены на них не стали выше, чем мы сегодня это можем наблюдать, когда некоторые препараты начинают производиться по новому стандарту качества и цены на них становятся выше в силу объективных причин, потому что и требование к производству, и ко всем остальным процессам более высокие, чем если это стандарту не соответствует.

Кроме того поправки к законопроекту сформулированы так, чтобы все переходные положения, которые с этим периодом связаны, также имели место быть. Я имею в виду следующее.

Сегодня, как вы знаете, лекарственные средства и часть процедур подпадают под закон «О техническом регулировании». Речь идёт о подтверждении процедуры соответствия. Вы знаете, что лекарственный препарат, уже будучи зарегистрированным, проходит ещё две процедуры: процедуру предконтроля и процедуру подтверждения соответствия в соответствии с законом «О техническом регулировании».

Данный законопроект и поправки в него не предполагают уже, что с момента вступления его в силу после регистрации лекарственного препарата требуется ещё процедура предконтроля. Предконтроль уходит из закона как процедура, и как дополнительный административный барьер.

До перехода предприятий на новый стандарт качества сохраняется только процедура подтверждения соответствия. По мере перехода

внутри этого переходного периода до 1 января 2014 года подтверждение соответствия остаётся только по тем предприятиям, которые не соответствуют стандарту. А с 1 января 2014 года, соответственно, эта норма закона «О техническом регулировании» и соответствующая прямая норма закона «Об обращении лекарственных средств» одновременно вступают в силу, и для лекарственного препарата, который в установленном порядке зарегистрирован уполномоченным органом, существует только одна процедура – процедура регистрации и процедура пострегистрационного контроля. Но это общепринятая европейская процедура, мировая процедура, которая всем хорошо известна.

Следующая тема, которая звучала в протоколе правительства. Это порядок лекарственного обеспечения сельских жителей с учётом необходимости приведения норм законопроекта в соответствие с законодательством о лицензировании.

Я напому вам, уважаемые коллеги, что сейчас Комитет по охране здоровья, профильный, выступил с законодательной инициативой, синхронизируя нормы законопроекта «Об обращении лекарственных средств» с нормами законопроекта, который они подготовили, основы в сфере здравоохранения, основы законодательства. И для того, чтобы именно то, что мы записали в этом законопроекте, а я имею в виду отпуск лекарственных препаратов ФАПами, кабинетами врача общей практики и так далее был возможен. Необходимы ещё соответствующие нормы в основы законодательства в сфере здравоохранения, что собственно и сделано. И сейчас, как я понимаю, этот законопроект проходит в установленном порядке рассылку. При этом я хочу сказать, уважаемые коллеги, что никакого дополнительного регулирования, если тот и другой закон вступит в силу с 1 сентября, не требуется.

У нас некоторое время назад существовал порядок, при котором ФАПы отдельно лицензировались на фармацевтическую деятельность. Сейчас, поскольку ФАПы являются, как правило, структурными подразделениями крупных областных больниц, а каждая из них всегда имеет лицензию на фармацевтическую деятельность, дополнительные лицензии на неё ФАПа просто не требуются. Соответствующие действия должен будет осуществить Росздравнадзор для того, чтобы реализовать всё то, что касается ФАПов, к 1 сентября, чтобы мы были готовы для того, чтобы ФАПы могли осуществлять эту деятельность.

Следующая позиция – это уточнение перечня документов, представляемых для ускоренной регистрации воспроизведённых лекарственных препаратов. Эта тема более широкая. Она несколько соприкасается с другими темами, которые обсуждались перед первым чтением, после первого чтения и так далее. И я, сразу забегая вперёд, хочу сказать, что мы уточнили по просьбе, в том числе наших отечественных производителей, процедуры регистрации. Мы уточнили требования к регистрационному досье и развели чётко все процедуры, которые требуются при прохождении регистрации лекарственных препаратов. Мы сделали поправки, которые касаются традиционных препаратов, обращающихся на рынке Российской Федерации более 20 лет и не требующих ис-

следования на биоэквивалентность. Они не попадают на первую фазу регистрации, они сразу попадают на вторую фазу и, соответственно, для них не требуется получения разрешения на клинические исследования и так далее.

Что касается клинических исследований, то очень у многих коллег было беспокойство, что так, как выписана в законопроекте процедура клинических исследований, кажется, что несколько раз придётся уплачивать государственную пошлину, каждый раз обращаясь за разрешением на клинические исследования на первую, вторую и третью фазу. Сейчас мы в законопроекте в рамках поправок это развели и чётко сказали, что государственная пошлина уплачивается только один раз и производитель или иной заявитель по поручению производителя обращается за получением разрешения на регистрацию. И напомню вам ещё раз, что законопроект говорит о том, что лекарственный препарат, который является оригинальным и поступает на государственную регистрацию, имеет предельный срок государственной регистрации до 210 дней, предельный срок регистрации воспроизведённого лекарственного препарата до 60 дней.

Наверное, здесь есть смысл сказать ещё о нескольких вещах, потому что две из них я уже затронула. Сопровождает этот законопроект закон «О государственной пошлине». И вы знаете, что согласно законопроекту процедура государственной регистрации будет включать в себя, в том числе процедуру экспертизы лекарственного препарата. Соответственно, никакие платы, кроме государственной пошлины за регистрацию лекарственного препарата из-за всей экспертизы взиматься не будут. И было достаточно большое количество обсуждений по поводу соразмерности государственной пошлины, максимального её размера – 670 тысяч рублей, которая была предложена. Я в преддверии первого чтения говорила, что эти 670 тысяч были получены не случайно, они были получены в результате прямого сложения стоимости всех этапов процедур, которые проходил лекарственный препарат в процессе экспертизы, регистрации, предконтроля и так далее.

Учитывая, что мы приняли с вами совместную концепцию по поводу того, что кроме процедуры регистрации и внутри неё экспертизы, мы отказываемся в рамках законопроекта от процедуры предконтроля, а его стоимость была одной из самых высоких на этапе регистрации лекарственного препарата и выхода его в обращение, мы уменьшили размер государственной пошлины в связи с этим. И базовый размер государственной пошлины, который в качестве поправки предложен депутатом Комитета по бюджету Государственной Думы, составляет 300 тысяч рублей, и соответственно от него исходят все остальные размеры государственных пошлин за те или иные действия, которые осуществляются в процессе обращения лекарственного препарата.

При этом ещё раз обращаю внимание, что корректировка связана исключительно с тем, что мы отказались полностью от процедуры предконтроля. И государственная пошлина, её размер, одинаковый размер



установлен и для отечественных производителей, и для иностранных производителей.

Как я уже сказала, сообразно этому уточнены все остальные размеры, которые возникают при тех или иных процедурах, при регистрации лекарственных препаратов или изменении в инструкцию по медицинскому применению, получению разрешений на международные многоцентровые клинические исследования и так далее.

Следующая тема. Это ответственность уполномоченных федеральных органов и субъектов обращения лекарственных средств, в том числе за нарушения установленных требований на всех этапах обращения лекарственных средств, и при необходимости внести изменения в законодательство об административных и уголовных правонарушениях.

Здесь мы тоже предложили соответствующие поправки. Я хотела, Олег Викторович, к вам обратиться и к профильному комитету. Думаю, что было бы правильно, поскольку законопроект единый «Об обращении лекарственных средств». Собрав то, что касается поручения законодательства об административных правонарушениях, и то, что я сказала выше, то, что касается закона «О техническом регулировании», нам нужно сделать небольшой закон о внесении изменений в отдельные законодательные акты в связи с принятием закона «Об обращении лекарственных средств».

Этот закон не будет проходить такую длительную процедуру, он не является законопроектом совместного ведения, его можно провести в достаточно быстрые сроки, прямо на весенней сессии. Он готов в принципе, потому что все нормы для него сформулированы. К нему нужно только, я прошу прощения, заголовок приделать и написать пояснительную записку, почему введены такие нормы. И если на то будет ваше решение и воля комитета, естественно, здесь мы тоже поучаствуем, потому что всё это уже predetermined. Введение в текст закона понятия «радиофармпрепаратов» и соответственно особенности их оборота это тоже сделано в рамках поправок.

Теперь буквально несколько слов по тем поправкам, которые так или иначе обсуждались в преддверии первого чтения. Эти поправки касались частично того, о чём я сказала: уточнение процедуры государственной регистрации, проведение клинических исследований и получение на это соответствующих разрешений на всех фазах клинических исследований, и именно того, что государственная пошлина уплачивается только единожды. Это всё мы сделали.

Теперь я бы хотела сказать, что в законопроекте, и это отмечалось ещё во время первого чтения, было сделано такое новшество, которое касалось того, что вводится процедура обязательного страхования жизни и здоровья пациента при проведении клинических исследований. Эта норма была продекларирована, мы предполагали, что она будет инкорпорирована в базовый закон «О страховом деле», но тем не менее в процессе обсуждения с соответствующими специалистами мы пришли к выводу, что эти нормы должны быть вписаны в этот закон. И соответственно такая поправка тоже сделана в рамках подго-

товки законопроекта ко второму чтению. И некоторые её уточнения мы сейчас дополнительно дорабатываем с учётом уже особенностей не законодательства об обращении лекарственных средств, а законодательства о страховом деле.

Ещё одна тема, которая звучала – тема клинических исследований на детях. Здесь тоже мы обсудили соответствующую поправку, уточнили отдельные понятия, которые касаются того, что клинические исследования лекарственных препаратов можно проводить на детях с согласия их законных представителей, но после проведения соответствующих клинических испытаний на взрослых. Это гармонизировано с международными документами, и никаких отличий от международных документов в нашем законопроекте нет.

И ещё на чём бы я хотела остановиться. Это тема, которая касается признания при регистрации лекарственных препаратов клинических исследований, которые были проведены на территории другого государства для оригинальных препаратов. Мы очень внимательно изучили этот вопрос, и я ещё раз хочу сказать, что решается он и решался изначально в законопроекте, который был представлен к первому чтению, двумя способами. Сейчас мы несколько уточнили редакции по просьбе депутатов и сделали ещё одно дополнение.

Но прежде чем я об этом скажу, хотела бы обратить ваше внимание на один нюанс. Поскольку это было предметом достаточно бурного обсуждения в прессе, в публичном пространстве, на заседаниях различных координационных советов, здесь, в Государственной Думе, по поводу того, что мы представляем нецивилизованное общество, когда предлагаем проводить клинические исследования здесь, в Российской Федерации.

Что я имею в виду? Я имею в виду, что все уважающие себя европейские страны (вот соответствующее правило европейской комиссии, регулирующее лекарственные препараты в Европейском союзе), которые говорят о том, что при обзоре эффективности и проведении клинических исследований необходимо дать критический анализ клинических данных, имеющих отношение к эффективности лекарственного препарата в соответствующей популяции.

Как правило, требуется рассмотреть следующие вопросы, относящиеся к данной проблеме: характеристики популяции пациентов, включая демографические особенности, стадию заболевания и другие потенциально важные отличительные характеристики, любые значимые популяции пациентов, исключённые из решающих исследований, а также участие детей и пациентов пожилого возраста. Должны быть обсуждены различия между исследованной популяцией и популяцией, которая, как ожидается, будет принимать лекарственный препарат после его поступления на рынок.

Чтобы учесть всё то, что сегодня принято в этой части в цивилизованном мире, у нас было две базовых нормы закона, которые касались того, что мы никогда не были против того, что если мы подписываем международные соглашения, в которых есть пункты о взаимном при-

знании клинических исследований сторон, то, пожалуйста, такие взаимные признания могут быть сделаны.

Мы никогда не были против того, что проводятся международные многоцентровые клинические исследования на территории Российской Федерации. Пожалуйста, приходите, проводите в наших медицинских учреждениях, это будет, с одной стороны, и плюс для наших специалистов, которые будут, в том числе получать повышение квалификации в этом смысле, это никогда не будет вредно для наших пациентов, поскольку они будут получать в рамках клинических исследований лекарственных препараты.

По просьбе депутатов некоторые нормы законопроекта в этой части разъяснили, уточнили понятийный аппарат и сейчас внесли ещё одну норму, которая касается того, что иностранные производители лекарственных препаратов, приходя на российский рынок, если они не проходили клинические исследования в Российской Федерации, приходят, сразу минуя первую фазу, то есть испытание на здоровых людях. То есть они приходят либо на вторую, на третью фазу, а дальше это уже их решение, объединяют они эти две фазы – вторую и третью – в рамках своих клинических протоколов или они этого не делают. Это сделано как раз для того, чтобы учесть те нормы, о которых я вам сейчас сказала.

Ещё один момент, на который я хочу обратить внимание. Мы избегаем усмотренческого подхода при принятии решений уполномоченным органом по конкретным лекарственным препаратам.

Ни один юрист на сегодняшний день не берёт на себя ответственность выписывать усмотренческие нормы. Что я имею в виду? Если принесли протокол клинического исследования, прошедший все фазы – и испытания на здоровых людях, и испытания на больных людях, и уже выбор дозировки соответствующего лекарственного препарата, то специалист, который принимает решение или должен принимать решение, как действовать дальше с этими документами, должен быть полностью защищён, в том числе от правоохранительных органов, от контрольных органов, которые могут задать ему вопрос – почему одного заявителя вы отправили сразу на вторую фазу, другого заявителя вы отправили на третью фазу, а третьего вообще никуда не отправили, а сказали, что мы принимаем ваш протокол клинических исследований.

Поскольку никто не взялся за выписывание требований к подобного рода нормам, то, естественно, мы предложили те формулировки, о которых я сейчас сказала.

Ещё одна тема, которая тоже звучала в стенах Государственной Думы, – это тема публикации цены на пачках лекарственных препаратов, для того чтобы цена была понятна и доступна для всех участников обращения лекарственных средств, в первую очередь, для населения.

Мы с вами принимали решение, и это сейчас воплощается в жизнь, о том, что Росздравнадзор осуществляет регистрацию фактической отпускной цены производителя, а органы власти, в соответствии с методикой, которую устанавливает тарифная служба, устанавливают либо оптовые, либо розничные торговые надбавки.

По поручению Президента Российской Федерации мы направили сейчас соответствующее письмо губернаторам субъектов Российской Федерации, которое говорит о том, что они на базе той информации, которую публикует по мере регистрации цены Росздравнадзор, и на базе тех нормативных документов, которые они у себя принимают для установления торговых надбавок, обязаны в доступной сети, имеется в виду сеть Интернет, а также аптечные учреждения, которые занимаются реализацией лекарственных препаратов, положить соответствующие брошюры, или как угодно, для того чтобы любой человек мог спокойно подойти и прочитать, что цена на этот лекарственный препарат вот такая, она установлена следующим образом, и складывается там из двух составляющих – цена регистрации и цена торговой надбавки.

Сегодня эта норма нигде не выписана, мы дали такое поручение регионам, чтобы они нам это сделали, и до 10 апреля 2010 года отчитались, предложили им соответствующую форму такого документа, и одновременно прописали соответствующую поправку в законопроекте, который предложен вам ко второму чтению.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Татьяна Алексеевна.

Уважаемые коллеги, я хотела бы сказать, что среди поправок, которые поступили к нам в комитет, я просила бы ещё в процессе обсуждения остановиться на следующих моментах.

Татьяна Алексеевна подробно рассказала о том, что мы обсуждали перед первым чтением, какая работа проведена, какие поправки внесены к нам и будут рассмотрены во втором чтении. Вместе с тем, Валерий Гаврилович, Ваш комитет предлагал особо остановиться на переходном периоде, особенностях переходного периода, о которых Татьяна Алексеевна говорила. Упоминали о необходимости внесения изменений в основы, мы их уже внесли. Такой законопроект, Олег Викторович, уже находится на рассылке. До сентября месяца, если будет принят закон и начнёт действовать с 1 сентября текущего года, эта норма будет не декларативной, а прописанной уже в законе, это тоже для нас очень важно.

Что касается проекта федерального закона «О внесении изменений в ряд законодательных актов», это Кодекс об административных правонарушениях и техническое регулирование – задача, над которой мы тоже постараемся поработать.

Вместе с тем просила бы субъекты обратить внимание на реализацию такой возможности как улучшение социальной нормы доступности лекарств на ФАП и ФП, и в сельской местности, через ФАП и ФП, в своих выступлениях отразить эту позицию.

Цены на пачках, Татьяна Алексеевна на этом останавливалась. Если есть возможность обсудить эту тему, это важно, потому что она противоречит, на взгляд комитета, концепции закона. Кроме того, есть предложение некоторых депутатов, которое тоже не поддерживается нашим комитетом, – это продажа лекарств через автоматы, фармавтоматы. Хотела бы также, чтобы в процессе обсуждения вы обратили внимание на клинические исследования и так далее.

Уважаемые коллеги, ещё раз хочу напомнить порядок и ту норму, которую мы вводим у нас на комитете. Пожалуйста, постарайтесь в течение 3–4 минут излагать свою позицию, потому что хотелось бы, чтобы, как можно большее количество коллег выступили.

Итак, я хотела бы с особым удовольствием предоставить слово первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по промышленности (они – наши соисполнители) Драганову Валерию Гавриловичу.

**Драганов В. Г.** Я возможно повторюсь в некоторых уже прозвучавших ранее тезисах для подтверждения того, что к этому этапу разработки закона мы пришли к определённым договорённостям, что не может не вызывать удовлетворения, и хотел бы напомнить о некоторых наших тревогах, которые остаются, их два–три, не более.

Мы очень рады тому, что консенсус относительно двух основных векторов государственной политики, а именно, локализации и запуск новых производств инновационных препаратов в законе отражён.

Здесь же я хочу сказать, что мы приветствуем изменение сроков запуска программы Министерства промышленности Российской Федерации и прозвучавшее подтверждение, что бюджетные проекторки – это реальность на 2011 год, нас тоже удовлетворяет. Комитет по промышленности отмечает это как весьма позитивное продвижение.

Обязательная сертификация. Я не стану распространяться дополнительно. Мы приветствуем, я бы назвал, либеральный подход, который в вашем лице, Татьяна Алексеевна, и вашем министерстве и правительстве продемонстрирован. Я считаю, что это явный знак к укреплению экспертного сообщества, взаимодействию бизнеса и правительства.

Я продолжаю беспокоиться по поводу вывоза лекарственных препаратов.

**Голикова Т. А.** Отвечаю. Внесена поправка.

**Драганов В. Г.** Очень хорошо. Поскольку нам нельзя просто перед всем миром ударить в грязь лицом со своими доморощенными, не очень современными нормами. Мы уже пережили период их спецэкспортёров и, вообще, тарифные и нетарифные меры и экспорт никак не согласуются, если это не технология двойного назначения.

Мы надеемся, и вы об этом сказали, Татьяна Алексеевна, что на подзаконном уровне будут устранены риски относительно толкования. Вы об этом специально сказали, спасибо.

Нас продолжает заботить проблема государственных закупок. Но это, кстати, не только проблема медицинского рынка препаратов, а, вообще, проблема государственных закупок. Мне кажется, что депутаты сегодня до точки кипения эту дискуссию довели, в правительстве тоже понимают. Вчера Сергей Борисович Иванов подтвердил линию правительства. На самом деле уже пора этому, если не конец положить, то, по крайней мере, дать знак обществу, бизнесу, что что-то с этим мы будем делать.

Сейчас, для сведения наших гостей, в разных профильных комитетах вопросы о совершенствовании закупок не только обсуждаются, но и серьёзно прорабатываются.

Конечно, я напоминаю себе, в первую очередь, нашему комитету и уважаемым коллегам о том, что нужно нам создать инновационный лифт для разработчиков препаратов. Это наиболее, по-моему, важная задача. И, конечно, мы по-прежнему озабочены тем, чтобы трансграничный оборот биологических материалов никак не сталкивался с проблемами.

Нельзя проблемами борьбы за качество, жизнь, здоровье человека, заслонять проблему дополнительных процедур, дополнительного прес-са и уж тем более ограничение и запретов. Давайте найдём правильное решение, чтобы трансграничный оборот не стал препятствием для этого. Больше мне нечего сказать. Спасибо.

**Голикова Т. А.** Тогда я буду комментировать. Очень много в публичном пространстве было суждений разного рода относительно того, что законопроект «Об обращении лекарственных средств» должен содержать в себе процедуры потребления населением лекарственных препаратов. Должна сказать, что этот законопроект не про это, он всё-таки законопроект об обращении лекарственных средств, но что мы видим на сегодняшний день. Этот законопроект является первым в череде тех, которые должны отрегулировать лекарственное обращение в Российской Федерации, в том числе он является первым этапом для того, чтобы выстроить правильную систему лекарственного обеспечения в Российской Федерации.

Очень многие выступают по поводу концепции лекарственного страхования, и здесь я должна сказать следующее. Дело в том, что концепция лекарственного страхования возможна при двух обстоятельствах. Обстоятельство первое – наличие собственного развитого отечественного производства, это первый залог успешного развития системы лекарственного страхования, а второе – это, безусловно, то, что связано с обеспеченностью финансово всей системы страхования, что сейчас в условиях понятных всем финансовым ограничениям представляется достаточно сложным.

Но мы эту проблему со счётов не сбрасываем и применительно к государственным закупкам я хочу сказать следующее: что сейчас, когда 1 апреля будет завершена процедура государственной регистрации цен на перечень жизненно важных и необходимых лекарств, мы, очевидно, и мы это уже обсуждали между собой, выйдем с предложением, что ряд регионов самодостаточных и подготовленных согласится выйти на пилотный проект относительно того, чтобы можно было приобретать лекарственные препараты в любом аптечном учреждении с последующим возмещением по зарегистрированной цене. Успешность или неуспешность этого проекта будет означать последующее его распространение по территории Российской Федерации для льготных категорий населения, а уже потом для целей последующего лекарственного страхования.

При этом я хочу сказать, что, если это состоится, то будет означать, что мы уходим применительно к лекарственным средствам от процедуры государственных закупок и процедуры 94-го закона. Это наше будущее, которое мы планируем с Росздравнадзором каким-то образом

организовать в самое ближайшее время. Теперь ещё раз подчёркиваю, что внесена поправка по отмене регистрации на экспорт.

Что касается поддержки инновационных препаратов, то мы эту проблему хорошо понимаем вместе с Минпромторгом и одной из составляющих мероприятий программы и стратегии развития фармацевтической промышленности является как раз государственная поддержка именно инновационного производства и инновационных разработок. И обращение биоматериалов, тема очень сложная. В данном законопроекте есть отсылочная норма на решение Правительства Российской Федерации, потому что сейчас это вообще никак не урегулировано. Но в соответствии с планом работы правительства в декабре месяце по поручению как раз Иванова С. Б. мы должны внести в правительство закон о биомедицинских технологиях и основные положения как раз в законодательном поле должны будут найти своё регулирование и после этого, естественно, выйдут соответствующие подзаконные акты. И мы полагаем, что приблизительно в это же время должен получить своё изменение законопроект о трансплантации органов и тканей, потому что он так или иначе связан с этим законопроектом.

**Председательствующий.** Большое вам спасибо. Хочу сказать, что в поле зрения и на площадке нашего комитета уже в течение года идёт переписка с Минэкономразвития России по поводу представления Минэкономразвития России об изменениях в 94-й закон. Поэтому, Валерий Гаврилович, большое вам спасибо.

И вместе с тем хочу сказать участникам «круглого стола», что настоящие Минэкономразвития России на том, что преференция для отечественных производителей существует при закупках, что она работает у нас в стране. Это не совсем так. И 417-й приказ, который сопровождает этот закон. Поэтому спасибо, что мы вернулись к этой теме, и что не только наш комитет, но и другие профильные комитеты озабочены этой ситуацией.

Уважаемые коллеги, я хочу предоставить слово председателю комиссии Общественной палаты по охране здоровья и экологии Ачкасову Евгению Евгеньевичу.

**Ачкасов Е. Е.** В Общественной палате была сформирована специальная рабочая группа по обсуждению данного законопроекта. И в состав рабочей группы вошли, как члены Общественной палаты, так и представители различных слоёв нашего общества. Это были и представители производителей фармпрепаратов, и представители аптечных сетей, различных профессиональных медицинских ассоциаций, а также представители специализированных средств массовой информации, что с нашей точки зрения было очень важным. И был вынесен ряд предложений, поправок, которые мы передали в соответствующий профильный комитет Государственной Думы. Конечно, хотелось бы выразить благодарность и Ольге Георгиевне, и представителям министерства за их участие в работе рабочей группы Общественной палаты.

В целом, конечно, данный законопроект рабочая группа признала необходимым, своевременным. И мы считаем необходимым его под-

держать. При этом члены Общественной палаты выразили озабоченность своевременным принятием необходимых подзаконных актов для реализации данного законопроекта, чтобы он принимался сразу, соответственно, они ещё не отстали. И в целом, конечно, мы благодарны за совместную нашу работу.

**Голикова Т. А.** Действительно, ряд поправок, которые высказывались, они тоже попали, ну, просто они более детальные, я на них не останавливаюсь, которые, как я понимаю, поддержала рабочая группа, состоявшаяся во вторник.

Что касается подзаконных актов. Дело в том, что правительственные нормативные акты к моменту принятия законопроекта в третьем окончательном чтении должны быть подготовлены и представлены для сведения в Государственную Думу. Это не значит, что они уже все полностью должны быть согласованы и выпущены, потому что это невозможно в отсутствие закона. Но тем не менее такая работа проводится сейчас. Действительно к тому моменту, когда Государственная Дума поставит на голосование вопрос в третьем чтении, в комитет будут переданы проекты нормативных актов правительства. Но помимо всего прочего ещё есть проекты приказов уполномоченного органа, которые тоже вытекают в свою очередь из правительственных решений. Поэтому соответствующая работа будет проведена. И в этом смысле, чем быстрее будет принят законопроект, тем естественно быстрее будет проведена эта работа, и подготовлены все необходимые документы для того, чтобы это всё вступило в силу, как и предполагается в законопроекте с 1 сентября.

Особо хочу обратить внимание на то, что многие отечественные производители, когда мы обсуждали эту тему, высказывали пожелание относительно того, чтобы был мягкий переходный период, потому что документы на регистрацию поданы. Они находятся уже в каком-то рассмотрении там. Ужесточаются требования к экспертам, к специалистам. Здесь везде по всему тексту законопроекта внесены поправки, которые касаются следующего, скажем.

Если документы поданы на государственную регистрацию, они там и остаются, проходят регистрацию полноценно. И государственная пошлина дополнительная за процедуры, которые проходят, не взимается. Специалисты, скажем, эксперты, которые должны работать в экспертном учреждении и соответствовать всем требованиям, продолжают работать в экспертном учреждении. И соответствующие процедуры перереаттестации, если таковая требуется, должны пройти до 1 мая 2011 года. То есть по каждой такой позиции, которая предполагает переходный период, такие переходы и установлены.

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, прежде чем представить слово следующему выступающему, я хотела бы информировать участников «круглого стола», что у нас зарегистрировались из желающих принять участие в работе 81 человек, представителей прессы – 20. И из регионов прибыло 13, из субъектов, которые нам давали предложения ко второму чтению. В общем, к первому чтению 78 субъектов



Российской Федерации представили свои отзывы по этому законопроекту. А конкретные предложения ко второму чтению были внесены 18 субъектами Российской Федерации.

Я хотела бы предоставить слово заместителю председателя комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению Коровникову Александру Венедиктовичу.

**Коровников А. В.** Должен сказать, что в Совете Федерации закон практически нашим комитетом, да и многими членами Совета Федерации, проработан очень детально. Более 50 членов Совета Федерации дали в наш комитет по социальной политике и здравоохранению около 50 поправок. Наш комитет обобщил, свёл в таблицу в профильный комитет Государственной Думы 31 поправку. Все они рассмотрены, обсуждены.

Поэтому считаем, что закон к принятию во втором чтении готов. Хорошей вам работы. И ждём закон в Совете Федерации для того, чтобы его одобрить, и президент быстро его подписал. Поддерживаем закон с учётом всех поправок, которые приняты и отклонены.

**Председательствующий.** Спасибо большое за поддержку, потому что действительно ваши поправки поступили, и мы внимательно над ними продолжаем работать, и это рассмотрено на рабочей группе.

Я хотела бы предоставить слово Разумову Сергею Викторовичу, заместителю директора департамента Минпромторга России.

**Разумов С. В.** Я не буду останавливаться на федеральном законе, который мы согласовали, в котором мы принимали самое активное участие в разработке совместно с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Хотел бы сказать, что самое сложное – это реализация законодательного акта впоследствии. И, естественно, не только федеральная целевая программа является механизмом реализации всех законодательных норм, прописанных там.

Что касается федеральной целевой программы по развитию медицинской техники и фармацевтики, она находится в стадии разработки, причём достаточно близка к первой итерации готовности, согласовывается органами-соисполнителями. Мы на данный момент понимаем, какие индикаторы показателей ждём в реализации этой программы, в какие годы и, в результате – в 2020 году. Мы используем этот механизм, как в реализации закона, так и в реализации стратегии развития фармпромышленности, которая нами, Министерством промышленности и торговли, утверждена. Помимо этого не следует забывать и о других механизмах взаимодействия, реализации некоторых законодательных норм, поскольку возможности федеральной целевой программы не безграничны. Поэтому напоминаю о том, что работает комиссия по модернизации экономики, в которой есть рабочая группа Виктора Борисовича Христенко по разделу «медтехника, фармацевтика». Мы активно принимаем участие в работе правительства по реализации основных направлений деятельности, по которым есть карты проекта. Есть уже проекты, одобренные комиссией. Идёт тесная работа с Аппаратом Пра-

вительства Российской Федерации, с Администрацией Президента по реализации фармацевтических проектов, направленных на то же самое, что и нормы закона, и наша стратегия развития «Фарма-2020».

Более того, в ближайшее время запланировано заседание совета по фармацевтике при правительстве под руководством Игоря Ивановича Сечина, на котором будет рассматриваться ряд вопросов, напрямую касающихся этих видов деятельности. И мы уже готовы доложить о первом этапе мероприятия по реализации нашей стратегии. Если какие-то конкретные вопросы есть по федеральной целевой программе, я готов на них ответить, но хочу предупредить, что документ находится в процессе разработки, поэтому не на все вопросы могу ответить.

**Председательствующий.** Но желательно, чтобы вы его разрабатывали более интенсивно. Спасибо.

Надо сказать, что мы являемся членами рабочей группы при президенте, при Правительстве Российской Федерации, которую Игорь Иванович возглавляет и Виктор Борисович, поэтому мы в курсе событий. И комитет принимает и своё мнение, и слово в этом плане тоже имеет, и будем дальше способствовать успешности этой работы.

Уважаемые коллеги, я хотела бы предоставить слово ещё одному разработчику закона, который внесён – Рождественскому Ивану Кирилловичу, директору Департамента ветеринарии Минсельхоза.

**Рождественский И. К.** Минсельхоз в самом деле принимал участие в разработке законопроекта. К сожалению, мы подключились к работе практически на финальных стадиях, но тем не менее благодаря конструктивной позиции Минздравсоцразвития Российской Федерации, особенно Татьяны Алексеевны Голиковой, всё то, что касалось обращения лекарственных средств для животных, или как они названы в законе, – «лекарственных средств ветеринарного применения» – было учтено.

Вместе с тем, как нам представляется, скажем так, канва законопроекта этими поправками не была нарушена в итоге.

По тем поправкам, которые вносились и которые в том числе рассматриваются сегодня.

С нашей точки зрения, всё сделано правильно, введено много уточняющих поправок, в том числе и в нашей сфере, ну, может быть, целесообразно было бы (и мы такие предложения сегодня к вечеру подготовим в связи со, скажем так, технической правкой ряда статей, связанных с препаратами медицинского назначения) ввести аналогичные поправки и в статьи касательно препаратов ветеринарного назначения. Это вопросы исключительно технические.

Чрезвычайно важный момент, который ещё нашёл отражение в законопроекте и нас беспокоит (это вопросы абсолютной техники, ссылки на номера статей и так далее), который вытекает из особенностей обращения лекарственных средств для животных – это вопрос о рекламации при неполучении ожидаемого эффекта.

Мне не надо вам объяснять, что лекарственные средства для животных в основной своей части – это средства массового применения, ну,

естественно, они применяются одновременно на большом количестве объектов животных или птиц. В основном это средства профилактики. То есть это или вакцина, или антибактериальные средства, например, достаточно широкого применения. И чрезвычайно важно для хозяйствующего субъекта, который является основным применителем этих лекарственных средств, получить тот ожидаемый эффект в части профилактики, на который он рассчитывает. Это его прямые экономические интересы.

И сейчас в законопроекте это появилось, чем мы чрезвычайно удовлетворены.

**Председательствующий.** Я хотела бы с удовольствием предоставить слово депутату Государственной Думы Селезнёву Валерию Сергеевичу, сопредседателю межфракционного депутатского объединения по делам инвалидов.

**Селезнёв В. С.** Я как сопредседатель межфракционного депутатского объединения по делам инвалидов оценивал законопроект, который мы сегодня рассматриваем именно с точки зрения установления гарантий защиты тех субъектов, которые являются слабой стороной отношений и в силу объективно существующего неравенства неспособны самостоятельно защитить свои интересы. В данном случае я говорю о детях и инвалидах, признанных недееспособными.

Поэтому, проанализировав данный законопроект, мы пришли к выводу, что он в первом чтении достаточно слабо учитывал интересы этой группы людей, защищённость была недостаточной, и внесли несколько конкретных поправок, которые, я надеюсь, были учтены при рассмотрении. Я, честно говоря, просто не знаю результат, поэтому прошу меня простить, если я что-то повторю дважды.

В законопроекте, первое, не учитывалось, что несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет уже обладают дееспособностью, и поэтому была дана поправка о необходимости предоставить несовершеннолетним в этом возрасте – от 14 до 18 лет – право определять своё участие в клинических исследованиях лекарственных средств, давать согласие на участие в исследованиях, а при изменении отношения к ним отказываться от участия, причём на любой стадии проведения исследования.

Следующая поправка, вторая, которая была дана, – это то, что в законопроекте содержится запрет на проведение клинических исследований на несовершеннолетних детях, не имеющих родителей. Мы предлагаем ещё распространить этот запрет, который абсолютно верный по сути своей, на детей, родители которых лишены родительских прав, потому что данная категория выпадает и слабо защищена, потому что не имеет часто законных представителей.

И третье. Это следующая категория – люди, страдающие психическими заболеваниями и признанные недееспособными. В соответствии с законопроектом допускается клиническое исследование лекарственного препарата на лицах с психическими заболеваниями и признанных недееспособными в том случае, если препарат предназначен для лечения

психических заболеваний и если есть письменное согласие законных представителей указанных лиц. Отсутствие требования о получении согласия от самого недееспособного, по крайней мере, в случае, когда психический больной способен выразить согласие на участие в исследовании, открывает, по нашему мнению, дорогу медицинским экспериментам над людьми такого же свойства, как проводились в 40-е годы, но об этом не хочется говорить.

Для исключения циничного отношения к людям, страдающим психическими заболеваниями, использования их в качестве человеческого материала для опытов, необходимо существенно расширить перечень их гарантий. Во-первых, необходимо ввести требование, что если недееспособный способен выразить своё согласие на участие в исследовании, исследователь должен получить его. Следует при этом доступно довести информацию до пациента, и в случае его понимания, он должен подписать и собственноручно датировать письменную форму информированного согласия.

Даже родственники лица, страдающего психическим заболеванием, могут не устоять перед искушением заработать на больном родственнике – это жизнь, к сожалению, а что же говорить об опекунах, которыми выступают администрации медицинских учреждений, в которых содержатся психически больные граждане. Легко предвидеть, что многие не устоят перед приплатами, подарками и посулами, которые предложат фармацевтические компании.

Необходимо ввести требование о том, что клиническое исследование лекарственного препарата может проводиться на недееспособных лицах при условии, что лекарственное средство предназначено для лечения психических заболеваний и что клиническое исследование не может быть проведено на дееспособных лицах. То есть проведение такого исследования должно быть исключительной, вынужденной мерой, когда иначе провести исследование объективно невозможно, а не в силу того, что не подыскали добровольцев из дееспособных граждан, когда исследование направлено на улучшение здоровья контингента больных, которых представляют участвующие в нём пациенты.

Ещё один момент, на котором хотелось бы остановиться, – это то, что необходимо ввести требование о даче согласия на проведение исследований не только со стороны законного представителя, а ещё и органа опеки и попечительства. Помимо оценки соблюдения интересов недееспособного при даче согласия на проведение клинических исследований лекарственного препарата орган опеки и попечительства должен вести персональный учёт привлечения недееспособных граждан к таким исследованиям. Все те требования, о которых я сейчас упомянул, полностью соответствуют по нашей оценке международной практике и требованиям Хельсинкской декларации, принятой на 18 съезде Всемирной медицинской ассоциации, и очень хочется выразить надежду, что комитет и Минздравсоцразвития услышат и высказанные замечания в виде поправок будут учтены при дальнейшем прохождении законопроекта.

**Председательствующий.** Коллеги, я хотела бы предоставить слово президенту Российской фармацевтической ассоциации «Росфарма» Александру Дмитриевичу Апазову.

**Апазов А. Д.** Прежде всего я хочу сказать, что принятие закона, безусловно, это очень правильная и своевременная мера, и я предполагаю, что принятие закона позволит значительно улучшить качество лекарственной помощи в нашей стране. Оно сегодня требует значительного улучшения.

У меня нет замечаний по закону, потому что те поправки, которые наша ассоциация рассматривала, те, что внесены, на мой взгляд, были правильные, за исключением одной, которую вы озвучили.

По моей оценке, поправка, которая вносится, о продаже лекарств через автоматы совершенно не соответствует тому мнению, что качество лекарственной помощи от этого будет приближено к населению и будет безопасным, улучшит в конечном итоге качество помощи.

Мои аргументы. Эмоционально у меня громадные аргументы, я не буду говорить, потому что всю жизнь занимался этой проблемой, и, вы понимаете, такое предложение может внести человек, который не понимает сути лекарственной помощи. То есть он или не занимался этим вопросом, или ему совершенно безразлично состояние здоровья наших граждан.

Вот аргумент. Каждое лекарственное средство имеет режим хранения. Первое – влажность. Второе – температура, свет.

Скажите, пожалуйста, сколько автоматов нужно разных типов работать под разные упаковки и тому подобное, чтобы продавать лекарства, и экономически это было бы целесообразно?

Да, хорошо. Отпуск каждого лекарства обязан сопровождаться пояснением специалиста, я подчёркиваю: специалиста. Лекарство – это не товар, не продукт, который человек знает, как принимать. Каждый препарат должен сопровождаться пояснением специалиста, прежде всего по правилам его хранения, применения и действию. И всё это записано в правилах отпуска лекарств, которые утверждены Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Продажа через автоматы и на селе экономически нецелесообразна, как вы понимаете. И на мой взгляд, принятие сейчас этого нового закона позволит через фельдшерско-акушерские пункты, которых десятки тысяч, сделать доступной лекарственную помощь населению на селе.

В настоящее время в городах, особенно крупных, лекарственная помощь более чем доступна.

Вот я бы сказал, наоборот, что надо сегодня сокращать количество аптечных учреждений, которые имеются в городах, крупных городах особенно, по одной простой причине, что там не соблюдаются нормы сохранения лекарств, там зачастую работают неспециалисты.

И ещё. Я не знаю, какую надо иметь Росздравнадзору службу для того, чтобы всё это контролировать, это просто невозможно сделать.

Я думаю, здесь, конечно, надо ужесточить требования к тому, чтобы аптечная сеть не расширялась бесконтрольно.

Я также не знаю, каким образом можно осуществлять контроль цен, которые вводятся в автоматы.

Контроль качества лекарственного средства, вы знаете, что любой человек, обратившийся в аптеку, может потребовать сертификат качества и так далее. Как в автомате он будет требовать этот сертификат качества, я просто не знаю. Короче говоря, автомат – это возможность расширения продажи контрафактной, фальсифицированной и любой другой продукции.

**Драганов В. Г.** Александр Дмитриевич! Всё, что вы сказали, ровным счётом не относится к людям. Вы тут запугали всех пришествием, не дай Бог, автоматов. Я думаю, что рано или поздно они придут.

**Апазов А. Д.** Уже есть мировой опыт, они уже ушли.

**Драганов В. Г.** Нет, может быть, потом они и уйдут. Вопрос в другом. Давайте не забывать о том, что существует конкуренция. Вот вы говорите: надо ограничивать расширение. А как это надо делать, подскажете?

**Апазов А. Д.** Очень просто. Во всём мире существует система контроля, разные способы системы контроля за этим процессом.

**Драганов В. Г.** Система контроля в нашем государстве чрезмерно громоздкая, она привела к усугублению коррупционности всех взаимоотношений.

**Апазов А. Д.** Согласен.

**Председательствующий.** Спасибо, Александр Дмитриевич.

Я просто хочу сказать, уважаемые коллеги, если бы это была одна поправка, а их несколько. И спасибо за такой профессиональный подход.

Комитет тоже посмотрел, что делается в мире. Мы учтём, естественно, ваши замечания. Это послужит ещё одним аргументом на заседании комитета.

И вместе с тем хочу сказать: тот, кто первым в мире ввёл автоматы, первый же и отказался – Япония. Кроме как для продажи средств гигиены, они не используются. Поэтому есть проблемы по этому вопросу.

И, кроме того, на рабочей группе было сделано очень важное замечание: это единственная отрасль торговли, где стоит человек у прилавка, имеющий среднее или высшее фармацевтическое образование, который осуществляет контроль и консультацию. Поэтому, пожалуйста, если кто-то хочет средства гигиены. Кто запрещает? Для этого не надо в наш закон ничего вносить. А по большому счёту – спасибо за поддержку позиции комитета.

Уважаемые коллеги, я хотела бы предоставить слово генеральному директору Ассоциации российских производителей фармацевтической продукции Дмитриеву Виктору Александровичу.

**Дмитриев В. А.** Не буду повторяться об актуальности и своевременности закона, уже много было про это сказано. Хочу только ещё раз подтвердить и поприветствовать ту большую работу, которая была проведена и в комитете, и с отдельными депутатами, и с фракциями,

и отметить то, что многие принципиальные поправки, на которых настаивали члены нашей ассоциации, были услышаны и нашли своё отражение в законопроекте.

Прежде всего то, с чего начала Татьяна Алексеевна Голикова, – это переход отрасли на GMP. Для нас этот вопрос важный, принципиальный, и мы очень хотим выразить большие надежды, что установленный срок будет реализован.

Второй момент, который автоматически вытекает из первого, – это отмена регистрации субстанций, который также нашёл своё отражение. Я хочу отметить то, что отмена процедуры регистрации не означает снижения контроля качества за этими субстанциями. Моменты, связанные с GMP, говорят о том, что сам производитель несёт ответственность за контроль над этими субстанциями, и те предприятия, которые сегодня перешли уже на такие стандарты, с этим работают, и здесь мы находим поддержку.

Ещё один вопрос, о котором также уже было сказано, – это необходимость регистрации препаратов, которые предназначены только для экспорта. Мы считаем, что эта поправка, с одной стороны, повысит экспортный потенциал отечественных предприятий; с другой стороны, повысит инвестиционную привлекательность для зарубежных компаний.

И ещё один важный и принципиальный момент – это чёткое прописывание критериев, которым должны соответствовать эксперты, и соответственно их ответственность. Для нас это крайне важно, и мы благодарны за то, что эти вопросы нашли своё отражение.

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, я хотела предоставить слово Петрову Владимиру Ивановичу, ректору Волгоградского государственного медицинского института, главному внештатному специалисту Минздрава России.

**Петров В. И.** Я принадлежу к сообществу тех людей, которые создают лекарства, которые их изучают на доклиническом этапе, которые изучают их безвредность, которые исследуют, проводят клинические исследования лекарственных средств и рекомендуют их для применения. Поэтому мне приятно чувствовать себя среди специалистов разного уровня человеком, деятельность которого сегодня так широко обсуждается.

Впервые (и мне хочется это отметить) обсуждается в плане закона об обращении лекарственных средств судьба и роль отечественных лекарств. Поэтому Валерий Гаврилович, вам особое спасибо и Евгению Евгеньевичу: впервые на столь высоком собрании говорится о том, что приоритетным является создание отечественных препаратов на уровне законодателей. Конечно, мы будем это делать. Я признаюсь, что имею отношение к этому закону, и Татьяна Алексеевна поручала мне работать над частью этих статей. Я считаю, что закон полностью соответствует тому, что он может быть принят во втором чтении. Единственное замечание – я не буду говорить также о клинических исследованиях лекарств. Абсолютно верно Татьяна Алексеевна сказала о том, что пер-

вая фаза должна проводиться за рубежом, если речь идёт о зарубежных фармпрепаратах. Пусть они изучают это на себе. А вы правы, Татьяна Алексеевна. Вы даже не заметили, когда сказали, что взаимоотношение на уровне закупки, обмена лекарств должно быть двухсторонним. То есть это должно быть выгодно не только зарубежным фармпроизводителям, но и нам. Поэтому пусть первую фазу они изучают, а вторую, третью – пусть они объединяют их – обязательно проводить здесь, обязательно. Поверьте моему опыту. Я руководил многими многоцентровыми исследованиями лекарственных препаратов.

Единственное, что мне хотелось бы добавить, это следующее. По этическим комитетам: всё-таки в правилах GMP это есть, и логика подсказывает следующее. Этический комитет должен включать большинство представителей врачебного сообщества. Надо хотя бы на одного больше. Дело в том, что только мы способны оценить потенциальный риск исследований. Я понимаю религиозные, общественные интересы. А может быть, ещё какие-то интересы. Это тоже все знают. Всё-таки надо, чтобы врачебное, медицинское сообщество было представлено хотя бы на одного человека больше.

**Председательствующий.** Большое спасибо.

**Голикова Т. А.** Нехорошее предложение. Владимир Иванович, сейчас сделали поправку 50 на 50. Решили, что это будет целесообразным для настоящего этапа, потому что такая организация в том виде, в котором она существует в цивилизованном мире, в принципе у нас не существовала и не работала никогда. Поэтому мы и решили сделать сейчас 50 на 50. Время нас скорректирует.

**Председательствующий.** Коллеги, мы продолжаем наш «круглый стол», и я хотела предоставить слово Береговых Валерию Васильевичу, заместителю председателя комитета Торгово-промышленной палаты по предпринимательству в здравоохранении и медицинской промышленности.

**Береговых В. В.** Сегодня вы мне очень облегчили задачу. Тот широкий круг обсуждения коллегами, который прошёл, честно говоря, очень её облегчил. Мы прислали вам больше 50 страниц замечаний, поправок, которые подписали Примаков Е. М. и Шохин А. Н. Мы с РСПП вместе прислали. На нашей площадке собрались тогда больше 150 человек – представителей сферы обращения лекарственных средств, очень бурно обсуждали, смотрели. Мы обобщили эти материалы и их представили. Я хотел бы обратить внимание на одну часть, потому что больше 50 страниц поправок. Я понял, с ними сейчас активно работа идёт, многое учтено.

**Председательствующий.** Предложений, не поправок, а предложений.

**Береговых В. В.** Нет, нет. Предложений в понятийный аппарат. Он сложился не в результате написания этого закона, а в результате нашей объективной жизни. У нас сегодня есть и фармакопеи и ГОСТы. Очень много нормативных документов есть и учебников. И уже вот этот понятийный аппарат действует в нашей стране, поэтому просьба к специали-



стам – внимательно вычитать понятийный аппарат, потому что будет очень неправильно, если примется закон, а потом мы начнём менять, например, фармакопею Советского Союза, потому что она сегодня действует, для примера, но мы её поменять уже не можем. Вот я говорю, мы внимательно смотрели, поэтому просьба ещё посмотреть.

**Председательствующий.** Я предоставляю слово руководителю Центра мониторинга безопасности лекарственных средств Липахину Владимиру Константиновичу, Росздравнадзор, пожалуйста.

**Липахин В. К.** Я хотел бы привлечь ваше внимание к проблеме безопасности лекарств. Когда человек погибает от заболевания, это жалко, обидно, но когда он погибает от лечения, от лекарственного препарата, – это неприемлемо.

В нашей стране были неоднократные попытки создать систему фармаконадзора. И сейчас мы находимся на стадии воссоздания системы и организован Федеральный центр мониторинга безопасности лекарств.

Когда он был организован, мы получили 190 сообщений о побочных эффектах. Это было в конце 2007 года. Уже в следующем году было 1074 сообщения. В прошлом году мы получили 6 тысяч сообщений. Это примерно сотая или тысячная часть всех тех осложнений, которые происходят. У нас, к сожалению, культуры репартирования ещё нет.

Я могу говорить об этом очень много, но у меня конкретные замечания к формулировке в законе. Если взять статью 62 «Мониторинг безопасности лекарств», то в ней сказано о том, что мониторинг проводится уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. И всё.

Дело в том, что во всём мире основным методом выявления побочных эффектов являются спонтанные сообщения. И основным звеном в этой цепи фармаконадзора являются региональные центры. Сейчас их создано уже 55. Почему они являются основным звеном? Потому что они находятся, как правило, в клинических центрах в своём регионе. Они находятся рядом с врачами, рядом с больными. От их активности зависит, насколько эффективна система фармаконадзора. Поэтому у меня предложение добавить сюда, что не только уполномоченным федеральным органом исполнительной власти проводится мониторинг, но и органами исполнительной власти субъектов Федерации. На мой взгляд, это обязательно надо сделать.

Ещё одна вещь, значит, следующая статья. Субъекты обращения лекарственных средств должны сообщать в установленном порядке обо всех случаях побочных действий, несоответствующих сведениям о лекарственных препаратах, содержащихся в инструкции.

Вот я просил бы депутатов убрать эту часть, содержащуюся в инструкции. Представьте себе простую вещь. В инструкции написано, что препарат может вызывать анафилактический шок. Если он вызывает такое серьёзное осложнение, очень часто летальное, в одном из 10 тысяч случаев, – это одна ситуация. Если мы получаем сообщение, что анафилактический шок возникает у каждого десятого, это уже вопрос к тому,

чтобы препарат, либо ограничивать, либо запрещать. А если в инструкции написано, что он может вызывать анафилактический шок, то в соответствии с этой формулировкой врач не должен сообщать об этом.

У меня есть ещё целый ряд конкретных замечаний, я их могу, не занимая вашего внимания, передать в письменном виде. Но ещё на одну вещь хотел бы обратить внимание.

Я в течение семи лет был заместителем генерального директора Всемирной организации здравоохранения в штаб-квартире ВОЗа и курировал вопросы медицинских технологий и лекарственных средств. У нас в департаменте был и есть центр ВОЗовский по мониторингу безопасности лекарств. Там примерно четыре с половиной миллиона сообщений о побочных эффектах, включая серьёзные. И когда я попросил директора этого центра, профессора Ральфа Эдвардса, проанализировать, каковы же основные причины, оказалось, что основные причины – это некачественные препараты.

Человека можно убить лекарственным препаратом отличного качества, если его неправильно применять. И больше 50 процентов тяжёлых осложнений в фарматерапии – это нерациональное использование лекарств. Поэтому говорить нужно не только о безопасности лекарств, нужно говорить о безопасности больных.

И ещё. Когда в главе по возмещению ущерба идёт речь, о том, что ущерб может быть, то отвечает за это и оплачивает этот ущерб производитель; если что-то неправильно было сделано и если хранился препарат с нарушениями, – дистрибьютор или аптекарский работник. А если препарат был неправильно назначен? И это в очень большом проценте случаев.

И позвольте мне перейти к вопросу о клинических испытаниях. По нему я, извините, не совсем согласен: мол, если мы не признаём результаты зарубежных испытаний и не проводим испытания у себя, то мы являемся нецивилизованным обществом. Принятие зарубежных данных имеет место в Европейском союзе, когда имеется специальный договор между странами и фирма представляет препараты для единой регистрации. Если у них есть единая регистрация, то да, если эта регистрация только в Испании, то в Германии препарат не регистрируют без того, чтобы провести испытания у себя.

Тоже по опыту, всё-таки я занимался клиническими испытаниями, наверное, больше, чем каждый из присутствующих здесь. Вы знаете, по нашему опыту всё чаще и чаще в США ошибаются, комитет по лекарствам в Европейском союзе ошибается, и через 2–3 года, через 4–5 лет препарат изымается с рынка, потому что большое число больных погибло. Если мы будем принимать данные, которые утвердили, допустим, в США без проведения клинических испытаний у нас, то кому мы будем апеллировать, если с препаратом возникнут большие проблемы и если больные будут погибать?

Кроме того, ничего плохого от того, что испытания проведутся в России, не произойдёт. Больше того, наши ведущие клиники и ведущие специалисты будут иметь собственный опыт, и они смогут сами сове-

товать и вводить какие-то коррективы по рациональному применению этих препаратов.

Конечно, нужно запретить проведение первой фазы зарубежных препаратов в России. Первая фаза – это только изучение переносимости на здоровых добровольцах. Мы не страна, так сказать, третьего мира для того, чтобы граждане России участвовали в этом.

**Председательствующий.** Спасибо вам большое. Пожалуйста, Татьяна Алексеевна.

**Голикова Т. А.** Владимир Константинович, спасибо за разделение нашей позиции относительно клинических исследований. Я просто хотела обратить ваше внимание и внимание всех присутствующих на статью 62 по мониторингу безопасности лекарственных препаратов. Речь идёт здесь немножко о другом: уполномоченный орган здесь уполномочен на то, чтобы по информации в результате мониторинга от всех субъектов обращения лекарственных средств, в том числе и тех, о которых вы сказали, принимать решение, скажем, об отмене обращения лекарственного препарата на территории. Это в этом смысле прописаны его полномочия, а не в том смысле, о котором вы сказали, то есть он единоначальный субъект, который скажет, что в результате собранной со всех субъектов информации (я принимаю решение) обращение препарата на территории прекращается. Вот в каком смысле.

**Лепяхин В. К.** Спасибо, Татьяна Алексеевна, за разъяснение, но здесь написано просто «проводит мониторинг». Тогда нужно изменить формулировку.

**Председательствующий.** Смысловое значение именно такое, мы обсуждали это. Спасибо вам большое за очень ёмкое выступление и за тот международный опыт, который вы представили, для нас это тоже очень ценно.

Я хотела бы предоставить слово исполнительному директору Ассоциации международных фармацевтических производителей Владимиру Григорьевичу Шипкову. Пожалуйста, Владимир Григорьевич.

**Шипков В. Г.** Нам, представляющим международную фармацевтическую индустрию, которая вносит, по общему признанию, всё-таки весомый вклад в решение задач, стоящих перед отечественным здравоохранением Российской Федерации, очень приятно было услышать те новеллы, которые, Татьяна Алексеевна, вы и ваши коллеги озвучили здесь. Из того, что мы слышали, делаем вывод, что у нас состоялся заинтересованный профессиональный диалог – диалог, который позволил учесть некоторые соображения из скромной части нашей индустрии. И мы считаем, что ваши слова, произнесённые здесь, очень много значат, поскольку мы помним наш диалог осенью 2007 года, когда ваши слова подкреплялись всегда конкретными делами. И хотя мы сейчас ещё не видим текста конкретного, но тем не менее для нас это очень много значит, и я благодарю за эту возможность быть услышанными, это вселяет оптимизм. Я хотел бы от имени нашей части международной индустрии заверить, что государство и российские пациенты могут

рассчитывать на компании, входящие в нашу ассоциацию, как весьма надёжных партнёров в будущем. Потому что мы вносим диверсифицированный вклад в развитие системы здравоохранения, и вы знаете, что мы заявили о своей принципиальной готовности и даже принципиальной политике на значительное инвестирование в локализацию фармацевтического производства. Некоторые компании уже приняли такие решения. Некоторые, заверяю вас, стоят на очереди, и мы ожидаем других сообщений о серьёзных инвестициях в локализацию производства.

Ещё раз подтверждаю готовность со стороны наших компаний консолидировано инвестировать для начала суммы в размере, эквивалентном одному миллиарду евро, в различные формы. Мы считаем, что это и строительство новых заводов, и совместные предприятия, и модернизация существующих производств, и передача технологий, и контрактное производство, и клинические исследования – форма инвестирования, поэтому мы надеемся, что те принципиальные позиции, которые заложены в проекте закона и которые вы озвучили сейчас, послужат хорошей основой для развития системы здравоохранения, лекарственного обеспечения, для решения амбициозных задач по улучшению демографической ситуации, повышению качества и продолжительности жизни и многих других, и вы можете смело рассчитывать на содействие со стороны зарубежной фармацевтической индустрии.

**Председательствующий.** Я хотела предоставить слово заместителю министра здравоохранения Ростовской области Шлык Сергею Владимировичу.

**Шлык С. В.** Законопроект обсуждался в Ростовской области, и я хотел бы обозначить буквально несколько тем.

Первая. Абсолютно правильно, что в 52-й статье содержится пункт о возможности продажи медикаментов на селе. Я думал, что здесь будут вопросы по этому поводу, но, я так понимаю, здесь нужен консенсус, это просто необходимо. Но для того, чтобы их продавать, надо вносить изменения в 416-е постановление Правительства Российской Федерации, так как условия не соответствуют лицензионным требованиям. Возможно, необходим особый порядок предоставления лицензии в том плане, что не обязательно предоставление помещения, не обязательно иметь фармацевтическое образование медицинским работникам, которые там оказывают медицинскую помощь. Можно иметь только шкафы, холодильник, кассовый аппарат и так далее.

Второй вопрос. Очень важная позиция. В 50-й статье закона появились лечебные учреждения. То есть оптовики могут непосредственно напрямую работать с лечебными учреждениями. Где-то 140 миллионов рублей мы сэкономим только на разнице оптовых и розничных торговых надбавок для лечебных учреждений области.

Следующий и очень важный момент. Это контроль за ценами: 59, 60, 61-я статьи. Мы считаем, безусловно правильным то, что будет утверждаться список жизненно важных медикаментов. Надо сориентироваться в более чем 17 тысячах названиях лекарственных препаратов и врачу

и тому, кто пишет стандарты, и работать легче с этим списком, чем со всем пулом лекарственных препаратов.

И ещё. Очень важно, чтобы были обозначены цены производителей хотя бы для того, чтобы мы могли проводить аукционы и чтобы мы могли сориентироваться по ценам для подготовки наших заявок по 94-му федеральному закону.

И третья позиция. Опыт эпидемии гриппа на нашей территории, насколько я знаю, и на других территориях показал, что если есть дефицит препаратов, рыночные законы работают плохо. Поэтому необходимо государственное регулирование для лекарственных препаратов.

Я хочу сказать о тех пациентах, которые страдают психиатрическими заболеваниями и являются недееспособными. На мой взгляд, в пункте восьмом статьи всё прописано оптимально. Меня, честно говоря, обидела позиция: мы опять ищем врачей-врагов, врачей-убийц, врачей-вредителей, которые этим воспользуются для того, чтобы преследовать свои корыстные цели. Это неправда. Мне кажется, если мы усложним порядок проведения испытаний с психиатрическими пациентами, мы просто их лишим новых лекарственных препаратов. И мне кажется, здесь радикальные изменения вносить не надо, а оставить в той редакции, что есть.

**Селезнёв В. С.** Разрешите мне, пожалуйста?

Нет, но коль скоро прозвучало. Дело в том, что «круглый стол», вы сами говорите, – это место для дискуссии. Собственно говоря, я бы не внедрял такую презумпцию невиновности для всех врачей и на законодательном уровне вообще как-то высказывать обиды в отношении той или иной категории граждан по профессиональному признаку, я думаю, полностью некорректно. Также могут милиционеры сказать: мы обиделись, среди нас нет ни одного грешника. Нет, дело в том, что есть очевидная проблема, и я её просто озвучил.

И то, что могут быть потенциально недобросовестные работники социальных учреждений – это факт. Я же не говорю, что они там такие на 90 или на 99 процентов. Но мы даже один процент должны исключить на законодательном уровне.

**Председательствующий.** Я хотела бы предоставить слово Глушкову Ивану Анатольевичу, заместителю генерального директора компании ОАО «Нижфарм».

**Глушков И. А.** Хотел обратить ваше внимание коротко на два предложения к тексту законопроекта, которые поступили и, вероятно, завтра будут рассматриваться на заседании комитета. Это один момент, который уже сегодня звучал в выступлении Татьяны Алексеевны, относительно нанесения на вторичную упаковку лекарственного средства цены.

Очень коротко о позиции производителя по этому поводу. Как вы, наверное, обратили внимание, в соответствии с текстом 18 статьи законопроекта всё, что наносится на упаковку – любая запятая, любой знак являются элементами регистрационного досье. Это значит, что если мы решим, что на вторичную упаковку будет наноситься цена, то каждый раз

в конце года, когда эти цены будут перерегистрироваться, всё, что было выпущено до этой даты, должно будет идти под нож либо под переупаковку и заново выпускаться. Можно только предположить, насколько такой подход увеличит конечную стоимость для нашего с вами потребителя.

И вторая поправка, второе предложение по тексту, которое было, – это относительно обязательной маркировки упаковки лекарственных средств как способ борьбы с контрафактом или способ борьбы с подделками. Эта позиция производителя, то есть наша выглядит следующим образом. С нашей точки зрения, такого рода меры однозначно для добросовестных производителей вызывают, как правило, дополнительные расходы и дополнительное увеличение стоимости, а для недобросовестных производителей – месяца через три, четыре, пять перестают напрочь действовать. То есть воспроизвести любую информацию, любую марку или любую кодировку на упаковке современным полиграфическим оборудованием, очевидно, не является суперсложной задачей. Это мы видим, например, по подделке денежных знаков. Это значит, что само по себе введение такого рода нормы, цели своей, скорее всего, не достигнет, но опять-таки сыграет на конечной цене лекарственного средства и пойдёт в ущерб нашим потребителям.

**Председательствующий.** Предоставляю слово генеральному директору ЗАО «Биокад» Кубылинскому Михаилу Александровичу.

**Кубылинский М. А.** Это очень важный, нужный и, самое главное, долгожданный закон. Говорю это, как представитель российского фармпроизводителя. Очень приятно, что данный закон регламентирует точно сроки регистрации, процесс регистрации; создаются одинаковые условия и для российских, и для иностранных фармпроизводителей. Заметно увеличена прозрачность в процессе регистрации. Для нас, компании, избравшей инновационный путь развития, компании, которая производит в том числе и субстанции, а не только готовые лекарственные формы, это очень важно.

Могу сказать, что максимально от всего этого выиграет наш потребитель. То есть благодаря внедрению этого закона увеличится количество эффективных и безопасных, самое главное – качественных лекарственных препаратов. Но сроки вывода их на рынок будут достаточно сокращены.

Все предложения, которые мы вносили, были рассмотрены, и сегодня в докладе Татьяны Алексеевны я увидел, что всё, что мы предлагали, было учтено. Это очень приятно. Благодарю всех, кто работал над этим законом.

**Председательствующий.** Я хотела бы предоставить слово заместителю министра здравоохранения Свердловской области Туркову Сергею Борисовичу.

**Турков С. Б.** Я думаю, что, изложение опыта, который у нас имеется в Свердловской области, будет ярким подтверждением необходимым изменениям, предлагаемым в законопроекте, изменениям в лекарственном обеспечении сельского населения.

Вообще организация лекарственного обеспечения населения в сельской местности имеет свою специфику, характерную для каждого субъекта Российской Федерации.

У нас в области проживает почти 4,5 миллиона человек. Из них 17 процентов являются жителями сельской местности, и обслуживают их 16 аптечных организаций различных форм собственности, в том числе 66 аптек и 100 аптечных пунктов.

Выполнение задачи организации доступного и качественного лекарственного обеспечения сельского населения зависит, по нашему мнению, от выполнения следующих обязательных условий.

Первое. Это наличие нормативно-правовой базы.

Второе. Наличие достаточного количества аптечных учреждений и их, как мы считаем, преимущественная дислокация в зоне УВП и ФАПа, потому что будет удобно для жителей не ходить дважды отдельно за выпиской рецептов и для получения препаратов.

И третье. Укомплектованность аптечных организаций специалистами с фармацевтическим образованием.

В связи с неурегулированностью отдельных вопросов на федеральном уровне нами был принят ряд региональных нормативных актов. Так, правительством Свердловской области с целью повышения жизненного уровня сельского населения, в том числе за счёт повышения доступности и качества медицинской и лекарственной помощи, было принято постановление о комплексной программе социально-экономического развития территорий сельского населения и сельских населённых пунктов области на 2008–2015 годы.

Данным постановлением определены основные фундаментальные пути развития сельских поселений, и в развитие этой комплексной программы было принято постановление правительства «Об организации лекарственного обеспечения населения сельских населённых пунктов», в соответствии с которым муниципальные образования Свердловской области разработали и приняли свои программы восстановления аптечной сети на селе.

В свою очередь для оказания организационно-методической помощи органа местного самоуправления вот в этой реабилитации, в восстановлении аптечной сети, Министерством здравоохранения Свердловской области были разработаны методические рекомендации по организации лекарственного обеспечения сельского населения Свердловской области, в которых были предусмотрены и сделаны предложения по пути совершенствования помощи на селе. Это открытие аптечных пунктов на УВП и ФАПах, получение фельдшерами второго фармацевтического образования, организация доставки лекарственных средств по заявкам населения путём заключения агентских договоров между фельдшером либо врачом, если это УВП, и аптекой.

Приказом министерства здравоохранения Свердловской области утверждено временное, потому как нет на федеральном уровне, положение об организации деятельности аптечного пункта на базе ОВП или ФАП, а также территориальные стандарты о подготовке и орга-

низации деятельности общих врачебных практик, муниципальных образований в области.

Для решения кадрового вопроса (я говорил о том, что это третье условие) была разработана программа получения фельдшерами второго фармацевтического образования, позволявшего им работать в аптечных пунктах, в том числе на базе ВВП и ФАПов. Форма обучения очно-заочная, нормативный срок обучения год и 6 месяцев, и за 2008 и 2009 годы было подготовлено или дополнительно обучено 109 фельдшеров.

В настоящее время в Свердловской области имеются территории, где не полностью реализованы эти муниципальные программы, которые были разработаны для развития сельской отечественной сети, где отсутствует экономическая целесообразность открытия аптечного пункта. Лекарственное обеспечение сельских жителей этих поселений осуществляется через агентские договора на оказание услуг по доставке лекарственных средств, в том числе по бесплатным и льготным рецептам, по заказам населения.

Аптека заключает агентский договор с фельдшером ФАПа либо с врачом ОВП, на основании которого фельдшер принимает заказы от населения, покупает все необходимые медикаменты и с чеками выдаёт их гражданам.

В 2009 году было заключено 534 таких агентских договора, на этот год – 521 в связи с улучшением ситуации и открытием дополнительно аптечных пунктов.

В результате работы, проведённой правительством Свердловской области и Министерством здравоохранения, из 54 муниципальных образований области, где имеется сельское население, 37 полностью решили проблемы лекарственного обеспечения на селе, 12 муниципальных образований реализуют программы развития аптечной сети, и в данной программе предусмотрено на 2010 год открытие 17 аптечных пунктов, из них 8 на ВВП и 4 на ФАПе, 5 муниципальных образований активно работают по лекарственному обеспечению сельского населения путём заключения агентских договоров, как я уже говорил.

С 2007 года в Свердловской области идёт стабильное увеличение числа аптечных организаций, работающих в сельской местности. И сельская аптечная сеть к началу 2010 года выросла на 16 процентов. За 2 года открыты 4 аптеки и 19 аптечных пунктов.

В результате развития аптечной сети в сельской местности снизилась нагрузка на одну аптечную организацию. Если в 2007 году на одну точку отпуска нагрузка составляла почти 5300 человек, то к началу 2010 года она снизилась на 20 процентов и составляет 4402 человека. И данный показатель работы аптек в сельской местности приближается к среднему по области, который составляет 3100 человек. И в подтверждение того, что говорил Александр Дмитриевич, я действительно за то, чтобы развивалась аптечная сеть именно в сельской местности и росла не за счёт города.

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, как мы с вами и договорились, мы подведём итог нашего «круглого стола». Я хотела бы предоставить слово Татьяне Алексеевне Голиковой.



**Голикова Т. А.** Уважаемые коллеги, Ольга Георгиевна, спасибо за проведение «круглого стола». Хочу сказать, что какие-то темы сегодня, конечно, не прозвучали в силу их специальности и в силу того, что пришлось бы много и достаточно подробно всё это обсуждать.

Но завтра в режиме поправок, которые внёс комитет при нашей поддержке и которые внесли другие субъекты законодательной инициативы, они, естественно, в установленном порядке будут рассмотрены. После этого формируется законопроект, который будет предметом поправки лингвистической и правовой, и уже не требует каких-то дополнительных сборов и наших с вами вмешательств. Это с одной стороны.

С другой стороны, я ещё раз хочу обратиться с просьбой к комитету, потому что этот законопроект будет неполным и не сможет до конца работать, если мы не внесём изменения в отдельные законодательные акты, я имею в виду закон о техническом регулировании и Кодекс об административных правонарушениях, которые в свою очередь устанавливают процедуры, синхронизированные с этим законом, и, с другой стороны, устанавливают ответственность тех экспертов, которые проводят соответствующие исследования в рамках всех процедур, связанных с обращением лекарственных средств. Было бы желательно, если бы этот законопроект был как можно быстрее запущен и пошёл уже в процедуры, во все согласования.

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, уважаемая Татьяна Алексеевна, я в заключение хотела бы всех поблагодарить. Прежде всего за умение принимать правильное государственное решение и за конструктивность в подходе и в обсуждении.

Хочу поблагодарить Татьяну Алексеевну лично за то, что она работала со своим аппаратом очень активно вместе с комитетом. Была проделана очень большая работа, которая сблизила наши позиции и которая даёт нам возможность выходить завтра на комитет на обсуждение всех поправок.

Я очень благодарна вам за опыт, который здесь прозвучал, и за умение думать о больном, о качестве лекарственных средств, которые он будет получать, и об их доступности. Бесспорно, принятие этого закона – это только первый этап. Нам предстоит его дорабатывать, чтобы до 1 сентября вступили в действие законы, которые мы должны будем форсировано принимать, исходя из того, что регламент нам это позволяет. Это не законы совместного ведения, и, я полагаю, нас поддержат наши коллеги в Совете Федерации – доработать. Спасибо большое.

Рекомендаций не было.

**Материалы парламентских слушаний на тему  
«Законодательное обеспечение реализации Концепции  
демографической политики Российской Федерации на период  
до 2025 года (первые итоги и перспективы)»**

**СТЕНОГРАММА  
парламентских слушаний**

*Здание Государственной Думы. Малый зал.  
25 марта 2010 года.*

*Председательствует председатель Комитета Государственной  
Думы по охране здоровья О. Г. Борзова*

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги! Добрый день! Позвольте мне от имени Комитета по охране здоровья сердечно приветствовать вас на наших парламентских слушаниях, которые посвящены очень важной и актуальной проблеме – проблеме демографической политики в Российской Федерации.

Инициатором парламентских слушаний был академик Герасименко Николай Фёдорович, который очень много занимается проблемами демографии. Вместе с тем мы пришли к выводу, что, наверное, впервые должны будем сказать и обсудить сегодня первый этап реализации концепции демографической политики в Российской Федерации.

Вы знаете, что он заканчивается в 2010 году. Вы знаете, что субъекты Российской Федерации очень много сделали и на своём уровне, и на уровне федеральной власти. Очень много сделано для того, чтобы катализировать у нас в России вопросы демографии. И нам есть, что сказать.

Казалось бы, за очень небольшой период мы видим значительное улучшение показателей здоровья или тенденции к улучшению показателей в Российской Федерации.

Я с удовлетворением хотела бы сказать, что продолжительность жизни по 2009 году равна 69 годам. Это, в общем-то, положительная тенденция.

Я также хочу сказать, как педиатр, о значительном снижении показателей младенческой смертности. 20 лет назад мы мечтали, чтобы они были меньше – 9 на 1000 родившихся живыми.

Мы можем с вами говорить совершенно отчётливо о том, что рождаемость повышается. Это тоже положительно. Нельзя не говорить о снижении показателей смертности в стране. Это тоже хорошая тенденция.

Мы всё время говорили о том, что кризис парализует в том числе и социальную сферу. Могу сказать совершенно ответственно от имени комитета, что за этот период удалось сохранить финансовое покрытие социальной сферы, в частности, сферы здравоохранения. По крайней мере на уровне 2009 года.

Думается, что значительную часть в стабилизации показателей и в улучшении такой положительной динамики сыграла реализация национального проекта.

На наш взгляд, реализация национального проекта «Здоровье» явилась катализатором развития и в субъектах Российской Федерации. Очень жаль, что многие вопросы решаются через национальный проект и только через него. На наш взгляд, это должно носить более широкое распространение, конечно, в социальной сфере, в субъектах Российской Федерации и на федеральном уровне.

Уважаемые коллеги! Вот у нас в комитете очень долго шла дискуссия, мы старались каким-то образом катализировать такой момент, как снижение преждевременной смертности.

Нужно сказать, что бесспорно важным является новое направление национального проекта «Здоровье», в котором определены, например, сосудистые, сердечно-сосудистые центры, которые совершенно по-другому интерпретированы от начальной идеи национального проекта «Здоровье». То есть там и федеральные центры, и субъектовые центры, там и муниципальные образования. Так вот по итогам 2009 года в 24 регионах Российской Федерации, которые участвуют в этом проекте, снижена смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. И, понимаете, за счёт своевременности оказания специализированной помощи. Это очень важный момент.

У нас в комитете принят закон, который сопровождает проект национального проекта «Здоровье», который называется «Совершенствование оказания помощи больным при дорожно-транспортных происшествиях». Был написан и принят очень важный проект, который внёс изменения в основы законодательства по охране здоровья граждан Российской Федерации и ещё в 12 федеральных законов. Смысл этого закона заключался в оказании первой помощи. Я благодарна абсолютно всем депутатам нашего комитета, которые активно работали по адаптации этого закона. Вы скажете: ну какой уж такой большой закон? Он очень большой в плане согласования, потому что огромное количество ведомств были вовлечены в работу и, в частности, этим законом внесены изменения в понятийный аппарат, определены категории лиц, которые должны оказывать помощь больным, пострадавшим в ДТП. И самое главное: законодательно закреплена обязательность получения подготовки по специальной программе. Вы скажете: а для чего? А вы знаете, что показывает анализ? Не только 35 тысяч жителей Российской Федерации гибнут и остаются на дорогах. 250 тысяч попадают в эти дорожно-транспортные происшествия, а 70 процентов умерших погибают по дороге от места происшествия до лечебного учреждения. Чтобы сократить вот эти 70 процентов и дать возможность оказать своевременно помощь, — вот в этом случае наш закон очень важен, и наш закон работает.

Уважаемые коллеги, что нужно, чтобы наше общество стало здоровым, чтобы были сформированы определённые ценности: ценности семьи, воспитания, рождения детей? Очень хотелось бы, чтобы субъекты Российской Федерации поделились своими наработками, а у них их немало. Потому что в комитет было много обращений, звонков в процессе подготовки этих парламентских слушаний. Очень хотелось бы услы-

шать ваши предложения касательно федеральной законодательной базы. Что вам видится, какие пробелы мы должны ликвидировать или над чем должны поработать. Поэтому я хотела бы пожелать, конечно, плодотворной и творческой работы, и с вашего позволения начать реализовывать нашу повестку дня.

**Председательствующий.** Я хотела бы предоставить слово Виталию Фёдоровичу Колбанову, директору Департамента анализа и прогноза развития здравоохранения социально-трудовой сферы Минздравсоцразвития.

**Колбанов В. Ф.** Хочу подчеркнуть, что демографическая проблема как проблема комплексная затрагивает деятельность практически всех институтов государственной власти. Активно работают над этими проблемами практически все комитеты Государственной Думы. Огромная им за это признательность. Почему? Я сейчас вам подробнее расскажу.

Уже три года реализуется концепция демографической политики в Российской Федерации, которая рассчитана на период до 2025 года. Она утверждена указом президента. Под концепцией утверждён план мероприятий по реализации на первый этап. Сейчас мы готовим план мероприятий на второй этап. Напомню, что концепция разбила действия в демографической сфере на три этапа.

Первый этап – это 2007–2010 годы. В этом году заканчивается.

Второй этап начинается с 2011 года и заканчивается в 2015 году.

Третий этап – 2016–2025 годы.

Первый этап должен был решить и решил самую тяжёлую, пожалуй, проблему: проблему прекращения убыли населения России, низкой рождаемости, которая была в России до этого, и очень высокой смертности. Насколько решила? Я вам сейчас приведу несколько цифр, и мы с вами вместе просто подумаем, насколько это всё действительно оптимально или нет. Итак, начиная со второй половины первого десятилетия этого века, мы имели весьма позитивные процессы в росте рождаемости.

2004 год. У нас родились 1 миллион 480 тысяч детей. Прошлый год – 1 миллион 764 тысячи детей. Прирост почти на 20 процентов за три года. Напомню, что за предыдущие 7 лет прирост составил только 15 процентов.

Смертность. В 2006 году в стране умерли 2 миллиона 167 тысяч человек, в прошлом – 2 миллиона 14 тысяч. Снижение на 4,2 процента.

Хочу сказать, это хорошо, что смертность снизилась. Правда, это ещё очень далеко до тех показателей, которые мы хотели бы иметь.

Напомню, что в 60-е годы в Советском Союзе, на территории Российской Федерации умирали всего 890 тысяч человек в год.

В 80-е годы Советского Союза на территории Российской Федерации умирали в год 1 миллион 600 тысяч человек. То есть задачи у нас в этой части ещё огромные. И неслучайно в концепции поставлена задача добиться смертности к 2025 году примерно на уровне 1 миллиона 200 тысяч–1 миллиона 300 тысяч человек в год. Именно поэтому Ольга

Георгиевна обратила внимание на проблемы снижения смертности. Дальше я об этом остановлюсь немного подробно.

Было уже сказано о показателе ожидаемой продолжительности жизни, который за три года увеличился на 2,4 года. Вы знаете, по-моему, ни одна страна мира такой динамики не демонстрирует. Может быть, Александр Евгеньевич скажет, что кто-то есть, но мне кажется необычайно высокие темпы прироста ожидаемой продолжительности жизни.

Суммарный коэффициент рождаемости, то есть сколько детей рождается у одной женщины, в 2006 году был 1,3. Этот год по оценке – 1,56. Динамика тоже совершенно удивительная: 20 процентов прироста за три года.

Факторов здесь много, конечно же. Главный фактор – это общее улучшение социально-экономической ситуации в России, которое наблюдалось (ну, вот кризис нам немного это дело всё подпортил) буквально до 2009 года.

Второй фактор – это благоприятные для рождаемости сдвиги в демографическом половозрастном составе населения.

И третий, самый главный фактор, это то, что мы вместе с вами приняли Концепцию демографической политики, план мероприятий по её реализации, и начали активно, очень активно всё реализовывать.

Некоторые скептики-учёные говорят, что вот эти все демографические показатели, особенно в части рождаемости связаны с тем, что вот половозрастная структура такая была хорошая. Учёные посчитали, что изменение половозрастной структуры повлияло на рост рождаемости за эти три года всего на 8–9 процентов. Больше чем 90 процентов идёт только за счёт мероприятий по реализации демографической политики.

Мероприятия вы все, конечно, прекрасно знаете, прекрасно помните. Очень сильный блок мероприятий был связан с материальным стимулированием рождаемости.

Напомню: это существенное, почти в 4 раза, повышение пособий по уходу за ребёнком до полутора лет, введение системы индексаций и детских пособий, введение пособий для женщин, которые не работают. Это введение принципиально новых видов пособий и выплат, главным из которых является, конечно же, материнский семейный капитал, эффект от которого был действительно, пожалуй, наиболее яркий, наиболее весомый в демографической программе.

Это введение новых пособий для беременных жён военнослужащих, для контрактников, для молодых матерей-контрактников. Это увеличение пособий при передаче ребёнка в приёмную семью, это введение компенсационных выплат в детских садах, в том числе такие как моральный фактор, как введение ордена Родительской славы.

Всё это, безусловно, сказалось на росте рождаемости. И ещё один немаловажный фактор, который, безусловно, является заслугой активной работы Комитета по охране здоровья, – это введение родового сертификата. Принципиально новая абсолютно схема, принципиально новая система, которая дополнила средствами федерального бюджета материально-техническую базу учреждений родовспоможения, которая

позволила практически в два раза (официальную статистику привожу) сократить объём платных услуг в учреждении родовспоможений.

Думаю, что объём таких платных теневых услуг, наверное, ещё больше сократился, потому что государство стало активно помогать женщинам оплачивать роды.

Ещё некоторые меры материального характера, которые вводятся с этого года, – это резкое увеличение максимального размера пособий по беременности и родам, и пособия по больничным. Вы знаете новую систему социального страхования, она позволила хорошо поднять потолок выплат пособий по беременности и родам, по безработице, по временной нетрудоспособности.

Знаете, что в этом году был применён принципиально новый механизм материальной поддержки семей, механизм, связанный с кризисом. Во-первых, разрешили материнский капитал использовать на единовременные выплаты женщинам. 1,3 миллиона женщин, имеющих нескольких детей, воспользовались этой мерой. Также разрешили досрочно «распаковать» материнский капитал на погашение ипотечных кредитов. Почти 100 тысяч семей воспользовались этой мерой.

Поскольку мы находимся в Комитете по охране здоровья, я бы хотел обратить особое внимание на приоритетный национальный проект «Здоровье».

Ольга Георгиевна здесь сказала о том, что «пилоты» – сосудистый, ГТП – дали эффект, которого, я думаю, не ожидали многие наши специалисты. Приведу буквально несколько цифр. «Пилот» сосудистый. Снижение смертности за год по Российской Федерации от сердечно-сосудистых заболеваний составило 5,2 процента, «пилот» Ивановская область – на 11,6 процента, «пилот» Воронежская область – на 11,3 процента, «пилот» на регион Башкортостан – на 10,6 процента. В разы отличается эффективность новой системы организации помощи больным с сосудистыми заболеваниями от прежней системы тем, что она действует в стране.

ДТП. В целом по России их число снизилось на 12,7 процента, Вологодская область – на 30 процентов, Санкт-Петербург – на 29 процентов, Владимирская область – на 28 процентов. Опять разница в разы, как вы видите.

Не все демонстрируют такой резкий отрыв, есть «пилотные» регионы, где показатели близки к среднероссийским. Это, видимо, связано с тем, что «пилот» там начал работать или немножечко медленнее или немножечко не так энергично.

«Пилот» онкология. В целом по России мы имели по 2009 году рост смертности от онкологических заболеваний. В этом году в Пензенской области снижение почти на 5 процентов, в Тюменской области – на 2,5 процента, в Белгородской области – 2 процента снижения.

Коллеги, я хочу вам в связи с этим доложить о том, что мы хотим сделать в первую очередь на втором этапе, который начнётся с 2011 по 2015 год.

Вот эти результаты, о которых мы говорили, они в «пилотах», они очень близки к тем параметрам, которые мы хотели бы достичь на втором

этапе реализации демографической проблемы на период до 2015 года. Мы посчитали, что для того, чтобы нам выйти на те параметры, о которых я вам говорил, нам надо в принципе снижать смертность ежегодно примерно на 5 процентов, а от сосудистых заболеваний, которые составляют практически 80 процентов смертей, ещё более высокими темпами. Именно поэтому мы первой задачей в сфере здравоохранения на предстоящий этап концепции демографической политики ставим снижение смертности от сердечнососудистых заболеваний, онкологических заболеваний и от внешних причин. Это наша главная задача.

Мы хотим, чтобы эксперимент достаточно быстрыми темпами распространялся по всей территории России и в конечном счёте позволил бы, если это возможно, к 2015 году полностью перейти на новую систему организации помощи больным с этими типами заболеваний. Мы хотели бы приступить уже с этого года к реорганизации системы скорой медицинской помощи. Её роль и значение огромные, вы знаете прекрасно: больные прежде всего обращаются туда, и поэтому это наша вторая задача.

Сложнейшей задачей является сокращение младенческой смертности с учётом того, что мы должны с 2012 года перейти к выхаживанию новорождённых с экстремально низкой массой тела. Здесь мы намерены ввести программу перинатальной диагностики. Следующий элемент, который будет под особым вниманием второго этапа, – элемент укрепления репродуктивного здоровья населения.

Уже практически принято решение о расширенной диспансеризации детей подросткового возраста, и также важнейшим элементом второго этапа является развитие системы вакцинации населения. Подробно на этом останавливаться не буду, я думаю, вы почитаете соответствующие материалы, наверное, здесь в выступлениях коллеги и участники слушаний расскажут.

Хочу ещё обратить внимание на один принципиально новый проект, который мы хотели бы запустить с 2011 года. Это проект с условным названием «Здоровье на производстве». Чем больше изучаешь эту проблему, тем страшнее становится. К великому сожалению, у нас практически полностью прекратила эффективную работу система профпатологии. Вы, врачи, наверное, прекрасно это знаете. Производство в погоне за экономическими показателями прибыли, всего такого прочего, практически в максимальной степени к сегодняшнему моменту избавилось от своей социальной инфраструктуры, в том числе и от здравоохранения. Очень много проблем чисто идеологического, теоретического плана с определением, что такое профессиональный риск, что такое несчастный случай на производстве, что такое травмы, и так далее. Наверное, вы прекрасно знаете, что статистика по этому поводу в первоисточниках зачастую закрывается просто-напросто, вернее, не показывается. И здесь мы с вами имеем очень тяжёлую картину со здоровьем населения. Если вы читали результаты диспансеризации работающего населения, то они, скажу вам откровенно, просто очень печальные. Здоровье населения, в том числе вследствие того, что прекратили следить за ситуацией

с оздоровлением людей на производстве, откровенно ухудшилась. Вот это проект, который мы хотели бы запустить с 2011 года и сейчас ведём его активную проработку.

Уважаемые участники парламентских слушаний, важнейшим элементом второго этапа будет активное внедрение программ формирования здорового образа жизни. Вы уже видели телевизионные ролики, радиоролики, вы видели рекламу, которая даже у некоторых людей вызывает просто, знаете, мурашки по коже. Я имею в виду рекламу ребёнка, у которого сигарета в спине. Это, по-моему, уже перебор совершеннейший. Да? Во всяком случае, действительно стали активно развиваться такие вещи, как борьба с табакокурением.

Мы намерены активно предпринимать действия, связанные с ратификацией конвенции ООН. У нас активно будет запущена с этого года антиалкогольная программа. Основные элементы её тоже вам известны.

И, безусловно, мы хотели бы уже в достаточно близкой перспективе утвердить программу, концепцию развития здорового питания.

Прекрасно понимаю, что здоровое питание – это в принципе дело каждого человека в семье. Для кого-то здоровое питание – шоколадка, для кого-то здоровое питание – это зелень. Но, во всяком случае, мы хотели бы, чтобы общественный сектор – а это прежде всего больницы, школы, армия, исправительные учреждения, – чтобы они имели рационы питания здоровые, полезные и действительно позволяющие вести достаточно нормальный образ жизни.

Вот коротко наши планы на будущее.

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, я хотела бы предоставить слово начальнику Управления визовой и регистрационной работы, генерал-майору милиции Аксёнову Александру Анатольевичу – Федеральная миграционная служба, пожалуйста.

**Аксёнов А. А.** Федеральная миграционная служба, как и большинство федеральных органов исполнительной власти, принимает, если так это можно назвать, и активное, а не только пассивное участие в решении тех проблем, которые сегодня мы здесь пытаемся обсуждать за нашим «круглым столом».

В этой связи хотелось бы остановиться на нескольких вещах. В последние годы вопрос эффективного управления миграционными процессами в интересах устойчивого социально-экономического развития государства, обеспечения национальной безопасности страны, прав и свобод человека и гражданина стал одним из приоритетов внутренней и внешней политики Российской Федерации. В настоящее время стратегический курс Российской Федерации в сфере миграции направлен на стабилизацию общей численности населения, содействие устойчивому социально-экономическому развитию страны и реализацию её национальных и геополитических интересов.

Одной из особенностей геополитического положения Российской Федерации является то, что она находится на основных маршрутах транзитной миграции из ряда азиатских, арабских, африканских стран,



в том числе стран с неблагоприятной внутривнутриполитической, экономической и экологической обстановкой, а также из среднеазиатских и закавказских республик Содружества Независимых Государств в развитые западноевропейские и скандинавские государства – в США и Канаду.

Динамика въезда иностранных граждан на территорию Российской Федерации и их выезда за последние несколько лет остаётся стабильной. По данным нашей Государственной информационной системы миграционного учёта, за последние два года наблюдается устойчивое, стабильное количество иностранцев, въезжающих в Российскую Федерацию. Оно не превышает 15 миллионов ежегодно. Я беру количество непосредственно иностранцев. Это люди, которые въехали на территорию Российской Федерации. Причём большинство из них (или значительная доля) – это граждане государств бывшего Советского Союза. В основном они прибывают с территории Украины (это 22 процента от общего количества въезжающих в Россию), Узбекистана (11 процентов), Казахстана (11 процентов), Таджикистана (7,3 процента) и Молдовы (5,4 процента).

Следует отметить, что потребность Российской Федерации в притоке людей, переселяющихся из других стран, продолжает оставаться весьма высокой. Именно такие люди являются определённым потенциалом в решении проблемы пополнения населения.

Миграционный прирост населения в последние годы стабильно увеличивается, и в 2009 году он достиг 101 процента. По данным Всероссийской переписи населения, которая была в 2002 году, в Российской Федерации проживает 145 миллионов человек. В то же время по пессимистическому прогнозу, который даётся отдельными представителями демографической науки, предположительно численность населения без значительного роста или притока будет значительно уменьшаться. Об этом говорил и предыдущий мой коллега. Поэтому, как уже было сказано, определённая доля увеличения народонаселения страны есть. Безусловно, не могут не учитываться те мигранты, которые въезжают на территорию Российской Федерации, поскольку, как уже было сказано предыдущим оратором, основной причиной низкой продолжительности жизни населения в Российской Федерации является высокая смертность, в первую очередь трудоспособного населения. Из общего количества умерших (те данные, которыми я располагаю) почти треть составляют граждане трудоспособного возраста. Из них около 80 процентов – это мужчины. Как уже было сказано, не отвечает должному уровню по сравнению с прошлыми годами существование нашего государства и рост рождаемости. В этой связи существующую тенденцию демографического и социально-экономического развития страны предопределяет актуальность миграционной проблематики для России и необходимость проведения взвешенной государственной политики в области миграции, адекватной интересам государства.

Несколько слов о трудовой миграции. География трудовой миграции в Российской Федерации по-прежнему широка и охватывает более

100 стран мира. Однако более чем четыре пятых из общего количества иностранцев, въезжающих в Российскую Федерацию для осуществления трудовой деятельности, предоставляется восемью государствами СНГ, с которыми Российская Федерация имеет безвизовый режим въезда. По данным Центра миграционных исследований, показатели среднемесячной зарплаты в Российской Федерации в 2 раза и более превышают аналогичные показатели на Украине, в Азербайджане, Армении. В 3 раза – в Молдавии, в 5 раз – в Киргизии, в 11 раз – в Таджикистане. По уровню валового внутреннего продукта на душу населения Россия более чем в 2 и более раза превосходит Азербайджан, Армению и более чем пятикратно Молдавию, Узбекистан, Киргизию. Почти в 7,5 раза – Таджикистан.

В 2009 году правительством была сокращена квота на выдачу разрешений на работу иностранным гражданам и лицам без гражданства. Если брать прошлогодний 2009 год, то следует отметить, что квота (а квота была установлена в прошлом году, после сокращения это 1,9 миллиона разрешений) была исчерпана только на 80 процентов. Принимая соответствующие меры, базирующиеся на действующем законодательстве, Федеральная миграционная служба обеспечивает условия пребывания и осуществление трудовой деятельности иностранных работников на территории страны, чтобы, с одной стороны, не создавать напряжённости на рынке труда и гарантировать приоритетное право российских граждан на труд, а, с другой стороны, реально добиваться, чтобы каждый иностранный гражданин мог трудиться у тех работодателей, которые, соответственно, являются законопослушными и добросовестно исполняют требования миграционного законодательства, обеспечивают этому работнику нормальные условия труда и быта.

В 2009 году, как я уже говорил, было оформлено 1,4 миллиона разрешений на работу. По сравнению с прошлым годом такое сокращение произошло практически на треть. То есть 2008 год был показательным в этом отношении. Безусловно, процессы, происходящие в мировом сообществе, и последствия мирового кризиса затрагивают и непосредственно Российскую Федерацию. Иностранным работникам, прибывшим в Российскую Федерацию в безвизовом порядке, было оформлено менее 4 тысяч разрешений на работу. При этом необходимо отметить, что Федеральная миграционная служба при оформлении, выдачи разрешений на работу использует два этапа рассмотрения подобного рода обращений. То есть изначально наше законодательство даёт возможность иностранному гражданину находиться на территории Российской Федерации до 90 дней, и продление пребывания его на территории Российской Федерации осуществляется в случае оформления разрешительных документов, в том числе и на работу.

Поэтому изначально тому количеству граждан, которые к нам обращаются, мы оформляем разрешения на работы до 90 дней, и после поиска или нахождения непосредственно работодателя, который документально подтверждает факт его приёма к себе на работу и заключения трудовых отношений, ему уже оформляется разрешение на работу, которое действительно до окончания календарного года.

Так вот, от общего количества иностранцев, которые обратились изначально после приезда на территорию Российской Федерации, только 43 процента находят работодателя и оформляют дальнейшие разрешительные документы.

В Российской Федерации, несмотря на отмечаемые, как я уже сказал, в последние годы сложности на рынке труда, снижение темпов экономического развития, высвобождение трудовых ресурсов, существуют долгосрочные проблемные тенденции демографического развития, а также вопросы обеспечения национальных, как я уже говорил, и геополитических интересов, требующих выработки последовательных известных решений в области миграционной политики.

Вместе с тем, как хотелось бы отметить, и такое мнение бытует не только среди представителей Федеральной миграционной службы, но и среди российских демографов, которые подтверждают, что на сегодняшний день отказ от привлечения иностранной рабочей силы и ориентация исключительно на собственные трудовые ресурсы в условиях резкого сокращения численности последних, представляется весьма проблематичным. Непосредственно отечественными трудовыми ресурсами невозможно компенсировать потребности в трудовом населении.

Одним из факторов, который, кроме трудовой миграции, способствует восполнению трудовых ресурсов, является государственная программа по переселению соотечественников на территорию Российской Федерации. Она была принята несколько лет назад указом Президента Российской Федерации, и в настоящее время осуществляется её реализация. На сегодняшний день было принято только 24 тысячи анкет у потенциальных участников этой государственной программы. Я имею в виду за последний 2009 год. Всего с момента утверждения этой программы указом президента на территории Российской Федерации приняли решение переселиться только 60 тысяч 306 человек.

Как я уже сказал, к сожалению, не способствует дальнейшей реализации указанной программы отсутствие участия в этой программе всех регионов Российской Федерации. К сожалению, со стороны органов исполнительной власти не до конца ещё осознаётся необходимость и потребность реализации этой программы. Однако, несмотря ни на что, она возрастает, и если на первом этапе, когда данная программа начала реализовываться, в ней принимали участие 10 регионов, то на сегодняшний день количество субъектов Российской Федерации возросло до двадцати.

В 2010 году планируется расширить количество входящих в государственную программу субъектов ещё до 14 регионов. Как я уже сказал, география государств, из которых в Российскую Федерацию в рамках и на условиях государственной программы готовы приехать соотечественники, очень обширна: это не только обладающие миграционным потенциалом государства – участники Содружества Независимых Государств, но и благополучной Германии, Бельгии, Великобритании, Израиля и США.

Наибольшее количество лиц, заявивших желание стать участниками программы, зарегистрировано в Казахстане, Узбекистане, Таджикистане, Киргизии, Молдавии, на Украине.

Большую часть, до 60 процентов всех участников государственной программы, составляют женщины трудоспособного возраста, имеющие высшее, неоконченное высшее образование.

По национальному составу участники государственной программы в основном разделяются следующим образом: это русские – 63 процента, украинцы – 7 процентов, армяне – 5 процентов, таджики – 2 процента, немцы – 3 процента, татары – 3 процента, узбеки – 2 процента, остальные – ещё меньше.

В 2009 году в деятельность по реализации государственной программы включились 8 регионов, это в начале, сейчас уже до 10.

О гражданстве Российской Федерации. На нескольких вопросах я позволю себе остановиться, потому что Федеральная миграционная служба совместно с другими органами признана рассматривать и осуществлять необходимые мероприятия для приобретения иностранными гражданами российского гражданства. Ежегодный прирост лиц, которые оформляют гражданство, не превышает 400 тысяч иностранных граждан и лиц без гражданства. Такое количество новых сограждан ежегодно пополняет Российскую Федерацию.

Существовала в действующем законе «О гражданстве...» соответствующая статья, позволяющая гражданам бывшего Советского Союза, прибывшим в Российскую Федерацию в целях переселения (основание), приобретать в упрощённом порядке гражданство Российской Федерации. К сожалению, эта норма прекратила своё существование с 1 июля 2009 года. И, по нашим прогнозам, конечно, ежегодный прирост лиц, которые будут приобретать гражданство, сократится.

Позвольте буквально несколько минут вашего внимания уделить тому, что Федеральная миграционная служба в рамках задач, поставленных руководством страны по созданию приоритетов для въезда на территорию Российской Федерации, работает над совершенствованием нашего законодательства.

В числе главных на сегодняшний день – задача, которая стоит в рамках реализации притока в Российскую Федерацию инвестиций. Это разработка нового федерального закона, вносящего изменения в действующий закон об иностранцах.

Среди других, в общем-то, одна из приоритетных задач, как я уже сказал, – это создание преференций для высококвалифицированных специалистов, иностранных специалистов, которые въезжают на территорию Российской Федерации. И в этой связи мы внесли вместе с рядом федеральных органов исполнительной власти на рассмотрение проект федерального закона (он внесён и уже прошёл первое чтение), которым создаются значительные преференции для иностранных специалистов, въезжающих в Российскую Федерацию. В том числе это отказ от квотирования их разрешений на работу. Это создание преференций для осуществления не только трудовой деятельности, но и оседания в Рос-

сийской Федерации. В частности, упрощается процедура получения ими разрешительных документов для работы и проживания. А именно: минуется получение разрешения на временное проживание. Они получают сразу вид на жительство. Тем самым уже создаётся предпосылка для возможного приобретения российского гражданства.

И последнее. Хотелось бы сказать о том, что на сегодняшний день также одним из возможных источников пополнения народонаселения страны является институт временного проживания на территории Российской Федерации, который на сегодняшний день даёт иностранным гражданам и лицам без гражданства возможность въехать на территорию Российской Федерации и получить право на достаточно длительное проживание на территории Российской Федерации.

К сожалению, для того, чтобы реализовать этот институт, существует институт квотирования, который позволяет правительству регулировать ту долю иностранцев, которая въедет и получит здесь разрешение на временное проживание.

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, с особым удовольствием хочу предоставить слово первому заместителю председателя Комитета по охране здоровья, академику РАМН Герасименко Николаю Фёдоровичу.

**Герасименко Н. Ф.** Почему мы решили провести парламентские слушания именно сейчас? Виталий Фёдорович уже говорил об этапности в реализации концепции. Первый этап заканчивается в 2011 году. В 2009 году довольно успешно впервые (и вы все об этом слышали) в августе рождаемость превысила смертность. По итогам года (впервые опять же с 90-х годов) перестала наблюдаться депопуляция населения. Но (надо сразу же говорить «но») это с учётом миграции.

Без миграции, естественно, минус 243 тысячи. И важный вопрос стоит: каким путём идти, что дальше делать?

Ещё повлиела Олимпиада, которая прошла в Ванкувере, когда считали, что мы должны получить 28 медалей, а получили в два раза меньше. Есть два пути поведения. Один путь – оптимистические заявления и пессимистические выводы. А второй путь, может быть, пессимистические заявления, но получить оптимистический результат. То есть надо предвидеть, в этом и есть и наука, и управление: надо знать тренды, надо знать прогнозы.

Когда недавно министр Фурсенко А. А. сказал, что в университетах, кажется, некому учиться, это надо было предполагать ещё 10 лет назад, когда поступали в первый класс, потом был девятый и так далее.

Вот перспективы того, что обрисовал комитет ООН по демографии. Совсем недалёк 2015 год. Комитет планирует иметь в России 137 миллионов жителей. Как видите, от нас будет зависеть, я имею в виду государство, сбудется этот прогноз или не сбудется. Мы, в крайнем случае, всё стараемся сделать, чтобы этот прогноз не сбылся.

Три варианта развития. Оптимистический. Как видите, 147 миллионов к 2010 году, это у нас явно неоптимистический вариант.

Мы не идём даже на средний показатель – почти 142 с половиной миллиона. Мы занимаем где-то промежуточное положение между песимистическим и средним вариантом.

Ожидаемая продолжительность жизни у нас идёт по рецессивному типу. То есть обратите внимание: продолжительность жизни – и общая, и мужчин в 1964 году, в 1986 году – выше, чем сейчас. У нас огромный резерв, об этом уже говорилось, для увеличения продолжительности жизни.

И вот почему стоит знак вопроса? Мы сейчас на подъёме, да, но по итогам 2009 года. Первый месяц, январь нового года, уже показывает серьёзное снижение рождаемости (11 на тысячу) и увеличение смертности (14,6 процента, а не 14,2). Общая разница где-то получается 42 тысячи человек только за один январь.

И когда мы говорим, что уже решили проблему, в научном плане этого делать нельзя, потому что если судить о стойкой тенденции, надо, чтобы прошло несколько лет. По итогам одного года очень трудно говорить, что мы решили все проблемы по демографии.

Показатель ожидаемой продолжительности жизни вы видите: Россия, «старые» страны Евросоюза и новые страны Евросоюза. Общая продолжительность жизни сейчас у нас составляет почти 68 лет и отстаёт от европейской на 12 лет. Самое удручающее в России, конечно, об этом говорят все исследования, – это смертность мужчин трудоспособного возраста. 30 процентов всех смертей у нас – это смертность в трудоспособном возрасте.

Динамика рождаемости. Посмотрите, возьмём границу 2 миллиона – об этой цифре уже говорили. От чего у нас низкая рождаемость? Три причины.

Одна из причин – это синдром «эха». Эхо 85–90-х годов, когда рождалось, как вы видите, 2 миллиона 300 тысяч, плюс политика, которая проводится по сертификатам, материнскому капиталу и так далее. Это тоже сказывается на улучшении. И общая как бы тенденция – понимание, что нужно увеличивать рождаемость. И рост пошёл. Он уже, так сказать, серьёзный рост, но что будет дальше, когда станет способным к деторождению поколение 90-х годов, а их родилось почти в 2 раза меньше, то есть физическое количество женщин просто не даст возможности обеспечивать такую же рождаемость.

Что касается умерших. Вот смотрите. Свыше 2 миллионов обозначено красным цветом. Мы говорили: в 1960 год умирали 886 тысяч человек, в 1985 году 1 миллион 625 тысяч человек умирали в России. Сейчас идёт снижение по сравнению, допустим, с 2003–2005 годами, когда умирали 2 миллиона 300 тысяч – уменьшилось на 300 тысяч. Это очень много. Это действительно огромный заслуженный показатель за такой короткий период, но я бы здесь не говорил, что этого добились только силами здравоохранения.

Известно, что от здравоохранения смертность зависит примерно в 15 процентах случаев. Очень серьёзно повлияло на снижение смертности увеличение рождаемости, начиная с 2006 года – снижение потребле-

ния алкоголя, поскольку в этот период ввели закон о государственном регулировании алкогольной продукции, увеличили уставной капитал, ввели лицензионные марки. Именно тогда зафиксировали снижение смертности. При том смертность идёт прежде всего в таких категориях, как автодорожные аварии, убийства, самоубийства, отравления. Во многом это связано с алкоголем.

Подействовало и создание автодорожных служб, улучшение работы всех служб, уменьшение количества ДТП, развитие дорожной медицины, развитие сердечно-сосудистых центров, региональных сосудистых центров, но нельзя упускать из виду, что в основе всех тенденций, как было в Польше, так и в других странах – снижение потребления алкоголя.

Вот смертность опять же. Видите, до 90-х годов Россия мало чем отличалась по смертности и от старых, и от новых членов Евросоюза. И вот с 1992 года у нас резко произошло движение по смертности вперёд.

Структура тоже прекрасна известна. На первом месте сердечно-сосудистые заболевания. Опять хочу сказать, что в 80-х годах у нас показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний практически не отличались от Франции, Португалии. Сейчас они увеличились почти в 2,5 раза.

Особенно важно обратить внимание на то, как осуществляет Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации свои концепции развития здравоохранения именно в болевых точках в области сосудистых, сердечных заболеваний и снижения травматизма, несчастных случаев на дорогах, на производстве и так далее. Потому что как видите, в России смертность от несчастных случаев, травм, отравлений примерно в 4 раза выше, чем в странах Евросоюза. Поэтому учёные дали смертности определение «сверхсмертность» применительно к России. В мирное время в цивилизованных странах такой смертности нет.

За 2009 год коэффициент смертности снизился до 14,2, и 30 процентов умерших составляют граждане трудоспособного возраста.

Какие особенности медико-демографической ситуации в Российской Федерации? Это низкая рождаемость, массовое распространение однодетной семьи. У нас хоть и низкая рождаемость, но есть страны, где ещё более низкая рождаемость – в Европе, в Корее, в Японии. Поэтому это серьёзная проблема, но не она в основном формирует депопуляцию. Особенно влияет на её смертность мужчин в трудоспособном возрасте. Если говорить точнее, более 600 тысяч мужчин и женщин каждый год умирают, не дожив до пенсионного возраста. Поэтому основные приоритеты в концепции демографической политики обозначены абсолютно правильно: снижение смертности, увеличение рождаемости, увеличение миграции. Без миграции тоже невозможно обойтись. И в 2009 году именно благодаря миграции мы приостановили депопуляцию, получили превышение рождаемости над смертностью.

Теперь, когда концепция была принята, поставлены очень амбициозные цели. За десять лет с небольшим необходимо приостановить депопуляцию, а уже к 2025 году увеличить численность населения России

до 145 миллионов. Вы видели прогноз ООН, и какая цель стоит – снизить смертность населения. Когда писалась концепция, она была почти 16 на тысячу, а целью ставится снизить смертность до 10 на тысячу, то есть в 1.6 раза. И увеличить продолжительность жизни – тоже очень грандиозная цель – до 75 лет. Здесь также отмечалось увеличение миграционного прироста на 300 тысяч ежегодно и увеличение коэффициента рождаемости почти в полтора раза. И, кстати, все демографические цели в проекте концепции развития здравоохранения обозначены как приоритетные. И здесь я особо обратил бы внимание, что именно формирование здорового образа жизни, снижение потребления табака и алкоголя являются одним из важнейших направлений концепции развития здравоохранения. К сожалению, до сих пор она ещё не утверждена, находится на согласовании.

Вот факторы, которые влияют на преждевременную смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, показатели здоровья – об этом неоднократно уже говорилось. У нас самая курящая, можно сказать, страна. По количеству выкуренных сигарет на душу населения мы впереди планеты всей. Особенно пугает рост курения среди женщин, он вырос в шесть раз, начиная с 1990 года. 50 процентов беременных курят. Я знаю, в Общественной палате должны 31 числа состояться парламентские слушания именно по женскому курению. Недавно в Москве общественный совет тоже проводил слушания по борьбе с табаком. На что особенно я хотел обратить внимание: в Москве курят 60 процентов женщин. Если в среднем по России – 25, то в Москве, совет приводил данные, 60 процентов.

Я бы на первом месте влияния на смертность всё-таки обозначил злоупотребление алкоголем. По данным Немцова, умирают в год примерно 700 тысяч человек, от острых отравлений – примерно 23–25 тысяч и около 700 тысяч (сейчас несколько меньше в последние годы, это он приводил данные до 2006 года, сейчас примерно на 200 тысяч меньше) – по алкоголю, избыточному весу и гиподинамии.

Вот та схема, где вы чётко можете проследить: прямая корреляция потребления алкоголя и продолжительности жизни мужчин и женщин. Как только увеличивается потребление алкоголя, сразу же идёт снижение продолжительности жизни. При снижении потребления алкоголя в 1985 году идёт рост продолжительности жизни как мужчин, так и женщин, точно такое же зеркально – в 1995 году. Что мы имеем сейчас при росте потребления алкоголя (это данные ещё начала 2000-х годов) пока в графике я не видел, это данные за последние три года.

Алкогольные проблемы современной России угрожают национальной безопасности, каждая четвёртая смерть в России прямым или косвенным образом связана с алкоголем.

И серьёзный момент – это изменение структуры потребления. Мы наблюдаем прежде всего потребление именно крепкого алкоголя, из 18 литров, потребляемых на душу населения, где мы опять чемпионы по потреблению крепкого алкоголя, 10 литров занимает именно крепкий алкоголь. На втором месте: примерно 400 тысяч человек умирают



от сигарет. Как видите, имеется прямая корреляция с увеличением производства сигарет с 230 миллиардов до нынешних 435 миллиардов. Потребление растёт почти точно так же. Табачными компаниями ставка была сделана именно на женщин и детей, поэтому число табакокурящих женщин, детей и подростков увеличилось в шесть раз.

Также выросла смертность с 250 тысяч до 400 тысяч. Когда проходил форум педиатров, я помню, профессор Кучма делал доклад, что за шесть лет среди детей и подростков снизилось потребление овощей, фруктов, сока с 67 процентов до 33 процентов, потребление алкоголя и сигарет выросло в 2 раза. Сейчас дешёвизна алкоголя и сигарет просто зашкаливает, бутылка минеральной воды, молока и так далее стоит чуть ли не столько же, сколько бутылка водки.

Уже упаминали, что мы действительно два года назад ратифицировали рамочную конвенцию, и у нас остался только один год для того, чтобы завершить работу по изменению национального законодательства в соответствии с требованиями национальной стратегии, но до сих пор национальная стратегия по борьбе с табаком ещё не утверждена. И мы хотели в рекомендациях обращения к правительству ускорить утверждение национальной стратегии по борьбе с табаком.

Решение первого этапа: мы достигли определённых результатов даже, будем говорить, с опережением. Теперь второй этап, вопросы которого должны быть решены к 2015 году. Учитывая то, что у нас очень маленький люфт для повышения рождаемости, принимая во внимание меньшее количество женщин, особый крен нужно сделать именно на снижение смертности как самый быстрый и относительно дешёвый путь. Ведь такую же рождаемость имеют многие европейские страны, но там нет депопуляции, потому что там низкая смертность.

Мы ни в коем случае не можем отказаться от миграции, и она действительно важна и нужна. Вопрос: какая миграция и какие люди, куда они направляются? Важно законодательное обеспечение работы. И вот уже Ольга Георгиевна, когда выступала, говорила о законодательной работе, то, что уже сделано и то, что мы ратифицировали рамочную конвенцию и принимали законы по увеличению пособий. Дополнительные меры государственной поддержки детей – это всё нужно делать. Сейчас важно изменить подходы. То есть необходимо определять ориентиры, в том числе законодательные, по снижению потребления алкоголя. Это увеличение акцизов по сигаретам. Это запрет на курение в общественных местах, в том числе местах общественного питания. Также большой удельный вес в смертности именно трудоспособного населения занимают наркотики. Примерно 30 тысяч молодых людей ежегодно погибает – по данным Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков. Таким образом, на данный момент мы справились с первым этапом. Переходя ко второму этапу, нам нужно действительно подумать, для чего мы собрали парламентские слушания об изменении нашей тактики. Что касается оправдавшего себя материнского капитала, он действительно свою роль сыграл и продолжает играть. Но с учётом изменившейся ситуации нужно дорабатывать, чтобы материнский капитал выделялся не

только второму ребёнку, но третьему и последующим детям. И, наверное, будет мало только одного материнского капитала. Нужно думать о более существенном. Опыт Франции (а Франция имеет, так сказать, наибольший опыт в Европе по стимуляции рождаемости) – это и социальное жильё именно для молодых семей, для женщин-одиночек и так далее. То есть должна быть целая система.

И снижение смертности. Сейчас имеем миллион погибших от алкоголя, от табака и от наркотиков. Выделить целую программу. Во Франции в министерстве здравоохранения есть целый департамент по лечению зависимости. Мы с Ольгой Георгиевной там были. То есть целый департамент занимается этими тремя зависимостями: алкоголь, табак, наркотики. Необходимо, на наш взгляд, также усилить и доработать концепцию миграционной политики. Я сказал, что это очень важный для страны момент. Мы не можем не учитывать то, что не в состоянии в ближайшее время изменить ситуацию только за счёт снижения смертности. Без иммиграции просто невозможно обойтись. Она должна быть сбалансирована, приток необходим. У нас, к сожалению, наблюдается эмиграция: уезжает много молодых специалистов и так далее.

Ещё я хотел отметить: на слайде показан региональный демографический аспект. Как видите, в основном идёт улучшение за счёт Южного федерального округа. Немного за счёт Уральского, чуть-чуть за счёт Сибирского. Самая тяжёлая ситуация продолжает сохраняться в Центральном, Приволжском и Северо-Западном округах. На некоторых территориях (я в Твери недавно был) смертность в 2 раза превышает рождаемость и во многом опять же связана именно с потреблением алкоголя. Самая высокая продолжительность жизни, низкая смертность где у нас? В Чечне, в Дагестане, где традиции и духовенство, и все остальные принимают меры по ограничению потребления алкоголя и табака. Регионы создают свои региональные программы. И когда мы говорили об алкоголе, вы знаете, что принята концепция алкогольной политики. Тут же надо было бы принять и национальную стратегию по борьбе с табаком. Это должно идти рука об руку. Вы, наверное, слышали, что сейчас уже некоторые меры применяются: запрет на продажу алкоголя с 21 часа вечера до 11 часов утра и ряд других мер. Поэтому сейчас, если говорить о выводах, пока нет того, чтобы у нас по оптимистическому сценарию развивалась демографическая ситуация. Я уже говорил, она находится посередине между низким и средним вариантами.

Но прежде всего необходимо снижение сверхсмертности именно от потребления алкоголя и табака. Очень хорошо, что сейчас разработана программа и выделены деньги на рекламу здорового образа жизни. Что касается обсуждавшейся в последнее время рекламы: что такое для ребёнка сигареты. Я могу сказать: реклама важна, когда она заставляет задуматься.

Мы не думаем о последствиях курения в комнате, ребёнок от этого заболевает. А здесь о чём думали авторы рекламы – обратить внимание на самоубийство? Даже не самоубийство ребёнка, а именно убийство

курильщиками. Поэтому вопрос в том, что при использовании рекламы как метода воздействия должны, наверное, применяться такие рекламные ходы, но нужны именно действия, а не слова, и тогда уровень сверхсмертности от потребления алкоголя и табака опустится.

**Председательствующий.** Действительно проблема комплексная, мы её обсуждаем на площадке нашего комитета, исходя из анализа причин. Вы абсолютно правы: невозможно их решать только со стороны здравоохранения.

Принятие концепции – это государственная политика, и очень плохо, что мы за эти перестроечные годы многие моменты упустили. Восстановление здорового образа жизни – одно из главных направлений нашего комитета, и оно тоже возводится в ранг государственной политики.

Вы знаете о формировании центров здоровья, которые в каждом регионе и субъекте сейчас приведены в действие, и, конечно, нельзя оставлять без внимания информационное поле. Вы абсолютно правы, говоря о стране и обществе, – пока не сформируем мотивацию, никогда не сделаем здоровыми людей.

Я хочу предоставить слово руководителю Федеральной службы государственной статистики Суринову Александру Евгеньевичу.

**Суринов А. Е.** Я бы хотел вернуться к теме парламентских слушаний.

Если говорить об информационном обеспечении и о том, насколько сегодня действующее законодательство позволяет статистике быть адекватной, достоверной, если хотите, и предоставить исследователям делать правильные выводы, выявлять факторы, влияющие на демографическую ситуацию.

Я очень благодарен депутатам Государственной Думы за то, что здесь, в этом здании, состоялось обсуждение профессиональное и очень доброжелательное. Мы, в общем-то, будем проводить перепись по всем законам статистики с учётом рекомендаций Организации Объединённых Наций, и Россия в данном случае не будет выглядеть странно.

С точки зрения переписи всё обстоит нормально. И 1 апреля мы начинаем досрочную перепись на Ямале, начинаем с оленеводов. Там самое удобное время – на празднике оленевода всех переписать, не гоняться за ними по тундре. А основную массу всех вас, наших жителей России, будем переписывать уже в октябре.

Но есть проблема. Есть проблема и очень серьёзная с точки зрения статистики населения. Она возникла в 1997 году и никак не решается. Ведь, кроме переписей населения, важнейшим информационным источником, с точки зрения статистики являются записи актов гражданского состояния. В ноябре 1990 года был принят закон о загсах. Закон, который, по сути дела, чудом не привёл к развалу статистики населения России. В соответствии с законом из записей был исключён ряд сведений, который позволял анализировать демографическую ситуацию, прогнозировать её и выявлять динамические факторы. Например, ушли такие сведения, как: который ребёнок по счёту у матери родился, образование родителей, семейное положение, сведения об

общих детях, не достигших совершеннолетия, о состоянии брака (первый, второй и так далее).

Это означает, что демографы сегодня должны предполагать некие гипотезы. Вот вам сегодня показывали три варианта демографического развития. Но это всё ведь, скажем так, гипотезы демографов, не подкреплённые фактическими материалами. Почему? Потому что такой закон.

Вот как было сделано в Советском Союзе в 30-е годы? И по этому пути пошёл весь мир. Весь мир использовал советский опыт. Копии записей актов гражданского состояния, чтобы не создавать лишнюю неразбериху, передавались в органы государственной статистики. И в 30-е годы достаточно тяжело всё это происходило. Где-то к 50-м годам система упорядочилась – не создавать форму отчётности, не переписывать, а давать статистикам вторые экземпляры.

Сегодня закон не позволяет этого осуществлять. И, по сути дела, существуют две системы – система загсов и система органов государственной статистики. Одни передают, несмотря на закон, а другие получают и требуют, нарушая его.

Ситуация усугубилась с принятием закона о персональных данных: стало совсем невозможно вести статистику. И сегодня в ряде субъектов Российской Федерации руководители загсов категорически отказываются предоставлять эту информацию в наш адрес. Тогда мы как профессиональные статистики, которые прекрасно понимают, что данные о численности населения являются основой любой политики, любого прогноза (так было всегда, так есть во всех странах, и Россия, я надеюсь, не будет исключением), ввели форму статистической отчётности. То есть то самое, от чего мы отказались в 30-е годы, и то, что не делают ни в одной стране мира. Вот такая сегодня ситуация.

Более того, информация, предоставляемая загсами по формам отчётности, деперсонифицирована, то есть нет фамилии, имени, отчества, но ещё и нет адреса. Последствия ещё более ужасающие.

Вы сегодня, вернее, завтра получите от нас информацию исключительно о численности населения по субъектам Российской Федерации. Вы не получите информацию о численности населения по муниципальным образованиям, по административно-территориальному устройству, потому что адреса нет. Её никак невозможно ни получить, ни придумать, ни спрогнозировать. И вы не будете иметь таких данных, например, как распределение населения на городское и сельское. Закон находится в комитете, я прочитаю вам название, чтобы не ошибиться, не дай Бог. Этот проект закона находится с января 2008 года на рассмотрении в Комитете Государственной Думы по конституционному законодательству и государственному строительству. Повторяю, с января 2008 года количество загсов, которые собираются следовать закону, увеличивается. И наш административный ресурс воздействия на руководителей загсов в лице губернаторов и других уважаемых людей из субъектов тоже ограничен.

**Председательствующий.** Я хотела бы вас попросить в рекомендации наших парламентских слушаний предоставить свои предложения, включая и этот законопроект.

**Суринов А. Е.** Я призываю вас помочь российским статистам с этим вопросом, который не решается 12 лет. Если вам как пользователям, как комитету, который отвечает за политику в этой сфере, это важно. Это первое.

И второе. Ещё одна проблема, о которой говорили сегодня. Нам бы тоже хотелось найти поддержку в Государственной Думе относительно другого информационного источника. Порядка двух лет, примерно так, Росстат вместе с Минэкономки, Минздравом, Минфином борется с тем, чтобы правительство приняло постановление о системе социально-демографических обследований населения. То, о чём говорилось сегодня: факторы риска, потребление алкоголя, табакокурение, занятия спортом, потребление продуктов питания, включая микронутриентный состав и так далее – всё мы предлагали проводить системно в нашей стране. Частично рассмотреть опыт, который был в Советском Союзе, и то, что делают сегодня наши коллеги в других странах. Сегодня, к сожалению, принятие решения тормозится отсутствием денег. Система Росстата провела за деньги различных спонсоров (прежде всего это ООНовские спонсоры) подготовку своего персонала. Но сегодня вы оперируете цифрами, которые дали социологи. Какие у них выборки, какие у них вопросники, насколько информация достоверна, Росстат гарантии не даёт. Поэтому выводы, которые здесь делают, могут быть неправильными. Назывались цифры – 60 процентов курящих женщин в Москве. Я, честно говоря, хотел бы проверить это, чтобы поверить, хотя, конечно, процент курящих женщин ужасающий, но насколько это правда? Более того, принимается концепция здорового питания. А мы знаем, что потребляет наше население не только с точки зрения калорий, химического состава, а с точки зрения микронутриентного состава, дефицитности или профицитности вредных элементов? Не знаем. Поэтому нам бы хотелось найти поддержку у профильного комитета.

**Председательствующий.** Я предоставляю слово депутату Государственной Думы, сопредседателю межфракционного объединения в Государственной Думе по делам инвалидов Селезнёву Валерию Сергеевичу.

**Селезнёв В. С.** Я только что пришёл с «круглого стола», который проводится на восьмом этаже Комитетом по делам молодёжи. И этот «круглый стол» был посвящён событиям 65-летней давности – Великой Отечественной войне.

Я послушал ветеранов, немногих, оставшихся в живых. Прикинул: в среднем, если они пошли на войну в 20 лет и прошли все военные годы, то им сейчас должно быть около 90. И вот они требуют: давайте, в конце концов, говорить правду.

И на меня это подействовало. У меня был готов доклад, я в него даже смотреть не хочу, потому что там правда, но она какая-то витиеватая и лукавая. А мне хотелось бы просто в течение отведённого мне времени поговорить о том, что действительно меня волнует.

Вот здесь назывались причины. Давайте по очереди. Первая причина – алкоголизм. Мы же делаем всё для того, чтобы способствовать раз-

витию алкоголизма в стране. Потому что алкоголизация идёт отчего? Она же не идёт оттого, что в соску водку наливают. До этого мы ещё не докатились, не дошли. Но такие напитки, как «Ред-бул», «Ягуар», которые молодёжь называет «Яга», нежно – «Ягодка» или как-нибудь ещё, от которых «крышу сносит», как они говорят, находятся совершенно свободно в продаже. Более того, этим занимаются российские производители, и, пожалуйста, рекламировать можно в любое время. Из-за этих напитков уже больницы заполнены, уже смертельные случаи, об этом я говорил.

Если мы здесь не будем вести какую-то работу запретительного характера, то я думаю, что те меры, которые сегодня предлагает Онищенко Г. Г. (давайте с 21 года до 21 часа) не приведут ни к чему эффективному. Народ будет пить всякую отраву, будет в аптеках покупать спиртосодержащие лекарства, и ничего хорошего не получится.

Вторая причина – дороги. Кто мешал нам принять в течение восьми лет техрегламент о безопасности дорог? Теперь вынудила Государственная Дума своим бездействием весь этот вопрос передать в правительство. Вот я сегодня был на совещании «Техрегулирование-2012», там об этом говорилось, потому что гибнут на дорогах 30 тысяч человек.

Дальше, пожары. На пожарах гибнут около 30 тысяч человек. Мы все слышали о таких страшных пожарах, как в «Хромой лошади». Недавно в Москве умер пожарный, его собирались наградить за то, что он, будучи начальником пожарной службы, побежал с пустым баллоном спасать. Его надо бы наградить, если бы были спасены те люди на пожаре. А его награждают за то, что он погиб и не смог организовать правильно работу. Это нонсенс.

Наркотики. Сегодня опасная ситуация с этим в Афганистане. Войска коалиции НАТО заявили: мы не будем бороться с наркотрафиком, мы не будем уничтожать поля. Это доступная информация, прочтите её. От наркотрафика из Афганистана ежегодно гибнет до 30 тысяч молодёжи. А войска коалиции, которые мы поддерживаем и которым мы даём международный воздушный коридор для гуманитарных грузов и для грузов в поддержку войск коалиции в Афганистане, заявляют нам: а мы не будем никоим образом бороться с людьми, которые находятся там за чертой бедности. Потому что выращивание опиумного мака – это у них единственный источник доходов. Это наша с вами проблема, что у них это там единственный источник доходов? Это же до какого цинизма надо дойти, чтобы в открытую, нам, союзникам (хотя бы по транспортному коридору), говорить об этом.

Теперь они же ещё говорят: нас не устраивает этот коридор (я говорю это как член Комитета по международным делам Государственной Думы), потому что он сложный, идёт через вас, потом через Узбекистан, третьи страны. Давайте мы обеспечим прямой резервный коридор через север, как они его называют, через город Владивосток. Ну, это вообще цинизм. Потому что, если смотреть с демографической точки зрения, то они сделали абсолютно всё, для того чтобы демографическая ситуация, концентрация была в центре России, собственно говоря, в Центральном

регионе. Здесь предыдущий докладчик, манипулируя цифрами (я не обвиняю, я просто говорю) оперируя ими, так сказать, говорил, что самое страшное положение по демографической ситуации – это в Центральном регионе. Да нет же. Самая страшная ситуация по демографической ситуации, по смертности, может быть, в Центральном регионе, но только количественно, а если в процентном соотношении – на Дальнем Востоке, в Сибири, в регионах Крайнего Севера.

Что мы делаем? Вот ещё один интересный момент. Москва говорит: давайте сократим свои пояса, у нас от Чукотки до Калининграда 11 часовых поясов, поэтому их надо сокращать, для того чтобы страна была более управляемой.

Теперь, собственно говоря, ради чего вообще вся эта Концепция демографической ситуации задумывается. Вот это вот самое главное, о чём я хотел сказать. Можно нарожать, поверьте мне. Если каждая женщина в репродуктивном возрасте будет рожать по одному ребёнку, в течение 10 лет получим ещё плюс 100 миллионов населения. Будет у нас 245 миллионов человек. При сегодняшнем уровне безработицы в 6 миллионов человек мы будем иметь 106 миллионов человек. И это прекрасно на Западе понимают. Они понимают, что как только у нас вместо 6 миллионов безработных будет 26, 36 миллионов, они поддержат нашу демографическую политику увеличения численности населения, потому что мы не сможем это население прокормить.

**Председательствующий.** Предоставляю слово первому заместителю председателя Комитета по вопросам семьи, женщин и детей Карпович Наталье Николаевне.

**Карпович Н. Н.** Мне бы хотелось остановиться на некоторых моментах, которые, на мой взгляд, кажутся сегодня очень важными.

Каждый из нас сегодня, конечно же, отвечает на вопрос: как вообще поднять демографию, чтобы люди захотели иметь детей? Вы знаете, у меня пятеро детей. И я, наверное, имею право об этом говорить именно как мама, потому что для меня сегодня та ситуация, в которой мы живём, близка и понятна, так как мои дети разных возрастов.

Конечно же, причины, названные в рекомендациях, – это дошкольное образование, школьное образование, возможность женщины реализовывать себя дальше, сохранение уровня дохода, который при рождении ребёнка семья теряет. Конечно же, мы с вами это понимаем, поэтому здесь нужна комплексная система. С одной стороны, необходимо оставить женщине возможность для самореализации, обеспечить доступность детских учреждений. С другой стороны – достойные компенсации и пособия, чтобы женщина могла в декретном отпуске находиться.

Мы с комитетом предложили продление срока компенсации до трёх лет, чтобы женщина, находящаяся в декретном отпуске по уходу за ребёнком, могла бы до трёх лет не выходить на работу. Потому что, на наш взгляд, это возможность для женщин подумать и о втором ребёнке. Это как стимуляция. Потому что это самый прекрасный момент. Вот у меня сейчас маленькому год и четыре месяца. И, поверьте, мне не очень хо-

чется выходить на работу, потому что он действительно в этот момент растёт, а мама ему нужна сейчас, как никогда.

Я бы остановилась на моменте, который, конечно же, мешает демографическому росту. Это проблема абортот и шаговая доступность абортотриев. Это проблемный вопрос, который в Комитете по охране здоровья усиленно сегодня прорабатывается. Мы над этим работаем совместно комитетам.

Конечно, сегодня нужно понимать, что проблема, с которой сталкиваются женщины, и духовно-нравственная, и практическая. Абсолютно согласна с коллегами: нам рекламируют, мол, выпей таблетку – и ничего не будет, и дальше ты потом родишь и не нанесёшь никакого вреда здоровью. Это, конечно, безответственность. Это порождение доступности порока, грубо говоря. Как с точки зрения веры, если мы возьмём, так и с практической стороны. И это опять же зарабатывание денег на тех, кто сегодня не способен за себя отвечать. Я говорю, конечно же, больше о тех молодых женщинах, которые оказываются в такой ситуации.

Мне бы хотелось остановиться ещё на такой проблеме, как развитие поддержки. Это не только, конечно же, пособия и компенсации. Я считаю, что материнский капитал нужно расширить и расширить его в одном направлении, которое для меня кажется очень важным. Дать возможность разрешать строить дома, покупать стройматериалы. Это касается села. Конечно мы говорим о возможности и расширении материнского капитала.

Есть ряд предложений в комитете. Я не буду их перечислять, коллеги, вы всё это знаете. Я просто остановлюсь на ключевых моментах, которые бы попросила внести в резолюцию от нашего комитета.

Мне кажется, сегодня необходимо как никогда создание паспорта здоровья ребёнка и семьи. Потому что в любом случае, как только ребёнок рождается, мы имеем информацию о маме и папе. Особенно, если родители не живут вместе. Особенно, если папа неизвестен. Генетический код – это очень важно. Это то, о чём начали говорить мои коллеги. Информация о генетике – это то, что мы получаем с вами. Чтобы мы понимали, как дальше работать с ребёнком, как его вести по жизни, особенно в отношении тех детей, от которых отказываются. Это большая помощь социальным учреждениям. У меня есть приёмный ребёнок в семье. Поверьте, мне повезло в какой-то степени. Я знаю, кто родители этого ребёнка. Я могу учитывать в воспитании этого ребёнка генетическую структуру, хотя бы зрительно общаясь с родителями.

Я утверждаю: это очень важная проблема. Потому что, стимулируя семьи к усыновлению детей, мы должны оказать им содействие, в виде того же паспорта, который будет помогать лечить этого ребёнка, направлять, выявлять его особенности. Это, как и геронтология, которая нужна сегодня для того, чтобы мы с вами понимали, а кто мы на самом деле, из чего мы состоим, что нам сегодня мешает жить. Почему мы проигрываем на Олимпиаде? Потому что сработал ген стресса, или это был допинг? И так далее, и так далее. Специалисты понимают, о чём я говорю.



И ещё один момент, на котором я, конечно же, хочу заострить внимание. Знаете, он очень нравственный, с одной стороны, а с другой стороны – стимулирующий. Я считаю, что женщина, которая родила пять детей, должна знать, что когда она выходит на пенсию, прежде всего она остаётся мамой. И когда детям исполняется по 18 лет, она не перестаёт быть мамой. Она выполнила тот долг, о котором мы сегодня так много говорим. Демографию нельзя поднять, не стимулируя женщину и не поощряя её, не возвышая самое высокое – материнское – звание, которое не может упраздниться при исполнении ребёнку 18 лет. Я считаю, что должна быть добавка к пенсии или какая-то мера, которую нам нужно предложить сегодня правительству для того, чтобы женщина, после того, как она подняла этих детей и воспитала, получила именно её, потому что она прошла через роды. Мужчины, не обижайтесь. Вы замечательные! Орден «Родительская слава» – с вами пополам, а пенсия – это, конечно, маме, которая родила. А женщин, которые находятся в отпуске по уходу за детьми (больше трёх детей), я считаю, нужно обязательно признать работающими. Так мы сразу сократим нагрузку по безработице. Это один из элементов, сокращающих нагрузку на рынок труда. Плюс она может брать детей на воспитание. Женщина воспитывает троих детей, может взять ещё двоих, и у неё будет детский сад.

Это те вопросы, которые я бы просила у Комитета по охране здоровья включить в рекомендации от нашего комитета. Со своей стороны, говорить я могу об этом долго, потому что проблем много и понятно их решение. И что-то хочется сделать. Не всё получается сегодня, но я надеюсь, что совместно с вами мы можем говорить о том, что, слава богу, у нас появилась стратегия семейной государственной политики.

Я благодарна тому, что есть эти концепции, от которых мы можем хотя бы начать отталкиваться. И хочу, конечно же, обратиться с этой трибуны к своим коллегам, к правительству и к президенту. Вы знаете, нам давно нужен единый федеральный орган, который будет заниматься вопросами семьи, детей, потому что сегодня разрозненность министерств и ведомств во многом нам мешает. Я очень благодарна Комитету по охране здоровья, Минздравсоцразвитию России, потому что сегодня они занимают очень активную позицию. Но, к сожалению, так мало в их ведомстве того, что касается семьи и детей, что нам бороться за их права, призывая семь ведомств прийти даже на парламентские слушания или выступить по проблеме наших детей, всегда очень сложно. Поэтому я надеюсь на ваше понимание.

**Председательствующий.** Предоставляю слово Евгению Леонидовичу Юрьеву, председателю Общественного совета, члену Общественной палаты Российской Федерации.

**Юрьев Е. Л.** Николай Фёдорович Герасименко уже приводил статистику, говорящую о том, что у нас наблюдается естественная убыль. Действительно, с 2006 года она снизилась более чем в 2,3 раза, из чего, как кажется, можно сделать два вывода.

Как мы знаем, это снижение убыли происходило на фоне довольно острого экономического кризиса, что говорит о том, что вопреки многим утверждениям, публикациям и фобиям меры семейной политики, меры, направленные на увеличение рождаемости, в России работают. Если даже в кризис не упала рождаемость в нашей стране, где столь высока семейная бедность. Они работают. Это очень важный вывод. Надо его не забывать. Это первый вывод.

Второй вывод. Из этого следует, что учитывая политическую ситуацию, заявления о дефицитности социальных бюджетов, существует высокий риск сворачивания программы семейной политики. Хотелось бы сказать о сокращении бюджета. Тут без профессионала очевидно, многие люди разбирающиеся. Я просто напомню, что знают многие, то, что уже говорилось сегодня: в предстоящие 20 лет число женщин репродуктивного возраста в России снизится на 40 процентов. Это расчёт МГУ. 40 процентов. Девочки уже родились, их можно считать. Ошибка здесь исключена или маловероятна. Поэтому, конечно, можно ожидать радикального ухудшения нашей демографической ситуации в связи хотя бы даже с этой цифрой.

Я хочу обратить ваше внимание на очень интересный прогнозный расчёт моделирования, которое было сделано совсем недавно в рамках проекта фундаментального исследования президиума Российской академии наук «Системный анализ и математическое моделирование мировой динамики». Его делали профессор Каратаев, Дарья Андреевна Халдорина, сидящая здесь в зале, и целая группа учёных. Очень интересно, потому что в этом расчёте были приведены сценарии демографического развития в зависимости от мер социальной и демографической политики, от их реализации или нереализации. Примерно такой же базовый сценарий назывался инерционным. К 2025 году в России численность 128 миллионов, к 2050 году – ниже 100 миллионов человек.

Однако этот вариант отнюдь не является наихудшим. В случае сворачивания мер демографической политики реализуется другой сценарий, и уже к 2025 году мы видим 121 миллион человек, живущих в России, а к 2050 году 85 миллионов человек мы наблюдаем в этом расчёте, в этом прогнозе.

Третий сценарий – благоприятный, который предполагает активную социальную поддержку семей с детьми на уровне ЕЭС. Это, напомню, средняя величина от 2 процентов ВВП.

По этому сценарию активные меры по снижению смертности, потребления алкоголя, наркотиков и табакокурения, плюс активные меры в области здравоохранения. Тогда к 2050 году у нас будет 159 миллионов человек, то есть это прирост, а к 2025 году – 155 миллионов человек.

Что мы видим? Мы видим, что разница между худшим и лучшим сценарием – это 74 миллиона человек, это население Египта. И что ещё мы видим, какой важный вывод мы можем сделать? Что нельзя пренебрегать ничем, что каждое направление – повышение акцизов, актив-

нейшая антиалкогольная политика, активная семейная политика – это счётные величины.

Мы говорим, допустим: нам не надо семейной политики, но в миллионы людей видим разницу. Поэтому пренебрегать каким-либо направлением в политике, исходя из этой прогнозной, расчётной логики в математическом моделировании недопустимо, невозможно и нелепо.

Я хотел бы, учитывая то, что много говорилось и про алкоголь, и про здравоохранение, про табак, сконцентрироваться на политике поддержки рождаемости.

Если мы говорим об ограниченном бюджете, то надо выделять самое главное и самое эффективное на вложенные деньги. Эта логика видится естественной – это поддержка многодетности, многодетных семей, потому что их мало. Бюджет, локализуемый на эту группу, будет заведомо небольшим, даже если позволите самые большие меры.

Но поддержка третьего и последующих рождений, конечно, влияет и на первое, и на второе. Я не говорю, что нужно этим ограничиться, я говорю о приоритетах, о том, что надо делать, если денег нет или их мало.

Сегодня, напомню, доля многодетных семей – 7 процентов, а детей, которые в них воспитываются, – 18 процентов. При этом что мы видим? Две трети многодетных семей находится в категории бедных, и большинство из них имеют доходы ниже половины стоимости потребительской корзины. 60 процентов многодетных семей живут в несовместимой с нормальной жизнью тесноте или крайне неблагоустроенном жилищном фонде. Притом что демографические расчёты не одной исследовательской группы показывают, что для преодоления устойчивого кризиса, изменения динамики нужно увеличивать именно третьи рождения, не только вторые.

В этой связи центральное место в семейной политике должно быть уделено созданию режима наибольшего благоприятствования большим семьям. Популяризация многодетности в качестве наиболее благоприятного в нравственном, социальном отношении образа жизни. Меры должны быть действенными, концентрированы и прогрессивно возрастать по мере увеличения числа детей.

Сейчас получается так, что по мере увеличения числа детей семья просто погружается прогрессивно в бедность.

Сегодня мы видим, что теперь уже к мерам, предложениям, на федеральном уровне действует указ ельцинский 1992 года, который имеет больше декларативный характер – «О мерах по социальной поддержке многодетных семей».

Хотелось бы, конечно, чтобы депутаты приняли федеральный закон о поддержке многодетных семей. Я назову некую комбинацию мер, которая видится очевидной, может быть, и другая, но в целом какая-то такая должна быть комбинация.

Распространить выплату материнского капитала на каждого родившегося ребёнка, начиная с третьего.

Разрешить использовать материнский капитал на образование и лечение детей.

Ввести ежемесячное федеральное пособие (учитывая то, что субъекты неравномерно находятся в хорошем или плохом финансовом состоянии), к примеру, полторы тысячи рублей в месяц на третьего и последующих детей в дополнение к региональному. Это потребует определённых изменений в законе, потому что мы знаем, что семейные выплаты, – это деятельность субъектов и особенность субъектов, их бюджетов, а не федерального.

Продлить выплату пособия по уходу за третьим ребёнком. Но об этом кто только ни говорит и давно говорят, но ничего не меняется. С полутора до трёх лет продлить пособие по уходу. О статистическом учёте положения многолетних семей тоже, мне кажется, стоит отдельно говорить.

И вопрос такой: если предлагаются меры, они стоят дорого, даже если мы их концентрируем как-то особенно, где деньги взять? Где взять ресурсы? «Если говоришь меры, назови источники», – скажут вам в правительстве, скажут в Государственной Думе тоже. И вот здесь я вернусь к алкоголю и табаку. Повышение акцизов на крепкий алкоголь до уровня беднейших европейских стран и повышение акцизов на табак до уровня беднейших европейских стран, таких как Румыния, например – это уже сотни миллиардов рублей. Двукратное повышение акцизов – это 200 миллиардов рублей, то есть полпроцента сегодняшнего ВВП, чуть меньше. Понятно, что если мы связываем эти вещи и говорим: мы повышаем акцизы – это не популярно у населения. Если мы говорим: мы повышаем акцизы, а деньги пойдут, например, на семьи, деньги пойдут на дефицит пенсионного бюджета, – это совершенно другая подача, она политически возможна и проходима. В этой связи предлагается создать за счёт отчислений от повышения акцизов на табак и алкоголь внебюджетный целевой фонд софинансирования мер по поддержке семей с детьми по типу действующего ныне Фонда федеральной финансовой поддержки регионов или Фонда компенсаций.

Про аборт здесь говорилось. Давайте подумаем, наше мировое лидерство по абортам – это естественно или нет. Мы знаем европейские страны, которые имеют совершенно другие показатели, и мы видим субъекты в России – Белгородская область, Москва, – которые добились вполне европейских значений. Это управляемая мерами государственной политики величина. Мне кажется, здесь очевидно существует перечень мер.

И в завершение. Мы говорим сейчас о модернизации. Модернизация в экономическом преломлении – это повышение производительности. Любая модернизированная отрасль – это в среднем в 7–8 раз сокращение численности работающих на предприятиях. Модернизируется старое производство, люди не нужны, потому что новые основные средства более производительны. Поэтому, если мы говорим о модернизации, если мы говорим о предстоящем ухудшении в возрастной структуре, мы должны помнить о двух вещах: конечно, об условиях по созданию новых рабочих мест, но и не забывать об активной, поступательной, интенсивной, незатухающей семейной политике.

**Председательствующий.** Халтурина Дарья Андреевна, сопредседатель Российской коалиции за контролем над алкоголем.

**Халтурина Д. А.** Дело в том, что мы с исследовательской группой делали обзор факторов, которые влияют на рождаемость, с точки зрения семейной политики. И здесь практически не упоминалась такая группа мер, как предоставление услуг по уходу за ребёнком.

Вообще обзор мировой литературы показал, что самая эффективная мера, которая влияет на увеличение рождаемости – это семейное пособие. На втором месте – это предоставление услуг по уходу за ребёнком, на третьем месте – это гибкий график для матерей с детьми. И на четвертом месте – это жилищные программы.

Сейчас рождаемость выше в Европе в тех странах, где больше занятость женщин и где больше женщин с образованием. Потому что только в этом случае – если рождение ребёнка не очень сильно отрывает женщину от её карьеры, – только в этом случае она решится на это и второй, и третий раз. Пока что демографическая политика, семейная политика в России архаична, настроена на то, чтобы как можно дольше держать женщину дома. Это путь Испании, Италии, других стран с патриархальными ценностями, где рождаемость – 1,3 ребёнка на женщину. Без современных мер поддержки уровня жизни и труда матери мы не повысим рождаемость.

**Председательствующий.** Спасибо.

## **РЕКОМЕНДАЦИИ парламентских слушаний**

С 1992 года в России началось стабильное сокращение численности населения из-за превышения уровня смертности над уровнем рождаемости (естественная убыль населения).

В целях изменения сложившейся ситуации и консолидации усилий федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления муниципальных образований, организаций и граждан Российской Федерации по обеспечению условий для устойчивого демографического развития страны Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351 была утверждена Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (далее – Концепция).

Её реализация направлена на увеличение продолжительности жизни населения, сокращение уровня смертности, рост рождаемости, регулирование внутренней и внешней миграции, сохранение и укрепление здоровья населения и улучшение на этой основе демографической ситуации в стране.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2008 г. № 170-р утверждён План мероприятий по реализации в 2008–2010 годах Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года.

Реализация демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года включает три этапа.

На первом этапе (2007–2010 годы) ставилась задача реализовать меры, направленные на преодоление сложившихся негативных тенденций демографического развития:

осуществить основную часть мероприятий по снижению уровня смертности населения в результате дорожно-транспортных происшествий и от сердечно-сосудистых заболеваний, по повышению качества оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, по развитию перинатальных технологий, уменьшающих риск неблагоприятного исхода беременности и родов, по оказанию государственной адресной материальной поддержки семьям, имеющим детей, включая проведение индексации пособий с учётом темпов роста потребительских цен.

Перед субъектами Российской Федерации ставилась задача разработать региональные демографические программы, направленные на улучшение демографической ситуации, учитывающие специфику каждого региона.

Планировалось создать условия, позволяющие уменьшить остроту демографического кризиса, сформировать правовую, организационную и финансовую базу для наращивания дальнейших усилий по поддержке и закреплению позитивных тенденций к началу 2011 года.

С принятием Концепции началась работа по дальнейшему формированию и развитию законодательства, направленного на создание усло-

вий, направленных на снижение смертности и повышение рождаемости населения, поддержку семьи, формирование здорового образа жизни. Среди наиболее значимых законодательных актов следует отметить следующие:

Федеральный закон от 24 апреля 2008 года № 51-ФЗ «О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака»;

Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации до 2020 года (одобрена распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. № 2128-р).

Федеральным законом от 29 декабря 2006 года № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» с 1 января 2007 года введены дополнительные меры государственной поддержки семей с детьми в виде материнского (семейного) капитала для женщин, родивших второго и последующих детей. Размер материнского капитала индексируется: в 2009 году он составил 312 тысяч рублей, в 2010 году – 343,4 тысячи рублей. Первоначально предполагалось, что первые семьи смогут им воспользоваться не ранее 1 января 2010 года. Однако в качестве антикризисных мер по двум временным направлениям выплаты из средств материнского капитала начались с 2009 года – на погашение жилищных кредитов и единовременную выплату наличными 12 тысяч рублей.

Имеется опыт принятия дополнительных мер поддержки семей с детьми в виде областного материнского (семейного) капитала (Смоленская область).

С 2006 года в федеральном бюджете предусматриваются бюджетные ассигнования на реализацию основных направлений приоритетного национального проекта «Здоровье». Реализуемые мероприятия направлены прежде всего на снижение смертности в трудоспособном возрасте (снижение смертности от ДТП, сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, формирование здорового образа жизни, охрана труда), улучшение состояния здоровья женщин, детей и подростков и другое.

В федеральном бюджете предусмотрены ассигнования на реализацию мероприятий федеральных целевых программ «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011)», «Дети России» на 2007–2010 годы», Государственной программы по оказанию содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом и другое.

В бюджетах Федерального фонда обязательного медицинского страхования и Фонда социального страхования Российской Федерации предусмотрены средства на финансирование программы «Родовой сертификат». В 2009 г. на реализацию мероприятий этой программы выделено 17 миллиардов рублей.

В целях усиления профилактического звена здравоохранения по всей России принято решение об открытии сети более 500 Центров здоровья.

Следует подчеркнуть, что, несмотря на финансовый кризис, в 2009 году все важнейшие мероприятия, направленные на стабилизацию и улучшение демографической ситуации, были отнесены к числу приоритетных.

Указом Президента Российской Федерации от 13.05.2008 № 775 учреждён орден «Родительская слава», которым награждаются родители и усыновители, достойно воспитавшие своих детей, обеспечивающие надлежащий уровень заботы о здоровье, образовании, физическом, духовном и нравственном развитии детей.

Указом Президента Российской Федерации от 01.09.2009 № 986 учреждена должность Уполномоченного при Президенте Российской Федерации по правам ребёнка.

В результате реализации мероприятий первого этапа Концепции предполагалось снизить темпы естественной убыли населения и обеспечить миграционный прирост.

Итоги 2009 года свидетельствуют о том, что в результате проведённых мероприятий продолжились и укрепились позитивные демографические тенденции. Общий коэффициент рождаемости за 2009 год повысился и составил 12,4 (в 2008 году – 12,1), а коэффициент смертности снизился до 14,2 (в 2008 году – 14,6). Растёт ожидаемая продолжительность жизни при рождении (в 2008 году – 67,9 лет). Численность постоянного населения Российской Федерации на 1 января 2010 года составила 141,9 миллиона человек (включая мигрантов) и за прошедший год увеличилась на 23,3 тысячи человек. Естественная убыль населения в 2009 году уменьшилась по сравнению с 2008 годом на 112,7 тысячи человек. Увеличившийся миграционный прирост полностью компенсировал численные потери населения и превысил их на 9,8 процента.

Однако демографические показатели Российской Федерации по сравнению с развитыми странами продолжают оставаться низкими. Прежде всего это касается материнской и младенческой смертности, ожидаемой продолжительности жизни при рождении. Сохраняется высокая смертность мужчин в трудоспособном возрасте.

Смертность населения в России по-прежнему превышает рождаемость – в 2009 году родились 1 764,2 тысячи человек, умерли – 2 013,6 тысячи человек. Убыль населения наблюдается в Центральном, Приволжском, Северо-Западном и Дальневосточном федеральных округах.

По прогнозу численность женщин репродуктивного возраста (15–49 лет) в перспективе будет стабильно снижаться. Если в 2009 году численность этой категории женщин составляла 38,1 миллиона, то в 2011 году она составит 36,36 миллиона, в 2015 году – 35,38 миллиона, 2020 году – 34,02 миллиона, в 2025 году – 33,26 миллиона. При этом численность женщин возрастной группы 20–29 лет, на которую приходится 64–65 процентов всех рождений, сократится с 12,1–12,2 миллиона в 2009–2010 годах. до 6,7–7,0 миллиона в 2022–2025 годах.

Эта динамика явится важным фактором ограничения числа родившихся в перспективе. При всех трёх вариантах изменения численности населения (средний, высокий, низкий) Росстат на 2025 год прогнозиру-



ет сокращение числа родившихся и отрицательный естественный прирост населения.

Вопросы обеспечения доступности и качества медицинской помощи остаются актуальными для жителей многих субъектов Российской Федерации, особенно для жителей села. Миграционная политика России требует качественных перемен. Это означает, что наряду с продолжением уже начатых направлений реализации Концепции демографической политики необходимо разрабатывать новые подходы, активизировать меры, направленные на улучшение демографической ситуации в субъектах Российской Федерации, в сельской местности. Мониторинг мирового опыта показывает, что наиболее эффективные меры стимулирования рождаемости включают социальные выплаты и налоговые льготы для семей с детьми, повышение доступности услуг по уходу за детьми (детские сады, ясли и тому подобное), жилищные программы для семей с детьми и поддержка матерей на рынке труда.

После принятия Федерального закона от 15 ноября 1997 года № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» существенно сократился объём собираемых загсами сведений при регистрации рождений, браков, разводов и смертей. Для разработки демографической политики и мониторинга, её результативности необходимы надёжные и подробные данные, в частности, о числе рождённых детей по порядку рождения у матери, о числе детей, остающихся после развода с одним из родителей, о социальных характеристиках новобрачных и родителей и тому подобное. В связи с этим необходимо восстановить демографическую статистику в объёме, существовавшей до 1998 года, для чего внести необходимые изменения в Федеральный закон «Об актах гражданского состояния».

Концепцией демографической политики на период до 2025 года предполагается решить сложные задачи:

- обеспечить постепенное увеличение численности населения (в том числе за счет замещающей миграции) до 145 миллионов человек;
- увеличить ожидаемую продолжительность жизни до 75 лет;
- увеличить в 1,5 раза по сравнению с 2006 годом (1,3) суммарный коэффициент рождаемости, снизить уровень смертности в 1,6 раза;
- обеспечить миграционный прирост на уровне более 300 тысяч человек ежегодно.

В целях создания законодательной базы для успешного завершения реализации в 2010 году мероприятий первого этапа Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года и закрепления в долгосрочной перспективе положительных демографических тенденций участники парламентских слушаний рекомендуют:

**Правительству Российской Федерации:**

- доработать и утвердить концепцию миграционной политики;
- ускорить принятие Национальной стратегии против табака и разработку комплекса законов по реализации Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака.

**Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации:**

при подготовке проекта плана мероприятий по реализации второго этапа (2011–2015 годы) Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года:

разработать меры по профилактике и снижению смертности, связанной с потреблением алкоголя, табака и табачных изделий, наркотиков;

подготовить проект федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» (от 29 декабря 2006 г., № 256-ФЗ), предусмотрев в нем расширение направлений использования материнского (семейного) капитала.

**Минэкономразвития России, Минздравсоцразвития России, Минфину России, Росстату:**

внести в Правительство Российской Федерации проект постановления Правительства Российской Федерации «Об организации в Российской Федерации системы статистических обследований населения по социально-демографическим проблемам», предусмотрев проведение обследований начиная с 2011 года, с соответствующим финансированием из федерального бюджета.

**Министерству регионального развития Российской Федерации:**

разработать эффективные меры обеспечения молодых и многодетных семей доступным жильём.

**Комитету Государственной Думы по охране здоровья:**

ускорить доработку и внесение в Государственную Думу проектов федеральных законов:

«Об ограничении потребления табака»;

«Об охране здоровья детей».

**Комитету Государственной Думы по конституционному законодательству и государственному строительству:**

ускорить подготовку ко второму чтению проекта федерального закона №217355-4 «О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О ратификации Конвенции Совета Европы о защите физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных» и Федерального закона «О персональных данных» с учетом поправок Правительства Российской Федерации в Федеральный закон «Об актах гражданского состояния».

**Органам государственной власти субъектов Российской Федерации:**

начать разработку региональных планов мероприятий по реализации в 2011–2015 годах Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года;

принять меры по ускорению ввода в эксплуатацию в 2010 году перинатальных центров;

ускорить внедрение региональных программ по формированию у населения здорового образа жизни, в том числе направленных на сокращение потребления табака, снижение масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактику алкоголизма среди населения.

**Материалы «круглого стола» на тему  
«Совершенствование законодательства о предупреждении  
распространения туберкулёза в Российской Федерации»**

**СТЕНОГРАММА  
«круглого стола»**

*Здание Государственной Думы. Зал 830.  
13 мая 2010 года.*

*Председательствует председатель Комитета  
по охране здоровья О. Г. Борзова.*

**Председательствующий.** Добрый день, уважаемые коллеги! Очень рады вас приветствовать на «круглом столе», который проводит Комитет по охране здоровья Государственной Думы. Полагаю, что тема чрезвычайно важная, нужная и актуальная. И об актуальности проблемы, которую мы будем сегодня рассматривать, свидетельствует множество обращений, желание выступить, принять участие в работе нашего «круглого стола». Весь наш комитет очень признателен всем, кто захотел это сделать.

Вы знаете, готовя этот «круглый стол», мы приняли решение о подготовке ориентировочных рекомендаций, но на это мало отведено времени. Самое главное – это те предложения, которые представлены некоторыми участниками «круглого стола». И самое главное – это ваши предложения, которые сегодня прозвучат здесь.

Мы работаем под стенограмму, оформим рекомендации каждому субъекту Российской Федерации, Минздравсоцразвития России, Правительству Российской Федерации, Академии медицинских наук. Всем, принимавшим участие, мы свои рекомендации предложим.

Уважаемые коллеги, значимость проблемы, которая рассматривается, конечно, обусловлена тем, что тематика связана и с решением, прежде всего, социальных проблем в нашем обществе, экономических проблем в нашей области, и, конечно, медицинских.

На наш взгляд, некоторые утерянные позиции межведомственных подходов к решению проблемы туберкулёза – это чрезвычайно важная проблема, на которой мы хотели бы остановиться. Хотелось бы, чтобы в ваших выступлениях прозвучала оценка этого факта. По существующему законодательству, федеральному закону, который действует у нас в стране по профилактике и проблеме туберкулёза, мы хотели бы услышать ваши предложения, что требует законодательного решения. Касается ли это обязательной госпитализации больных, касается ли это закрепления финансовых механизмов, хотелось бы тоже знать.

Мы пригласили Минздравсоцразвития России. У нас будет выступать начальник отдела госпожа Д. О. Михайлова. Мы пригласили сюда главного специалиста. Хотелось бы тоже услышать мнение о том, что планируется Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, насколько адекватны те меры вливания

государства и федерального бюджета в решение этой проблемы. Вы знаете, что суммарно, учитывая подпрограмму «Туберкулёз», учитывая выделение средств из федерального бюджета, в среднем около 5 миллиардов в 2010 году должно быть выделено для решения этой проблемы. Рациональность и эффективность использования этих средств – это тоже одна из тем, которую хотелось бы услышать здесь у нас, на нашем «круглом столе».

Уважаемые коллеги, сейчас зарегистрировано 97 участников «круглого стола», из них – 26 представителей регионов. Я очень хотела бы попросить всех выступающих после освещения основных докладов от комитета, от Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации посоветоваться, говорить от трёх до пяти минут. Мне хотелось бы всем желающим предложить выступить и предоставить слово. И я предлагаю начать работать.

С огромным удовольствием я даю слово депутату Государственной Думы Шойгу Ларисе Кужугетовне с докладом от комитета.

**Шойгу Л. К.** Ещё раз здравствуйте! Прошу прощения за небольшую задержку в начале нашего заседания, но это по уважительным причинам. Но тем не менее Ольга Георгиевна уже важность вопроса осветила. Этот вопрос действительно настолько важен, что мы решили посвятить ему «круглый стол» с приглашением и с оповещением всех регионов. И считаем, что этой проблеме в последнее время уделяется недостаточно внимания. В связи с этим просим вас высказываться откровенно, выражать своё мнение. Мы всё будем учитывать. Мы объехали всю страну. Мы понимаем положение и достаточно хорошо ориентированы в том, что происходит в нашей фтизиатрической службе.

Но я начну официальную часть доклада.

Российская Федерация входит в число 22 стран, имеющих наибольшее число новых случаев заболевания туберкулёзом в мире. Вклад России в общий уровень распространённости заболеваний в Европейском регионе по оценке Всемирной организации здравоохранения достигает 35 процентов. Россия находится на восьмом месте по уровню заболеваемости в Европейском регионе после таких стран, как Казахстан, Молдова, Румыния, Грузия, Украина, Узбекистан.

По оценкам экспертов, в Российской Федерации сохраняется значительный резервуар туберкулёзной инфекции. В России ежегодно в среднем выявляется до 120 тысяч новых случаев активного туберкулёза. Несмотря на существенные успехи в снижении смертности от туберкулёза (за последние четыре года произошло снижение на 25 процентов), показатель смертности составляет 16,5 на 100 тысяч населения. Ежегодно в среднем от этого заболевания умирает около 23 тысяч человек.

Туберкулёз также является основной причиной летального исхода населения от инфекционных заболеваний, составляя 80 процентов всех случаев смертности от этого класса болезни. Туберкулёз преимущественно поражает трудоспособную и экономически активную часть населения. Наиболее высокий уровень заболеваемости зарегистрирован в возрасте от 25 до 44 лет.

Стабильно неблагоприятная ситуация по туберкулёзу сохраняется в Уральском, Сибирском и Дальневосточном федеральных округах. Уровень заболеваемости населения в этих регионах в 1,5–2,5 раза выше, чем в Центральном округе. В 15 субъектах Российской Федерации показатель заболеваемости в 1,5 и более раза превышает средний показатель по стране. Особенно тяжёлая ситуация складывается в отдалённых и труднодоступных регионах, районах с низкой плотностью населения.

Нельзя не отметить серьёзность проблемы туберкулёза на селе. Заболеваемость туберкулёзом сельских жителей превышает городскую почти в пять раз. Отмечается высокий уровень заболеваемости туберкулёзом работников противотуберкулёзных учреждений, где заболеваемость в три раза превышает общее популяционное значение и составляет 252 случая на 100 тысяч работников фтизиатрической службы.

Нарастает туберкулёзная инфекция и тяжесть её проявления у детей и подростков. Ежегодно заражается около 290 тысяч несовершеннолетних. Без какой-либо тенденции к снижению с 1991 года растёт заболеваемость туберкулёзом у подростков. За этот период показатель заболеваемости вырос более чем в два раза и составил 37 случаев на 100 тысяч населения подросткового возраста. Сохраняются основные проблемы детской фтизиатрии: поздняя диагностика заболевания, неэффективная химиопрофилактика туберкулёзной инфекции, высокая заболеваемость детей в группах риска.

Отмечается несоответствие развития специализированной санаторно-оздоровительной системы современному уровню здравоохранения, позволяющей изолировать несовершеннолетних из очагов туберкулёзной инфекции и проводить профилактику туберкулёза в полном объёме. Недостаточно развита социальная инфраструктура для детей из групп риска по туберкулёзной инфекции. В регионах закрываются противотуберкулёзные детские сады и группы. В детских садах часто болеющие дети и дети с другими заболеваниями помещаются в группы с детьми из группы риска по туберкулёзу.

Сохраняется проблема туберкулёза среди социально уязвимых групп населения (лица без определённого места жительства, освободившиеся из пенитенциарных учреждений, иностранные граждане, осуществляющие трудовую деятельность на территории Российской Федерации, безработные лица, страдающие алкоголизмом и наркотической зависимостью). Именно среди этих контингентов наиболее остро стоит вопрос о приверженности к лечению.

Вместе с тем, последовательные меры по обеспечению доступности и качества оказания медицинской помощи в пенитенциарной системе, в том числе финансовая составляющая, способствовали стабильному снижению заболеваемости, смертности осуждённых от туберкулёза. В 2009 году заболеваемость осуждённых составила 1306 на 100 тысяч, что в три раза меньше, чем в 1999 году. В 2009 году коэффициент смертности от туберкулёза среди осуждённых составил 85 на 100 тысяч. В 1999 – 238 тысяч. Зафиксировано снижение уровня смертности почти в три раза.

В России проводятся планомерные мероприятия по предупреждению туберкулёза у населения. Разработана и реализуется целая система противотуберкулёзных мер, выявление и лечение заболевания. Вместе с тем существующие противотуберкулёзные учреждения недостаточно эффективны и нуждаются в модернизации.

Актуальными являются проблемы доступности и качественной диагностики, лечения, а также вопрос множественной лекарственной устойчивости к возбудителю туберкулёза.

С нарастанием эпидемии ВИЧ/СПИД актуализируются проблемы сочетанной патологии туберкулёза и ВИЧ-инфекции.

Для противодействия распространения туберкулёза на территории Российской Федерации проводятся комплексные меры социально-экономического, правового и медико-организационного характера.

Основными стратегиями в решении задач по дальнейшему снижению заболеваемости и смертности от туберкулёза являются: доступность качественной диагностики и лечения для всех пациентов, борьба с ВИЧ-ассоциированным туберкулёзом, туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью и туберкулёзом в социально-дезадаптированных группах; инновационное развитие противотуберкулёзной службы; совершенствование законодательного обеспечения и усиление межведомственного взаимодействия в противодействии эпидемии; поддержка и развитие научных исследований, направленных на развитие новых диагностических средств, лекарственных препаратов и вакцин.

Российская Федерация является социальным государством, где жизнь и права гражданина – это высшая ценность, где охраняются достоинства его личности и гарантируется право на охрану здоровья, медицинскую помощь и социальное обеспечение, что закреплено Конституцией России.

Россия продолжает последовательно выполнять обязательство, взятое в рамках стратегии Всемирной организации здравоохранения, – остановить туберкулёз. Правительство Российской Федерации, государственные и общественные организации содействовали реализации инициатив, согласованных на международном уровне, относящихся к туберкулёзу, которые содержатся в Декларации тысячелетия Организации Объединённых Наций.

В 2009 году вопросы организации оказания противотуберкулёзной помощи населению были освещены на заседании межведомственной рабочей группы по приоритетному национальному проекту «Здоровье» и демографической политики на Совете при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных нацпроектов и демографической политики. Для совершенствования противотуберкулёзной помощи принято важное решение: в национальный проект «Здоровье» включено новое направление – обследование населения с целью выявления туберкулёза, лечение больных туберкулёзом.

В 2001 году Государственной Думой был принят Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулёза в Российской

Федерации», направленный на установление правовых основ осуществления единой государственной политики в области предупреждения распространения туберкулёза в Российской Федерации, защита граждан от туберкулёза.

Федеральный закон определяет правовые основы государственной политики в области профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных или переболевших туберкулёзом. Законодательно закрепляет принцип оказания противотуберкулёзной помощи, права, обязанности, меры социальной поддержки лиц, страдающих туберкулёзом, а также меры социальной поддержки медицинских работников, участвующих в оказании противотуберкулёзной помощи.

Законом закреплена возможность направления по решению суда на обязательное лечение лиц, уклоняющихся от обследования на туберкулёз и лечения туберкулёза.

Законодательно определены полномочия государственных органов Российской Федерации, субъектов органов местного самоуправления в области предупреждения распространения туберкулёза.

В 2007 году федеральным законом № 230 введена норма, согласно которой к полномочиям органов местного самоуправления в рамках организации оказания первичной медико-санитарной помощи относится принятие мер по выявлению и профилактике туберкулёза в муниципальных учреждениях здравоохранения.

Правовое регулирование вопросов предупреждения распространения туберкулёза нашло отражение в широком круге законодательных актов, в постановлениях Правительства Российской Федерации, подведомственных нормативных правовых актах.

Основными финансовыми источниками предупреждения распространения туберкулёза на территории России являются: федеральный бюджет, из которого финансируется подпрограмма «Туберкулёз» федеральной целевой программы, средства федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, бюджеты субъектов Российской Федерации и муниципальных образований и иные источники финансирования.

Хочу подчеркнуть, что выполнение социальных обязательств является одним из основных приоритетов бюджетных расходов. В условиях жёсткой экономии в период кризиса Правительство Российской Федерации нашло возможность увеличения расходов на реализацию наиболее важных направлений. Расходы федерального бюджета на предупреждение распространения туберкулёза в 2010 году увеличены и составили около пяти миллиардов рублей.

В субъектах Российской Федерации создана законодательная региональная база, направленная на предупреждение распространения туберкулёза. Приняты и реализуются региональные законы о защите населения от туберкулёза. Такие законы действуют в восьми регионах.

Такие программы приняты и реализованы в Республиках Ингушетия, Дагестан, Саха (Якутия), Адыгея, Хакасия, во Владимирской, Магаданской, Оренбургской и ряде других областей и муниципальных

образованиях. В некоторых субъектах Российской Федерации действовали программы организации противотуберкулёзной помощи населению с использованием стратегии по борьбе с туберкулёзом в рамках программы международной федерации «Общество Красного Креста и Красного Полумесяца».

Вместе с тем хочется отметить, что в настоящее время снизился объём финансирования территориальных программ по профилактике туберкулёза, в ряде субъектов завершены или свёрнуты территориальные противотуберкулёзные программы.

В то же время в некоторых субъектах повышение эффективности и качества фтизиатрической помощи населению в целях стабилизации показателей заболеваемости и распространённости туберкулёза является одной из первоочередных медико-социальных задач здравоохранения. Так, например, в Белгородской области принята областная целевая программа защиты населения Белгородской области от туберкулёза. Расходы областного бюджета на противотуберкулёзные препараты были увеличены за три года в два с половиной раза. Фактически служба была обновлена и создана благодаря поддержке правительства области, консолидации усилий всех заинтересованных структур, достигнута стабилизация эпидемиологических показателей. В 2009 году уровень заболеваемости туберкулёзом снизился на 29 процентов и составил 24,5 случая на 100 тысяч населения.

Другой пример – Республика Саха (Якутия), где в 1999 году принят региональный Закон «О защите населения Республики Саха от туберкулёзной инфекции и оказании противотуберкулёзной помощи». Здесь показатель с 2004 по 2009 годы, показатель заболеваемости среди детского населения снизился в два раза – с 56,4 до 22,8 на 100 тысяч детского населения.

Проблемы в сфере предупреждения распространения туберкулёза в Российской Федерации носят комплексный характер. Мы предлагаем сегодня обсудить законодательный аспект их решения.

Сегодня необходимо отметить, что возникают проблемы по исполнению решений судов о принудительной госпитализации больных туберкулёзом. Сложившаяся практика обязательного обследования и лечения больных заразными формами туберкулёза представляется несовершенной. Не определён статус специализированных медицинских противотуберкулёзных организаций для обязательного обследования и лечения, не указан режим содержания таких больных.

Комитет поддерживает инициативу Минздравсоцразвития России и субъектов России о необходимости проработки и внесения изменений в статью 10 федерального закона № 77 по обязательному обследованию и лечению больных туберкулёзом, направленного на выработку механизма госпитализации больных с заразными формами туберкулёза на основании решения суда и уклоняющихся от лечения и представляющих опасность для окружающих.

Ряд субъектов в своих предложениях, представленных в адрес комитета при подготовке «круглого стола», высказываются за необходимость



возвращения к принудительному лечению больных туберкулёзом. Однако высказывается и иная точка зрения, что лечение должно быть обязательным, но не принудительным. И должен быть определён порядок госпитализации этой категории больных. Сторонники последней позиции признают, что принудительные меры медицинского характера должны соотноситься с правами и свободами человека и не противоречить международным стандартам.

Законодательное закрепление порядка обязательного лечения больных заразными формами туберкулёза в федеральном законе о предупреждении распространения туберкулёза в Российской Федерации потребует внесения изменений в целый комплекс законодательных актов, а именно, в Уголовный кодекс, в Закон Российской Федерации «О милиции», в Федеральный закон «О судебных приставах», Федеральный закон «Об исполнительном производстве». Внесение изменений в законодательство также потребует уточнений и расширения понятийного аппарата.

Генеральной прокуратурой поддержана инициатива о проработке и законодательном закреплении детальной регламентации порядка исполнения решения судов по обязательной госпитализации больных туберкулёзом.

Действующий порядок проведения профилактических медосмотров, утверждённый постановлением правительства № 892, нуждается в доработке и актуализации с учётом современной динамики роста заболеваемости туберкулёзом.

Комитет по охране здоровья поддерживает инициативы о пересмотре порядка обследования населения на туберкулёз, усовершенствование порядков диспансерного наблюдения и государственного статистического наблюдения. Мы надеемся услышать более подробно в выступлениях представителей Минздравсоцразвития России о тех изменениях, которые планируется разработать и внести в это постановление.

Комитет считает необходимым на законодательном уровне обсудить вопросы дополнительных мер социальной поддержки сотрудников противотуберкулёзной службы.

Правительством Российской Федерации в Государственную Думу внесён проект федерального закона, которым вносятся изменения в статью 15 Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулёза в Российской Федерации».

Законопроект направлен на уточнение гарантий медицинским и иным работникам, участвующим в оказании противотуберкулёзной помощи населению, в плане сокращения продолжительности рабочего времени, ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска и повышения размера оплаты труда работников с вредными или опасными условиями труда. Я должна сказать, что этот законопроект был обсуждён на последнем заседании комитета, и Минздравсоцразвитию России был высказан ряд предложений и замечаний комитета очень конструктивных и, я считаю, дельных. Минздравсоцразвития России обещало внести свои определённые изменения. В свою очередь, мы ждём с вашей

стороны предложений и возможных поправок, потому что мы одобрили этот закон в концептуальном плане и предложили его вынести на первое чтение.

После первого чтения мы ждём предложения, поправки, и будет создана рабочая группа, которая будет работать над этим важным документом. Для нас самое главное, чтобы с принятием этого нового закона не были ущемлены права, не снизились права работников, занятых в этой сфере, в сфере оказания противотуберкулёзной помощи. А наоборот, каким-то образом были они законодательно закреплены, и гарантировано было улучшение этой помощи. То есть я обращаюсь к вам, вносите, пожалуйста, свои поправки. Первое чтение назначено на конец мая.

Далее. Подробно в дополнительном рассмотрении нуждаются вопросы миграционной политики иностранных граждан, больных туберкулёзом. Мы предлагаем обсудить и эти вопросы и рассмотрим все ваши предложения.

С целью приверженности к терапии больных туберкулёзом, особенно социально уязвимых групп населения, предлагается обсудить вопрос обеспечения бесплатного проезда на транспорте к месту обследования, лечения и реабилитации в порядке, установленном органом государственной власти субъекта Российской Федерации.

В связи с этим хотелось бы услышать ответ со стороны Минздравсоцразвития России, в связи с чем происходит ежегодное уменьшение санаторных коек как для детского населения, так и для взрослого.

В качестве мер, поддерживающих приверженность к терапии, предлагается рассмотреть вопрос обеспечения бесплатными продуктовыми и гигиеническими наборами. Необходимо обсудить комплекс организационных и законодательных мер по совершенствованию порядка изоляции больных заразными формами туберкулёза и систему профилактического лечения детей из групп риска. Сегодня на «круглом столе» будет отдельное сообщение о проблемах детской фтизиатрии и предложениях по совершенствованию законодательства в части предупреждения распространения туберкулёза среди несовершеннолетних. Я думаю, что все положения будут высказаны докладчиками в своих выступлениях.

Считаем необходимым развивать и совершенствовать с учётом эпидемической ситуации специализированную санаторную помощь как единственный эффективный вариант профилактических мероприятий в группах риска, прежде всего, среди несовершеннолетних из очагов туберкулёзной инфекции. Считаем необходимым обсудить вопрос о создании нового типа противотуберкулёзных санаториев для родителей с детьми, инфицированными туберкулёзом.

Для предупреждения распространения туберкулёза на территории России считаем целесообразным проработать и внести изменения в постановление правительства № 666 (в части восстановления статуса детских садов компенсирующего вида для детей с различными проявлениями туберкулёзной инфекции) и оптимизировать перечень контингентов, подлежащих пребыванию в детских садах этого профиля.

Субъектам необходимо предусмотреть целевое финансирование на сохранение и развитие сети детских дошкольных санаторных учреждений противотуберкулёзного профиля, не допуская их закрытия или репрофилирования. Необходимо проработать вопрос о законодательном закреплении статуса несовершеннолетних в возрасте 15 лет и старше в качестве группы высокого риска по заболеванию туберкулёзом. Дополнить постановление Правительство Российской Федерации пунктом об обязательном обследовании на туберкулёз детей в возрасте 15 лет и старше с частотой не реже одного раза в год. Необходимо также рассмотреть вопрос о производстве детских лекарственных форм противотуберкулёзных препаратов.

Особая тема – это права лиц, заболевших туберкулёзом. Для проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий в очаге туберкулёзной инфекции учреждения противотуберкулёзной службы часто оперируют биометрическими персональными данными и передают их третьим лицам без согласия больных туберкулёзом в Роспотребнадзор, в другие ЛПУ, учреждения соцобеспечения, в УВД, ФМС и так далее, что противоречит требованиям Федерального закона № 152 «О персональных данных». Комитет считает, что необходимо учитывать нормы законодательства, направленные на соблюдение прав лиц, заболевших туберкулёзом.

Другой темой, заслуживающей внимания, является проблема организации лечения осуждённых в пенитенциарной системе. Необходимо рассмотреть вопрос о выработке механизма контроля за обеспечением преемственности и непрерывности диспансерного наблюдения больных туберкулёзом лиц, освободившихся из учреждений уголовно-исправительной системы, умышленно уклоняющихся от обследования и лечения, и неоднократно нарушающих противоэпидемический режим. Не буду останавливаться на этом подробно. Этому будет посвящено отдельное выступление.

В заключение я хочу поблагодарить всех откликнувшихся и принявших участие в нашем мероприятии, и направивших в адрес комитета предложения и материалы.

Благодарю за внимание, потому что на самом деле откликов было невероятное количество, мы поражены. Фактически из всех регионов пришли предложения. Очень конкретные, очень дельные предложения. Мы очень благодарны вам.

**Председательствующий.** Я хочу предоставить слово представителю Минздравсоцразвития России, начальнику отдела Департамента медицинской помощи министерства, эксперту ВОЗ Михайловой Людмиле Анатольевне.

**Михайлова Л. М.** Действительно, вопрос, который сегодня поднимается, чрезвычайно серьёзен. Туберкулёз опасен тем, что он не сам по себе заразен для асоциальных лиц, он заразен и для нас с вами, живущих по правильным законам и соблюдающих санитарно-гигиенические правила. То есть больной туберкулёзом является распространителем

инфекции, как говорится, и нехотя может заразить. Поэтому вопрос, который стоит сегодня по борьбе с туберкулёзом, чрезвычайно важен.

У нас высока смертность от этой инфекции, среди общей смертности она занимает всего 1,2 процента, но это не самое главное. Самое главное, что у нас до 2005 года смертность от туберкулёза значительно возрастала. И с 2005 года она начала стабилизироваться, а к 2009 году достигла достаточно существенного снижения до 16,5 на 100 тысяч населения.

Я считаю, что такие показатели, как снижение смертности, которое является мерилем наших противотуберкулёзных и социальных мероприятий, направленных на борьбу с туберкулёзом, говорят о том, что какие-то позитивные сдвиги с этой инфекцией у нас есть.

Прежде всего, хочу сказать, что тенденция, которая наметилась к снижению заболеваемости туберкулёзом (82,6 у нас было в 2009 году), продолжается и в 2010 году. То есть сейчас за три месяца этого года относительно трёх месяцев предыдущего года также идёт снижение смертности.

Но снижение показателя заболеваемости ещё не говорит о том, что у нас всё благополучно. Поскольку все силы направлены на сегодняшний день и со стороны субъектов Российской Федерации, и со стороны Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации на совершенствование диагностических средств, – всё в общем-то, направлено на то, чтобы исключить пласт заражённости больных туберкулёзом из общества.

На сегодняшний день, что это такое. Это, прежде всего, профосмотры, которым подлежит всё население. И мы должны осматривать всё население в порядке профилактических осмотров, плюс декретированный контингент.

Куда мы откатились сегодня. Если в 1972 году этот показатель у нас был 71,5 процента охвата, то в прошлом году этот показатель был равен 61,4 процента.

**Председательствующий.** Людмила Анатольевна, прошу извинить. Вы говорите о диспансеризации работающего населения?

**Михайлова Л. А.** Сейчас я говорю не о диспансеризации, а об обязательных профилактических осмотрах населения на туберкулёз.

**Председательствующий.** И если можно, показатели выявляемости?

**Михайлова Л. А.** Показатели выявляемости также в пределах 60 процентов из осмотренных на туберкулёз.

Значит, первое, что у нас на сегодняшний день недостаточно, – профилактический осмотр населения.

Уважаемые коллеги, вы, все здесь присутствующие, прекрасно знаете, что мы, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации включили этот показатель в оценку эффективности деятельности регионов, органов исполнительной власти. То есть теперь в оценке региона по его деятельности будет звучать процент охвата профилактическими осмотрами на туберкулёз. Это, я считаю, большое наше достижение, потому что указ президента не включал этот

показатель, мы добились включения. И на сегодняшний день вам придётся максимально приложить усилия, чтобы его отслеживать.

Мало того, этот показатель мы включили в ежемесячный мониторинг по туберкулёзу. И на сегодняшний день за три месяца этого года этот показатель не радует, он всего-навсего составляет 12 процентов в среднем по России. Вы понимаете, что квартал прошёл, а у нас только 12 процентов населения осмотрено на туберкулёз. Сколько же нам надо провести работы и какой именно для того, чтобы достичь даже тех же 60 процентов, которыми мы отчитываемся с вами за 2009 год.

Следующая проблема.

Как уже сказал предыдущий докладчик, на сегодняшний день у нас развиваются два направления, которые Министерство здравоохранения ведёт с 2007 года. Это целевая федеральная программа и второе направление – это приоритетный национальный проект. От того, что мы с вами ведём с 2007 года федеральную целевую программу, от того, что отпускаются средства с 2007 года на борьбу с туберкулёзом, эффекта, к сожалению, уважаемые коллеги, достаточно мало. Потому что у нас смертность снижается очень низкими темпами, заболеваемость у нас росла, и вот впервые она на 2,9 процента относительно прошлого года снизилась. Поэтому очевидно, не всё решают те деньги, которые выделяются на субъект Российской Федерации. Мы считаем, что та мера ответственности субъекта Российской Федерации, которая ложится на органы исполнительной власти, на органы управления здравоохранения, должна быть более действенна, более существенна.

Сегодня Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации помимо выделения средств на борьбу с туберкулёзом предпринимает следующие меры. Во-первых, разрабатывается единый порядок по оказанию медицинской помощи больным туберкулёзом. Что это такое? Это тот самый алгоритм, по которому будут действовать как пациент, так и врачи первичного медико-санитарного звена, субъектового звена и учреждения федерального подчинения.

Я вам хочу сказать, что порядок, который мы сейчас разрабатываем, идёт достаточно тяжело. Наверное, все здесь присутствующие имели неоднократную возможность его рассматривать, оценивать и присылать в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации замечания. Поэтому до сегодняшнего дня порядок находится на согласовании, но уже где-то на его завершающей стадии. Сегодня он у нас в правовом департаменте. И вычищаются те нормативные акты, которые участвуют в его реализации.

Следующее, что я хочу отметить. Конечно же, помимо порядка, который необходим для оказания медицинской помощи населению, это те стандарты лечения, которые мы должны применять повсеместно для всех больных. Поэтому это тоже лежит на сегодняшний день на плечах Министерства здравоохранения и социального развития. Такие стандарты подготовлены в количестве шести, но этого мало, конечно, и на сегодняшний день они проходят утверждение и согласование в установленном порядке.

Помимо того, что мы разрабатываем нормативную базу, на сегодняшний день у нас стоит вопрос об отработке потоков обращений и оказания медицинской помощи пациентам.

Мы все прекрасно знаем, что пациент, обращающийся в медицинское учреждение, прежде всего сталкивается с тем первичным уровнем оказания медицинской помощи и теми врачами общей лечебной сети, которые непосредственно сталкиваются с пациентом с любым заболеванием, в том числе туберкулёзом. Поэтому на этой стадии, конечно же, недостаточно той нормативной базы, которая была ещё до недавних трёх-четырёх лет.

В 2005 году у нас вышел приказ об организации выявления на первичном медико-санитарном звене, на первичном медико-санитарном уровне. То есть каждый врач, который сталкивается с больным с подозрением на туберкулёз, обязан более внимательно отнестись к симптомам, характерным для туберкулёза, – это кашель, это слабость и так далее, не мне вам рассказывать, и, конечно же, быть настороженным относительно такого больного. Проводить у него соответствующие диагностические исследования и направлять в противотуберкулёзный диспансер.

Итак, посмотрите: поднимается поток от пациента до непосредственно учреждений федерального подчинения. То есть каждый больной получает определённый вид медицинской помощи, соответствующий его состоянию в учреждениях соответствующего уровня, начиная от первичного звена, повторяю, и, кончая федеральными учреждениями. И всем этим у нас руководит администрация субъекта Российской Федерации и Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Вот такой порядок обязательно должен быть соблюден в каждом субъекте, в каждом лечебном учреждении и в каждом муниципальном образовании.

Давайте посмотрим на сегодняшний день проблемы туберкулёза. Вот были озвучены очень хорошо проблемы. Какие же проблемы помимо того, что было озвучено, у нас присутствуют.

Это, во-первых, отсутствие настороженности медицинского персонала общей лечебной сети на туберкулёзную информацию. Вот, уважаемые коллеги, такой простой момент. Казалось бы, ничего он нам не стоит, он не стоит нам денег, но для того, чтобы каждый медицинский работник был насторожен относительно туберкулёзного больного, очевидно, среди и населения, и медицинских работников вами должна проводиться работа по этому направлению.

Дальше. Низкое качество лабораторной диагностики, не позволяющее выявлять туберкулёз на ранних стадиях. Уважаемые коллеги, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации выделяет средства для обеспечения лабораторной диагностики, для улучшения материально-технической базы лабораторий, поэтому министерство со своей стороны проводит все возможные организационные мероприятия, которые помогли бы вам в этом направлении. Но, очевидно, то, что делается наверху, то, что делается в качестве

организационных мероприятий в министерстве, не совсем адекватно решается в субъекте Российской Федерации.

Ещё раз хочу повторить, что знание о туберкулёзной инфекции у населения слишком низкое. Поэтому, очевидно, нужно разворачивать какие-то коммуникационные кампании, нужно больше говорить населению о повышенном внимании к туберкулёзу, о том, чтобы не запускать то своё состояние, в котором находится больной человек, и своевременно обращаться к врачу.

Но вы видите, с правовой стороны те нормативные акты Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, которые были приняты, – это и критерии оценки деятельности врача, участкового терапевта, участкового педиатра, врача общей практики, это тот порядок выявления в первичном медико-санитарном звене. То есть со своей стороны министерство относится достаточно серьёзно и адекватно к этой проблеме для того, чтобы вы могли это не просто увидеть, а подтвердить увиденное в цифрах. То есть вы всегда можете посмотреть, насколько тот же терапевт, тот же педиатр действительно выявляет заболевание и насторожен ли он относительно своего участка на туберкулёз.

Как я уже сказала, недостаточная материально-техническая база лабораторий, низкое качество забора мокроты. То есть, уважаемые коллеги, здесь никакими деньгами не поправишь это, единственное – надо учить медицинских работников среднего звена и врачей именно таким, казалось бы, простым задачам. И на это у нас тоже есть с вами нормативный акт – это подпрограмма «Туберкулёз» Федеральной целевой программы «Предупреждение борьбы с социально значимыми заболеваниями», то есть здесь мы тоже выделяем средства на эту работу.

Дальше, отсутствие порядка оказания медицинской помощи больным туберкулёзом, несоблюдение режимов лечения, включая процесс контролируемого лечения.

Уважаемые коллеги, на сегодняшний день вы знаете, в чём наша беда. В том, что мы даём больному таблетки и отпускаем его восвояси. Выпьёт он эти таблетки, не выпьёт, будет он лечиться или не будет – никто из медицинских работников практически не знает. То есть отсутствие контролируемого лечения туберкулёзного больного тоже является тем бичом, который на сегодняшний день у нас существует.

Что такое неконтролируемое лечение? Это то что, прежде всего, больной может прервать своё лечение, он может не принимать препарат, принимать в неуставленных формах и так далее. Тем самым что мы делаем? Мы даём возможность развитию туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью, то есть отрыв от лечения, неправильное лечение.

**Председательствующий.** Людмила Анатольевна, простите, пожалуйста, если можно, остановитесь, пожалуйста, на проблемах и путях решения. Существует отчётливая программа, и вы работаете над этим.

**Михайлова Л. А.** Спасибо. Моя задача была обозначить именно те проблемы, которые на сегодняшний день Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации предпринимает относительно действий по борьбе с туберкулёзом.

Ещё два слова по законодательству.

Действительно, законодательная база, которую мы сейчас разрабатываем, была озвучена у Ларисы Кужугетовны Шойгу, и это действительно та задача, над которой мы сейчас работаем. Мы внесли сейчас на согласование в заинтересованные министерства и ведомства проект федерального закона.

**Герасименко Н. Ф.** У меня вопрос к Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Скажите, пожалуйста, анализировали вы, почему показатели округов, я имею в виду Центральный, Северо-Западный, Сибирь, Урал и Дальний Восток, имеют уровень заболеваемости, превышающий данный более чем в два раза. Это не просто же так везде. С чем это связано? Холода, лагеря, недостаток учреждений? В чём смысл? И существует ли отдельная какая-то программа?

**Михайлова Л. А.** Конечно же, о такой проблеме мы знаем, и всегда и везде говорим. В чём причины? Прежде всего, конечно же, холода, во-вторых, эти субъекты подвержены туберкулёзной инфекции, особенно Тувинская республика. Вы знаете, что самая высокая заболеваемость у нас в Тувинской республике, Приморском крае, Сибирском округе. Там, помимо того что мы непосредственно управляем этим процессом, конечно же, сам субъект Российской Федерации непосредственно занимается этой проблемой. Он должен создавать свои подпрограммы, должен сам беспокоиться о тех вопросах, которые у него существуют. Здесь всё на плечи здравоохранения и государства трудно возложить, потому что те условия, которые непосредственно существуют в субъекте, должны каким-то образом ещё и коррегироваться самим субъектом Российской Федерации.

**Председательствующий.** Следующий выступающий у нас главный внештатный специалист по торакальной хирургии и фтизиатрии Минздрава России, директор Санкт-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии Яблонский Пётр Казимирович.

Мы хотели бы всё-таки услышать и ответ на вопрос академика Герасименко Н. Ф., он очень важный, поскольку анализ действительно должен свидетельствовать и уточнять истинные причины. Но, наверное, «виноваты» не только холода. Наверное, есть существенные причины, связанные с социальными моментами, с экономическими.

**Яблонский П. К.** Я хочу обратить внимание на проблемы, находящиеся в объективе и медицинского сообщества и общественности. Хочу внести долю оптимизма в наше заседание. Сегодня наша страна, на мой взгляд, располагает одной из самых лучших систем профилактики и лечения заболевания в мире. Мы имеем уникальный опыт, Николай Фёдорович, борьбы с туберкулёзом, и я приведу



пример. 980 постановление Совмина (1960 год). Когда мы имели схожие показатели по борьбе с туберкулёзом и за 25 лет благодаря слаженным действиям государства и медицины мы к 80-м годам вышли на уровень 30–35 по стране. И мне кажется, что сегодня самое время вспомнить тот опыт, потому что он был очень позитивен. При подготовке нынешнего совещания мои коллеги были уверены, что первое и главное положение, которое будет обсуждать сегодняшний «круглый стол», – меры по ужесточению законодательства, которые, безусловно, нужны. И я точно знаю, что Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации неоднократно это обсуждало и передало в Комитет Государственной Думы по охране здоровья свои предложения.

**Председательствующий.** Я должна заметить, пока ещё нет, мы ждём этого.

**Яблонский П. К.** Сожалею. Необходимо внести изменения в закон о милиции, учитывать это при создании региональных штабов, я думаю, Людмила Анатольевна сделает это уже сегодня, я бы очень не хотел повторяться, потому что эти предложения обсуждались, они действительно есть, мы о них всех знаем. Думаю, директора институтов это подтвердят. С другой стороны, действительно большое внимание, считаю, уделяется, и очень правильно, созданию порядка и стандартов оказания помощи, и думаю, что здесь мы имеем возможность в какой-то мере отойти от традиционной схемы выявления одной болезни, схемы, которая довлекла над фтизиатрами нашей страны долгие годы. Недавно мы обсудили эту проблему на конференции фтизиатров Северо-Западного региона Российской Федерации, где эта точка зрения была воспринята вполне адекватно.

Что имеется в виду: человек, который в первый раз в жизни закашлялся, никогда не может знать, что за болезнь у него присутствует, и он идёт в учреждение, которое занимается выявлением и лечением этой болезни. Сегодня противотуберкулёзные диспансеры располагают самым квалифицированным персоналом, который может поставить этот диагноз, у них есть и рентгеновская техника, и цитологические лаборатории, и биохимические лаборатории, и, как показывает опыт северных территорий с малой плотностью населения, вот это фтизиопульмонологическое направление оказывается самым эффективным. С другой стороны, нам следует подумать о создании системы именного учёта всех больных, которая позволит отойти от двойных стандартов регистрации. Я хочу сказать уважаемому собранию, что сегодня в ряде регионов 50 процентов больных туберкулёзом регистрируются без прямых признаков наличия туберкулёза (я имею в виду выделения палочки Коха или гистологической верификации диагноза). Это тоже сказывается на статистике. Я думаю, следует развивать телемедицину, потому что сегодня самое дорогое, как выясняется, – специалист. И сегодня без грамотного специалиста мы не можем, даже если мы поставим много техники в регионы Российской Федерации, она будет неполноценно работать.

Безусловно, следует подумать о повышении ответственности региональных менеджеров за результаты работы противотуберкулёзной службы, потому что сегодня у нас нет объективной статистики по количеству прерывания лечения по вине пациентов, а не из-за отсутствия лекарств, например, из-за недостаточной активности медицинского персонала.

Конечно, следует подумать о поддержке персонала противотуберкулёзных учреждений. Я хочу сказать, что сегодня в федеральных учреждениях заработная плата медицинской сестры исчисляется из суммы 2200 рублей. Это действительно не тот уровень зарплаты, который позволяет повысить мотивацию персонала для работы в этих учреждениях, и это тоже очень важно. Я хотел бы обратить внимание, что целью нашего лечения является не только эпидемиологическая «безопасность страны и населения», она, безусловно, является одной из самых важных, но и профилактика инвалидизации самих болеющих туберкулёзом. И хочу обратить внимание, что в стране совершенно забыты хирургические методы лечения, и их уровень сегодня едва достигает четырёх процентов. Это недопустимо мало. В лучшие годы советской власти мы достигали уровня 25 процентов, в лучших регионах России сегодня 12 процентов. И это позволяет не только избавиться от бацилловыделения, но и ускорить лечение.

Хочу обратить внимание на санаторное лечение. Ряд санаториев сегодня стал выполнять роль социальных изоляторов, куда мы отправляем больных, которым просто невозможно помочь, и называть их санаториями, наверно, уже нельзя.

Ещё один нюанс. Мы не должны забывать, что подавляющее большинство диспансеров и туберкулёзных больниц страны располагаются в непригодных, случайных помещениях, где понятие об инфекционном контроле может быть введено только с большой натяжкой. Мне кажется, что сегодня мы должны подумать не только о 340-й статье финансирования, которая, действительно, благодаря колоссальным усилиям Минздравсоцразвития России и всей страны, обеспечила страну лекарствами, но мы должны подумать и о том, чтобы условия работы в общем были соответствующими тоже.

Я хочу сказать, что Петербург как регион имеет позитивный опыт в осуществлении лечения в стационарах. Обращаю внимание на работу 12-го диспансера, когда и служба трудоустройства, и служба социальной поддержки пищевыми пайками и так далее, и так далее, удерживают пациентов на лечении. Я хочу сказать, что в нашей Павловской больнице создано социальное отделение, которое сегодня позволяет выполнять две задачи: и изоляции, и социальной помощи практически инкурабельным больным, тем самым, минимизируя эпидемиологическую обстановку в регионе.

**Председательствующий.** Пётр Казимирович, спасибо большое и, может быть, мы Вам много вопросов задаём, а Вы только приступили к своей деятельности в качестве главного внештатного специалиста, но вот как профессионал ответьте, пожалуйста, на вопрос: стандарты ле-

чения и подходы – это наш медицинский вопрос? Они должны быть едиными касательно бактериальных больных? Вы говорите, идёт такой процент снижения хирургического лечения. Разве это правильно, если мы говорим о стандартах? Значит, мы должны с вами методологически управлять этим процессом, или это ошибочное представление?

И второй вопрос, если позволите, я хотела бы тоже спросить у Вас, вот сейчас идёт модернизация, вчера на «правительственном часе» с блестящим докладом выступила министр здравоохранения и социального развития Татьяна Алексеевна Голикова, перед этим был отчёт Правительства Российской Федерации в лице Председателя Правительства Путина Владимира Владимировича, где обозначена модернизация здравоохранения, и там есть раздел, согласно которому субъекты Российской Федерации должны разрабатывать региональные программы. И в этих программах они должны быть преломлены в соответствии со структурой заболеваемости, смертности региона, индивидуальными особенностями региона, субъектовыми возможностями участия в финансировании.

Скажите, пожалуйста, роль Ваша, как главного внештатного специалиста, должна быть здесь обозначена? Это программы, где прослеживается колоссальная заболеваемость, ведь обеспокоенность академика Герасименко Н. Ф. вызвана статистикой. Значит, мы должны тогда в этих регионах каким-то образом воздействовать на власть при формировании региональных программ модернизации. Ведь колоссальные деньги, 460 миллиардов, это реформа, которая впервые за последние десятки лет будет сопровождаться выделением дополнительного финансирования.

**Яблонский П. К.** Совершенно с Вами согласен.

Конечно, мы должны на это влиять. И когда мы говорим об управлении, то я хочу сказать, что сегодня разные уровни финансирования и разные сферы ответственности приводят к тому, что после выписки больного из федерального учреждения он приходит в своё учреждение и ему сразу меняют схему лечения, потому что стандарта и формуляра единого до сих пор нет. Регионы действительно закупают не те лекарства, которыми пользуются федеральные учреждения, и это неправильно. Но у них разные возможности финансирования. И поэтому сегодня одна из наших задач – принятие единого формуляра лекарственного снабжения всей страны, что позволило бы стандартизировать эту помощь во всех регионах Российской Федерации.

Что касается региональных программ, то, безусловно, активное вмешательство специалистов на местах, мне кажется, будет способствовать модернизации прежде всего противотуберкулёзной службы, как одной из самых социально опасных в России.

**Председательствующий.** Я хотела бы предоставить слово человеку, которого все знают, педиатры, фтизиатры России, человеку, который столько сделал для развития детской и подростковой фтизиатрической службы, – Аксёновой Валентине Александровне – руководителю

детско-подросткового отделения НИИ фтизиопульмонологии ММА им. Сеченова, главному внештатному детскому фтизиатру Минздравсоцразвития России. Какие есть пути решения проблем подросткового туберкулёза? Это очень важно и нужно.

**Аксёнова В. А.** Действительно, мы много обсуждаем, много говорим о туберкулёзе, и каждый докладчик в принципе говорит одно и то же, что наболело: что бы мы не делали, всё равно у нас не получается полностью справиться с туберкулёзом. Были времена, когда действительно всё было хорошо и всё прекрасно. Мы добивались совместно на государственном уровне очень хороших успехов. У меня всегда на моих выступлениях был лозунг – «Больной туберкулёзом плакал дважды: когда он заболел и когда его снимали с учёта». Это действительно были прекрасные времена в том плане, что ему предоставлялось всё, в чём он нуждался, чтобы он поправился, чтобы он не чувствовал себя ущемлённым. И это было тогда. Сейчас, к сожалению, этого мы не можем сказать.

Можно много говорить, и у меня подготовлено много слайдов, но, я думаю, что многие докладчики передо мной это уже сделали и присутствующие это слышали. И повторяться я не буду. Одно скажу, страна считается прогностически благополучной, если у них не болеют дети, если возрастной пик заболеваемости приходится на возраст старше 50 лет.

Все чётко Людмила Анатольевна показала, и предыдущие докладчики, что у нас пик заболеваемости – 25–30. Каждый второй больной выявляется при обращении. Касательно охвата профосмотрами, мы гордимся, говорим, у нас повысился показатель и стал равняться 60. Но если вспомнить 80-е годы, при показателе, равном 80, действительно выявлялись заболевания. И если ребёнок заболел в то время, то это обсуждалось на уровне руководителей службы, не медицинской, а на уровне государственном. И действительно, принимались определённые меры. Сейчас же у нас ситуация довольно тяжёлая, несмотря на то, что мы всё делаем, чтобы у нас снизился показатель. И я согласна с вопросом академика Герасименко: почему у нас болеют? На Западе одни показатели, на Дальнем Востоке, в Сибири другие показатели?

Вы знаете, я только что (две недели назад) прилетела с Камчатки. Там показатель заболеваемости детей в два раза выше или почти одинаковый с заболеваемостью взрослых. Плохо это или хорошо? Действительно, только дети там болеют, а взрослых не выявляют? Да нет, там просто идёт гипердиагностика детского туберкулёза. Я попыталась выяснить, почему. Элементарно – нет обычного томографа. Мы говорим о компьютеризации, нужны компьютерные томографы в педиатрической службе, а у них обычного нет. И врачи, перестраховываясь, лучше поставят ребёнку диагноз «туберкулёз», чем снимут. Так было в Якутии. И здесь приводили пример достижения хороших результатов благодаря тому, что чётко поставили систему выявления, дальнейшего лечения и реабилитации. Вот это основное. То есть от этого во многом зависит ситуация. Не от того, что регион тяжёлый. Да, тяжёлый, там

ужасно большие расстояния, но рядом – Владивосток – тоже непростой район, но там показатели истинные. Да, действительно, там должно быть много случаев заболевания туберкулёзом, но он качественно отличается по форме протекания. Поэтому сложно сказать. На этом фоне, у нас рядом в средней полосе, та же Карачаево-Черкесская Республика, где показатели заболеваемости идеальные, всё соответствует тому, как положено в среднем на федеральном уровне, а на самом деле нет стационара, некуда положить больного и негде выявить туберкулёз.

Поэтому говоря о том, как мы лечим и в каких особых условиях, наверное, нам следует прежде всего обратить внимание именно на вопросы законодательного порядка. У нас на уровне субъекта существуют свои условия.

Я как педиатр могу сказать, что проблема детского туберкулёза – выявление. У нас 300 тысяч детей ежегодно инфицируется туберкулёзом. Что такое «инфицируется»? Они сегодня заразились лекарственно-устойчивой формой, которая катастрофично разрастается и у взрослых, она так же растёт и у детей, просто мы её не выявляем, не можем выявить – такова особенность детского туберкулёза. Эти дети через 5–10 лет пополнят ряды общего взрослого туберкулёза и будут инвалидами. У нас инвалидность среди подростков за последние годы увеличилась в два раза. Вот об этом мы должны призадуматься.

Чтобы не болели, что делать в этой ситуации? Поступать таким образом, чтобы как можно раньше выявить, как практикуется в цивилизованном мире, на уровне латентной инфекции, и пролечить, хорошо пролечить, контролируемо. А не так, как у нас лечат, когда дали таблетки, мама ушла и прочитала в Интернете, а ещё по телевизору посмотрела ту же Червонскую или кого-нибудь из таких же деятелей и пришла к выводу: нет, я ничего ему не дам, ребёнок у меня здоровый. И вот результат, нам надо принять законодательно для детей: изолировать взрослых, а это, мне так кажется, очень сложно и нереально на первом этапе. Поэтому в первую очередь давайте пойдём по другому пути – создадим условия хорошей реабилитации ребёнка, инфицированному микробактерией. Ежегодно мы 1,5 процента детей можем излечивать в санаторно-оздоровительных учреждениях. Что у нас происходит в регионах? Ведь во многом не зависит ни от Минздрава, ни от чего, у нас в регионах идут по такому пути: а некого из детей направлять в санаторий, давайте лучше его закроем. А почему закрыть? А потому что туда мамы не едут, либо у неё денег нет доехать, либо просто она не желает и детей не направляют, там такие условия, что нормальная мама в такие условия ребёнка не отправит. Живой пример – Москва. Здесь идеальные санатории, конечно, в них хорошо едут дети на лечение. А что делать на тех территориях, где нет таких условий? Нам необходимо предпринять всё, чтобы не закрывали эти санатории. Здесь докладчики озвучивали мои предложения, которые я передавала. И действительно, это предложения, за которые болит душа.

А ещё более тяжёлая ситуация у нас с подростками. Их мало. Их всего заболевает две тысячи. Но в будущем предположительно они будут

иметь в основном рецидивы. И мы знаем, как растут рецидивы и как часто у нас подростки заболевают туберкулёзом, как они лечатся. Их оперируют, и они становятся инвалидами. Поэтому эти случаи надо как можно раньше выявлять. Подростки – это действительно группа особого риска по заболеваемости. И мы должны к ним относиться так же, как к работникам роддомов. Их надо обследовать не менее чем два раза в год. Это мы должны также предусмотреть при создании государственных законодательных актов.

У нас много санаторно-оздоровительных учреждений системы Министерства образования Российской Федерации. На данный момент случилось так, что из-за расслоения, каждый отвечает за своё. Министерство образования издаёт законы и приказы, постановления правительства. Вот это, к примеру, постановление 666, где употребляется термин «туберкулёзная интоксикация» – перепутали с туберкулёзной инфекцией. Результат – закрылось 70 процентов детских санаторно-оздоровительных учреждений.

Сейчас оно пересматривается, совместно решаем. Не далее как вчера, вероятно, узнали об этих документах и мне уже звонят: «Мы готовим новый документ. Помогите нам его составить». Вот поэтому надо нам собираться и на этом уровне обсуждать. Это помогает нам хотя бы справиться с человеческим фактором.

И ещё. Здесь уже больше обращаюсь к руководителям. Я вижу, здесь присутствует очень много руководителей фтизиатрической службы. Мы любим детей. Мы понимаем, каждый, кажется, на своей территории. Но всегда финансирование детской фтизиатрической службы и именно то, что касается детей, хотим мы или не хотим, как правило, идёт по остаточному принципу. Конечно, важнее лечить бациллярного, чем лечить ребёнка с малой формой туберкулёза. Вот в таких случаях в одном из пунктов должно быть предусмотрено отдельное целевое финансирование для детской службы. Чтобы педиатры знали, что это им положено, должны быть детские дозировки. И будьте добры, дайте нам. Они сейчас уже готовятся, издаются, но ещё очень многие главные врачи этим не занимаются. Это тоже надо предусмотреть и сделать. Это в целом. Спасибо большое.

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, ещё раз хотелось бы подчеркнуть важность межведомственного взаимодействия при данной патологии – это, конечно, и статистика, и вопросы гипердиагностики, и вопросы отношения власти на местах к вопросам реабилитации, прежде всего, детей. Потому что вы знаете, каково количество закрытых «лесных» школ, которые были закрыты, какое количество региональных санаториев, которые финансировались и были на бюджете субъекта Российской Федерации. Они тоже закрываются по принципу непосещаемости. И вы знаете, насколько важна достоверность и эффективность того, что мы делаем, включая и качество профилактических осмотров.

Очень важное значение имеют, вчера об этом Татьяна Алексеевна Голикова говорила у нас на «правительственном часе», вопросы реализации национального проекта. И там есть такой раздел, Валентина

Александровна, который говорит об обследовании и диспансеризации детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Он касается прежде всего и подростков, которые практически бесхозные, не имеющие семьи и находящиеся в организованных коллективах. Если в организованных то, это ещё как-то подвластно. Это финансирование выделено на профилактические осмотры, а вот с вопросом выявляемости – хуже. На наш взгляд, этот раздел и для главных специалистов, потому что выявляемость и качество проведения профилактических осмотров – это тоже важно прописать законодательство.

С особым удовольствием хочу предоставить слово председателю комиссии Общественной палаты по охране здоровья и экологии Ачкасову Евгению Евгеньевичу.

**Ачкасов Е. Е.** Общественная палата максимально ответственно отнеслась к данному вопросу. И при подготовке к настоящему «круглому столу» была проведена общественная экспертиза в Общественной палате законопроекта № 341687-5. Как раз к общественной экспертизе были подключены все существующие в настоящий момент общественные региональные палаты и общественные советы, которые прислали достаточно много предложений, что нам было очень приятно, что так активно люди откликнулись. И по результатам общественной экспертизы Общественная палата сочла возможным поддержать данный законопроект, который поступил к нам при необходимости внесения ряда поправок. Так, Общественная палата считает необходимым в наименовании указанной статьи исключить слово «непосредственно». Потому что при сохранении этого слова весь обсуживающий персонал может лишиться льгот. Это слесари-водопроводчики, работники общего блока, ряд других людей, так как туберкулёз передаётся воздушно-капельным путём. Это слово было в предыдущем законе, поэтому мы считаем: надо убрать это слово из наименования.

Пункт 1 статьи 15 закона о предупреждении распространения туберкулёза было, как я уже сказал, предложено изложить в новой редакции, где будет регламентироваться получение гарантий работникам, участвующим в оказании противотуберкулёзной помощи. При этом продолжительность рабочего времени, всех льгот медицинским работникам бюджетных учреждений назначается в порядке, определяемом органом исполнительной власти, а оценка вредных и опасных производственных факторов, условий труда будут осуществляться по результатам аттестации рабочих мест.

Общественная палата считает, что это можно поддержать, но при этом мы считаем принципиально необходимо включить в перечень лиц, получающих социальные гарантии, льготы, научных сотрудников и профессорско-преподавательский состав. По той причине, что они не участвуют непосредственно в лечебной работе, но они контактируют с людьми, больными туберкулёзом, в не меньшей степени, чем врачи, оказывающие помощь. Они контактируют с больными во время учебного процесса. Это, мы считаем, надо, обязательно добавить.

Более того, мы полагаем, что необходимо учесть и порядок реализации социальных гарантий, льгот лицам, оказывающим помощь пациентам, страдающим сразу рядом заболеваний, потому что могут быть пациенты, страдающие одновременно и туберкулёзом, и ВИЧ-инфекцией, к примеру, и психическим заболеванием. В общем-то, при общественной экспертизе поступили предложения о необходимости их учёта, потому что эта категория больных опасна вдвойне.

И помимо вышесказанного в Общественную палату также поступил ряд предложений. Я хотел бы их довести до участников настоящего «круглого стола». Предложения о необходимости повышения степени ответственности граждан при умышленном уклонении от лечения при наличии заразных форм туберкулёза.

Я не буду повторяться. Это то, что мы считаем наиболее интересным. Очень много представителей региональных общественных палат высказали предложение закрепить на федеральном уровне частичную или полную компенсацию проезда больным туберкулёзом к месту лечения. Поступили предложения утвердить в законодательном порядке положения о бесплатном лечении иностранных граждан, страдающих туберкулёзом, в противотуберкулёзных учреждениях Российской Федерации, что может привести к уменьшению распространения туберкулёзной инфекции. При этом были предложения о депортации мигрантов, больных туберкулёзом. Наверное, здесь надо искать середину. Необходимо предусмотреть какой-то порядок действия органов здравоохранения в отношении иностранных граждан до момента их выезда, пока они находятся на территории Российской Федерации.

А в целом, конечно, Общественная палата поддерживает данный законопроект, и есть положительное заключение Общественной палаты, оно будет в ближайшее время направлено в Комитет Государственной Думы по охране здоровья.

**Председательствующий.** Евгений Евгеньевич, мы ждём Ваши замечания, работаем с Вами в содружестве и будем рады их получить, потому что между первым и вторым чтением мы смогли бы вернуться к рекомендациям и подумать, каким образом депутатский корпус должен их оформить.

Я с огромным удовольствием предоставляю слово своему заместителю, представителю Комитета по охране здоровья, депутату Государственной Думы Глубоковской Эльмире Гусейновне.

**Глубоковская Э. Г.** Уважаемые участники «круглого стола»!

Всем очевидно, что туберкулёз – это медико-социальная, а точнее социально-медицинская проблема, это спутник экономических, политических, социальных вызовов нашему обществу, потому что пики повышения заболеваемости регистрируются именно при распаде Советского Союза, при экономических дефолтах и так далее. И, конечно же, как это ни банально звучит, но это индикатор благополучия общества, и не будем упускать из виду, что и экологическая составляющая. Вот кстати, если говорить о распространении туберкулёза в регионах



Сибири и Дальнего Востока, то здесь оно имеет определённое значение. Всё-таки доминантной, на мой взгляд, является социальная составляющая и по мнению специалистов на неё приходится свыше 80 процентов от всей этиологии.

Основными факторами роста заболеваемости за последние два десятилетия остаются: низкий уровень жизни, чувство социального пессимизма, которое сегодня по данным ВЦИОМ испытывают свыше 62 процентов россиян по понятным причинам. Отсутствие мотивации к эффективной трудовой деятельности. Мы знаем с вами, что такое зарплаты бюджетников, которые не индексировались с 2008 года.

Фактор бедности, за чертой которой живёт свыше 13 процентов россиян.

Трудно управляемые миграционные процессы и рост численности социально дезадаптированных групп, распространение лекарственно-устойчивых форм заболевания, особенно в тюрьмах, следственных изоляторах, о чём очень подробно говорила Лариса Кужугетовна Шойгу.

Кстати, если говорить о проблеме распространения туберкулёза в пенитенциарных учреждениях, не будем забывать, что там абсолютно не соблюдаются социальные нормы, санитарно-гигиенические, они нарушаются достаточно серьёзно, особенно на уровне предварительного следствия.

Конечно, нельзя сбрасывать медицинские вопросы в распространении этого заболевания, потому что сегодня возможность выявления туберкулёза на ранних, наиболее эффективных для лечения стадиях, остаётся проблематичной, поскольку созданная в Советском Союзе структурированная система диспансеризации рухнула. Уже в рамках нацпроекта есть диспансеризация работающего населения, диспансеризация людей, профессии которых связаны с вредными условиями производства, и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, но всё-таки не выстроена ещё система, которая бы предусматривала не только выявление больных, но и их лечение, наблюдение за ними, реабилитацию.

Существенное влияние на ухудшение ситуации оказывает и недостаточное финансирование профилактических, диагностических и лечебных мероприятий. И, как отмечала Счётная палата, анализ работы Минздравсоцразвития в 2008 году, что из-за несвоевременной подготовки необходимых нормативно-правовых документов и затягивания сроков проведения конкурсных процедур на контракты, на поставку лекарственных средств для профилактики и лечения больных туберкулёзом, эти контракты были заключены только в августе–июне, то есть была задержка в получении лекарств. А вот перерывы в лечении не на пользу идут больным.

По расчётам НИИ фтизиопульмонологии, если ситуация, в том числе с финансированием, кардинально не изменится, то к 2015 году количество больных в России будет составлять 100–120 человек на 100 тысяч населения. И от туберкулёза будут умирать в год до 35–36 тысяч.

Вчера меня тоже, как Ольгу Георгиевну, очень порадовали такие результаты деятельности Минздравсоцразвития России, как оптимизация

демографической ситуации в России, когда впервые за 15 лет показатели рождаемости превысили показатели смертности и родилось на 30–35 тысяч людей больше. И эта тенденция очень оптимистично звучит.

В этих условиях всё острее стоит вопрос развития профилактического направления в борьбе с туберкулёзом, и поэтому остановлюсь подробнее на социальной профилактике. Конечно, она направлена, прежде всего, на борьбу с бедностью. Численность населения с доходами ниже прожиточного минимума в 2009 году по предварительной оценке составила 18,6 миллиона человек.

Мы знаем, что серьёзным шагом в решении этой проблемы явилось то, что минимальные пенсии доведены до уровня прожиточного минимума за счёт социальных доплат. Это очень большой шаг вперёд, хотя, конечно, трудно понять, что пенсионер находится у черты бедности или за чертой бедности, я думаю, что разница не очень большая, особенно на фоне роста цен на услуги ЖКХ, на товары, на продукты питания. Всё-таки сегодня делаются шаги для решения этой проблемы, проблемы с бедностью.

Наиболее уязвимыми, повторюсь, остаются пенсионеры, инвалиды и семьи, имеющие детей. Хотелось, чтобы коэффициент замещения заработка пенсионеров достигал серьёзных цифр, потому что сегодня он на уровне 28 процентов, поставлена Минздравсоцразвитием России задача – достичь 40 процентов. В странах Европы, Великобритании и в других этот коэффициент замещения 60-65 процентов, то есть ориентиры понятны.

Кроме того, надо (и об этом говорил премьер в отчёте) заняться вопросами индексации зарплаты бюджетников. И планируется, если не ошибаюсь, Ольга Георгиевна, где-то на 40 процентов, он говорил.

**Председательствующий.** Нет, речь идёт, извините пожалуйста, о том, что по итогам первого полугодия фракция «Единая Россия» предложила вернуться к вопросу индексации, Вы правы, с учётом инфляции. И вот этот объём с учётом инфляционных процессов, это будет меньше, чем 40 процентов.

**Глубоковская Э. Г.** Наша фракция тоже не против такого положения.

Осуществление комплексов мероприятий и внедрение инновационных подходов в вопросах сферы труда и занятости направлено на совершенствование оплаты труда, уменьшение задолженности по зарплате, на повышение занятости населения, предотвращение безработицы. И, кстати, занятость среди безработных. На сегодняшний день есть новые проекты, эффективные, инновационные, когда безработным одновременно выплачиваются пособия по безработице, они открывают собственное дело, и сегодня таких уже свыше 127 тысяч человек, тех, кто выходят из категории безработных. Этими программами в 2009 году было охвачено 2,8 миллиона человек. Очень важна индексация пособий, пенсий, социальных выплат. Как уже говорила, цены растут, как грибы, на тарифы ЖКХ, на продукты питания, а вот индексация тоже идёт, и она превышает темпы инфляции. В этой связи в первую оче-

редь необходимо ускорить разработку и принятие федерального закона о потребительской корзине в целом по Российской Федерации, внести дополнения в закон о минимальном прожиточном минимуме.

Важным моментом является совершенствование механизмов социальной поддержки семей, имеющих детей. И здесь была проведена важная работа Минздравсоцразвития России, люди получили возможность одновременно получить пособия в размере 12 тысяч рублей из средств материнского капитала. И тот факт, что более полутора миллионов семей воспользовались этой возможностью, – это, в общем-то, хороший индикатор.

Конечно, важной остаётся проблема детского отдыха. Сегодня ответственность и реализация этих мероприятий перенесена на региональный уровень, мы знаем, что пока есть ещё такая ситуация, как региональное неравенство. У нас Ханты-Мансийск один, а таких регионов, как Псков, Брянск много. И эта проблема решается по-разному в регионах.

Следующее – это развитие системы социальной помощи беспризорным, безнадзорным детям, оставшимся в трудной жизненной ситуации. Тут надо иметь в виду, что эти дети какой-то период времени находятся в социальных приютах, это не детские дома, это социальные приюты, они там пребывают временно. Надо усилить профилактическую работу, диагностическую именно во время пребывания этих детей в приютах.

Реализация по обеспечению жильём отдельных категорий граждан, в том числе больных туберкулёзом и поддержка программ переселения из ветхого жилья. Если говорить о медико-санитарной профилактике, на которой тоже достаточно подробно остановилась Лариса Кужугетовна и другие выступавшие, то я бы хотела просто отметить: конечно, нужно расширить категории граждан, которые подлежат диспансеризации. Потому что пока мы обследуем только работающих, детей, ветеранов войны, труда. И здесь большие надежды мы возлагаем на программу формирования здорового образа жизни, на создание структуры из центров здорового образа жизни, центров здоровья, которые нужно расширить.

И в заключение мне бы хотелось сказать, что очень важный момент – это санитарное просвещение нации. Потому что люди должны знать, что туберкулёз – болезнь социальная, болезнь, передающаяся от больных здоровым, болезнь, которая связана с состоянием иммунитета; как избежать заболеваемости, как себя поддержать, как стимулировать иммунитет, как вести здоровый образ жизни – это очень важно. И в Советском Союзе была система санитарного просвещения, которая курировалась на уровне заместителя председателя Правительства Советского Союза. Сегодня эта система тоже разбалансирована и нуждается в создании и повышении эффективности. Вот несколько слов о профилактической составляющей, которой бы мне хотелось сегодня с вами поделиться.

**Председательствующий.** Спасибо большое, Эльмира Гусейновна. И особенно, мне кажется, важно ваше предложение, касающееся обследования детей, которые находятся в социальных приютах. Там это практически шестимесячное пребывание детей, которые по выходе из социальных приютов опять попадают в свою асоциальную среду.

Я хотела бы предоставить слово депутату Государственной Думы, сопредседателю межфракционного депутатского объединения по делам инвалидов Селезнёву Валерию Сергеевичу.

**Селезнёв В. С.** Меня, как сопредседателя межфракционного депутатского объединения по делам инвалидов в Госдуме проблема туберкулёза волнует в первую очередь как фактор увеличения инвалидизации населения нашей страны. Здесь надо отметить, что в структуре первичной инвалидности, обусловленной туберкулёзом, очень велик удельный вес инвалидов первой и второй групп, а что это за группы, вам объяснять не надо. Практически это люди, которые полностью утратили трудоспособность. Инвалидность вследствие туберкулёза одна из самых тяжёлых, и в отличие от инвалидности, возникающей по причине врождённых заболеваний или физических травм, она способна провоцировать заболеваемость и передаваться от одной категории граждан другим и, соответственно, расширять категорию инвалидов.

Поэтому мне бы хотелось остановиться на тех проблемах, которые требуют не столько финансирования, потому что дополнительное финансирование или текущее финансирование сегодня обсуждалось достаточно мощно, ёмко и в докладах основных докладчиков и профессионалов-специалистов всё это звучало.

Мне кажется, что нам надо упорядочить то, что у нас есть на сегодняшний день, прежде всего, законодателям. Буквально вчерашний пример. Может быть, кто-то со мной не согласится, но я просто приведу пример. Неоднократно на этом «круглом столе» было заявлено сегодня о том, что вчера было прекрасное выступление министра здравоохранения и социального развития Татьяны Алексеевны Голиковой. Действительно, прекрасное выступление. Но никто почему-то не вспомнил или я, может быть, поздно пришёл, о том, что вчера Государственная Дума приняла в третьем чтении законопроект о существенном облегчении трудовой миграции в Россию. И где вы, специалисты, были, когда этот законопроект в спешном порядке принимался, у меня к вам вопрос? Потому что понятно, к чему этот законопроект приведёт. Обсуждались две категории трудовых мигрантов: одна категория – это высокоинтеллектуальная под проект «Сколково», который необходим, а другая – это низкоинтеллектуальная, те, кто приезжают, бегут из Киргизии и прочих бывших стран СНГ, они бегут сюда. Суть законопроекта: вместо трудовой визы они платят патент в размере одной тысячи рублей, при этом эта одна тысяча рублей включает в себя НДФЛ, то есть надо понимать, что это дискриминация, заложенная уже изначально против россиянина, который должен платить гораздо больше. Но сейчас не об этом.

Собственно говоря, на что ориентирован труд этих людей? Он прямо в законе ориентирован на то, чтобы быть домработницами, гувернантками, нянечками. Понятно, о чем идёт речь. Они принесут в дом туберкулёз, ВИЧ, другие заболевания. И нигде в законопроекте не сказано о том, что они должны проходить обязательное медицинское освидетельствование на этот предмет.

Надо внести определённые изменения в этот закон, который мы уже вчера приняли. Теперь по практике исполнения Федерального закона №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулёза в Российской Федерации». Больные заразными формами туберкулёза, неоднократно нарушающие санитарно-противоэпидемиологический режим, а также умышленно уклоняющиеся от обследования в целях выявления туберкулёза или от лечения туберкулёза на основании решения суда, госпитализируются в спецмедицинские противотуберкулёзные организации для обязательного обследования и лечения. Что мы имеем на практике? После вынесения решения суда больных приводят в противотуберкулёзные учреждения, а дальше, как только милиция, которая их привела, уходит, неблагополучные пациенты собирают вещи и говорят «до свидания». Ответственности за это не установлено, соответственно, внесите, пожалуйста, тогда ответственность, которая бы давала возможность оградить от этой безнаказанности социально неориентированных больных.

Следующий вопрос, на котором я бы хотел остановиться – это питание. Недостаточность питания для туберкулёзных больных ведёт, может быть, об этом говорилось, к резкому ухудшению состояния, и мне кажется, что субъекты федерации должны бороться за то, чтобы было относительное равенство по средствам, выделяемым на питание в туберкулёзных больницах, потому что, собственно говоря, я не понимаю, почему в Ивановской области это 38 рублей в день, а в Калининградской – 106 рублей. Там что, люди толще в 3 раза, что ли, или едят в 3 раза больше?

Теперь по состоянию в тюрьмах. Уже Лариса Кужугетовна Шойгу говорила. Я лишь остановлюсь на том, что Всемирная организация здравоохранения ООН признала российские пенитенциарные учреждения одним из основных источников возникновения и распространения множественной лекарственно устойчивой формы туберкулёза.

К чему я это веду? Доказано то, что российские тюрьмы на сегодняшний день не приспособлены к содержанию в них инвалидов первой и второй групп. Когда мы обсуждали амнистию, приуроченную к 65-летию Победы, лично я вносил поправки о необходимости распространения амнистии на более широкий круг, не только на ветеранов и участников Великой Отечественной войны. Предлагал четыре варианта по амнистии, касающейся инвалидов, которые осуждены за лёгкую или среднюю степень тяжести преступления до 5 лет лишения свободы. И доказывал, что человек, который отсидел в наших тюрьмах, в наших следственных изоляторах год, если он инвалид, в том числе и туберкулёзник, то это, собственно, для него, как 5 лет тюрьмы или каторги.

Но, к сожалению, коллеги-депутаты не поддержали. Правда, здесь я хочу оговориться, надеюсь, что не поддержали только по концептуальным причинам. По тому что прозвучало, надо действительно рассмотреть эту проблему, подготовить законопроект. Мы сейчас этот законопроект готовим. И у меня просьба к коллегам-депутатам и ко всем присутствующим его поддержать, потому что есть прекрасная дата в де-

кабре – Десятидневка инвалидности мира. В эту десятидневку, может быть, мы бы всё-таки присоединились к мировому сообществу и выпустили определённое количество российских инвалидов, находящихся в тюрьмах, в том числе с заболеванием туберкулёза.

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, я хочу предоставить слово своей коллеге, председателю Комиссии Московской городской Думы по здравоохранению и охране общественного здоровья Стебенковой Людмиле Васильевне.

**Стебенкова Л. В.** Уважаемые коллеги, я в части миграционного законодательства, конечно, согласна с предыдущим выступающим. Московская Дума и московское правительство выступали по этому поводу. Мы писали письма. Для нас это имеет колоссальное значение, потому что, сами понимаете, мегаполис, проблемы, связанные с ними, и, конечно, такое либеральное миграционное законодательство.

Я хочу просто напомнить, что в Швейцарии, которая славится своим либерализмом, установлена чёткая квота, по-моему, не больше одного эмигранта на четырёх швейцарцев. Они заботятся о своём здоровье, а мы вообще никак. Не будем мониторить действие закона, я думаю, всем оно понятно, что будет происходить, там и схемы всякие разные. Но сейчас вопрос о туберкулёзе.

Я хочу сказать, что в Москве на протяжении многих лет действует программа по предупреждению туберкулёза. Она состоит в основном из того, что у нас все учреждения первичного звена оснащены малодозовыми цифровыми флюорографами. У нас абсолютно все больные обеспечены полноценным лекарственным обеспечением, противотуберкулёзными препаратами первого и второго ряда. И имеет место высокий уровень лабораторной диагностики туберкулёза.

Что в результате, мы имеем. Я очень кратко скажу. Территориальный показатель смертности у нас снизился почти на треть. Он составляет в 2009 году 5,9, по сравнению с 2007 годом, был 6,6.

Территориальный показатель заболеваемости туберкулёзом снизился на 9,8. Составляет сейчас 45,1. Это вместе с приезжими. Для москвичей 29,1. То есть цифры достаточно внушительные. Это несмотря на то, что, я ещё раз говорю, Москва – это город девяти вокзалов, мегаполис, огромное количество мигрантов.

Значит, отмечается снижение показателя распространённости туберкулёза среди населения Москвы с 77 до 71,2 на 100 тысяч населения.

Улучшились показатели по раннему выявлению туберкулёза. У нас в прошлом году было обследовано 65,9 процента населения. Ряд других показателей.

Я не буду долго вас утомлять своим выступлением, я хочу обратиться к проблеме, о которой опять же говорил предыдущий докладчик, с которым у нас очень серьёзные запросы. Это о принудительном лечении больных с туберкулёзом.

Московская городская Дума выступала с законодательной инициативой в своё время. Мы столкнулись с тем же. У нас прошло несколько

судебных процессов. Значит, мы говорим всё-таки о принудительном лечении, определённом в судебном порядке.

Первое. Отсутствие специализированных учреждений. Я очень внимательно прочитала предложение Минздрава: здесь написано, что судебный пристав доставляет больного в противотуберкулёзное учреждение закрытого типа. На сегодняшний день их нет. И к Минздраву у меня большая просьба, потому что мы много раз обращались с этим, необходимо написать положение об этих специализированных учреждениях, для того чтобы эти учреждения создавались в регионах, так как сегодня все регионы от этого уклоняются – на это требуются деньги. Понимаете? То есть на сегодняшний момент мы имеем огромный пласт больных, особенно в мегаполисах. Я думаю, что и в тех регионах, где есть повышенная заболеваемость, там гуляют, заражают нас устойчивой формой туберкулёза, а мы с ними сделать ничего не можем, потому что 10 статья закона не работает.

И второй момент – это процедура, конечно. Процедура их привлечения к ответственности, потому что мы с огромным трудом добились, два года судились с ними, они за это время позаражали уже кучу народа. Эту процедуру мы предлагаем рассматривать совместно с законом о психиатрической помощи. Мы, собственно, её и предложили. Получили отрицательное заключение правительства. Правительство само может выйти с такой инициативой о предложении другой процедуры. Но её нет. Поэтому с огромным трудом было написано в 10 статье о том, что у нас имеется такое право их принудительно лечить, а по сути она не работает, потому что нет ни процедуры, нет ни этих учреждений, вот в чём проблема.

В общем-то, для нашего города, для Москвы, для московского региона это сегодня одна из серьёзных проблем, которую нужно решать на федеральном уровне. Все остальные вопросы мы решаем и будем решать дальше в процессе исполнения и нашей программы, в том числе и то, что может сделать субъект за собственные средства, а здесь, мне кажется, нужна общая программа для всех регионов России.

**Председательствующий.** С огромным удовольствием предоставляю слово академику РАМН, профессору, директору Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Вадиму Валентиновичу Покровскому.

**Покровский В. В.** Я сюда шёл по подземному коридору, где сидели бомжи и кашляли. Хорошо, что вы туда, наверное, не спускаетесь. Я думаю, что не все заражаются туберкулёзом. Правильно было сказано, что одна из существенных причин распространения – это, конечно, определённые недостатки питания.

Это единственное, на что я бы хотел обратить внимание. Мы обсуждали этот вопрос несколько лет назад с Всемирным банком. С ним связан дефицит белкового питания, говоря о рыбопродуктах. Поэтому решение не в том, чтобы увеличивать дотации, а в том, чтобы добиться снижения стоимости распространения более дешёвых, но полезных

продуктов. Каким образом, видимо, это уже вопросы экономики, здесь их надо рассмотреть отдельно. Но тем не менее люди заражаются, и в том числе, бывает, и здоровые. Поэтому, конечно, большое значение имеют противоэпидемические мероприятия. Разные группы людей, те, кто живут с ВИЧ, например, более восприимчивы к заболеванию, находясь в контакте с людьми, которые распространяют туберкулёз. Этому необходимо уделить большое внимание. Возможно, на мой взгляд (хотя я известен как демократ), но принудительное лечение туберкулёза в принципе мне кажется возможным с точки зрения общественной, потому что речь идёт о воздушной передаче инфекции, которую мы, к сожалению, предотвратить не можем. Если ВИЧ не передаётся воздушно-капельным путём и надо, в общем-то, достаточно постараться, чтобы заразиться ВИЧ-инфекцией, то инфицироваться туберкулёзом можно вполне легко.

Здесь я, прежде чем к СПИДу перейти, ещё бы хотел обратить внимание на другой вопрос – о мигрантах. И как ни странно, мне кажется, мы должны подумать и о другом варианте, обсудить лечение этих иностранцев здесь, в том числе, может быть, и принудительно, потому что возможен экономический эффект. Человек вернулся в Таджикистан, а через месяц приезжает его брат, заразившийся от него. Иными словами мы сейчас говорим о сфере глобальной экономики и о процессах, которые происходят в Средней Азии (вспомните, сегодня ребёнка с полиомиелитом), они к нам могут вернуться. И ВИЧ-инфекцией граждане Таджикистана заражаются в Москве от украинских проституток, это типичная ситуация, а виновата в этом Россия, по мнению и тех, и других. Так что вот на эти аспекты надо обратить внимание. Здесь экономический анализ очень важен: что выгоднее, вылечить его здесь или потом получить этих мигрантов в большом количестве с эпидемией.

Мы стали анализировать ситуацию с туберкулёзом: скажем, как обследовать этих больных профилактически, начать раннее лечение туберкулёза и не добиться того, чтобы они не заразились в противотуберкулёзном диспансере. Оказалось – большая проблема, о ней никто не говорил, потому что мы сейчас имеем ветхий фонд туберкулёзных учреждений и просто технически невозможно создать это распределение, то есть это настоящая проблема, и поэтому здесь требуется ещё, конечно, и вливания в строительство, в перестройку системы противотуберкулёзной службы.

Второй вопрос ещё более болезненный – это проблема штатов. Мне кажется, меры, предусмотренных законодательством, – сокращение рабочего дня, может быть, надбавки – требуют доработки. Они должны быть достаточно значительными, потому что насколько я знаю, сотрудники, которые работают в противотуберкулёзной службе уже достаточно пожилые люди, молодёжи приходит очень мало. Те же проблемы возникают и в инфекционной службе, так как молодые специалисты перетекают в более оплачиваемое практическое здравоохранение первичного звена. Поэтому здесь нужно предпринять какие-то радикальные меры для сохранения этих служб.



**Председательствующий.** Я хотела бы предоставить слово Кузнецовой Алле Степановне, исполняющей обязанности начальника Управления организации медико-санитарного обеспечения Федеральной службы исполнения наказаний России.

**Кузнецова А. С.** Я хочу в присутствии наших российских экспертов, наших корифеев фтизиатрии, экспертов Всемирной организации здравоохранения, сказать, что именно тюрьмы сегодня положительно повлияли на эпидемиологическую ситуацию в России. И огромное Вам спасибо, Лариса Кужугетовна Шойгу, что Вы сегодня в своём докладе именно это отметили.

Это в продолжение того, что нарушаются социальные нормы на уровне предварительного следствия. К сожалению, мой содокладчик ушёл, а я хотела бы ей ответить, что такое социальные нормы, которые нарушаются сегодня в местах предварительного следствия. К сожалению, я не знаю такого понятийного определения, но самое страшное, что не у нас в следственном изоляторе развился туберкулёз у вновь прибывших больных. 16, 17, 18 тысяч больных туберкулёзом – прибыли в предварительное следствие. Это социальные нормы, вы говорили не о санитарных нормах, а о социальных нормах.

Тем не менее я хочу ещё раз обратить внимание на то, что за последние годы количество больных в активной форме туберкулёза увеличивается и выявляется при поступлении в следственных изоляторах. В основном это люди, уже болеющие и уклоняющиеся от лечения.

Ежегодно 6–7 тысяч человек первично узнают о своём диагнозе именно в местах лишения свободы и именно в следственном изоляторе. И ещё раз хочу напомнить, сегодня мы неоднократно слышали, что сегодня сельские и городские жители по-разному болеют туберкулёзом. Но не все городские жители находятся в местах лишения свободы. Почти 70 процентов – это жители города, которые имели возможность и доступ к ранней своевременной диагностике, к адекватной медицинской помощи, к достаточно хорошему лечению. Почему для нас это важно? Да потому что мы сегодня должны представлять те проекты и те программы, законодательно-нормативные акты, на которые сегодня нужно будет обратить внимание с учётом этих данных.

Сегодня, действительно, 14 процентов больных активной формой туберкулёза находятся в местах лишения свободы. Безусловно, все они изолированы, все они находятся под непосредственным вниманием, прежде всего, противотуберкулёзной службы. Сегодня 57 лечебно-исправительных учреждений служат только для больных активной формой туберкулёза, которые в соответствии с законодательством предусмотрены в лечебно-исправительных учреждениях. Я опять к этому возвращаюсь: истинное количество сегодняшних больных, это всё-таки 40 тысяч в сравнении с предыдущими годами, где было 98 тысяч. И это не потому, что их стали реже диагностировать или реже помещать в места предварительного содержания, в места лишения свободы. Это говорит о том, что всё-таки именно в местах лишения свободы проводится большая работа, но все же это не значит, что у нас всё благополучно.

Я могу вам сказать достоверно: именно благодаря средствам Федеральной целевой программы в местах лишения свободы снизилась заболеваемость. Конечно, я неспроста сегодня привела вам пример с привлечением средств займа Всемирного банка.

Огромная работа была проделана на средства Глобального фонда, но, безусловно, какие бы средства мы не получали, это деньги временные, и все же они нам помогли улучшить и качество, и диагностику, и открыть 90 бактериологических лабораторий по диагностике туберкулёза.

Наша самая главная проблема не только в местах лишения свободы, но и в гражданском здравоохранении – это лекарственный устойчивый туберкулёз.

На сегодняшний день вторая головная боль – это рост количества больных ВИЧ-инфекций, которые каждый день поступают в места лишения свободы. И нельзя отметить тот факт, что именно сочетанная патология, а это на сегодня уже около 5 тысяч больных туберкулёзом и ВИЧ-инфекцией остаётся одной из острых проблем. Безусловно, мы понимаем, что это одна из основных причин смертности именно в местах лишения свободы.

Что сегодня нас очень сильно волнует, и какие проблемы в нормативно-правовом регулировании в области борьбы с туберкулёзом в местах лишения свободы?

Прежде всего, позвольте вам нарисовать маленькую картинку больного туберкулёзом, больного осуждённого, который находится в местах лишения свободы. Это человек, который склонен к аутоагрессии и к аггравации. Безусловно, даже если имеются лёгкие признаки туберкулёза, он их усугубляет несвоевременным обращением. Несмотря на то, что мы два раза в год проводим профилактические осмотры. Не заинтересован в быстрейшем выздоровлении. С чем это связано? У него инвалидность, о которой сегодня говорили. Она действительно единственный способ получения каких-то материальных средств. Более того, они не оперируются только потому, что действительно усугубляют течение своего заболевания, из-за того, что именно находясь в лечебно-исправительных учреждениях, в лечебно-профилактических учреждениях, в местах лишения свободы, они получают и улучшенные условия содержания и, естественно, соответствующее лечение.

В чём ещё особенность личности больного туберкулёзом? Это масса сопутствующих заболеваний. Это и наркомания, и гепатит, и ВИЧ-инфекция, и, к сожалению, такое состояние как патохарактериологическое изменение личности, с которым очень тяжело работать.

И, наконец, отсутствие социальных связей. Большинство из них никто не ждёт. Сегодня неоднократно говорилось, что инвалидов первой и второй групп, больных туберкулёзом, хотелось бы увидеть на свободе. К сожалению, по амнистии это сделать было невозможно. Но есть ещё и 54-е постановление, где действительно люди, которые имеют заболевания, входящие в перечень заболеваний, препятствующих отбыванию наказаний, могли бы условно-досрочно быть освобождены. Но, к сожалению, суды их не освобождают. И не потому, что он болен, а его инвалидность являлась

бы одним из аргументов для его освобождения. Существует ряд причин, и в том числе тот социальный фактор, о котором говорилось, что у заключённых нет родственников, он на свободе никому не нужен. Он не отбыл необходимый срок наказания, да и много других причин, к сожалению.

Поэтому сегодня представляется целесообразным для таких людей, особенно тех, которые находятся в местах лишения свободы, внести изменения и дополнения в соответствующие нормативно-правовые акты, которые ограничивают выплаты социальных пособий для больных туберкулёзом, уклоняющихся от лечения. И, наоборот, предусматривать материальное стимулирование для тех лиц, которые добровольно лечатся и переходят в стадию клинического излечения туберкулёза.

Мы провели анализ действующего законодательства, который выявил ряд проблем именно в Уголовно-исполнительном кодексе. Прежде всего, статья 101, это о медико-санитарном обеспечении осуждённых в местах лишения свободы. В ней идёт речь о том, что в уголовно-исполнительной системе для медицинского обслуживания осуждённых создаются лечебно-профилактические учреждения. Это специализированные больницы, туберкулёзные больницы, а также для больных туберкулёзом открыты лечебно-исправительные учреждения. Я обращаю ваше внимание на последнее. Что же это такое?

Прежде всего, это исправительное учреждение, в котором есть штрафные изоляторы, помещение камерного типа, в котором, безусловно, строгие условия содержания. И условия пребывания в них больных туберкулёзом, не всегда соответствуют лечению. Например, ограничение тех же прогулок.

Было бы хорошо, если бы такие ограничения не распространялись на больных туберкулёзом в ЛИУ и их условия содержания соответствовали условиям содержания в лечебно-профилактических учреждениях, то есть в больницах.

Статья 18. Это применение к осужденным мер медицинского характера. Да, конечно, ко всем осуждённым больным туберкулёзом применяется по решению медицинской комиссии обязательно лечение. Но что это такое, где прописано, условия этого обязательного лечения, никаких нормативных правовых актов до настоящего времени нет.

Мы все прекрасно понимаем, что обязательное и принудительное лечение – это в любом случае не добровольное лечение. Поэтому на наш взгляд необходимо рассматривать вопросы о принудительном лечении больных активной формой туберкулёза.

Отказ больного туберкулёзом, безусловно, является одной из причин поддержания эпидемиологической напряжённости в местах лишения свободы. Понятно, все эти проблемы известны, любой уклоняющийся или отказывающийся от лечения, представляет угрозу здоровью и жизни остальных.

Была статья 115 Уголовного кодекса в своё время, когда впервые за все мои 20 лет тюрьмы одного больного всё-таки поместили в места принудительного содержания из-за опасности заражения окружающих. Это был один-единственный случай за все мои годы.

Поэтому сегодня, мне кажется, необходим возможный вариант лишения проблемы – это изменение законодательства и внесение нормы, предусматривающей уголовную ответственность для лиц, злостно уклоняющихся от обследования и лечения туберкулёза. Именно они поддерживают эту эпидемиологическую ситуацию в гражданском обществе.

Безопасность законопослушного населения должна быть обеспечена не только изоляцией преступника от общества, но и возвращением здорового человека.

**Председательствующий.** Я предоставляю слово главному терапевту МВД России Конькову Александру Викторовичу.

**Коньков А. В.** Спасибо, уважаемые коллеги, я хочу сказать, что система медицинского обеспечения МВД имеет свои особенности, в частности, в свете сегодняшней проблемы у нас нет лечебных учреждений, инфекционного и тем более противотуберкулёзных стационаров. И поэтому я хотел бы поблагодарить здесь присутствующих сотрудников, которые оказывают помощь в лечении нашего персонала в этих учреждениях.

Вместе с тем уровень заболеваемости туберкулёзом контингента МВД за последние 10 лет имеет тенденцию к снижению, и с 37,6 на 100 тысяч на сегодняшний день уменьшился до 26,3 на 100 тысяч населения.

Осуществлению этих мер прежде всего помогают профилактические осмотры, которые наши сотрудники проходят ежегодно, и процент охвата за последние также 10 лет составляет не менее 90 процентов. Я это подчёркиваю, что, ввиду отсутствия одной из составляющих цепи мер против туберкулёза, таких как профилактика, лечение и динамическое наблюдение, у нас одно звено выпадает. При всём при том процент количества болеющих в нашем ведомстве не велико по сравнению с показателями по стране. Причиной тому, безусловно, является, прежде всего, личная мотивация сотрудника на сохранении личного здоровья для того, чтобы продолжать службу в органах внутренних дел. Дело в том, что пациент через 12 месяцев заболевания аттестуется, или он уволен по инвалидности, или продолжает службу. Поэтому он выражает личную заинтересованность для того, чтобы приложить максимум усилий для излечения, дальнейшей диспансеризации, то есть личная ответственность пациента за своё заболевание. За этот год у нас выявлено всего 490 случаев активного туберкулёза. Это небольшое число.

Из предложений хотелось бы ещё раз выделить, что, прежде всего, это, безусловно, профилактические меры. Этот показатель, здесь сегодня говорилось, равен 68 процентам. Вот если достичь показателя личной ответственности в 90 процентов, то и все остальные меры, которые на сегодняшний день предпринимаются, будут эффективными. Конечно, это фактор исполнения, личной ответственности каждого на месте, материально-техническое обеспечение имеет тоже немаловажное значение.

Один из сегодняшних выступающих сказал, что контингент, выходящий из тюрем, несёт определённую опасность для населения страны.

И, к сожалению, не прописаны никак меры к заключённому, выходящему из тюрьмы, он практически уходит в никуда. Нет системы дальнейшего контроля за ним, имею в виду тех, кто болен туберкулёзом. Это тоже необходимо, наверное, предусмотреть в дальнейшем, чтобы он не нёс в ту социальную среду это достаточно опасное заболевание.

**Председательствующий.** Давайте перейдём к тому, ради чего мы собрались сегодня – про законодательное обеспечение поговорим.

Сейчас мы Владиславу Всеволодовичу Ерохину предоставим слово как раз о проблемах реализации закона и о том, что надо было в нем поправить. Я думаю, что не надо представлять директора Центрального научно-исследовательского института туберкулёза.

**Ерохин В. В.** Уважаемые коллеги, мы уже начинаем повторяться. Я буквально по пунктам. В первых двух докладах была озвучена сложность ситуации с туберкулёзом среди сельского населения. Что необходимо сделать? Конечно же, надо повисить и как-то закрепить законодательно ответственность об организации вопросов выявления туберкулёза среди сельского населения администрации сельских районов. Это будет записано, он будет отвечать (глава района), значит, дело сдвинется с этой мёртвой точки.

Второе. Конечно, у нас наблюдается очень высокая заболеваемость среди лиц, контактирующих с заразными больными. Это известно, это официальная статистика. Как говорится, дальше некуда, за 500 на 100 тысяч контактирующих. Значит, нам нужно предпринимать какие-то активные действия в очагах туберкулёзной инфекции. Мы знаем, что иногда на местах есть даже проблема с поведением заключительной дезинфекции. Не должно быть таких проблем. Раньше заразным больным лет 20–25 назад предоставляли изолированное жильё. Где-то до 70 процентов заразных больных получали отдельные квартиры, сейчас этот показатель в пределах 4–5 процентов, если не меньше. И, конечно же, к этому вопросу необходимо вернуться и, видимо, тоже законодательно.

Вот здесь уже говорилось о проблеме кадров во фтизиатрии. Молодые специалисты, если идут, то идут с большой опаской. Проблема «старения» кадров во фтизиатрии становится всё более актуальной. Конечно, надо повышать престиж профессии. Каким образом? Это и повышение зарплаты, о чем здесь и говорилось. И предоставление, пусть служебного, жилья молодым специалистами. Вот если будут, особенно в отдалённых районах, где-то не в крупных городах, эти вопросы как-то решаться, то и привлечёт молодое поколение врачей и специалистов.

Конечно, мы фактически сталкиваемся с формированием принципиально новой категории наших больных, я имею в виду больных туберкулёзом. Это больные в большинстве своём с лекарственно-устойчивым туберкулёзом и ВИЧ-инфекцией. Идёт этот процесс по нарастающей. Ежегодно увеличивается на 2–3 тысячи контингент этих больных. Конечно, здесь нужны очень хорошие нормативные и законодательные акты, которые остановили бы эту динамику.

Естественно, что каждый субъект, там где есть головные противотуберкулёзные учреждения, должен иметь специализированные стационары, которые должны всем быть обеспеченными, и не только кадрами, но и препаратами, которые применяются для лечения больных с множественным лекарственно-устойчивым туберкулёзом. Мы их называем препараты второго ряда. Они должны быть в достатке. Необходима хорошая бактериологическая служба. Необходимо развивать и внедрять методы ускоренной лабораторной диагностики туберкулёза. Без этого, конечно, повысить эффективность такой очень сложной группы больных будет крайне сложно.

Нам очень важно, чтобы всё, что будет направлено на выявление, диагностику и лечение этой очень сложной категории больных, дало положительный результат, и чтобы это было успешным делом. Каждое противотуберкулёзное учреждение должно иметь гарантированный запас противотуберкулёзных препаратов как минимум на 5-6 месяцев, чтобы режим лечения не прерывался. Любой перерыв в лечении приведёт к росту лекарственно-устойчивых форм туберкулёза. Это тоже должно быть как-то закреплено – запас, то есть резерв препаратов. Конечно же, они должны быть гарантированно хорошего качества.

Что ещё хотелось бы сказать? Знаете, у нас от министерства, может быть, Пётр Казимирович передаст, у нас очень большой разброс выявления микробактерий туберкулёза, даже по нашей зоне курации (у нас 15 территорий) от 5 до 25 процентов. В среднем по стране это где-то 45 процентов бациллярных больных ежегодно. 70–75 процентов должно быть выявлено бациллярных всеми методами – и микроскопией, и посевом, то есть культурными методом как по данным Всемирной организации здравоохранения, в Европе, в мире. До 80 процентов больных в мире выявляется на уровне микробактерии туберкулёза. У нас хотя бы начать с 70–75. Почему? Это нам позволит решать вопросы скрытой инфекции, потому что 40–45 – это недовыявление заразных больных. Поэтому нам нужны здесь нормативные, может быть, со стороны министерства действия.

И последнее. Здесь говорилось о том, что проблема принудительного лечения, да, оно в какой-то форме должна присутствовать. Но в среднем у нас по стране где-то около 10 тысяч больных, которые уклоняются от лечения. По решению суда где-то около пяти возвращаются в стационары. Но здесь говорилось уже о том, что эти больные очень долго не задерживаются, они опять нарушают режим и уходят из стационаров. Здесь есть, я знаю, подготовленные МВД предложения.

Милиция не очень идёт навстречу медицинской службе в розыске таких пациентов и возвращению их в стационары, потому что на них не распространяются социальные гарантии и льготы, которые есть в других противотуберкулёзных учреждениях и у медиков. МВД, я знаю, обратилось в правительство с просьбой, чтобы распространить эти социальные гарантии и льготы и на их служащих, ведущих розыск, охрану таких пациентов, их конвоирование. Это, конечно, помогло бы лучше выполнить все пункты закона о предупреждении и распространении туберкулёза в нашей Федерации.

**Председательствующий.** Очень интересные предложения.

Итак, Владимир Александрович Краснов – директор Новосибирского института.

**Краснов В. А.** Я как раз представляю Новосибирский НИИ туберкулёза, который курирует два федеральных округа, это Сибирский и Дальневосточный. Сразу хочу сказать, что это две третьих территории России, но проживает там всего 20 процентов населения. Это говорит о низкой плотности населения, об огромных расстояниях, иногда отсутствии железнодорожного и автомобильного транспорта. Это всё усложняет проведение противотуберкулёзных мероприятий.

Безусловно, скажем, в огромнейшей Якутии значительно сложнее проводить все мероприятия и контролируемое лечение, чем где-то в Ярославле или в Туле.

Я немножко коснусь этого, то есть исторически, в 2–3 раза выше показатели туберкулёза в Сибири и на Дальнем Востоке. Это было и в царской России, это было и в советские времена, и в период стабилизации. Здесь, видимо, обусловлено, что туберкулёз это социальное заболевание. А известно, что уровень жизни на этих территориях ниже, чем в европейской части. И потом исторически Сибирь была местом каторги и ссылки. Это тоже наложило свой отпечаток.

Я буду давать конкретно предложения по статьям.

Это огромная территория, больных с Дальнего Востока практически невозможно долечивать и реабилитировать в санаториях, это стоит гигантских денег, от Москвы до Парижа дешевле долететь, чем из Камчатки в Сочи. Поэтому я считаю, что надо внести в статью 12 пункт 1 следующие: вернуть абзац, который был в законе от 2001 года, потом в следующих вариациях он ушёл – это бесплатный проезд на транспорте общего пользования и городского и пригородного сообщения. Потому что когда этот пункт исчез, многие губернаторы это заметили и стали ссылаться на то, что денег нет.

Какая ещё печаль? Это для всей России или для Сибири, уже говорили об этом, это снижение уровня, то есть пенсионный возраст фтизиатров, и уровень обеспеченности фтизиатров с каждым годом снижается на 2–3 процента. Поэтому у меня в руках приказ Минздравсоцразвития России № 173 от 22.03.2010 г. об утверждении размеров компенсации. Он делает эти надбавки даже меньше, чем те, что были до этого. Поэтому здесь академик Покровский В. В. совершенно правильно сказал, что необходимы кардинальные меры принять в стимулировании фтизиатрической службы. Это, мы считаем, дополнительный отпуск не менее 18 дней, не менее 40 процентов надбавки за вредность, и также фтизиатрам платить так же как за «участковость» платят в общелечебной сети. Этого ничего нет в этом приказе. То есть эти предложения мы подавали в письменном виде, но я хотел бы ещё раз о них сказать.

И то, что касается статьи 10, это, конечно, великолепно, что обратили на это внимание, на принудительное лечение. Это действительно надо делать. Но я хотел бы напомнить, вызывает сомнение, что такое учреждения закрытого типа, надо чётко прописать.

Я не знаю, я не законодатель, то есть расписать все функции и обязанности тех, кто будет работать в этом учреждении. А представляете, что за контингент находится в этих отделениях?

Поэтому надо чётко прописать. На мой взгляд, это самое оптимальное – так же как в Штатах делается, это во ФСИНы направлять. Создание специализированных учреждений. Во-первых, они должны быть далеко от города. Да, в Эстонии был, в советское время самый успешный проект. Эстонцы отстроили великолепнейшее учреждение, очень далеко от населённых пунктов. Даже там пристроили небольшой городок для посетителей (родственников), чтобы они приезжали. И это потом в конечном итоге рухнуло.

Это очень дорогостоящее мероприятие. И поэтому всё должно быть прописано. Кто сколько получает, кто несёт ответственность, то есть это не просто. Если мы напишем опять в законе «учреждение закрытого типа» и не распишем всё, это будет филькина грамота. Это не будет работать.

***Председательствует заместитель председателя  
Комитета по охране здоровья С. И. Колесников***

**Председательствующий.** Спасибо, Владимир Александрович. Ряд предложений может быть из спорных, их надо будет обсудить отдельно.

У нас есть ещё один человек из Сибирского федерального округа, врач-педиатр противотуберкулёзного диспансера Республики Тыва Месько Евгений Михайлович.

**Месько Е. М.** Вы помните закон №230-ФЗ, который разграничил полномочия местного самоуправления, и муниципальным органам предоставлена была возможность заниматься только профилактикой и выявлением туберкулёза. Там напрочь отсутствует слово «лечение». Эти муниципальные органы непременно воспользовались и именно так и поступили, поэтому нужно добавить слово «лечение» к этому пункту.

О принудительном лечении мы уже здесь много говорили. Я понимаю, что это очень дорогостоящее мероприятие – организовывать стационары закрытого типа, потому что в обычных стационарах больных невозможно удержать. Здесь или нужно внедрить, вернее, внести в закон, уголовную ответственность за умышленное распространение туберкулёзной инфекции или организовывать стационары закрытого типа.

К сожалению, мы до настоящего времени пользуемся штатным расписанием, этими знаменитыми приказами 25-м, 97-м, которые были изданы ещё в 60-х годах прошлого века. Как ни странно, нормативы эти существуют в настоящее время. Они устарели, естественно. Устарели и нормы нагрузки и на стационарных больных, и на амбулаторном приёме.

Осенью Минздравсоцразвития России подготовил проект этого приказа, но он до настоящего времени не получил законную силу. Мы бы хотели, чтобы Минздравсоцразвития каким-то образом ускорил издание этого приказа.



У нас ещё кадровая проблема. Вы понимаете, что врач фтизиатр имеет двойную вредность: первая – это встреча с палочкой Коха, с бактериями, а вторая – мы работаем с асоциальным поведением, а это группа риска. Они оказывают существенное влияние на работу медицинского персонала, так как это лишняя психическая травма, и негативным образом всё это сказывается на нас. Пользуясь присутствием Валентины Александровны Аксёновой, напоминаю, что до настоящего времени, по крайней мере, в Сибири, я знаю, что нет у нас хирургических стационаров для лечения больных детей торакальным туберкулёзом, только Центральный институт туберкулёза, и то мы квот не имеем. Мы как-то отправили одного ребёнка. Спасибо, что они согласились принять его без квоты. Но эту проблему нужно каким-то образом решить.

Одним из вопросов, влияющих на эпидемиологию туберкулёза, является материальное и техническое оснащение противотуберкулёзных учреждений. Хотя прозвучало, что вроде бы много куда финансов отправляют, и укрепляем мы противотуберкулёзные учреждения, но мы этого не чувствуем. За последние 12 лет в наш республиканский диспансер мы получили только один рентгеновский аппарат на два рабочих места. Мизер, конечно, мизер. Мы уже не говорим о том, чтобы компьютерную технику получить или установить, а ведём речь об обычных элементарных рентгеновских аппаратах.

Я с большим вниманием и с удовольствием выслушал основной доклад Ларисы Кужугетовны Шойгу. Действительно, она глубоко понимает проблемы, стоящие перед фтизиатрической службой, и это вселяет надежду в то, что Государственной Думой будут внесены и приняты те изменения, которых мы ждём, которые мы все предлагаем. И это всё, безусловно, скажется положительно на нашей постоянной работе.

**Председательствующий.** Виталий Ильич Литвинов – главный фтизиатр департамента здравоохранения города Москвы, может быть, вы несколько слов скажете о том, какие проблемы в нашей столице?

**Литвинов В. И.** Начну с самого главного – это принудительное лечение. Я не совсем понимаю, если человек наносит тяжкие телесные повреждения кому-то из окружающих, его сажают в тюрьму. Точно так же человек, который отказывается от лечения, заражает окружающих, только тот калечит одного, а этот десятки. Я считаю, что в законе должно быть прописано, что этот человек подвергается тюремному заключению в специализированном учреждении. То же самое относится к психическим больным. Их же изолируют? Изолируют. Почему нельзя изолировать больных туберкулёзом? Есть лепрозории и так далее. По моему, у фтизиатров никаких сомнений этот пункт не вызывает.

Может быть, законодательно нужно как-то в общей форме определить список профессий, где ограничен допуск к работе. Никто никогда не знал, что есть менеджер по продовольствию или риэлтор ещё по чему-то, есть человек, который что-то продаёт, он называется неизвестно кем и спокойно может выходить на работу, потому что он не продавец и так

далее. В законе это не пропишешь, но в общей форме как-то можно прописать, а уточнить это должен Минздравсоцразвития России.

Следующее. Надбавка за вредность. Я думаю, все скажут (здесь руководители противотуберкулёзных учреждений), что здесь не нужно ограничиваться только медицинскими специалистами, потому что все, кто работают в противотуберкулёзных учреждениях, они работают в туберкулёжном очаге.

Теперь довольно сложная проблема – это жильё. Конечно, впервые выявленным больным. Выделение жилья противотуберкулёзным больным – это источник дохода кому-то в департаментах по жилью, потому что заболевает человек туберкулёзом, очаговой формой, он вылечился через шесть месяцев и получил жильё, если он соответствующим образом сумел где-то там договориться. А вот тут нужно давать жильё только хроникам и только тем, кто лечится. Почему?

Только одна причина: может быть, мы сегодня обсуждали этот вопрос. Там есть один нюанс. Вот если у человека хронический фиброзно-кавернозный туберкулёз. Он абациллирован, его отпустили домой. Так вот, чтобы понять, что у него снова рецидив или прогрессирует процесс, нужно сделать анализ. Но этого анализа, может быть, в мокроте сегодня нет, а он уже всё равно выделяет микобактерии. То есть хроники, которые лечатся, вот они должны быть каким-то образом обеспечены жильём.

И ещё о чём я хочу сказать – о депортации. Почему во многих странах больных депортируют? Если больной к нам приехал с тяжёлой формой. Конечно, мы должны его лечить. Но как только мы его подлечим, как только он встанет на ноги, мы его должны депортировать и никаких вопросов. Если мы выявили больного с очаговым процессом, зачем нам его лечить? Я тут с вами не согласен, потому что приедет брат его или другой родственник. Я очень много был в экспедициях в Таджикистане, Узбекистане, Киргизии, бывает, приедет сосед и тоже с туберкулёзом. Так что их надо депортировать.

И последний вопрос. Пётр Казимирович, я с вами категорически не согласен. Это не относится к теме сегодняшнего законодательства. Но поскольку много здесь было разговоров и на другие темы, категорически не согласен с тем, что надо объединять фтизиатрию с пульмонологией. И все фтизиатры вам скажут то же самое. Мы это уже проходили, но проходили в более благоприятный период, когда, казалось бы, у нас с туберкулёзом всё становилось лучше и лучше при советской власти, но там были планы. Лучше было, но не настолько, как на бумаге. И даже тогда, слава богу, этого не сделали, потому что туберкулёз – это инфекционное заболевание и не только пульмонология, далеко не только пульмонология. Если мы объединим эти две специальности, мы погубим обе, может быть, не за два года, но за пять-семь мы эти специальности погубим.

**Председательствующий.** Мы тут в последних выступлениях права человека затрагиваем, поэтому это достаточно сложная проблема, пока не будем ставить точки над «i», потому что это прямо пересекается со

многими положениями международных договоров, подписанных деклараций по правам человека, ещё каких-то вещей.

**Покровский В. В.** Одну ремарочку скажу. Китай отменил запрет на въезд ВИЧ-инфицированных, США отменили, осталась одна Россия.

**Председательствующий.** Вадим Валентинович, я же об этом и говорю, потому что, конечно, в условиях угрозы массивированной, так скажем эпидемии, руководствуясь положениями Всемирной организации здравоохранения при угрозе пандемической или не пандемической, неважно, страна может закрывать свои границы для иммигрантов из ряда других стран. Но тут предлагается делать это в целом по некоторым категориям больных, вот это положение достаточно спорно. Но я говорю, подлежит обсуждению. Я не готов выступить за или против.

У нас есть ещё три записавшихся. Титова Александра Александровна-старший прокурор Генеральной прокуратуры.

**Титова А. А.** Хотелось бы обратить внимание, что прокуратура по статье 10 федерального закона о предупреждении распространения туберкулёза принимает участие в делах о принудительной госпитализации вот этих лиц, и в том числе посредством обращения в суд с соответствующими заявлениями. Эти заявления удовлетворяются, здесь вопросов никаких нет. Но вопросы остаются, их не так много, но они есть. И в принципе законность вынесенного судом решения не подвергается сомнению. Но возникают вопросы на стадии именно исполнения. Раньше служба судебных приставов исполняла эти решения, и никаких вопросов не было. Потом дали разъяснения по «Консультанту плюс» и пошло, поехало, что, якобы, эти дела, поскольку они не урегулированы в ГПК, порядок их рассмотрения, рассматриваются по аналогии с делами особого производства по принудительному помещению в психиатрический стационар.

Раз принудительная госпитализация рассматривается по ГПК, то их по аналогии надо исполнять. В том числе по принудительной госпитализации психбольных. Исполнение возлагается на руководителей психиатрических стационаров с привлечением милиции. Там исполнительные листы идут не через службу судебных приставов. Нет, там есть совместный приказ. Вопрос не урегулирован, Генеральная прокуратура считает, что это исполнение должно осуществляться службой судебных приставов.

А у нас нет законодательной инициативы. Как мы можем исполнять?

**Казённый Б. Я.** Судебные приставы приведут этого пациента в стационары. Я его госпитализирую. Приставы ушли, он развернулся и ушёл.

**Титова А. А.** Нет. Это уже, понимаете, вопрос другой.

**Казённый Б. Я.** Я главный врач Орловского противотуберкулёзно-го диспансера Казённый Борис Яковлевич.

Вот что касается законодательной базы, её можно рассматривать с позиции работы противотуберкулёзного учреждения. А она прежде

всего складывается с выявлением больных туберкулёзом. В основном занимается этой работой общелечебная сеть. У нас, допустим, в области не существует компьютерной базы данных всего населения, которое подлежит профилактическим медицинским осмотрам на туберкулёз. Мои старания и обращения в департаменты не увенчались успехом, потому что на территории нет средств на разработку и, допустим, приобретения этих программных продуктов, которые обеспечили бы своевременность осмотра, обследованных ранее групп населения.

Мы в свою очередь имеем возможность оперативно давать эти данные в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, которое нам регламентировало ежемесячно их представлять. Это что касается выявления.

Что касается лечения. Действительно, существует проблема с больными, которые уходят и отказываются от лечения.

У нас в Орловской области 2–4 процента таких отказников. Это огромный труд всего коллектива, который бегаёт за каждым пациентом по пятам, если можно так выразиться. И добивается того, чтобы он проглотил таблетки. Но остаются пациенты, с которыми сделать что-либо не представляется возможным. Суды заседают, больные приходят и потом всё равно уходят. На этом всё заканчивается.

Мне просто обидно за Думу, которая принимает такие решения.

**Председательствующий.** Давайте уточним какие решения приняла Дума. О чём вы говорите?

**Казённый Б. Я.** Вот этот закон по привлечению больных к обязательному лечению, направлениям в противотуберкулёзные стационары, которые категорически отказываются от лечения. Закон великолепный. Всё принято. Но механизма исполнения его нет.

**Председательствующий.** В чьи полномочия это входит? В полномочия противотуберкулёзной службы, региональные полномочия. Требуйте с ваших губернаторов!

Нет, подождите. Вы хотите, чтобы президент туда приехал этим заниматься?

Предложите, что надо сделать. За что стыдно должно быть Государственной Думе? За то, что ваши региональные власти не исполняют свои полномочия? Вы давайте не перекладывайте ответственность.

**Казённый Б. Я.** Нет механизма исполнения этого закона, он не работает.

**Председательствующий.** Это должна прописать региональная власть. Дайте конкретные предложения, что в этом плохом, по Вашему мнению, законе сделать лучше. Конкретно можете написать две фразы?

**Казённый Б. Я.** Хотелось бы ещё, чтобы было рекомендовано всё-таки законодательно на местах проведение заключительных дезинфекций.

**Председательствующий.** Опять это не законом делается. Нельзя всё в закон пихать. Это не закона проблема.

**Председательствующий.** Представьтесь, пожалуйста.

**Валиев Р. Ш.** Валиев Равиль Шамилович – главный врач Республиканского противотуберкулёзного диспансера. Республика Татарстан.

Уважаемые фтизиатры, давайте мы не будем путать понятия «функции, которые устанавливает законодатель» и «функции, которые устанавливает правительство». Поэтому мы должны ясно и чётко сказать, что когда речь идёт о принудительной госпитализации, в существующем законе надо прописать, что порядок о принудительной госпитализации определяет Правительство Российской Федерации. Вот если будет эта фраза, дальше уже Правительство Российской Федерации должно работать – это раз. Потому что отпускать это на уровень субъекта нельзя. Граждане Российской Федерации независимо от того, в каком субъекте проживают, являются гражданами, и закон должен быть единый для всех, потому что иначе начнётся перемещение из субъекта в субъект. Первое.

Второе. Когда говорили о сельском здравоохранении, то надо сказать, что на сегодняшний день в сельском здравоохранении не хватает не только фтизиатров, но и врачей других специальностей, и им всем даётся жильё, завлекают любыми путями, естественно, в этой ситуации врач, приезжающий в район, в первую очередь идёт не во фтизиатрию. Поэтому речь должна идти о надбавках не меньше, чем врачам участковым или врачам общей практики. Потому что всё-таки врач фтизиатр рискует своим здоровьем, рискует своей жизнью, когда работает с этими пациентами.

Следующий вопрос. Когда Владислав Всеволодович сказал, что нужно, чтобы было подтверждение бациллярных больных, тогда Министерство здравоохранения должно определиться: или это профосмотр на туберкулёз с помощью флюорографии, которая выявляет ещё не бациллярных больных, или мы отказываемся от профосмотров, тогда у нас не только 75, а все 100 процентов больных будут бациллярны, потому что мы будем дожидаться, пока он закашляет, пока он станет заразным. Это принципиально разные вещи. Поэтому я считаю, что от профосмотров отказываться нельзя, а когда речь идёт о подтверждении диагноза, то это чисто медицинская проблема, которая должна решаться, наверное, не здесь. Поэтому этот вопрос тоже должен быть решён на уровне Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

**Председательствующий.** Как раз, поскольку у нас много вопросов к Министерству здравоохранения и подведомственным учреждениям.

Давайте послушаем Мельникову Альбину Андреевну – заместителя начальника Управления эпиднадзора Роспотребнадзора.

**Мельникова А. А.** У меня буквально несколько слов, относящиеся к тем проблемам, которые уже были подняты. Но я хотела бы, в силу того, что мы осуществляем надзорные функции за организацией профилактических и противоэпидемических мероприятий, в том числе и по туберкулёзу, предоставить фактический материал, который по-

зволит нам с вами понять глубину той проблемы, которую сегодня обсуждаем.

Во-первых, это по вопросу проведения дезинфекции. Это, конечно, функции наших регионов – обеспечить санитарно-эпидемиологическое благополучие. Но на сегодня у нас финансирование дезинфекционных мероприятий в регионах чрезвычайно низкое. И вот по итогам наших рейдовых проверок только в 76 процентах очагов туберкулёзных больных были проведены дезинфекционные мероприятия. Причём, заключительная дезинфекция была проведена только в 88 процентах очагов, а с применением камерного метода обработки всего 57 процентов очагов. Это говорит о том, что средства на эту работу, которая позволяет нам получить какой-то положительный результат, выделяются очень маленькие.

**Председательствующий.** Альбина Андреевна, мы сегодня говорим о законодательстве.

Тут есть проблема законодательства? Нет тут проблемы законодательства. Есть проблема финансирования. Правда?

Вы же Роспотребнадзор. Вы нам должны сказать, чего вам не хватает, чтобы эффективно бороться с туберкулёзом на территории нашей великой страны.

**Мельникова А. А.** Сергей Иванович, много предложений для включения изменений в законодательство уже было высказано, и просто идут повторы. А я говорю о том, что нужно пользоваться теми инструментами, которые уже сейчас есть в законодательстве, но не используются. Вот в соответствии с законодательством регионы должны были это обеспечить. Но не исполняется наш федеральный закон, и не выделяются средства. Я говорю об этом, поскольку мы над этим осуществляем надзор.

И второй вопрос, очень важный вопрос, который поднял в своём выступлении Пётр Казимирович по поводу состояния учреждений фтизиатрической службы. Если я назову вам цифры, которые мы имеем по результатам контрольно-надзорных мероприятий, они вас, я думаю, очень убедят в том, что это действительно огромная проблема. Цифры не звучали, просто говорилось, что да, это есть.

Отвечает санитарным правилам на сегодня только 9,2 процента фтизиатрических стационаров (в 2004 году, правда, было их 7 процентов), относятся к третьей группе санитарного надзора, то есть к наиболее неблагоприятным. Четвёртая часть стационаров не соответствует санитарным требованиям. Из них имеют неполный набор помещений 50 процентов взрослых стационаров и 35 детских, не оборудовано вентилиацией 54 процента фтизиатрических стационаров, водоснабжением, канализацией – 18–20 процентов. Так вот мы сегодня говорим о совершенстве законодательной базы, а мы в качестве предложений дали наше предложение об укреплении материальной базы за счёт федеральной целевой программы. В ней не только федеральный уровень должен участвовать. Безусловно, и все регионы.

**Председательствующий.** Я прошу прощения, я вас прерву, потому что, может быть, вы прослушали, когда речь шла о модернизации здравоохранения, о том, что будет выделено 460 миллиардов, так вот, из них 300 миллиардов будет выделено именно на вопросы строительства, ремонта и так далее, но только при наличии региональных программ. То есть все регионы должны подтвердить и сделать какой-то акцент в той нозологии, которая их наиболее беспокоит.

Вот как раз Роспотребнадзор обязан сказать своё решительное «нет», потому что регионы, естественно, будут как нормальные лоббистские структуры прикормлены своим рядом стоящим областным детским или взрослым больницам выделять деньги, муниципальным больницам, а как всегда противотуберкулёзная служба окажется на 8-15 месте. Вот Вы должны как раз под руководством Геннадия Григорьевича Онищенко сказать, что мы нуждаемся, поскольку девять процентов учреждений только отвечает заявленным требованиям, мы в условиях эпидемии туберкулёза, назовём её так, нуждаемся в ускоренном приведении.

Спасибо большое. Нам надо завершать, потому что мы уже превысили намного время. Евгений Евгеньевич просит слова.

**Ачкасов Е. Е.** У меня буквально 30 секунд. Общественная палата Российской Федерации. Я вот здесь сидел и слушал, и многие вопросы задают законодателям, которые, в общем-то, относятся не к их сфере. Я хотел бы сказать, что Общественная палата и создана для того, чтобы как раз мы могли обратиться и к законодательной власти, и к исполнительной власти. И поэтому я призвал бы теснее работать с региональными общественными организациями, а мы, соответственно, с ними контактируем. Если надо, обращайтесь к нам напрямую, мы готовы сотрудничать.

**Председательствующий.** Ларисе Кужугетовне Шойгу заключительное слово.

**Шойгу Л. К.** Я очень сожалею, что не удалось выступить Фонду «Российское здравоохранение», потому что этот фонд занимается очень большой работой, кроме поставки оборудования лабораторий и так далее, и так далее. Но самое главное – лечением мультирезистентных форм туберкулёза, лечением ВИЧ-инфицированных, лечением микстоз и получает препараты второго ряда по ценам Комитета зелёного света, то есть это цены значительно ниже. Я не лоббирую, я ничего не говорю.

У меня обращение к Минздравсоцразвития России, я прошу вас: пожалуйста, прислушайтесь. Прочитайте справку, ту, что они подавали в Минздравсоцразвития о том, какую работу они выполняют, и сколько пациентов, ВИЧ-инфицированных и больных туберкулёзом с мультирезистентными формами и получающими лечение теми препаратами, которых у нас нет, окажутся без лечения.

**Покровский В. В.** Я только хочу уточнить, что это всё-таки не Фонд «Российское здравоохранение», а страновой координационный механизм, в который многие здесь присутствующие входят. И там около

35 человек, все представители общественных и разных других организаций подписали, пока только не подписал один Минздравсоцразвития, поскольку говорят: не знаем, кто у нас должен подписывать письмо.

**Председательствующий.** Всё ясно. Хорошо, краткий комментарий ещё просил Александр Михайлович Чухраёв – заместитель председателя Комитета по охране здоровья.

**Чухраёв А. М.** Уважаемые коллеги, мы накопили массу проблем. Вы не обижайтесь на такую взаимную реакцию, мы понимаем вашу боль. И поэтому приглашаем всех вас на заседания «круглых столов».

Масса проблем. У вас нет жилья, у хирургов нет жилья. Средний возраст хирурга центральной районной больницы 60 лет. 40 процентов ЦРБ не имеют анестезиологов.

Что у вас положительного? Я коллегам говорю: есть закон, он может быть плохой, но он лучше любого постановления.

Вот большая программа, 460 миллиардов рублей. Всего лишь 7 лет назад консолидированный бюджет здравоохранения был равен такой сумме. Мы даже в прогнозах не говорили о триллионе. А сегодня такие деньги. Теперь задача стоит в другом. Как мы их используем, где найдём самые болевые точки, кто убеждением докажет, что нам это важнее, но не криком, а методической работой и хорошим планом,

Мы сейчас разговаривали с прокуратурой. Закон есть, прописан, но мало что решили. У нас есть механизм решения? Есть. Но вы, коллеги, говорите, пожалуйста, это своим депутатам. Почему? Потому что 18-го числа мы собираем всех законодателей, чтобы посмотреть те направления, которые требуют действительно нашего совместного решения.

Мы всё равно вас всех благодарим. Я получил искреннее удовлетворение от «круглого стола», потому что действительно проблема с проектом закона есть. Да? Чего мы стесняемся? Что у нас было лучше рентгеновское оборудование 30 лет назад? Да ничего подобного. Что мы лучше питались 30 лет назад? Да ничего подобного.

И министр вчера сказала: будет хорошая программа территории, пойдём на любые издержки в ущерб другим, кто будут потом обижаться.

**Председательствующий.** Спасибо, Александр Михайлович.

**Шойгу Л. К.** Коллеги, я ещё раз хочу тоже поблагодарить вас.

Основная цель нашего сегодня собрания была всё-таки – выслушать ваши мнения и попытаться понять вас, услышать вас. Дело в том, что очень своевременно мы принимаем этот закон в первом чтении. И главная наша цель – чтобы этот закон, ещё раз повторяю, улучшил статус, улучшил положение врача-фтизиатра, врача, оказывающего помощь ВИЧ-инфицированным больным, и так далее. То есть врача, работающего во вредных условиях. И это основная цель для прохождения этого закона. То есть будем работать.

Мы приглашаем желающих в нашу рабочую группу.

**Председательствующий.** Спасибо, Лариса Кужугетовна. Мы завершаем наш «круглый стол».

Спасибо вам огромное. Успехов.



**Материалы «круглого стола» на тему  
«Законодательное обеспечение инновационной политики  
в сфере здравоохранения: модернизация системы подготовки  
медицинских кадров, разработка и внедрение  
новых медицинских технологий»**

**СТЕНОГРАММА  
«круглого стола»**

*Здание Государственной Думы. Зал 706.*

*25 ноября 2010 года.*

*Председательствует председатель Комитета  
по охране здоровья О. Г. Борзова*

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

Позвольте мне от имени Комитета по охране здоровья приветствовать вас на нашем «круглом столе», посвящённом очень важной теме, – законодательному обеспечению инновационной политики в сфере здравоохранения.

Мы очень старательно готовили данный «круглый стол», понимая важность и значимость рассматриваемых проблем.

Уважаемые коллеги, бесспорно, основным направлением госполитики, это было изложено первой новеллой Послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации, конечно, была политика модернизации, инновационных технологий. И нам хотелось бы, чтобы сегодня с точки зрения значимости политической, государственной и социальной, мы рассмотрели эту проблему.

Хочу сказать, что докладчики могут основываться не только на важности проблематики, но и на том, что нужно сделать, чтобы инновации как можно быстрее входили в нашу жизнь, в сферу здравоохранения на том, что нужно сделать для того, чтобы эффективность работы нашей в здравоохранении была значимой.

Уважаемые коллеги, сегодня от комитета мы представляем доклад и его представляет академик РАН, заместитель председателя Комитета по охране здоровья, депутат Государственной Думы Сергей Иванович Колесников.

Мы хотели бы, чтобы выступления всех участников нашего «круглого стола» носили несколько дискуссионный характер, не повторялись, чтобы мы продуктивно и эффективно, с уважением к излагаемым позициям, могли реализовать нашу работу.

**Колесников С. И.** Я постараюсь в рамках предложенных 20 минут наметить некие проблемы, которые сегодня у нас существуют в сфере инновационной деятельности в здравоохранении и не только в здравоохранении, потому что здравоохранение – это часть инновационного поля в нашей стране.

Прежде всего о системе принятия решений, с которой вы, конечно, знакомы, но я хочу напомнить.

Сегодня у нас принимаются решения преимущественно на уровне двух первых лиц, и уже начинается техническая работа по выполнению данных указаний. До того как это не будет принято решение, реализовывать какие-то законодательные инициативы достаточно проблематично. Так сложилось, что страна наша пока существует в таком режиме.

Конечно, сейчас вместе с главой государства работает Общественная палата при Президенте Российской Федерации, работает сейчас ряд общественных организаций, но несколько на обочине находятся наука и образование, они в выработке решений принимают достаточно слабое участие.

Естественно, я повторяю то, что сказала Ольга Георгиевна. У Медведева Д. А., нашего президента, в послании 2009 года, а на днях будет следующее послание, для многих неожиданно, вдруг на первое место поставили развитие медицинской техники и технологий, фармацевтики, причём имея в виду организацию в России передовых исследований в медицинской сфере.

Может, для кого-то покажется удивительным, что на траты бюджета растут с каждым годом, и, к сожалению, экстенсивный путь развития медицины, наверное, себя исчерпал в нашей стране, и вопрос стоит о том, что нужно вводить в действие технологии, которые позволят в перспективе экономить средства как на медицинскую помощь, так и на лекарственное обеспечение.

Тем не менее затраты наши, к сожалению, по сравнению с мировыми развитыми странами всё ещё оставляют желать лучшего. Даже при условии введения двухпроцентного дополнительного сбора страхового по ОМС, они достигли где-то порядка 550 условных долларов на душу населения, что примерно в 5 раз меньше, чем в странах Восточной Европы, так называемых новых демократиях, и примерно в 5 раз меньше, чем в развитых европейских странах.

Ну, США негодуют, что у них упали в прошлом году затраты на душу населения, а они у них около 8 тысяч долларов. Это чтобы было понятно, в условиях глобализации экономики цены на расходные материалы, на оборудование. Фактически у нас единственное – зарплата отличается от мировых стандартов.

Надо сказать, что довольно серьёзно изменил ситуацию национальный проект «Здоровье». Тут все цифры приводятся, и я не буду их повторять. Просто хотя бы то, что высокотехнологичных операций за счёт государства у нас стало делаться в пять раз больше на протяжении четырёх последних лет; то, что переоснастилась база муниципальных учреждений (база материально-техническая); скорая помощь переоснастилась. Сейчас идёт ряд проектов по сосудистым заболеваниям, по травмам в результате дорожно-транспортных происшествий и так далее, и так далее. Это вы всё хорошо знаете. Просто всю эту презентацию можно переписать будет, чтобы не тратить время на её изложение.

Доля расходов на инновационную политику. В нашей стране ставится задача – к 2015 году выйти на 2,5 процента от валового внутреннего продукта. Я не говорю о покупательной способности, хотя надо бы о ней говорить. Страны ЕС и Лиссабонской декларации заявили о том, что

они стремятся к тратам более чем 3,5 процента уже к 2010 году и они это выполняют.

Что по финансированию науки здравоохранения? Если всего на ОКР у нас в 2011–2012 годах тратится более 200 миллиардов рублей (предполагаются затраты), то Минздравсоцразвития России получит порядка чуть меньше 6 миллиардов рублей, в том числе на здравоохранение, а не на фундаментальную науку – 4,5 миллиарда, то есть подавляющую часть.

Росздравнадзор и Росприроднадзор тоже получают небольшие деньги на здравоохранение, но не на фундаментальные исследования. А на них идёт всего лишь порядка 6 миллиардов рублей из 227-ми. То есть это менее 3 процентов валового внутреннего продукта, вернее, менее 3 процентов от общих ассигнований на научные исследования. Тогда как передовые страны мира тратят более 30 процентов на науки о жизни. Мы тратим 3 процента. Это чтобы понятно было, какая база у нас финансирования.

Очень смущает тот факт, что бизнес не хочет вкладываться в науку. Государство недофинансирует, но и бизнес не хочет этого делать, потому что пугает базарная экономика. Мы – наследники базарной экономики, поэтому длительные сроки окупаемости пугают. Но они забывают о том, что и экономический эффект отдалён. Я дальше расскажу, какие изменения происходят всё-таки в понимании бизнесменов, но тем не менее просто, чтобы вы сравнили: на борьбу с гриппом А/Н<sub>1</sub>Н<sub>1</sub> в прошлом году было выделено больше денег, чем на всю науку в Российской академии медицинских наук.

Из тех новых механизмов, которые проанализировал институт Владимира Ивановича Стародубова. Как новые механизмы используются нашей медицинской сферой? Это закон, который создан, по использованию интеллектуальной собственности для создания хозяйствующих обществ. Зарегистрировано всего два медицинских из почти 600. Правда, 300 из них зарегистрировались в Томске, чтобы было понятно. Но в стране-то этот процесс не идёт, к сожалению.

Нет медицинских вузов среди победителей конкурса Минобрнауки России на получение грантов по проектам высокотехнологичных производств. Один всего – на инновационную инфраструктуру (Сибирский медицинский университет).

Гранты правительства для ведущих учёных. Всего лишь четыре медицинских вуза подали заявки на этот грант, и только Московский университет – Медицинский стоматологический университет – получил грант.

И ГРМУ – единственный вуз медицинской направленности, который вошёл в число федеральных научно-исследовательских университетов.

В принципе это, конечно, очень бледная характеристика.

Наукометрический анализ что показывает? Что у нас перспективное? Чем мы можем конкурировать? Когда смотрим по соотношению цитирования патентов, получается так, что у нас в России перспективные кластеры, относящиеся к здравоохранению, это биотехнология, анализ биологических материалов, медтехника и фармацевтика и эко-

логические пищевые технологии. У нас в стране они по соотношению вложения в патенты реализации, находятся даже выше средних мировых стандартов. Вот туда в принципе деньги и должны будут притечь, так или иначе. И Минобрнауки России, и Минздравразвития России сейчас пошли с опережением, спасибо надо сказать. Томский сибирский медицинский университет сейчас разрабатывает технологическую платформу «медицина будущего», где пытаются обобщить все эти разработки, которые на сегодня существуют.

Принято несколько решений по поддержке фарм и медпромышленности Минобрнауки России, но вы всё это знаете. Преференции самые разнообразные: фармстратегия была разработана, сейчас утверждена концепция развития фармацевтической медицинской промышленности и определён перечень препаратов, которые надо производить в ближайшее время, как импортзамещение.

Инновационный цикл стратегии тоже поддерживает ряд институтов, которые созданы в последнее время, но, к сожалению, слабым местом является доклинические и клинические исследования. Они никем не поддерживаются, и здесь случится серьёзный кризис, на который нам надо будет обратить внимание.

Появилась новая федеральная целевая программа. С 1 января начнёт финансироваться нарастающим итогом. Это программа по развитию фарм и медпромышленности с финансированием сначала 100 миллионов долларов, потом до 300 и больше, наверное, будет с 2014–2015 годов.

На этой основе возник фармкластерный бум, в котором участвуют медики почти везде, но это связано с тем, что правительство заложило деньги, и все хотят эти федеральные деньги иметь, и даже Чукотка объявляет, что будет у них фармацевтический кластер, независимо от того, есть там, для этого основание или нет. Но в принципе в стратегии Минпромторговли России определено семь таких стратегических узлов, фактически соответствующих нашим федеральным округам.

Расходы федерального бюджета на здравоохранение не уменьшаются в следующем году, это хорошо.

И бюджет начал сейчас делиться по разделам, по пяти основным разделам, где есть качество жизни, и есть инновационное развитие, и модернизация экономики. Если новое качество жизни это в основном траты социальные, а вот в инновационном развитии, к сожалению, подавляющая часть затрат ляжет на такие секторы, как нефтегазовая, дорожные инфраструктуры и так далее. Это называется инновационное развитие, но мне кажется, что это надо убрать, назвать инфраструктурные проекты. Это было бы гораздо более правильно.

Насчёт фундаментальных исследований. Фонды поддержки науки на следующий год, государственная академия наук, прикладные научные исследования получают финансирование, затем с 2012 года наметилась положительная тенденция этого процесса. То есть если в 2011 году мы не добьёмся закрепления этой стратегии роста, значит, в будущем станет несколько тяжелее.

Национальный проект «Здоровье» развивается. Он не прекращается пока до 2013 года, будет существовать со всеми его разделами, часто выделяются деньги на инновационные технологии. Потому что выявление лечения гепатитов и ВИЧ, оснащение по высокими требованиям, обследование – это всё новые технологии, которые приходят в нашу отрасль.

Законы, я не буду на них подробно останавливаться. На медсектор влияет достаточно много законов, порядка 45-и. Многие из них устарели, и вы прекрасно это знаете.

Есть ряд законов, которые влияют на обороты интеллектуальной собственности, о которых мы будем сегодня говорить. Вы знаете, что два года назад мы ввели в действие четвертую часть Гражданского кодекса по обороту интеллектуальной собственности. Затем был принят закон о передаче федеральных технологий, который, к сожалению, жутко бюрократизирован и не работает так, как работает закон Бей-Доула в США. Это огромная проблема. Был создан закон, который тоже пока не очень ловко раскручивается, закон о создании хозобществ при НИИ и вузах, о которых я говорил несколько ранее.

Есть ещё ряд законов, которые влияют на инновационную деятельность в медицинском секторе. Какие новые законы появились за последние три года? Должен сказать с прискорбием, что Владимир Владимирович Путин в 2000 году объявил о том, что мы должны идти по пути инновационного развития, а реально мы стали двигаться по этому пути в законодательном поле с 2007 года. То есть когда Владимир Владимирович Путин фактически уже уходил с президентского поста, началось жёсткое давление по поводу того, что надо выполнять всё-таки те заветы, которые он в 2000 году подписал. И был создан ряд институтов, это особые экономические зоны, Банк развития, как госкорпорация (инвестиционный фонд, он не имеет отношения к инновациям, это инфраструктурный фонд), корпорации государственные, которые должны были аккумулировать новые технологии и их развивать на основе, в том числе оборонного сектора, и венчурная компания была профинансирована, и на её основе создаются сейчас порядка десяти таких компаний. И они все хотят финансировать исследования в биофармацевтике, в биотехнологии и Ай Ти-технологии. Хорошо бы, но пока эффекта не чувствуется.

Появился очень интересный закон о саморегулировании. Слава богу, благодаря давлению Минздравсоцразвития России и Голиковой Т. А. лично увеличилось финансирование за счёт страховых взносов в Фонд обязательного медицинского страхования. Концессионное соглашение, которое не использует никто, правительство в области здравоохранения утвердило в начале 2009 года. Пока я, честно говоря, не знаю, нет данных по тому, как оно используется, но оно могло бы быть тоже инновационным шагом.

Ещё ряд законов. Вы знаете о законе об обращении лекарств, в котором прописан ряд вещей, которые должны способствовать инновационному развитию. Сейчас в Думе дискутируется, но пока

не представлен закон об образовании, в котором очень много касается здравоохранения и непрерывного образования. Технический регламент о безопасности медизделий в Думу внесён. По изменению статуса учреждений муниципальных государственных на статус бюджетный, казённый и автономный. Мы считаем, что он может продвинуть вперёд как раз инновационную составляющую, потому что появится заинтересованность у этих учреждений для обновления материально-технической базы. Необходимо браться за новые разработки, которые будут приносить экономический эффект, если он будет работать так, как нам хочется, а не так, как обычно у нас происходит. То есть создана рабочая группа в Думе, которая будет внимательно следить за развитием ситуации по этому законодательству, мониторинг будет осуществляться.

Обсуждается закон о страховании ответственности медицинских организаций перед пациентом, на который можно вытащить из бюджета здравоохранения порядка двух с половиной процентов. Поэтому этот закон очень тщательно сейчас обсуждаем. О биомедицинских клеточных технологиях идёт спор. Сейчас должен быть внесён группой депутатов закон о государственной поддержке инновационной деятельности в нашей стране. Закон, который в 2000 году был отклонён, давно ожидался. 10 лет мы потратили на то, чтобы доказать, что это нужно.

И очень сильно мы надеемся на ту программу модернизации системы здравоохранения, которая должна внести дополнительное количество денег как раз в инновационный сектор.

Ещё один закон, последний, я не беру налоговые законы – их долго обсуждать. Я думаю, что вы сами, кто работает в этой сфере деятельности, отметьте, мы приняли на протяжении 2–3 последних месяцев четыре налоговых закона, которые позволяют развиваться сектору малых предприятий, инновационным, в том числе хозяйствующим обществам, НИИ и вузам.

Но последний, что активно обсуждается, это закон о Сколково. Каков основной вывод из этого закона? Мы создаём новый, если хотите, либо наукоград, либо закрытое административно-территориальное образование (ЗАТО), какие создавались для ядерного и химического оружейного комплекса в своё время. И самое смешное, что на этот анклав не распространяется порядка 50 законов. О чём это говорит? О том, что законодательство наше пока не способствует инновационной политике, и мы в новый закон об инновационной деятельности вносим большую часть тех новаций, которые прописаны в законе о Сколково. Там 5 направлений, одно из них биомедицинское. Будем надеяться, что это будет модель, которая потом позволит нам работать.

И буквально два слова ещё скажу. Здесь специалисты больше, чем я образованы. Просто хочу сказать, что у нас около 5 миллионов, 4,5 миллиона сотрудников работает в сфере медицинской и 2 миллиона – специалисты с высшим и средним образованием. Небольшой отток специалистов сейчас осуществляется среднего и медицинского врачебного персонала.

К сожалению, Росздравнадзор говорит о том, что увеличивалось до 2007 года количество отказов в предоставлении лицензии из-за отсутствия дополнительного образования. Сейчас ситуация улучшилась.

И речь сейчас идёт о создании нормальной системы непрерывного медицинского образования. Это одна из стратегических задач на сегодня. Но для этого надо учесть, что территория нашей страны огромная и надо развивать некие новые формы повышения качества подготовки и, вообще, подготовки специалистов в виде дистанционных методов обучения, модульных систем и систем накопительных кредитов. Весь мир идёт по этому пути, даже небольшие страны, у которых удалённость небольшая.

Очень важный закон (я хотел бы обратить ваше внимание на этот закон), он принят был ещё в конце 2007 года, действует только два года, это закон о предоставлении права объединения работодателей участвовать в разработке и реализации госполитики в области профобразования.

К сожалению, у нас практически не используется этот закон в системе медицинского образования. Мы имеем заказчиков в лице большей части бюджетных учреждений. Это право применяется, на мой взгляд, пока очень плохо.

Ну и очень важное предложение, которое внёс институт Владимира Ивановича Стародубова, о том, что у нас очень плохо дело обстоит с пониманием, так как происходит коммерциализация интеллектуальной собственности, даже та собственность, которая добыта в наших институтах и вузах. Конечно, надо срочно развивать систему подготовки этих кадров, иначе мы никогда здесь с мёртвой точки дело не сдвинем.

И последнее, о чём я хотел сказать, это вопрос государственно-частного партнёрства. В здравоохранении, к сожалению, с этим вопросом обстоит дело хуже, чем в сферах бизнеса, и фактически примеров реального государственно-частного партнёрства очень немного. Хотя цели бизнеса и цели государства практически сходятся на уровне пациента или работника.

Всё больше появляется лицензируется частных учреждений здравоохранения, падает количество, государственных бюджетных учреждений здравоохранения, поэтому эти два сектора должны регулироваться совместно и в новом законе «Об обязательном медицинском страховании», фактически с одноканальным характером финансирования это будет с 2013 года полностью реализовываться. Это тоже мы, законодатели, должны учитывать.

И есть у нас в «ЕДИНОЙ РОССИИ» система лоббирования интересов того или иного сектора, анализа ситуации в этом секторе, подработки предложений для правительства и для законодательства. Таких 30 секторов, что являются предметом интереса партии «ЕДИНАЯ РОССИЯ». Это один из примеров.

Это сектор медицинской промышленности, где существует несколько координационных советов на уровне «ЕДИНОЙ РОССИИ», на уровне профильных комитетов, которые работают вместе с Торгово-

промышленной палатой, Российским союзом промышленных предприятий, «Деловой Россией», «Опорой России», работают с региональными отделениями. Это такая сеть, которая способна давать информацию и предложения по регулированию данного сектора.

Так что мы ещё можем использовать экспертное мнение собравшихся, для того, чтобы проводить работу. Мы ждём поступление закона «Об охране здоровья населения России». Многие рекомендации, которые вы нам дадите, скорее всего, будут использованы так же, как и закон «Об образовании», который мы тоже должны тщательно обсудить с точки зрения нашей медицины.

**Председательствующий.** Я хочу сказать, видите, какая проблема? Она касается не только той сферы, которой занимается наш комитет, она значительно шире. Это, конечно, наука, образование – наша совместная работа с практическим здравоохранением.

Поэтому я хотела бы не случайно вторым докладом предоставить слово директору Департамента науки и образования и кадровой политики Минздравсоцразвития России Егорову Вадиму Александровичу.

Вадим Александрович, мы бы очень хотели, чтобы наряду с проблемами, которые курирует ваш департамент, вы более подробно остановились на образовательном процессе, потому что, учитывая просторы нашей страны, модернизацию, которую проводит сейчас и наше правительство, мы подключились с законами, мы бы хотели знать, каким образом осуществляется координация образовательного процесса с учётом того, что не все образовательные учреждения соподчинены вами. Вот на эту роль тоже хотела бы обратить ваше внимание.

**Егоров В. А.** Действительно, вопрос, который поднят сегодня, является очень актуальным. Реформирование российского здравоохранения в настоящее время направлено на повышение доступности и качества медицинской помощи населению путём внедрения в практику современных медицинских технологий.

В последние годы российскими учёными разработаны принципиально новые эффективные медицинские технологии, лекарственные средства и диагностические препараты нового поколения, не уступающие мировым аналогам и способные конкурировать на мировом рынке медицинских услуг и технологий. Их применение в учреждениях-разработчиках позволяет значительно повысить качество лечения пациентов, сократить сроки пребывания в стационаре больных.

Темпы развития высокотехнологичных видов медицинской помощи напрямую связаны с развитием медицинской науки и инновационной деятельностью, как образовательных, так и научных медицинских организаций. Для обеспечения перехода здравоохранения на инновационный путь развития необходимо повысить уровень оснащения учреждений здравоохранения медицинским оборудованием, уровень подготовки и повышение квалификации медицинских кадров. Создать условия для эффективного внедрения в медицинскую практику результатов научно-технической деятельности, обеспечить переход практиче-



ского здравоохранения на стандартное оказание медицинской помощи населению на новые формы организации и финансирования деятельности медицинских организаций.

Для этого необходима, с одной стороны, концентрация финансовых средств и кадровых ресурсов медицинской науки на решении приоритетных задач отечественного здравоохранения. С другой стороны, необходима модернизация и переоборудование учреждений здравоохранения и подготовка квалифицированных специалистов.

Таким образом, будут созданы условия для внедрения в практику новых форм организации медицинской помощи населению для перехода всех уровней системы здравоохранения к стандартизации медицинской помощи, конкурентный рынок медицинских услуг на основе внедрения в практику здравоохранения современных исследований.

Основной задачей сейчас является для нас, как федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения, конечно, – разработка стандартов и порядок оказания медицинской помощи населению с учётом последних достижений науки. Создание новых средств для профилактики социально-обусловленных инфекционных заболеваний, новых лекарственных средств, активизация формы работы по формированию здорового образа жизни населения, а также формирование целевых межведомственных научно-исследовательских программ, направленных на создание прорывных медицинских технологий.

На сегодняшний день в программе модернизации здравоохранения можно выделить следующие направления.

Первое – это развитие отечественной фармацевтической промышленности, разработка и производство импортозамещающих и инновационных лекарственных средств на основе современных биотехнологий и технологий химического синтеза с использованием виртуального моделирования и молекул с заданными свойствами.

Второе – развитие отечественной медицинской промышленности на основе разработки и производства импортозамещающего и инновационного медицинского оборудования и изделий медицинского назначения.

Третье – разработка и внедрение инновационных биомедицинских технологий, включая клеточные и генно-инженерные технологии, тканевую инженерию, создание нейрокомпьютерных интерфейсов.

Четвёртое – это развитие атомных и ядерных медицинских технологий ранней диагностики и лечения широкого круга социально значимых и на сегодня не излечимых заболеваний, прежде всего онкологической природы, в рамках программы «Развитие ядерной медицины».

Инновационное развитие глобального здравоохранения на основе научных достижений и внедрения новых эффективных технологий профилактики, диагностики и лечения заболеваний обуславливает необходимость ежегодного пересмотра порядков и стандартов оказания медицинской помощи с приближением их к современным возможностям медицины и уровню качества, соответствующего международному. Реализация учреждениями науки и образования федерального

закона № 217 о внесении изменений в отдельные законодательные акты по вопросам создания бюджетными учреждениями хозяйственных обществ сейчас активно прорабатывается Министерством здравоохранения и социального развития России. Ряд образовательных учреждений уже создали хозяйственные общества. И с нашей точки зрения, дальнейшая его реализация позволит расширить возможности разработчиков по доведению результатов интеллектуальной деятельности до практического применения и будет способствовать увеличению количества внедрённых результатов научных исследований в практическое здравоохранение.

Что касается подготовки медицинских фармацевтических специалистов в современных условиях, необходимо отметить следующее. На сегодняшний день высшие учебные заведения ежегодно выпускают 20 тысяч специалистов только за счёт средств федерального бюджета. Это подготовка по специальностям «лечебное дело», «педиатрия», «медико-профилактическое дело». И, конечно, в современных условиях одним из основных вопросов является качество подготовки специалистов с учётом тех требований, которые ставит перед нами сегодня жизнь. А для этого Министерством здравоохранения совместно с Советом ректоров медицинских фармацевтических вузов начата разработка новых государственных образовательных стандартов третьего поколения, которые уже утверждены Министерством образования Российской Федерации, по всем медицинским специальностям.

Основным отличием государственных образовательных стандартов третьего поколения является внедрение в них специальных обучающих программ по развитию медицинской науки. Мы хотим создать своего рода интеграцию научной деятельности, которую проводит любое образовательное учреждение, и это является одним из аккредитационных и лицензионных показателей деятельности, с образовательной. Это внедрение тех результатов научной деятельности, которые были разработаны самими вузами, в образовательный процесс, чтобы дать возможность студентам уже на средних и старших курсах быть знакомыми с современными возможностями и предоставить им дополнительные возможности при осуществлении профессиональной деятельности в новых условиях.

Мне очень приятно отметить, что также образовательные стандарты имеют под собой ещё одну основную цель, которая заключается в том, что мы даём своего рода табель оснащения учебного процесса высшим учебным заведениям, который позволит сформировать в учебном заведении современную материально-техническую базу, для того чтобы образовательный процесс шёл на современном уровне.

В этой связи мне также приятно отметить, что рядом образовательных учреждений сейчас заключаются договоры, международные договоры с зарубежными образовательными учреждениями, научными учреждениями по вопросу студенческого обмена, обмена преподавателями, молодыми специалистами, а также по совместным научным исследованиям по открытым тематикам. Это позволяет и позволит

в дальнейшем при развитии подготовить специалистов, которые отвечают как российским стандартам, так и международным стандартам в области науки.

В заключение мне хотелось бы отметить, что мы проанализировали деятельность тех хозяйственных обществ, которые были созданы нашими образовательными учреждениями. Потенциал очень высокий в данной работе по дальнейшему созданию в образовательных учреждениях хозяйственных обществ, в которых принимают участие, как молодые учёные, так и студенты. Мы планируем продолжить в той же стезе, чтобы эта деятельность у нас была одной из приоритетных направлений в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В момент по внесению федерального закона «О биомедицинских технологиях в медицинскую деятельность» в настоящее время проходит согласование в структурных подразделениях Минздравсоцразвития России.

В ближайшее время в состав рабочей группы войдут депутаты Государственной Думы, члены Совета Федерации Федеральных Собраний Российской Федерации, и в первой половине 2011 года планируем данный законопроект внести в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации для уже его дальнейшего обсуждения и принятия. Спасибо.

**Председательствующий.** Я бы хотела предоставить слово представителю Росздравнадзора, начальнику отдела медицинских технологий Управления организации государственного контроля качества медицинской социальной помощи населению Куприянову Михаилу Юрьевичу.

**Куприянов М. Ю.** Наш отдел как раз занимается в Росздравнадзоре разрешением на применение новых медицинских технологий. Законодательную базу, на основе которой всё это делается, была очень хорошо представлена в начале нашего «круглого стола». Поэтому я думаю, я очень кратко остановлюсь на именно самой государственной функции.

Исполнение данной государственной функции – выдачи разрешения на применение новых медтехнологий, осуществляется в соответствии с административным регламентом Федеральной службы, утверждённым приказом Минздравоохранения России и социального развития № 488 от 20.07.2007 года.

Регламентом этим же сформулировано требование к процедуре допуска новых медтехнологий к применению в Российской Федерации, определена методика оценки их эффективности и безопасности.

При исполнении упомянутой государственной функции предусмотрено выполнение следующих административных процедур. Это рассмотрение документов и принятие решений о выдаче разрешений на применение новой медтехнологии, внесение изменений в них, рассмотрение фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здо-

рevity людей при применении разрешённых новых медтехнологий, осуществление контроля за порядком клинических и биомедицинских исследований новой медтехнологии, а также порядком её применения.

И последняя процедура административная – это введение базы данных выданных разрешений на применение новых медтехнологий.

База данных опубликована на сайте Росздравнадзора, и с ней всегда можно ознакомиться, она доступна.

**Председательствующий.** Простите, пожалуйста. Вы нам расскажите, каким образом обстоят сейчас дела по тому разделу, который вы так прекрасно изложили, конкретизируйте позицию вашего ведомства. Потому что контрольная функция ещё есть за депутатами.

**Куприянов М. Ю.** За последнее время отмечается тенденция к увеличению количества технологий, которые регистрируются, если вернуться к статистике достойной, то с 2005 года Росздравнадзором разрешено к применению где-то около 2 тысяч медтехнологий, точнее, 1902 по нашему реестру.

За этот же период рассмотрено около 3 тысяч заявок. К сожалению, не все технологии получают разрешение к применению, поскольку при рассмотрении заявок оценивается степень риска применения медицинских технологий. Мы классифицируем их по трём степеням риска, и самые высокие степени риска, вторая и третья, обязательно направляются на внешнюю экспертизу, то есть в независимые экспертные центры, авторитетные клиники, которые изучают технологию и дают своё заключение. В случае получения отрицательного заключения, мы направляем на повторную экспертизу, чтобы иметь независимых два мнения, не ангажированных.

По нашему мнению, сейчас слабые места в законодательном регулировании именно в разработке новых технологий, то есть совершенно непонятно на основании чего строится работа по проведению доклинических и клинических испытаний, и чем она регламентирована. То есть каждый разработчик медицинской технологии проводит эти испытания, скажем так, по своему усмотрению. Это раз.

И второе. Отсутствует система тиражирования медицинских технологий, то есть медицинская технология при завершении разработки, становится доступна автоматически всем, скажем так, желающим её применять. Но по-хорошему нужно было бы иметь какую-то систему, которая позволяла обучать желающих использовать медицинскую технологию и разрешать им использовать её в своих учреждениях.

Вот две основные проблемы, которые я обозначил.

Ну и хотелось бы, всё-таки, видеть государственный реестр медицинских технологий, разрешённых к применению, который являлся бы официальным, скажем так, документом, как вот есть государственный реестр лекарственных средств.

**Председательствующий.** Я хотела бы с огромным удовольствием предоставить слово академику РАМН, председателю совета ректоров медицинских фармацевтических вузов России, ректору Самарского

государственного медицинского университета Котельникову Геннадию Петровичу.

**Котельников Г. П.** Уважаемые участники «круглого стола», я думаю, что сегодня повестка нашего дня и тема, по которой мы собрались здесь, очень актуальны, и в этой уважаемой аудитории нет необходимости об этом говорить. Ольга Георгиевна, я лично вас благодарю, что вы сумели собрать здесь людей, которые заинтересованы в этом. Это и министерства, это исполнители, в том числе ректоры вузов. И вы абсолютно правы, что сказали о том, что не только сегодня мы должны говорить о медицинской составляющей инновационной деятельности, это касается и таких законов и такой ситуации в стране, как образование в первую очередь, состояние науки. Потому что это очень важно.

Вот мы говорим об авторитете учёного, о престижности. Вы посмотрите, сейчас очень престижно стать научным работником в молодёжной среде.

Я недавно выступал на одном серьёзном совещании, где присутствовали губернаторы, вот для большинства из них было вообще открытием, они впервые услышали об этом. О какой мотивации мы сегодня говорим – идти в науку, когда заведующий кафедрой, профессор в высшем учебном заведении получает 22 тысячи рублей базовой зарплаты? А стипендия аспиранта на сегодняшний день в стране? Где бы я не выступал, все слышат, все фиксируют, и дальше дело не идёт, стипендия аспиранта составляет полторы тысячи рублей. Все вузы доплачивают, я скажу ответственно, все медицинские вузы. Я возглавляю совет ректоров медицинских вузов, их 47, в два раза увеличили стипендию, всё равно 3 тысячи рублей. Даже в три раза – четыре с половиной тысячи. Это меньше, чем прожиточный уровень и меньше, чем минимальный размер оплаты труда. О какой мотивации говорить? А ведь в медицинских вузах, чтобы стать аспирантом на клинической кафедре надо иметь стаж как минимум три года. Вот и посчитайте, аспирант третьего года, это 30-летний молодой человек, у которого семья. О какой перспективе, о каком стремлении в науку может речь идти?

Более того, новый закон и документы по образованию привели нас к тому, что аспирант, оказывается, это не врач.

Вот представим, что, допустим, я стал аспирантом, я когда-то им был, но я был врачом, принял клятву теперь врача Российской Федерации, а тогда Советского Союза. Как же я, человек, преподающий травматологию, хирург, могу не знать хирургию, не занимаясь рукодействием, как могу это преподавать? Это всё равно, что лётчик-инструктор учит другого лётчика, но сам летать не умеет. Значит я не мог по определению стать заслуженным врачом России, я не мог стать академиком Академии медицинских наук. Я не имею право получить категорию, пенсионное обеспечение, там, где это положено. Потому что это же серьёзнейшие вещи, о них надо говорить, почему я с этого начал. Потому что дальше инновации, и инновации – дело людей молодых и среднего возраста.

Я вам говорю ответственно, что профессор, который находится в пожилом возрасте, никогда инновациями заниматься не будет. Они не принимают и не понимают нашу тендерную систему, не принимают формулярную систему. И это не их вина, это их беда. Они не знают доказательной медицины, без которой жить сейчас невозможно. Поэтому ставку надо делать на молодёжь. А молодёжь, я уже об этом сказал, понимает, не престижно идти в науку на сегодняшний день.

Пока мы не создадим ситуацию, что в науке будет работать престижно, по крайней мере также как, я в своё время, когда я пошёл в аспирантуру, понимал чётко, что, если стану доктором наук и профессором, буду самодостаточным человеком, не богатым, а самодостаточным. У меня будет приличная зарплата, у меня будет квартира, и меня будут в обществе уважать. Но ситуация сегодня сложилась иная.

Но есть и хорошее. Вот сегодняшний разговор, и у нас есть документ, подписанный президентом страны, о праздновании юбилея Пирогова, 200 лет Николаю Ивановичу.

Ведь если говорить про наших учёных, то за рубежом знают 3–4 русских учёных: это Мечников И. И., это Сеченов И. М. и, в том числе, Николай Иванович Пирогов. И вот он сказал 170 лет назад про инновации.

Он сказал, что там, где господствует наука, творится великое. И добавляет два слова – и малыми средствами. Вот смысл инноваций. Учёный генератор идеи, идею выдаёт. Но делает опытный экземпляр, а дальше развивать – чья-то задача. Вот совершенно сейчас правильно сказал, что нет системы тиражирования, нет мотивации, кто же этим должен заниматься в стране в целом? Вот эту инновацию надо зацепить и внедрять.

И ещё я хочу сказать об одном моменте, коллеги. Когда мы говорим об инновациях, не надо сразу говорить о деньгах, о денежных потоках, направлять их в эту отрасль. Не надо ничего, по большому счёту, надо кое-что пересмотреть. Чтобы врач практически был заинтересован в том, чтобы внедрить инновационную модель.

Ну, к примеру. Профессор предлагает способы операции, запатентовал их, куда не надо ни техники, ни оборудования нового, просто надо раз посмотреть, тиражировать этот опыт, и он начинает в этой же больнице работать по-другому, на другом качественном уровне, более современным способом. Но механизма нет.

Мы пытались. У нас в университете есть собственные клиники, этот механизм создали, сразу пошла отдача. Молодёжь стала способы предлагать, патентовать их, и мы им платим какие-то деньги, но это всё внутренними распоряжениями, не связанными с законами. Вот пока мы так не заработаем, об инновациях говорить, коллеги, очень сложно.

Теперь конкретно. На сегодняшний день национальная инновационная система России по-прежнему остаётся, на мой взгляд точечной, не более того. В законодательстве до сих пор нет чёткого определения понятий, касающихся инновационной деятельности.

Кстати, я с удовольствием отметил, что в нашем документе, который называется резолюция, слово в слово эта моя мысль так и записана.

Я скажу, что только в вузах сосредоточен громадный интеллектуальный потенциал. 90 процентов науки за рубежом делается в вузах. Я не знаю, Владимир Александрович, последняя цифра у нас там 20 процентов, 25. Не более, да? Это то, что в вузах делается на сегодняшний день. Но это связано с целым рядом вот таких субъективных факторов, не объективных факторов на сегодняшний день.

Я хотел бы остановиться на позиции о 217-м федеральном законе, которому полтора года, и о подготовке кадров, потому что без кадров мы завтра потеряем вот этот потенциал (с чего я начал).

217-й закон. Когда он был принят в августе 2009 года, я скажу, что всё сообщество, в том числе и медицинское вузовское сообщество искренне обрадовалось, что вот сейчас-то всё и начнётся.

Я возглавляю Совет ректоров в Самарской области уже 12 лет, и мы в этом плане, занимаясь этим очень целенаправленно, немножко продвинулись.

В Самарской области на сегодняшний день зарегистрировано 585 хозяйственных обществ при вузах во всей стране. В медицинских вузах (мы этот вопрос заслушивали на заседании Совета ректоров, где были все ректоры, и Ольга Георгиевна Борзова была, и министр была, и заместитель министра) это единицы. Это наш Самарский медицинский университет, несколько московских вузов и в Томске. Практически больше нигде. Слаба очень законодательная база. Мы же в Самарской области впервые с Тольяттинским университетом сделали такое совместное общество. Но я вам скажу, это стоило очень многого. И везде вот эти решения, где мы их узаконили, они на грани, скажем так, фола.

Положительные моменты здесь понятны. У всех инновационных хозяйственных обществ, выигравших федеральные и региональные конкурсы, гранты, университет является соисполнителем работ, и бюджет – до 15-30 процентов от суммы финансирования. Сотрудники университета получают дополнительный заработок в созданных хозяйственных обществах, работая на должностях научных сотрудников или директоров. Это тоже замечательно, на мой взгляд. Более широко представлены университеты на выставках через участие созданных инновационных хозяйственных обществ. Ускорение времени перехода (как раз то, о чём я говорил) от разработки, то есть от идеи опытного экземпляра до серийного выпуска. И более широкие возможности по участию университета в получении различного рода грантов, целевых программ и так далее.

Но имеются проблемы.

Первое – не определены меры целевой финансовой поддержки со стороны государства этих обществ.

Второе – не предусмотрено освобождение инновационных хозяйственных обществ от исполнения (это юридическое слово – исполнение) обязанностей налогоплательщика. То есть налог такой, что задыхать этому обществу практически очень сложно.

Общество создаётся при вузе, но отсутствует возможность у ректора передачи в безвозмездное пользование площадей и оборудования вуза

для нужд этого же общества, учреждённого здесь, в вузе. Мы не имеем права им сдавать. Надо тендеры проводить. Абсурд, просто абсурд!

Отсутствуют механизмы стимулирования к сотрудничеству крупных промышленных предприятий. То есть там они как бы находятся в стороне, у них никакой мотивации нет.

Отсутствует мотивация у бизнеса к участию в создании таких обществ. Мы их предлагаем назвать (в отличие от других обществ) инновационными и хозяйственными обществами.

Отсутствуют достаточный практический опыт и знания у директоров. Их учить можно и нужно, и это возможно.

И учёные как бы побаиваются. Они просто боятся вот этого администрирования, слова «налог». Когда их вызывает налоговая инспекция, они боятся.

Наши предложения. Мы их передали сюда, Ольга Георгиевна, но я всё-таки озвучу.

Предусмотреть меры целевой финансовой поддержки со стороны государства. Это необходимо на этапе становления.

Разработать и внедрить механизмы по стимулированию крупных предприятий к сотрудничеству с малыми инновационными предприятиями.

Инновационное хозяйственное общество должно иметь право на освобождение от обязанностей налогоплательщика. Мы просим пять лет, хотя бы три года.

Предоставить возможность передачи в безвозмездное пользование площадей и оборудования вуза для нужд учреждённых обществ и организовать образовательные циклы для директоров.

Коллеги, это не проблемные вопросы. Они все решаемые. И мы, когда говорим про «Сколково», когда оно заработает, ждать будем их опыт. Может быть, в «Сколково» мы уже создали эти общества? Может, и перенять этот опыт, чтобы не повторять того же самого?

Мы их освободили заранее от всех налогов, ну и создали зелёную зону, за что мы двумя руками. Но здесь это решить тоже вполне возможно.

Я не буду углубляться по нашей Самарской области. Мы вошли в хороший контакт с её правительством и сделали ассоциацию, которая учитывает как бы региональный компонент, получаем оттуда поддержку материальную, юридическую и другую.

Но про свои вузовские общества я не буду говорить. Мы открыли их девять. Но это просто благодаря тому, что занялся этой проблемой и по юристам от одного к другому, довели до готовности.

Например, Стэнфорд. 200 таких хозяйственных обществ. 200! Годовой оборот 30 миллиардов долларов! Кембридж – 150 компаний, годовой оборот 20 миллиардов долларов!

Ну, и у нас есть примеры. Томский политехнический университет. Они, правда, начали задолго до этого закона работать. У них было что-то похожее. Но там у них 1,5 миллиарда оборот, и 63 компании созданы. Нам надо применять это, почему я про точечные вещи сказал.



И, конкретно, про непрерывность образования. Не секрет, наш российский лозунг «Образование не на всю жизнь, образование через всю жизнь», недавно прочитал в очень серьёзном издании, принадлежит англичанам, и вроде бы он предложен 15 лет назад. Я протокольно смотрел на заседаниях ученого совета ещё медицинского института, этот термин использовался 25 лет тому назад. Есть в протоколах записи такой термин: учиться всю жизнь. Врач обречен учиться. Это всем понятно.

Но учатся ли наши врачи? Коллеги, очень слабо они учатся. Никакой мотивации на сегодняшний день для их обучения нет. Но я хочу подчеркнуть, что, конечно, при вузах существует целая система, она стройная – подготовка раз в пять лет, и конференции, и съезды проводят, целая система последипломного образования. И я предлагаю её никоим образом не разрушать. Её архитектуру надо сохранить.

Вчера, выступая в одном из наших совещаний, я сказал: понимаете, надо двигаться вперёд, и привёл пример. В 1968 году немцы построили лучший в мире автомобиль «мерседес». Он был признан таким официально. Но через три года на смену ему пошёл уже следующий автомобиль.

И нам сейчас архитектуру этого последипломного образования надо сохранить. После диплома непрерывное образование – это дело государства. Оно должно отвечать за образование, за здравоохранение и защищать нас. Я имею в виду не силовую только защиту, но и социальную и всяческую другую. Вот три основных функции государства. Если человек будет здоровый, образованный и защищённый, он решит все вопросы.

В том числе, и жилищно-коммунальную проблему решим. А то мы её возвели до такой степени, что это главная проблема у нас в стране.

Образованный должен быть и здоровый человек – вот откуда надо начинать. Мотивации нет никакой. В Самарском регионе. Тысячу в год выпускаем врачей, не хватает специалистов сейчас в сельской местности. Нет хирургов, реаниматологов, акушеров-гинекологов. То есть, нет тех специальностей, которые, кроме того что думать и лечить как бы не инвазивными способами, консервативными, нет людей, которые должны действовать руками. Это большая проблема. И мотивацию создать и к этому привлечь все общественные организации. Мы с Вадимом Александровичем Егоровым с директором департамента нашего, полностью солидарны: оставить аккредитацию и подготовку, и аттестацию врачей в руках государства, но подключить к этому сообщество, в том числе и врачебные ассоциации, специалистов.

Например, в Японии есть лозунг: «Врач вне ассоциации – профессиональный труп». Потому что он вне ассоциации работать вообще не может. Во многих странах мира такая ситуация. И национальную медицинскую палату подключить, без всякого сомнения, и, конечно, всё сообщество, и само собой, законодательная власть должна в этом участвовать.

Об этом вопросе можно говорить долго и сложно. Мы пробуем сейчас в Самарской области, наработали такой опыт, так называемая после-

дипломная кредитная система обучения. Но врачи на это не очень идут. Общее настроение во врачебном обществе не приподнятое. И опять же мотивация, я, ещё раз, не свожу всё к рублю. Но средняя зарплата, вот вчера назвали 16 тысяч рублей у нас в здравоохранении. Может быть, она и такая, но есть известный анекдот про среднее. Один съел полкурицы, другой ничего. Зарплата невысока – мотивация невысока, мы придём к тому, что не только в науку не пойдёт молодёжь, но и усилится отток из медицинской отрасли. Это очень серьёзный вопрос.

И, конечно, я должен ещё об одном сказать. Вот когда мы поднимали вопрос о законе об образовании. Я его прочитал дважды от и до. Это большая докторская диссертация, почти 400 страниц, невозможно разобраться. Такое впечатление, что его писали очень много людей и потом сложили в одно. Вот мысль теряется, вот про одно, про другое, про третье.

Но посмотрите, что там совсем отсутствует? В этом законе вообще отсутствует понятие «воспитание гражданина». Вы посмотрите любой закон за рубежом, как воспитывают там патриотов своей страны, их отношение к флагу, к гимну и так далее. Нет даже позиции, что же такое не социальная защита, а социальный статус преподавателя, социальный статус студента, это ведь 6 лет обучения. Вообще ни слова нет.

Мы внесли в Самарской области, на совете ректоров и слушали этот закон, потом на губернской Думе, потом на Российском союзе ректоров, членом правления которого я являюсь. 27 правок! Но я призываю депутатов, в том числе и здесь присутствующих, очень внимательно относиться к этому закону. Иначе, если мы в таком виде закон примем, мы можем потерять образовательную систему.

Коллеги, мы говорим, у нас не хватает сейчас не инженеров, у нас не хватает кого? У нас не хватает рабочих. Но слово «начальное профессиональное образование» изъято вообще, нет его.

У нас сейчас есть система высшего учебного заведения – это колледж, институт, академия и университет.

Есть претензии к этому. Но там вдруг академия выпадает совсем, колледж – это уже высшее учебное заведение, дальше идёт институт и университет.

Что интересно, что ни колледж, ни институт наукой не занимаются. Вы представьте, что в вузах не будет учёных советов диссертационных, не будет защиты диссертаций, кто же там будет преподавать в региональных вузах?

Надо внимательнее взглянуть на эту проблему. Москва не пропадёт, это понятно, здесь сто вузов, и Санкт-Петербург не пропадёт, но все остальные. Возьмём Тверь, большие города, Пензу – мою родину. Завтра, через 5 лет системы высшего образования не будет.

Есть и другие проблемы. Но мне бы хотелось остановиться на трёх позициях и высказать мнение не только своё, но и всего сообщества ректоров. И отдельно, мне хочется сказать, в присутствии депутатов, мы говорим, много споров. Вот министр – врач или не врач? Да, у нас министр здравоохранения и социального развития не врач, но она за этот

короткий промежуток сделала для здравоохранения столько, сколько не делали многие врачи до неё.

Первое, коллеги. Только благодаря её позиции (а потом и Дума подключилась, Ольга Георгиевна Борзова, в том числе и вы) мы сохранились, как ведомственные вузы, остались в системе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Вот представьте на минуту, я хирург, взять и рассечь что-то живое. Вот клиники, областные больницы и городские базы. Ведь из 47 вузов у нас в стране лишь 5 вузов, которые имеют собственные клиники, в том числе и Самарский медуниверситет, 1300 коек, но их же не хватает. Будущий врач должен пройти через поликлиники. Разрезали. Мы оказались у Министерства образования, а здравоохранение – в Министерстве здравоохранения. Через 3-5 лет наступят такие деформации, которые исправить просто невозможно.

Я и сейчас-то могу сказать, что многие отношения с практическим здравоохранением у нас в Самарской области нормальные. Есть небольшая возможность управлять этой ситуацией, в том числе и у меня. Все главные врачи – это наши сотрудники. Там юридической составляющей не хватает. Нет положения о клинических базах, и мы в них непонятно кто. Получается, что профессор не имеет права оперировать в городской больнице. По закону, да, так. Смешная ситуация, но так. Его ученики там работают, а сам он не имеет права. Но вот сейчас и здесь подвижка есть.

И второе. Я выступал, в том числе и Татьяна Алексеевна Голикова, когда пришла, она полностью, категорично подтверждала ситуацию, в результате которой мы ушли от бакалавров и магистров.

Коллеги, надо понимать, мы работаем для граждан России. Это же не простое дело. И люди знают, что такое врач, что такое медсестра и что такое фельдшер. А вот что такое бакалавр в медицине, не только граждане России, но и я, человек всю жизнь в высшей школе проучившийся, тоже не понимаю, что это такое, не фельдшер, но и не врач, он знает больше, чем фельдшер, но умеет меньше, чем фельдшер, то есть ничего не умеет. Это студент четвёртого курса.

Поэтому, даже вот эти две позиции – это наше существенное завоевание, потому что была позиция совершенно однозначная, все высшие учебные заведения должны были перейти в ведомство Министерства образования и науки Российской Федерации.

Я не хочу сказать, что это плохое ведомство, но когда там тысяча вузов, мы бы затерялись среди них – наши ведущие университеты, исследовательские центры, и в конце – медицинский университет.

Это проблема образования, необразованная страна, не делающая ставку на интеллект, она обречена. Вот я вчера был в одном очень уважаемом лечебном учреждении, у доктора Рошаля, я посмотрел, ну всё есть, совершенное оборудование, я был в отделении восстановительной медицины, в которой я хорошо разбираюсь, есть всё, товарищи, но ничего, даже гимнастическая стенка импортная, нет отечественного. Нам пора всем задуматься над этим.

**Председательствующий.** Вы знаете, коллеги, когда готовили этот «круглый стол», мы с Сергеем Ивановичем Колесниковым говорили о том, что проблемы, которые сегодня будут очерчены, нуждаются в обсуждении и на парламентских слушаниях. Это огромная задача, которая стоит перед нами, законодателями, и перед Минздравсоцразвития России. Вот Геннадий Петрович Котельников меня приглашает на совет ректоров, хочу сказать, что они обсуждают важнейшие проблемы, например заработную плату, я даже иногда сижу и думаю, как эти люди, которые должны заниматься наукой, исследовать, занимаются возможностями хозяйственных механизмов, доплатами студентам, аспирантам, ординаторам, трудоустройством, выбиванием жилья и массой таких вещей, которые отбирают драгоценное время учёных.

Очень ценные предложения, мы резюмируем их. Проект рекомендаций, который мы вам раздали, это не окончательный проект, мы только осветили проблемы в констатирующей части и практически не расписали рекомендации, потому что хотели бы ещё раз услышать те акценты, о которых сегодня каждый выступающий говорит, акценты на проблемах.

Уважаемые коллеги, я с огромным удовольствием хочу предоставить слово академику Российской академии медицинских наук, профессору, директору Центрального НИИ организации и автоматизации здравоохранения, Владимиру Ивановичу Стародубову.

**Стародубов В. И.** После достаточно серьёзных выступлений, где и Геннадий Петрович Котельников, и Сергей Иванович Колесников, и Вадим Александрович Егоров характеризовали ситуацию в нашей стране, я просто бы хотел, наверное, вместе с вами порассуждать, где бы могли конкурировать российские ученые с западными, в тех технологиях, которые являются на сегодняшний день передовыми.

Прогресс медицинский науки на сегодняшний день по моему разумению ложится в трёх плоскостях.

Первая – это биология биоинженерная, генетическая составляющая, то есть прогресс в области лекарственных обеспечений и тех препаратов, которые нужны для создания нового качества жизни или продолжения жизни.

Второе – это прогресс медицинских технологий, связанный с прогрессом в техническом плане.

И третий вопрос – те медицинские технологии, которые призваны прогрессировать совместно с использованием Ай Ти-технологий.

И теперь давайте подумаем, в каких областях мы с вами конкурентоспособны или хотя бы можем приблизиться к тем технологиям, которые сегодня продвигаются на Западе.

Значит, когда начинаешь об этом думать, понятно, что в ряде технологий мы отстали, к сожалению, за последние 20 лет и Советский Союз ещё мог на определённых этапах поддерживать ряд технологий, которые были самыми современными, ну не самыми современными, но недалеко отставали от тех технологий, которые применялись на Западе.

Причём не секрет, что современные технологии создаются за счёт тех специалистов, которые недалеко, недавно работали и у нас. Миграционная составляющая по некоторым экспертным данным за 20 лет 3 миллиона научных кадров. Из них примерно 90 тысяч осело в Соединенных Штатах Америки, порядка 40 тысяч в Германии, поменьше в Великобритании, Франции, Бельгии и так далее.

К чему я это говорю? К тому, что, как говорил Сергей Иванович Колесников, глобализация науки приводит нас к тому, что мы эти медицинские технологии будем покупать по западным ценам, не по советским. И для того, чтобы всю жизнь нам не покупать по этим западным ценам, нам нужно стремиться за счёт более эффективного использования средств создать те технологии, которые бы недалеко отставали от тех, которые применяются там, или покупать их, других вариантов нет. Но даже те западные мощнейшие фирмы с миллиардными, миллионными оборотами на сегодняшний день укрупняются, потому что те технологии, которые необходимы для разработки новых лекарств, стоят миллиарды долларов. Наша самая крупная фирма (не буду называть) имеет обороты, я думаю, миллиард долларов и способна сегодня выделять на науку несколько десятки миллионов. Государственные возможности тоже не так велики.

В отношении медицинской техники самый большой прогресс появились публикации о том, что мы сделали четырёхсрезовый компьютерный томограф, слава Богу. Но у нас в клиниках стоят уже 328-ми. Я не говорю о тех, которые там на Западе изобретают и которые будут позволять клетку видеть, не применяя методы хирургического вмешательства в организм.

Может быть, я пессимист в этом отношении, но получше дела в технологии: здесь у нас достаточно хорошие позиции, в том числе с теми специалистами, которые на Западе, очень много имеется совместных разработок и наработок.

Второй вопрос, который бы я хотел осветить. Не так всё безнадежно, есть прогрессивные наработки, и не нужно бояться сотрудничать с Западом в этих областях. Когда мы проанализировали, Сергей Иванович Колесников уже приводил эти данные, мы провели анкетирование около двухсот специалистов вузов, наших НИИ по вопросам использования результатов индивидуальной деятельности, по вопросам инновационных составляющих, использования коммерческих структур для продвижения своих наработок и так далее, у нас только 5 процентов ответили на те вопросы, которые мы им задали. 95 процентов вообще не понимают, о чем речь идёт.

И поэтому мы совместно с Академией народного хозяйства при Правительстве Российской Федерации разработали такой курс, который мы начинаем читать для специалистов вузов и НИИ, который называется «Управление инновационным проектом в сфере медицины и здравоохранения и инновационная составляющая для медицинского проекта». У нас это 144 часа; 172 часа, мы, понятно, часть медицинского курса закрываем своими силами, а глобальные проблемы читают спе-

циалисты, которые могут их рассматривать с международных позиций. Причём у нас есть венчурные фонды, российские венчурные компании, 15 миллиардов рублей лежат, приходите и берите.

**Из зала.** Уже нет.

**Стародубов В. И.** Значит, их раздали уже по другим компаниям, значит, деньги-то там лежат, и их не используют. И, естественно, те предложения, которые на сегодняшний день звучат в этих стенах, наверное, нуждаются в более чем ли радикальном прочтении, так бы я осторожно сказал.

Что касается кадровой подготовки. Несмотря на все наработки за последние несколько лет удалось значительно увеличить расходы на здравоохранение, благодаря нынешнему руководству Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, немножко добавилось денег. Но благодаря этим деньгам появились новые современные технологии.

Мы в отношении подготовки врачей не так сильно отстаём от технологий. Практически все технологии, которые появляются на Западе, у нас тоже появляются. И в этом отношении мы не можем хаять наше здравоохранение, якобы люди не стремятся к чему-то новому, не хотят это внедрять. Потому что границы открыты, наши специалисты ездят на Запад, учатся там. Значит, они привозят эти технологии сюда. Естественно, эти технологии сопровождаются новым оборудованием, новыми лекарственными препаратами. И практически все западные фирмы одновременно с регистрацией этих препаратов или технологий на Западе регистрируют их у нас, потому что знают, что мы эти технологии востребуем. И это благодаря тем деньгам, которые выделяются на развитие самого здравоохранения.

Может быть, стоит перераспределить часть денег? Не только на развитие здравоохранения, чтобы мы не готовые покупали, а чтобы мы здесь эти технологии разрабатывали. Может, в этом направлении подумать, в этом ключе?

В отношении подготовки специалистов. Я просто приведу несколько цифр. Но это вечный спор, долгий спор: кто нам нужен – или узкий специалист, или врач общего профиля. И он продолжается не только у нас, но и на Западе.

Например, Европейский союз признает 18 первичных специализаций. Ещё 35 признают первичными или собспециальностями. У нас в России на сегодняшний день девять – это дипломных мы подготавливаем специалистов в девяти областях, после окончания института. Вадим Александрович, 33, по-моему, у нас специальности основные, которые идут? И где-то 93 собспециальности, какие следуют после первичной специализации.

Но в системе подготовки этих специалистов разница между ними очень и очень незначительная. Если это подготовка узкого специалиста, наша интернатура даёт право человеку, условно говоря, после обучения считаться узким специалистом через год-два, то там, за рубежом, чтобы

стать узким специалистом по специальности, нужно от 3 до 12 лет. И там не может появиться, условно говоря, в Англии, хирург через год после интернатуры.

И дальше о системе подготовки, о которой здесь говорилось, это кредитная и так далее, она должна поддерживать квалификацию, подтверждённую практическими навыками. Не может кардиохирург или нейрохирург считаться, хирургом, если он сделал 100 операций, меньше 100 операций в год. Когда мы поделим количество нейрохирургов на количество нейрохирургических операций, у нас получится, пять операций в год на нашего нейрохирурга приходится. Но что такое специалист, который пять операций в год сделал? Понятно, что лучше бы ему не быть нейрохирургом или лучше больному не попадаться такому нейрохирургу.

Поэтому подготовка специалистов, связанная с кредитами, должна проходить через всю его жизнь. Врач должен подтверждать каждый год свою специальность. И нам нужно эту систему менять. Она может быть была хороша. И раз в пять лет мы видим всех практически врачей на этих курсах переподготовки. Но на сегодняшний день современные технологии, возможности дистанционного обучения, возможности Интернет-технологий позволяют специалистам, особенно тем, которые не связаны с мануальными навыками, а сейчас даже и с мануальными навыками, у нас симулятивные возможности есть, превращаться в тех специалистов, которые соответствуют мировому классу.

И те предложения, которые есть в резолюции, их можно поддержать, и, может быть, с учётом состоявшегося обсуждения их несколько даже расширить.

**Председательствующий.** Коллеги, я хочу сказать, что обсуждался вопрос, касающийся непрерывности образовательного процесса и оснащения наших академий, которые занимаются постдипломным образованием. У нас клиники и областные больницы клинические порой оснащены лучше, чем те базовые учреждения, где проходят обучение доктора.

И, конечно, возможности дистанционной учёбы и повышения квалификации. Это то, что Вадим Александрович Егоров сказал, нам нужно обдумать, каким образом это определить: или вашими актами, или нам каким-то образом подключаться с учётом тех пожеланий, которые мы получаем и получили при организации и подготовке этого «круглого стола» у нас в комитете.

Уважаемые коллеги, я с огромным удовольствием предоставляю слово моему коллеге – депутату Государственной Думы, члену нашего комитета Архипову Игорю Витальевичу.

**Архипов И. В.** Абсолютно правильно мои коллеги передо мной сказали о большой, огромной роли нашего министерства в сохранении самой структуры, в сохранении самого министерства. Потому что, если бы уже не было сегодня министерства, я боюсь, что мы были бы уже совершенно в другом статусе, абсолютно верно. И наше мнение

не только нигде бы ни звучало, но, наверное, вообще нигде бы и не учитывалось.

Но при этом у меня вызывает чувство, наверное, немножко и обиды, и чувство непонимания следующая ситуация. Я прошу только воспринимать мои слова не как критику, а как размышление и как посыл к действию. Я не очень понимаю, мы говорим: да, у нас 20 тысяч студентов оканчивают медицинские вузы. Простите, а куда они дальше идут? Это как-то отслеживается? Сколько из них остаётся в здравоохранении? Сколько из них на самом деле остаётся на врачебном поприще?

Я по своему собственному опыту, к сожалению, могу сказать, что у меня на огромной станции скорой помощи со штатом в 2 тысячи человек, к сожалению, 30 сотрудников – уже пенсионеры, треть – предпенсионного возраста и только треть – более или менее молодого работоспособного возраста.

Ситуация мотивации, она, безусловно, должна быть. И я хочу, чтобы меня абсолютно правильно поняли, что и она должна быть на самом деле настоящей, реальной. Заработная плата не должна складываться из бесконечных дежурств врача, когда он с одного дежурства переходит на другое, и как результат – вымотан и человечески, и психологически. И, естественно, это поломанные судьбы. И как следствие – это выход, я бы сказал так, холостой выход обучения в медицинском вузе в течение пяти лет, шести лет. Человек не врач. Всё, он уходит в более финансово престижные структуры и организации. Это первое.

Второе. Безусловно, мне очень импонирует, что наш «круглый стол» называется именно «Законодательное обеспечение инновационной деятельности». Для того, чтобы была инновационная деятельность, я так понимаю, должен обязательно быть человек – тот, кто будет возглавлять эту инновационную деятельность, кто способен её воспринять, кто способен с ней работать. Ведь это необходимо.

Сергей Иванович Колесников абсолютно правильно сказал, что более 50-и законов для «Сколково» не нужны. Значит, они не нужны, наверное, и для нас. И хотя законодательное обеспечение инновационного процесса чрезвычайно важно. Я ни в коем случае не снимаю ответственности с нас как с депутатов Государственной Думы, и с министерства, и со всех здесь присутствующих коллег. Эти проблемы должны обговариваться.

Необходимы изменения и в налоговой системе, и в Трудовом кодексе. Геннадий Петрович Котельников то же самое сказал. Посмотрите, у нас ведь ни интернатура, ни ординатура, ни аспирантура не входят в трудовой стаж. Не входят де-факто. У нас люди, которые обучают специальности не имеют профессионального стажа. Вот я 30 лет преподавал анестезиологию и реанимацию, у меня нет стажа по анестезиологии и реанимации. Нонсенс, да?

И вот эти аспекты, они чрезвычайно важны. Без их решения мы не сможем ничего сделать.

Что касается русской отечественной медицинской школы, она всегда была на высоте, всегда была предметом зависти очень многих поко-



лений иностранцев, и та ситуация, которая сейчас сложилась, я считаю она отчасти и наша с вами, наверное, недоработка.

Меня очень поразил вопрос, который задал представитель Росздравнадзора. Система тиражирования медтехнологий. Это к кому вопрос-то? Ну кто должен тиражировать медицинские технологии? Наверное, Росздравнадзор.

Я думаю, что то, что сегодня мы это открыто обсуждаем, абсолютно правильно, крайне необходимо. И те рекомендации, практические выводы, которые мы сегодня с вами наметили, дай Бог, чтобы мы с вами могли их реализовать.

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, разрешите предоставить слово большому другу нашего комитета, академику Российской академии наук, Герою Социалистического Труда, Залиханову Михаилу Чоккаевичу.

**Залиханов М. Ч.** Уважаемые коллеги, проблемы медицины, конечно, не сами по себе, они исходят от других проблем в нашей стране, и сейчас очень ёмко, коротко академик Колесников С. И. поведал нам о делах, проблемах в законотворчестве, и о тех необходимых вопросах, которые надо срочно решать, и академик Стародубов В. И., и академик Котельников Г. П. рассказали о болевых точках, которые есть в нашей стране в этом вопросе.

Но я хотел бы сказать, что, во-первых, великое спасибо этим выдающимся ученым и людям, которые всю свою жизнь отдали для сохранения здоровья наших граждан, и сегодня только благодаря им держится ещё как-то наша медицинская наука.

Что касается нас, депутатов, то многие из нас понимают вас очень хорошо, и будут делать все, что от них зависит, для того чтобы у вас на местах было лучше.

Сегодня я бы хотел просто остановиться на одном вопросе, который является помехой всей науке, всей жизни в нашей стране.

Если взять, что такое инновации, это в переводе на русский – новшество. Чтобы эти новшества делать, нужны знания. Чтобы знания были, нужна наука. Чтобы наука была, нужны деньги, средства.

И вот сегодня нам эти средства дают, правда, в очень недостаточном количестве. Но доходят ли эти средства по назначению? Вот об этом я бы хотел сказать.

Во-первых, не проходит, наверное, недели, как ко мне не приходят, не жалуются учёные, что они получили грант, например, на 2 миллиона, на 3 миллиона, вот уже 3, 4 месяца, но ему не поступают деньги. Намекают, чтобы откат давал. Он отдаёт какой-то откат, 20–30 процентов, раньше было и 10 процентов, сейчас побольше стало, в это же время компетентными органами отслеживается эта ситуация, это значит незаконно с этой программы, со сметы, жульническим путём выводятся деньги.

Налоговые сотрудники, например, приходят, и чтобы не сесть в тюрьму им приходится тоже дать. И остаётся для науки – ничего.

Об этом почему-то у нас мало говорят. Вот куда ни повернись, коррупция, коррупция, коррупция. В частности Егоров В. А. говорил, как мы налаживаем ядерную медицину и так далее. Но было время, когда по ядерной медицине наши физики вместе с организациями здравоохранения шли самыми передовыми путями в этой области. И получилось так, что всё это ушло на Запад, они там с этого колоссальные деньги зарабатывают, а у нас это пропало, и мы заново начинаем. У них покупаем и у себя начинаем делать. И это не только в этой области. Нам надо, если мы хотим быть сильной, большой, мощной страной, науку развивать и развивать. Но перед этим надо нам, депутатам, великую борьбу повести с коррупцией. И вы должны на местах тоже поддержать эту борьбу. Без этого нашего государства скоро не будет, это абсолютно точно. И начало этих проблем на Кавказе – от этих ваххабитов, других, третьих, это коррупция, которая берет своё начало прямо здесь, в самых высших властных структурах, я бы даже сказал, у порога президента начинается. И это я несколько лет подряд повторяю. Меня поправляют, мол, не то я говорю, но я говорю, потому что люди ко мне приходят и жалуются. Я и так знаю, люди жалуются, у которых не только имущество забирают, кущевские дела, которые были сейчас, ведь во многих местах это, бандитизм, прикрывательства милицией, администрацией, а банды орудуют. Везде они, особенно на Северном Кавказе, гарцуют и медицину подминают, и с неё берут всякие там «налоги», откаты и так далее.

Поэтому сегодня государство должно в первую очередь бороться с коррупцией, науку свою на ноги ставить, свою армию, без науки нельзя и тогда мы будем гордиться своей страной. Как в своё время мне посчастливилось, я постарше многих здесь, я ещё академик Академии наук СССР, когда выезжал за рубеж, меня под руку водили, почитали и уважали нашу страну. А сегодня во многих зарубежных конференциях русский язык уже даже не входит в общие переводные дела. Мне это очень обидно. Дорогие академики и дорогие друзья, спасибо вам за то, что пришли сюда и подняли важнейший вопрос сохранения здоровья нашего народа, который сегодня гибнет по многим причинам и гибнет часто из-за безалаберности нашей, из-за плохих руководителей на местах. Нужно выбирать или назначать губернаторов, которые болеют за свой народ, а не стремятся поскорее нажиться. Спасибо за внимание.

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, предоставляю слово ректору Московского медико-стоматологического университета, профессору Янушевичу Олегу Олеговичу.

**Янушевич О. О.** Я думаю, что идёт очень интересная дискуссия и мне очень приятно, что сегодня на «круглом столе» мы говорим о модернизации медицины. И Геннадий Петрович абсолютно правильно сказал, что вузы, находятся в центре этой модернизации, потому что если мы даже возьмём все конференции вузовские, которые проходят, они так и звучат «Инновации или наука, образование и практика».

И, конечно, прежде всего, я бы хотел сказать о том, что мы должны понимать, что та задача, которая заявлена в концепции здравоохранения 2020, говорит о том, что мы должны готовить наших выпускников уже готовыми к работе в практическом здравоохранении. Но для этого есть ряд серьёзных проблем, о которых сегодня и Геннадий Петрович говорил в своём выступлении, о которых я тоже хочу сказать.

Но одна из главных проблем связана с тем, что подготовлены стандарты третьего поколения и сейчас идёт их бурное обсуждение в соответствующих комиссиях Минздравсоцразвития России. Мы должны понимать, что вузовское сообщество не совсем готово к реализации стандартов. И это связано с тем, что, в течение 10 лет мы готовили специалистов, которых доучивали в ординатуре. Перестроить сразу сознание и подготовить вузовские сообщества завтра будет очень сложно.

Возникает резонный вопрос, насколько за шесть лет здравоохранение будет готово принять этих специалистов, которые не смогут стать ни нейрохирургами, ни просто хорошими хирургами? И конечно, очень важно вслед за этим изменять систему постдипломной подготовки.

Но второй вопрос, я абсолютно согласен с Геннадием Петровичем, состоит в том, что возьмите на сегодняшний день второй стандарт, там на клинической кафедре – 90 процентов это практические занятия, то есть работа в клинике. А где на сегодняшний день студент может работать при нынешнем законодательстве, когда ни преподаватель, ни студент, ни вспомогательный персонал не имеет право эту помощь оказывать на клинических базах. Не так много вузов, которые имеют свои клиники. И, наверное, завтра мы не сможем их обеспечивать специалистами.

Именно это является главным препятствием в развитии науки, потому что на сегодняшний день, я по нашему вузу могу сказать, это добрая воля клинического исследователя, если он заключает трёхсторонний договор между больницей, вузом и фирмой. Только в этой ситуации он может в вуз принести дополнительные деньги за клинические исследования от фирм. А если у него не будет такой доброй воли, то естественно эти деньги пойдут в больницу и исследователю в виде выплат.

И, конечно, вопрос о клинической базе, который сейчас решается и департаментом по образованию и науке, и на совете ректоров мы неоднократно этот вопрос обсуждали, это один из важнейших документов, который бы позволил нам решить очень большой пласт проблем.

Подходя к закону 217, я бы хотел сказать, что мы неоднократно и на совете ректоров обсуждали этот вопрос.

Мы тоже вынуждены, например, решать этот вопрос по другому. То есть мы сейчас реально понимаем, что не можем предоставить площади под данное предприятие, у нас есть научно-исследовательский институт внутри университета, там мы открываем лаборатории под конкретные гранты. Но это не реализация 217-го закона, это просто наше решение, развитие науки в нашем вузе.

Я, конечно, очень рад, что Министерство образования и науки Российской Федерации выделяет 150 миллионов рублей, будем открывать в этом году лабораторию для нобелевского лауреата Ферида Мурада,

который, надеюсь, прежде всего, создаст правильный менеджмент в науке в нашем университете.

Конечно, для каждого вуза есть свои направления, для нашего – это стоматология, и нам удалось получить грант на создание роботов в стоматологии, но это всё единичные варианты реализации этого закона.

И хотел бы ответить на очень важный вопрос, а куда идут наши выпускники, и, собственно говоря, куда мы их готовим. Понимаете? И Департамент образования и науки Минздравсоцразвития России, и ректорское сообщество обеспокоены этим уже не первый год. Мы проводим анализ, куда уходят выпускники, но, ответ очень прост, они идут туда, где лучше, они – нормальные люди, и естественно, если предлагают большие деньги, он пойдёт работать менеджером на фармфирму, а не в практическое здравоохранение, и тем более не поедет в тот регион, в который его направили.

Вчера я приехал из Ростова, мы там с коллегами обсуждали этот вопрос, и я говорил – а почему у вас пять лет только стоматологический факультет, потому что только ленивый в 90-е годы не открывал такой факультет. Потому что я реально понимаю, что студент, приехавший из Ростова в Москву, не уедет обратно, он останется в столице и будет работать в частном здравоохранении или в государственном, но на приличной зарплате.

Это, я считаю, большая проблема. И конечно, законодательно надо подойти к реальной системе закрепления кадров, потому что мы очень много говорим о том, что надо соблюдать Конституцию, я согласен, её надо соблюдать, и давать право возможности человеку получать бесплатное образование. Но надо спрашивать с человека о целевом использовании денег для этого образования. И нужно, как мне кажется, такую систему совместно с Министерством образования Российской Федерации создавать, особенно это важно для медицинской сферы, где вложения в каждого студента очень высоки, поверьте мне.

И конечно, я внимательно ознакомился с резолюцией «круглого стола» и поддерживаю те позиции, которые позволили бы нам реализовать это.

**Председательствующий.** Эльмира Гусейновна Глубоковская – заместитель председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья.

**Глубоковская Э. Г.** Уважаемая Ольга Георгиевна, у меня вопрос к Вадиму Александровичу. Хочу вернуться к проблеме кадрового дисбаланса в сфере здравоохранения, той разбалансировке, о которой говорилось на совещании по модернизации в Ивановской области, Ольга Георгиевна присутствовала от комитета на этом совещании.

Речь идёт о том, что на самом деле у нас в одной сфере переизбыток медицинских кадров, например, терапевтов, в другой (фтизиатры, пульмонологи) – острый дефицит.

И вот у меня вопрос. Скажите, пожалуйста, а уже есть какие-то наработки по созданию инфраструктуры, для того чтобы проходил процесс

перепрофилизации этих кадров, в том числе и на основе использования образовательных инновационных технологий? Это первое.

И второй вопрос опять к Вам же, Вадим Александрович, и он связан тоже с утечкой мозгов из медицинской сферы. Я вот тоже была и аспирантом, и ординатором, и докторантом, и тогда стипендия аспиранта была 80 рублей, что в теперешнем эквиваленте – это примерно 10 тысяч рублей. Есть ли какие-то возможности, для того чтобы достойно обеспечить стипендию аспирантам, ординаторам? Может, за счёт того, чтобы выплачивать им зарплату за оказание ими лечебной помощи или за участие в научно-исследовательской деятельности на основе грантов. И есть ли какие-то одинаковые стандарты, потому что всё зависит сегодня от способностей, от креативности ректоров.

**Егоров В. А.** Уважаемые коллеги! Отвечая, действительно, на первый вопрос, мне хотелось бы сказать, что, конечно, есть такая проблема – эта проблема в каждом субъекте Российской Федерации, когда у нас одних специалистов больше, других, узких, как правило, меньше. И что с этим необходимо делать?

В нашей системе в подведомственных нам образовательных учреждениях имеется механизм по дополнительному образованию врачей. Это профессиональная переподготовка, повышение квалификации. Но в данном случае используется именно профессиональная переподготовка в объёме от 500 до 1000 учебных часов, которую мы используем следующим образом. Мы ежегодно формировали раньше циклы по профессиональной переподготовке. В этом году, учитывая потребность, мы решили увеличить подготовку. Теперь уже не каждый год, мы раз, два раза в год утверждаем учебно-производственные планы образовательных учреждений. И эти учебно-производственные планы согласуются как с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, так и с органами практического здравоохранения, на территории которого расположено образовательное учреждение. Но проблема заключается ведь в том, что не все субъекты Российской Федерации имеют на своей территории вуз.

Мы, во-первых, сделали закрепление образовательных учреждений за субъектами Российской Федерации по территориальному признаку. И восстановили с этого года так называемые координационные советы по послевузовскому и дополнительному профессиональному образованию. Мы определили головные образовательные учреждения в федеральных округах, которые отвечают за повышение квалификации и профессиональную переподготовку. В эти образовательные учреждения стекаются все учебно-производственные планы. И через эти головные вузы в федеральных округах мы координируем деятельность по повышению квалификации и профессиональной переподготовке.

К сожалению, субъекты Российской Федерации, органы управления здравоохранением в субъектах Российской Федерации не всегда с должным вниманием подходят к решению своих кадровых вопросов, и не всегда направляют на обучение именно тех специалистов по тем специальностям, которые необходимы высшим учебным заведениям

в регионах. И в данной ситуации эту работу, конечно, необходимо активизировать.

По поводу стипендий. Стипендии аспирантам устанавливается указом Президента Российской Федерации, поэтому, к сожалению, здесь Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации является лишь одним из федеральных органов исполнительной власти.

Что касается стипендий ординаторам. Учитывая то, что они долгое время вообще были исключены из правового поля, то в настоящий момент министерством разработан проект федерального закона, он сейчас находится в Правительстве Российской Федерации и в ближайшее время он будет внесён в Государственную Думу. Законопроект направлен на то, чтобы внести ординаторов, приравнять их к обучающимся, для того чтобы они получали стипендии. К сожалению, там был правовой пробел. Как только закон будет принят, и установится законный порядок по выплате стипендий уже непосредственно ординаторам.

**Председательствующий.** Салия Шарифьяновна Мурзабаева – член Комитета Государственной Думы по охране здоровья.

**Мурзабаева С. Ш.** Я хотела сказать, что, в целом в резолюции нужно сделать акцент на роли наших медицинских ассоциаций, в частности, созданной Медицинской палате, которые тоже должны на сегодня определиться со своими основными функциями, задачами. И наше совместное обсуждение этого вопроса в их роли в подготовке, повышении квалификации, аттестации кадров и так далее. Я предлагаю этот акцент сделать в резолюции.

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, ко мне поступила записка с просьбой о выступлении заведующего отделением III Центрального госпиталя имени А. А. Вишневского Азбарова Анатолия Акимовича.

**Азбаров А. А.** Уважаемые товарищи, я хотел бы обратить внимание на один из аспектов, касающийся законодательного обеспечения инновационной политики.

Любой процесс имеет три столпа: это мотивацию, о ней уже говорили, ресурсы – уже говорили, и третий столп очень важный – это управление.

Для того, чтобы инновации в нашей стране состоялись, нужно обратить внимание на систему управления, то есть создать системность. У нас для этого есть инструменты. И я хочу обратить внимание на такие ГОСТы, как ГОСТ 15288 2005 года «системная инженерия», где прописаны группы процессов: процессы соглашения, процессы предприятия, процессы проекта и технические процессы.

Если этот ГОСТ изучить и адаптировать к нуждам организаций системы здравоохранения у нас в стране, то тогда сдвиги будут гораздо более значительные, чем они сейчас есть.

Не секрет, что существуют определённые стадии жизненного цикла любых процессов, они тоже прописаны в этом ГОСТе.

Кроме того недавно вышел ГОСТ 53092 – это «система менеджмента качества», рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения. Я думаю, что в законодательстве и в резолюции надо обратить внимание, что ГОСТ важен: допустим, если мы покупаем масло сливочное, интересуешься, оно сделано по ГОСТу или нет. А в настоящее время мы смотрим, как у нас происходит управление в лечебных учреждениях, по ГОСТу или нет. Здесь как раз есть возможность для работы Росздравнадзора.

Кроме этого существует целый комплекс ГОСТов 15504, там пять частей, это «оценка процессов». Если изучать и соблюдать эти ГОСТы, то можно квалифицированно оценить любой производственный процесс. Но на это нужно обратить внимание государственной политики. Это касается системы управления здравоохранением.

И ещё один момент. Benchmarking. Слово означает «опыт лучших». Я думаю, что это должно изучаться и доводиться до практических врачей на государственном уровне. Чтобы каждый врач знал, какая сейчас существует базовая линия в той или иной медицинской среде, будь то хирургия, анестезиология, терапия.

А то получается так. Мы сравниваем сами себя, допустим, с прошлым годом. Разве это правильно? Может быть, мы находимся так глубоко внизу, что этот уровень совершенно неприемлемый для современного качества медицинской помощи.

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, я хотела бы предложить господину Радюкову Павлу Сергеевичу оставить свои материалы в секретариате. Мы непременно воспользуемся ими при доработке наших рекомендаций.

Тогда позвольте завершать. Пожалуйста, Сергей Иванович.

**Колесников С. И.** Уважаемые коллеги, большое спасибо, что вы поучаствовали в подготовке «круглого стола». Дело в том, что часть материалов, которые я демонстрировал, естественно были заимствованы из ряда публикаций Роснано, публикаций Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в Министерстве промышленности и торговли Российской Федерации. Естественно, это не только моё творчество.

Второе, о чём я хотел бы сказать, – это то, что сегодня здесь присутствуют те люди, которые, казалось бы, косвенно относятся к этой проблеме подготовки медицинских кадров и медицинских технологий.

Я имею в виду, что здесь присутствует Суханов Юрий Вениаминович – заместитель генерального директора «Биннофарма». Роснано присутствует. Лариса Дмитриевна Попович здесь. Мне очень приятно, что с нами директор Института молекулярной медицины 1-го Московского медицинского университета Сергей Витальевич Грачёв, который 20 лет готовил инновационные кадры на медико-биологическом факультете этого вуза. То есть это те люди, которые уже понимают, что такое коммерциализация и создание интеллектуальной собственности. И вместе с Гарвардской школой проводятся такие же обучающие семинары.

Есть и наша Российская национальная инновационно-технологическая палата (исполнительный директор присутствует), которая хотела бы знать, что же нам предстоит в медицине, и как помочь в развитии новых медицинских технологий.

Конечно, было бы большим счастьем, если бы у нас был такой свод законов, как Федеральная контрактная система США, где закон Б. Дойла – самый основной, и вокруг него всё крутится. Но, к сожалению, пока мы не столь легкомысленны, а, может, не столь агрессивны, чтобы внедрять эту систему. Очень хотелось бы, чтобы сегодняшний «круглый стол» нас немножко к этому сподвиг.

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, мне остаётся просто добавить несколько слов и, конечно, поблагодарить всех докладчиков и участников нашего «круглого стола».

Вначале у меня была такая мотивация: я думала о том, насколько это важно и нужно. А после нашего обсуждения я теперь понимаю, насколько необходимо всему нашему комитету консолидироваться с Минздравсоцразвития России и Минобрнауки России, насколько необходимо нам провести парламентские слушания в весеннюю сессию. Поработать над поправками с дружественными нам комитетами, которые разрабатывают законы, понимают, куда нужно внести поправки, а их непременно нужно внести, потому что и 217-й закон, Геннадий Петрович Котельников с его мощью и значимостью (и политической, и социальной), которую он имеет в России и у себя в регионе, и то с трудом сделал девять своих хозяйственных обществ. А что делать другим ректорам, которые не имеют этого?

Конечно, мотивация профессии и важность её – это проблема не только Государственной Думы. Потому что, какие бы мы законы ни принимали, если они не будут финансово обеспечены, это будет очередная декларация. Это совместная и большая работа, которая должна быть целенаправленной.

Вопросы подготовки кадров. Что бы мы ни говорили, Вадим Александрович, координация недостаточная. Не только мы готовим кадры. Как их скоординировать? Как поработать над стандартами, чтобы их адаптировать? Как сделать так, чтобы наши учреждения постдипломного образования имели достаточную базу для подготовки? Потому что приезжают врачи на повышение квалификации с тех клинических баз, где они имеют оснащение лучше, чем наша академия у Ларисы Константиновны Мошетовой. К сожалению, она не смогла сегодня подъехать. Мы её приглашали.

Очень много проблем которые необходимо решать. Каким образом нам это удастся сделать, это зависит от нашей общей активности.

Поэтому большое вам спасибо. Полагаю, что очень многие предложения (у нас велась стенограмма) мы учтём при доработке нашего проекта рекомендаций. Спасибо всем большое.



## **РЕЗОЛЮЦИЯ** **«круглого стола»**

Основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года является совершенствование доступности медицинской помощи и повышение эффективности и качества медицинских услуг на основе передовых достижений медицинской науки.

В Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 г. № 1662-р) отмечено: чтобы улучшить ситуацию с состоянием здоровья граждан, необходимо обеспечить качественный прорыв в системе здравоохранения. Отрасли нужны инновационные разработки в сфере профилактики, диагностики и лечения заболеваний (включая восстановительное), эффективная система подготовки и переподготовки медицинских кадров, современные высокотехнологичные информационные системы.

В здравоохранении Российской Федерации за последние годы сложились очевидные положительные тенденции. Особую роль в этом сыграл приоритетный национальный проект «Здоровье», направленный на решение таких первоочередных проблем здравоохранения как профилактика, кадровая политика, состояние материально-технической базы, развитие первичной и высокотехнологичной медицинской помощи.

Следующим шагом в развитии здравоохранения должно стать распространение новых технологий и подготовка квалифицированных специалистов, способных решать задачи инновационного развития.

По данным Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, которая в настоящее время выдаёт разрешения на применение новых медицинских технологий, в 2008 году поступило 822 заявки. Зарегистрированы и разрешены к применению всего лишь 292 медицинские технологии, причём 193 используются при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, 230 технологий при этом зарегистрированы научно-исследовательскими учреждениями Министерства здравоохранения и социального развития России, 17 – учреждениями высшего профессионального образования, 30 технологий – научно-исследовательскими учреждениями РАМН, учреждениям негосударственной собственности выдано разрешение на применение 15 медицинских технологий.

В период 2011–2012 годов повышение качества и доступности медицинской помощи предполагается осуществлять в рамках программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и программ модернизации федеральных учреждений, оказывающих медицинскую помощь.

Предусмотренные в бюджете Федерального фонда ОМС дополнительные средства на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации направляются на следующие цели:

1. Укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, в том числе обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов, текущий и капитальный ремонт государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, приобретение медицинского оборудования (300 миллиардов рублей).

2. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде (24 миллиардов рублей).

3. Внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи (136 миллиардов рублей).

Способствовать реализации данных планов будут следующие законодательные акты:

Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» (до 2013 года большая часть вновь создаваемых учреждений здравоохранения будет создаваться в форме бюджетных и автономных учреждений);

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», принятый Государственной Думой 19 ноября 2010 г.

Предполагается развитие государственно-частного партнерства как одного из основных механизмов привлечения частных инвестиций в сферу здравоохранения.

За последние годы для развития инновационной экономики, в том числе в здравоохранении, в России было сделано немало.

Формируются инфраструктура и инструменты инновационного развития территорий, образована Комиссия при Президенте России по модернизации и технологическому развитию экономики страны, накоплен определённый опыт становления инновационной экономики в регионах России.

В частности с принятием IV части Гражданского кодекса Российской Федерации существенно поднят уровень ответственности за незаконное использование результатов интеллектуальной деятельности, нарушение авторских и смежных прав. В развитие положений Кодекса был принят ряд Федеральных законов: «О передаче прав на единые технологии», «О патентных поверенных», «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам создания бюджетными научными и образовательными учреждениями хозяйственных обществ в целях практического применения (внедрения) результатов интеллектуальной деятельности» и другие.

Основные направления политики Российской Федерации в области развития инновационной системы на период до 2010 года, утверждены Правительством Российской Федерации 5 августа 2005 года № 2473п-П7.

Межведомственной комиссией по научно-инновационной политике 15 февраля 2006 г. утверждена «Стратегия развития науки и инноваций

в Российской Федерации на период до 2015 года» и План мероприятий по её реализации.

Федеральный бюджет на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов в числе важнейших задач включает разработку и внедрение инструментов поддержки инноваций. Бюджетные ассигнования на реализацию федеральных целевых программ по приоритетному направлению «инновационное развитие и модернизация экономики» на 2011 год запланированы в сумме 604,2 миллиардов рублей, что составляет 65,5 процента от всех бюджетных ассигнований на реализацию ФЦП.

Приняты Федеральные законы от 28 сентября 2010 года № 244-ФЗ «Об инновационном центре «Сколково» и от 28 сентября 2010 года № 243-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об инновационном центре «Сколково».

Для объединения финансового и научного потенциала разрозненных предприятий были созданы госкорпорации «Российские технологии», «Российская корпорация нанотехнологий».

19 ноября внесены изменения в Налоговый кодекс Российской Федерации по снятию ограничения на применение упрощённой системы налогообложения в отношении хозяйственных обществ, учреждённых бюджетными научными и образовательными учреждениями).

Федеральным законом от 16 октября 2010 года № 272-ФЗ установлены пониженные тарифы страховых взносов для отдельных категорий плательщиков страховых взносов в переходный период 2011–2019 годов, в том числе для хозяйственных обществ, созданных бюджетными научными учреждениями в соответствии с Федеральным законом № 127-ФЗ «О науке и государственной научно-технической политике» и образовательными учреждениями высшего профессионального образования в соответствии с Федеральным законом № 125 «О высшем и послевузовском профессиональном образовании», для резидентов технико-внедренческих особых экономических зон.

В последние годы в России были снижены или отменены пошлины на импорт технологического оборудования, не имеющего аналогов в России. Практикуется субсидирование процентных ставок по кредитам на техническое перевооружение. Российский банк развития начал выделять денежные средства через региональные банки для кредитования инновационного малого и среднего бизнеса.

По подготовке кадров для инновационного социально-экономического развития проводится разработка стратегического направления «Развитие системы опережающего обучения с учётом перспектив технологического развития экономики и повышения производительности труда». Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.07.2008 г. № 568 (в редакции от 18.05.2010 г.) утверждена Федеральная целевая программа «Научные и научно-педагогические кадры инновационной России». 8 декабря 2010 года Государственной Думой принят Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», направленный на установле-

ние дополнительных благоприятных условий для въезда в Российскую Федерацию и пребывания в Российской Федерации высококвалифицированных специалистов и членов их семей. В Министерстве образования и науки Российской Федерации идёт работа над проектом нового базового Закона «Об образовании в Российской Федерации».

В Российской Федерации сформированы практически все типы институтов развития, применяемые в мире – инвестиционные фонды, технопарки, наукограды, бизнес-инкубаторы и тому подобное.

В настоящее время недостаточно используются рычаги налогового регулирования для стимулирования инновационной деятельности. Однако ситуация меняется – в Государственной Думе идёт работа над законопроектами «О внесении изменений в Налоговый кодекс Российской Федерации в части формирования благоприятных налоговых условий для инновационной деятельности» и «О внесении изменений в Федеральный закон «О науке и государственной научно-технической политике» и Налоговой кодекс Российской Федерации в части уточнения правового статуса фондов поддержки научной, научно-технической и инновационной деятельности».

Вместе с тем несмотря на ряд позитивных сдвигов, в целом национальная инновационная система России по-прежнему остаётся точечной. Развитие науки в целом и медицинской науки, в частности, сдерживается несовершенством законодательной и нормативно-правовой базы, недостаточным финансированием. В законодательстве до сих пор нет чёткого определения понятий, касающихся инновационной деятельности.

Поддержка инновационных производств слабо подкреплена действенными практическими рычагами. Необходимо предусмотреть меры целевой финансовой поддержки малых инновационных предприятий со стороны государства, разработать и внедрить механизмы по стимулированию крупных предприятий к сотрудничеству с малыми инновационными предприятиями. Инновационное хозяйственное общество должно иметь право на освобождение от обязанностей налогоплательщика (как минимум на 3–5 лет).

Низкой остаётся отдача от инновационной деятельности.

В последние годы российскими учёными созданы принципиально новые технологии и лекарственные средства, диагностические препараты, не уступающие мировым аналогам и способные конкурировать на мировом рынке медицинских услуг и технологий. Их применение позволяет значительно повысить качество лечения и сократить сроки пребывания в стационаре, инвалидизацию больных. Однако они не оказывают в настоящее время существенного влияния на доступность медицинской помощи, показатели здоровья населения Российской Федерации в связи с тем, что не имеют возможности внедрения в практическое здравоохранение. Следует шире вовлекать гражданские институты в управление здравоохранением.

Участники «круглого стола» отметили, что тема, вынесенная Комитетом Государственной Думы по охране здоровья на обсуждение, имеет важное значение для развития российского здравоохранения.

Комитет Государственной Думы по охране здоровья и участники «круглого стола» считают целесообразным обратить внимание органов власти всех уровней на следующее:

I. Необходимо ускорить разработку и внесение в Государственную Думу проекта федерального закона об инновационной деятельности;

рассмотреть вопрос о повышении объёма бюджетных средств, выделяемых на развитие науки, поддержку молодых ученых и специалистов, увеличении финансирования и грантовой поддержки научных проектов;

установить перечень новых технологий для внедрения в медицинских учреждениях в целях повышения доступности и качества медицинской помощи населению;

предоставить возможность передачи в безвозмездное пользование площадей и оборудования вузов и НИИ для нужд учреждённых в соответствии с федеральным законом № 217 хозяйственных обществ и организовать образовательные циклы для руководителей по инновационному менеджменту.

II. В целях повышения эффективности использования средств федерального бюджета, направляемых на фундаментальные исследования, необходимо ускорить разработку и принятие законодательных и нормативных правовых актов, направленных на улучшение деятельности государственных академий наук и российских научных фондов.

III. Требуется рассмотреть вопросы:

о разработке долгосрочной стратегии инновационного развития здравоохранения;

о мерах по стимулированию разработки региональных программ оснащения лечебно-профилактических учреждений высокотехнологичным медицинским оборудованием отечественного производства, а также о возможности финансового обеспечения данных программ;

о контроле за направлением и использованием средств и организовать мониторинг реализации программ модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации.

IV. Следует разработать мероприятия по подготовке и повышению квалификации кадров в сфере инновационного предпринимательства, в том числе специалистов в области коммерциализации результатов интеллектуальной деятельности для работы в создаваемых научными учреждениями хозяйственных обществах.

V. Считать приоритетным направлением деятельности разработку и реализацию программ модернизации здравоохранения, а также их финансовое обеспечение в соответствии с утверждёнными показателями.

Уделить особое внимание разработке и внедрению программ обучения и переобучения медицинских работников работе по новым технологиям и на инновационном оборудовании.

**Материалы «круглого стола» на тему  
«О механизме реализации 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 в сфере здравоохранения»**

**СТЕНОГРАММА**

*Здание Государственной Думы. Зал 830.  
9 декабря 2010 года*

***Председательствует председатель Комитета по охране здоровья  
О. Г. Борзова***

**Председательствующий.** Наш комитет вынес на рассмотрение очень важные проблемы, которые возникают в субъектах Российской Федерации при реализации федерального закона № 83, изменяющего статус бюджетных учреждений.

Хочу сказать, что проблемы, которые сегодня будут рассмотрены на «круглом столе», прежде всего, те, которые при осуществлении мониторинга субъектов Российской Федерации, были поставлены самими субъектами Российской Федерации.

Они касаются и нормативно-правовой базы, и необходимости наличия модельных актов, которые должны быть сформированы и представлены ведомствами и профильными министерствами. Этот закон важен не только для нашего здравоохранения, но и для порядка его реализации, связанного с различными сложностями со стороны финансовых органов субъектов Российской Федерации.

Готовя этот «круглый стол», мы ознакомились со всей нормативно-правовой базой, которая находится на сайтах профильных министерств, и нашли, что модельных актов ведомств практически нет. Есть общие нормативные подходы, которые изложены Министерством финансов Российской Федерации, и мы сегодня дадим слово Министерству финансов, Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Очень хочется послушать мнение наших депутатов, которые глубоко прониклись этой мыслью, идеей реализации. И, конечно, хотелось бы наметить пути и выходы.

Приглашая и формируя список выступающих за этим «круглым столом», мы постарались пригласить депутатов, которые ранее занимались профессиональной деятельностью в Минфине России, в Минздравсоцразвития России, на уровне субъектов Российской Федерации, имеют не только своё политическое мнение, как законодатели, но и как профессионалы.

С особым уважением мы относимся к нашим коллегам, руководителям здравоохранения, которые приехали из субъектов Российской Федерации. Хотелось бы услышать мнение учёных. Мы совсем недавно

закончили работу над очень важным законом об обязательном медицинском страховании. Я пригласила на наш «круглый стол» руководителя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Андрея Владимировича Юрина с тем, чтобы обсудить возможности работы в условиях нового закона наших лечебных учреждений. Вы знаете о том, что они будут все иметь статус бюджетных. Каким образом мы нивелируем тот пробел в законодательстве с июля 2012 года, а вы знаете, что полный тариф вводится в 2013 году.

Поскольку очень много мнений, чтобы не повторять те проблемы, которые были у предыдущих докладчиков, выскажете с вашей точки зрения пути решения или что нужно сделать, чтобы эта проблема была решена.

Я хотела бы всем участникам «круглого стола» пожелать успешной и плодотворной работы.

Слово представителю Минфина России Лаврову Алексею Михайловичу – директору Департамента бюджетной политики.

Пожалуйста, Алексей Михайлович, учитывая, что у нас сегодня с вами медицинская аудитория.

**Лавров А. М.** Действительно вот такая постановка отраслевая, она для нас несколько непривычна, потому что Министерство финансов Российской Федерации в правительстве отвечало за подготовку общесистемных актов, которые распространяются на все отрасли. И на данный момент мы можем сказать, что из семи постановлений правительства приняты уже пять и два внесены в правительство и находятся на согласовании, и в ближайшие дни тоже будут приняты. И среди этих актов, такие общесистемные постановления, которые распространяются на все бюджетные учреждения вне зависимости от отраслевой принадлежности, об особенностях формирования и финансового обеспечения государственных заданий, о выполнении полномочий учредителей и так далее.

И эти постановления правительства помимо всего прочего ещё сопровождаются, как мы считаем, системными методическими рекомендациями по формированию заданий, обеспечением субсидиями, заключением соглашений между учредителями и бюджетными учреждениями, которые тоже в настоящее время утверждены тремя совместными приказами Минфина России и Минэкономразвития России.

Все эти акты и сопровождающие их пояснения и материалы размещены на сайте Минфина России, неоднократно обсуждались в самых разных форматах.

Ещё может быть более важно то, что с 1 декабря 2010 года наступил качественно новый этап в подготовке к введению в действие закона, потому что 1 декабря субъекты Федерации и муниципальные образования должны были принять свои законы или акты представительных органов в муниципальных образования о сроках и об особенности переходного периода. И как раз в этих актах должны были найти отражение все вопросы практических реализаций со сроками, типами учреждений, всего комплекса вопросов.

Минфин России оказывал максимально возможную поддержку субъектам муниципалитетов в проведении этой работы. Имеется типовая закон субъекта Федерации о переходном периоде и практически все типовые, региональные акты исполнительных органов власти. Ну, опять-таки общесистемные те акты, которые должны были выпущены высшими органами исполнительной власти или финансовым органом.

При минимальной доработке все эти типовые акты применимы на муниципальном уровне. Мы считаем, что общесистемные решения приняты, они широко распространялись, обсуждались в самом разном формате. Работает на постоянной основе «горячая линия» Минфина России, на которую уже поступила почти тысяча вопросов и мы в регулярном формате отвечаем на них. Таким образом, на наш взгляд, первый этап подготовки закона к введению в действие, к принятию общих актов пройдёт без сбоев.

Основные проблемы теперь наступают на втором этапе, когда центр тяжести переместился, с одной стороны, на региональные и местные органы власти, с другой стороны, и это самое главное, на отраслевые министерства. Отраслевые министерства работают по своим утверждённым планам. Все эти акты и методические рекомендации рассматриваются комиссией по административной реформе, но, конечно, различия между отраслями намного больше, чем различия между субъектами Федерации и муниципалитетами и поэтому здесь уже каждое федеральное министерство должно взять на себя основные функции по регулированию этой сферой деятельности.

Многое будет зависеть от перечней государственных услуг, которые практически сейчас всеми министерствами, в том числе Минздравсоцразвития России, уже сформированы.

Несмотря на то, что эти перечни госуслуг относятся формально только к федеральным государственным учреждениям, субъекты Федерации и муниципалитеты смотрят на них и ориентируются на те же самые методические подходы.

Кроме того мы знаем, что большой спрос и ожидания в отношении методических рекомендаций, которые в соответствии с решением правительства каждое отраслевое министерство должно утвердить и донести до субъектов Федерации и муниципалитетов. И очевидно, как мы считаем, организовать их обсуждение, распространение в самых разных форматах, в том числе, например, по федеральным округам или в конкретных субъектах Федерации, может быть, организовать аналоги «горячих линий». Например, в Министерстве образования Российской Федерации подобный механизм уже существует.

Но что касается отрасли, которую мы сегодня обсуждаем, тут есть две ключевые особенности.

С одной стороны, это самая сложная отрасль для реализации любых новаций, так как она затрагивает каждого гражданина. Здесь и накопились проблемы, которые нужно решать.

С другой стороны, это отрасль, которая в наибольшей степени готова к работе в новых условиях. Механизмы медицинского страхования, ко-



торые уже существовали, подготовили большинство учреждений именно не к работе на основе государственных заданий, а уже к следующему этапу – работе в рамках оплаты по факту оказываемых услуг. И то, что этот новый механизм вводится с 2013 года в полном объёме, фактически означает, что для большинства медицинских учреждений, которые будут работать в системе ОМС, нет необходимости так уж детально прорабатывать государственные задания, методики расчёта субсидий, потому что отрасль находится на следующем этапе развития всей системы оказания государственных услуг, которого, возможно, другие отрасли никогда даже и не достигнут.

Но, возникает проблема, что делать в ближайшие год-два? Мы считаем, что можно было бы воспользоваться разрешением переходного периода до 1 июля 2011 года, как минимум, пока оставить всё без изменений, но, а оставшиеся полгода продлить для медицинских учреждений, которые будут работать в системе ОМС. Это переходный период, чтобы переводить их не на государственные задания и не на субсидию, а на полноценную работу в системе ОМС, для чего уже принята вся законодательная база и ещё есть время для того, чтобы принять подзаконные акты, стандарты, методические рекомендации и так далее.

В законодательстве уже чётко определено, и даже не нужно сейчас обсуждать, в какой организационно-правовой форме должны быть медицинские учреждения, которые будут работать в системе ОМС, однозначно сделано решение о том, что, либо бюджетными, либо автономными учреждениями. Ну а те учреждения, которые остаются в сфере бюджетной медицины, в силу закона, должны остаться казёнными, с другой стороны, нет препятствий к тому, чтобы на региональном, муниципальном уровне ещё вернуться к тому, чтобы выбрать оптимальную для них форму. Но это не очень большая сфера медицинских услуг.

И поэтому, когда часто задают вопрос, а как же вот в законе написано, что все бюджетные учреждения должны быть на госзаданиях и на субсидиях? Мы просто обращаем внимание, что закон говорит немножко по-другому. Дословно запись звучит так. Финансовое обеспечение деятельности бюджетных учреждений осуществляется на основе субсидий на выполнение государственных заданий или на основе выполнения обязательств в рамках социального страхования. А к социальному страхованию относится и обязательное медицинское страхование.

Поэтому государственное задание, там где существует эта сфера, вообще не нужно, потому что здесь невозможно сочетать эти две формы, они взаимно заменяют друг друга.

Вот такая общая информация ситуации с точки зрения видения Министерства финансов Российской Федерации. Мы считаем, что отрасль готова к переходу к новым механизмам и особенно с учётом того, что благодаря принятым или обсуждаемым законам фактически переходный период будет продлён ещё на полгода, что, конечно, не означает, что можно расслабиться и ничего не делать. Как раз, напротив, нужно воспользоваться этим временем для подготовки всех необходимых нормативных и методических материалов.

**Председательствующий.** Слово предоставляется директору Департамента развития медицинского страхования Минздравсоцразвития России Владимиру Анатольевичу Зеленскому.

**Зеленский В. А.** Я хотел коротко остановиться на тех особенностях 83-го закона, которые для Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации являются приоритетными.

Несмотря на то, по нашим предположениям положения 83-го закона не будут распространяться на учреждения здравоохранения, потому что у нас будет закон об обязательном медицинском страховании, но это не совсем так. В любом случае, мы говорим только о том, что государственные задания субсидии по медицинской помощи, которая входит в ОМС, действительно не доводится, и это следует из закона. Алексей Михайлович Лавров процитировал фразу из 83-го закона, в которой это один из видов финансового обеспечения оказания государственных услуг в сфере здравоохранения. В любом случае на все учреждения здравоохранения будут распространяться нормы, касающиеся деятельности учреждений в целом. Это нормы по движимому и недвижимому имуществу, по руководителям учреждений, это нормы по открытости деятельности учреждений, по публикации полной информации, по отсутствию субсидиарной ответственности учредителя по обязательствам этих учреждений, в независимости от того, работают учреждения в ОМС или не работают, эти нормы закона, так или иначе, распространяются.

Мы провели по нашей сети осенью совещание, собирали всех наших руководителей федеральных учреждений. Совещание было достаточно подробное, где мы обсуждали, в том числе и вопросы реализации 83-го закона. И мы сейчас находимся в процессе выбора тех учреждений, на которых мы могли бы в 2011 году, в «пилотном» режиме, апробировать вопросы, связанные с государственным заданием, с субсидиями на государственные задания в тех учреждениях, которые пойдут несколько дальше всех.

С какими проблемами мы столкнулись? В первую очередь, конечно, очень много поступает обращений и к нам, и в Министерство финансов Российской Федерации тоже, о том, что как только мы перейдем на государственные задания или как только 83-й закон вступит в силу, то сразу произойдет неконтролируемый всплеск платных услуг, и у нас не будет больше бесплатного здравоохранения и образования. На самом деле мы прекрасно понимаем, что не организационно-правовой формой определяются вопросы, связанные с бесплатностью и платностью, и не настолько принципиальна форма какого-то учреждения, насколько принципиально, каким образом всё это регулируется законодательством.

И я вскользь скажу, что мы будем, начиная с первых месяцев следующего года усиливать работу по новой редакции основ законодательства об охране здоровья граждан. Мы в нём пытаемся осветить все вопросы, касающиеся разграничения государственных гарантий не только в рамках обязательного медицинского страхования, но и в целом, понимая, что, например, вопросы, касающиеся платных медицинских услуг, в настоящее время регулируются не основами законодательства об охране

здоровья граждан, а законом о защите прав потребителей, который в принципе не является ограничителем или законом, определяющим права граждан, следующих из Конституции Российской Федерации. И это, на самом деле, сильно обусловит, в том числе наш выбор учреждений для осуществления нашего «пилота» по переводу на субсидии.

Мы в рамках закона об обязательном медицинском страховании и закона, сопровождающим закон об ОМС, действительно приняли переходный период до 2013 года для федеральных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, прописав, что специализированная медицинская помощь, которая входит в базовую программу ОМС, до 2013 года оказывается в федеральных учреждениях за счёт федерального бюджета без доведения государственных заданий.

Почему мы такое приняли решение? Нам намного сложнее, чем регионам в части формирования государственных заданий. Сейчас существует постановление правительства № 255 о порядке формирования государственных и муниципальных заданий в рамках программы госгарантий. И в этой связи субъекту Российской Федерации проще, потому что он определяет общую потребность в медицинской помощи и распределяет её между учреждениями. Поскольку в нынешней редакции основ законодательства полномочия по специализированной помощи фактически задублированы и разграничены только типом учреждения, для того, чтобы нам определить потребность в объёмах медицинской помощи и попытаться до 2013 года доводить государственное задание, нам необходимо было бы проводить очень тщательную работу с регионами, в том числе которую мы сейчас проводим в рамках работы по программам модернизации.

Эта оговорка по федеральным учреждениям, я ещё раз повторюсь, сделана. Почему определён 2013 год? Потому что закон об ОМС вступает практически в полную силу, за исключением высокотехнологичной помощи. Предполагаем, что государственное задание до наших федеральных учреждений мы будем доводить только в части медицинской помощи, которая в ОМС не входит. То есть это высокотехнологичная помощь. Эта практика есть (она сейчас используется), и она будет продолжена. Это медицинская помощь, в том числе касающаяся психиатрии, туберкулёза, и это санаторно-курортное лечение. То есть то, опять повторюсь, что не входит в обязательное медицинское страхование.

Здесь, в материалах к «круглому столу», вы увидите наш базовый перечень государственных услуг в сфере здравоохранения и социального развития. Приказ министром был подписан. И в этом перечне также сделана оговорка в части медицинской помощи, что для федеральных учреждений мы пока государственное задание будем доводить только в части медицинской помощи, которая не входит в ОМС. Это на самом деле, с одной стороны, облегчает нам задачу в тактическом плане на два года. С другой стороны, это нам задачу усложняет в 2013-м, когда у нас всё равно появится конкурентный рынок обязательного медицинского страхования, и понятно, что федеральные учреждения будут так же претендовать на деньги ОМС, как и все остальные учреждения.

Но мы считаем, что должны к этому периоду подойти более основательно. Потому что (тут соглашусь с Алексеем Михайловичем), с точки зрения здравоохранения, оно намного ближе находится к той идее, которая стояла за 83-м законом и за дальнейшим развитием, то есть это конкурентный рынок оказания государственных услуг. В этой части ОМС намного ближе, чем любые форматы государственных заданий.

К тому же (и мы периодически на эту тему с Министерством финансов Российской Федерации находимся в дискуссиях) в законе не нашли отражения (и я думаю, мы должны урегулировать их подзаконными актами) вопросы распределения объёмов государственных заданий между учреждениями. Это очень серьёзный вопрос для нас, каким образом и кто должен определить, какой объём задания какому учреждению должен быть доведён. Понимая, что от этого в будущем будут зависеть и в том числе объёмы субсидий, которые это учреждение будет получать. И опять же повторяюсь, вопрос очень важный.

Теперь что касается поддержки, которую мы осуществляли, и тех планов по поддержке регионов, которые будем осуществлять. Мы тоже сейчас запускаем у себя систему активного мониторинга всего того, что происходит в регионах. Мы будем в январе и феврале месяце проводить совещания со всеми федеральными округами. Методические рекомендации или проект методических рекомендаций для регионов, касающийся не только здравоохранения, но и социалки, и занятости, был направлен нами в Минфин России, я думаю, что мы с коллегами его отсмотрим, и в ближайшее время выпустим его в публичное обсуждение, потому что прекрасно понимаем, что нам нужна будет обратная реакция. Мы прекрасно себе представляем, что любой рекомендательный и методический материал, пришедший из министерства, всё равно будет являться ключевым для принятия решения на региональном уровне.

Хотелось бы нам этого или не хотелось, как бы мы не говорили о самостоятельности регионов, с точки зрения принятия решения, это просто вот так исторически сложилось.

Значит, мы уже в течение буквально нескольких дней представим на обсуждение проект перечня рекомендуемого для регионов по государственным услугам. Мы действительно несколько затянули со сроками его разработки, в основном это было вызвано именно блоком, связанным с социальным развитием, нежели со здравоохранением, потому что по медицинским услугам всё более менее понятно, по услугам социальным нам нужно было всё равно провести ещё некоторые дополнительные консультации по этому поводу.

Поэтому мы первое полугодие следующего года будем очень активно прорабатывать с регионами. Хотя отрасль здравоохранения не так сильно коснутся те проблемы, которые связаны с внедрением закона, потому что вопросы нормативов и вопросы государственных заданий, они так или иначе в регионах находятся в части «здрavo» в большой степени готовности.

**Председательствующий.** Юрин Андрей Владимирович, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

**Юрин А. В.** В общем-то суть специфики деятельности учреждений, которые работают в системе ОМС, предыдущими докладчиками была уже достаточно освещена, я просто ещё раз хочу упомянуть, что в 83-м законе специально в той статье, которая устанавливает особенности регулирования статуса бюджетного учреждения, где речь идёт о внесении изменений в федеральный закон о некоммерческих организациях, вводится новая статья 9.2, называется она «бюджетные учреждения». В этой статье совершенно чётко записано, что бюджетное учреждение осуществляет свою деятельность в соответствии с госзаданиями или обязательствами перед страховщиком по обязательному социальному страхованию, связанную с выполнением работ, оказанием услуг, относящихся к его основным видам деятельности.

Таким образом, есть два канала получения средств у бюджетного учреждения, это государственное задание или обязательства перед страховщиком. Почему возникла необходимость такого отдельного регулирования этого канала, это связано с характером предоставляемых услуг, и связано с тем, что в законе об обязательном медицинском страховании зафиксирован принцип выбора медицинского учреждения застрахованным человеком. И естественно, исходя из выбора человека, то есть исходя из конкурентных принципов работы на рынке медицинских услуг, должны складываться объёмы те, которые определяются в конкретном медицинском учреждении. Заключается договор о финансовом обеспечении страховой организации территориальным фондом, заключается договор медицинской организацией и страховой медицинской организацией. Территориальный фонд наделяет средствами страховые медицинские организации, они рассчитываются с медицинскими организациями. Страховые организации осуществляют экспертизу оказанной медицинской помощи, контроль использования средств.

Эти все нормы достаточно чётко и жёстко прописаны в недавно принятом законе. И то, что сейчас предполагается сдвигка, некоторая корректировка срока вступления в действие 83-го закона, она полностью как бы решит проблемы связанные с тем, что вот у нас полгода бюджетное учреждение должно было работать или по госзаданию, или по ОМС, или вместе. То есть эта проблема тоже решается. Потому что с 2013 года совершенно чёткая норма содержится о том, что только по полному тарифу возможна оплата услуг в медицинском учреждении.

Естественно, учредитель – собственник, муниципальное образование или субъекты Российской Федерации, вправе будет строить новые здания, осуществлять капитальный ремонт, приобретать дорогостоящее оборудование. То есть всё, что не входит в тариф обязательного медицинского страхования, но то, что является полномочиями собственника учреждения, вопросы его как бы обновления, реновации и так далее.

**Председательствующий.** Я хотела бы предоставить слово первому заместителю председателя Комитета по охране здоровья, академику РАМН, члену рабочей группы при фракции «ЕДИНАЯ РОССИЯ», от нашего комитета их два (я и уважаемый Николай Фёдорович), Николаю Фёдоровичу Герасименко.

**Герасименко Н. Ф.** Уважаемые коллеги! Я бы хотел сначала остановиться на колоссальной важности этого законопроекта, который крайне серьёзно изменит у нас ситуацию с муниципальными государственными учреждениями. Данный законопроект даже более важен по социальным последствиям, чем 122-й. Вы помните, как он внедрялся когда речь шла о льготных лекарствах, о выходе людей на улицу. Я не помню, в Химках или где-то ещё это было. А здесь, как недавно говорили в Общественной палате, тоже закон действительно финансово-правовой, а последствия могут быть социальные, экономические, политические.

Наши оппоненты везде на встречах уже называют его законом о коммерциализации. Так? Уже привесили ярлык. Второе, что они говорят, это закон скрытой приватизации лечебных учреждений.

Третье, что они говорят, что везде уменьшится бюджетное финансирование. Даже в своём регионе, когда мы встречаемся, говорят именно об этом.

Поэтому очень серьёзно нам нужно всем подойти. От нас всех здесь сидящих зависит результат. Я имею в виду депутатов, правительство, руководителей министерств и ведомств, Министерства финансов Российской Федерации, руководителей регионов – пойдёт этот закон со знаком «плюс» или со знаком «минус». Потому что в законе как раз всё с точностью наоборот, о чём говорят наши оппоненты. Потому что, действительно, как уже коммерциализировалось, здравоохранение уже это предел. То же самое касается и других бюджетных учреждений, и с услугами. Здесь очень чётко разделение на платные, бесплатные услуги.

Бюджетное финансирование не уменьшается, и так далее. Не буду всё перечислять. Но вот здесь первый посыл нам всем, и Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Нужно подготовить плюсы закона для встреч депутатов и руководителей с населением, отобразить все мифы и реальность данного законопроекта.

У нас действительно создана рабочая группа по мониторингу за ним. Она активно заседает под руководством Олега Викторовича Морозова. Буквально в понедельник проводилось большое совещание вместе с Комитетом по местному самоуправлению, советом по местному самоуправлению. Выяснилось очень много проблем.

Поэтому нельзя так легко подходить, что мы всё уже решаем, мы ещё не начали ничего пока по-серьёзному делать, кроме того, что подготовили некие документы. Очень важно показать то, что положительно, донести до населения, чтобы они знали эту информационно составляющую, что нельзя, допустим, оказывать платные услуги, если это прописано в перечне государственных гарантий. Нельзя рассматривать данный законопроект без закона об обязательном медицинском страховании и будущим законом об основах здравоохранения в новой редакции.

Я хочу остановиться на проблемах переходного периода, который был предложен нашей партией «ЕДИНАЯ РОССИЯ» для того, чтобы те узкие места, которые могут возникнуть при реализации закона, можно было бы изменить. Над этим и работает наша группа, мы можем

вносить законодательные аспекты, правительство должно вносить свои изменения в подзаконные акты.

Также планировалась организация «пилотных» учреждений, которые бы уже отработали закон. У нас же, смотрите, по автономным некоммерческим учреждениям закон работает уже два года, не в ряду здравоохранения, а в других, образовательных и так далее. А кто обобщил опыт применения этого закона, эффективность? Мы, когда обсуждали, почему не соглашались для здравоохранения, потому что не уверены были в эффективности. Сейчас Министерство финансов Российской Федерации, правительство, должно обобщить опыт, сколько некоммерческих учреждений работает в стране, в каких сферах: культура, образование, театры, спорт и так далее, и что они получили положительного. Поэтому и необходим переходный период.

Какие ещё проблемы. Вот распределение учреждений, ну знаете, все говорят, казённые, автономные, некоммерческие и бюджетные. И если для федеральных более-менее понятно, вот допустим, казённые учреждения – это лепрозории, противочумные, с особой охраной психиатрические, то на уровне субъектов Федерации абсолютно ничего непонятно.

Например, мой родной Алтайский край 16 краевых учреждений объявил казёнными. Татарстан – все автономные. Кировская область все ЦРБ сделала бюджетными, понимаете? То есть идёт вот такой разброс критериев отнесения к казённым, к бюджетным ещё более-менее, а вот социальные, это очень нужно. То есть если законом для федеральных учреждений исчерпывающие данные, то для уровня субъекта, особенно муниципальных учреждений, вообще очень сложно.

Особая проблема, я считаю, возникает при анализе муниципальных. Мы проводим мониторинг, собираем данные, что касается плана и так далее, правительство сделало, сказали, субъект Федерации на уровне совещания. Ну вот, допустим, беру пункт четвёртый – перечень правовых актов муниципальных образований по реализации федерального закона, на уровне муниципальных ничего нет и ничего не сделано.

Притом учитываем, что муниципальные учреждения сейчас в переходном периоде передают полномочия с уровня муниципальных на уровень субъекта Федерации по организации, по финансированию, а муниципальное образование, что делает? Обеспечивает условия, да.

Вот здесь кто будет опять же определять куда относиться, к казённым и так далее, кто будет учреждать и всё остальное?

Дальше. Вот 6-й пункт. Наличие списка «пилотных» муниципальных учреждений для первоочередной отработки. Нет. И я смотрел, почти по всем регионам таких в здравоохранении нет.

Дальше. Проведение публичных общественных слушаний по подготовке к реализации федерального закона. Я говорю публичных, не совещаний, а именно слушаний с приглашением различных фракций, партий, обществ. Потому что оттого, как мы расскажем, будет отношение к закону. Когда уже создастся негатив, гораздо сложнее будет этот негатив перебарывать.

«Горячая линия». Вот я беру просто пример по мониторингу, по одному региону. «Горячая линия» по разъяснению положений федерального закона. Вот тут пишут: используем в федеральных Интернет-ресурсах, опубликование в СМИ и всё остальное. Но «горячие линии» должны быть чётко организованы. У каждого ведомства «горячая линия» на уровне субъекта Федерации должна быть известна, и так далее.

Интернет-сайты. Вот в понедельник на совещании тоже ваш заместитель выступала. Ей задают конкретный вопрос, когда появится сайт с разъясняющими актами? Пока нет. Появился? Слава Богу. Тогда я должен проинформировать. Ведь то, что Ольга Георгиевна Борзова говорила, серьёзнейшие будут изменения в бухучёте, в документах. Ни форм, никто бухгалтеров, экономистов не учит, совершенно. То есть это уже к Минфину России вопрос.

Дальше. Работа консультационных пунктов для граждан по разъяснению положений закона, тоже практически ничего не сделано.

Вот здесь бы хотелось послушать представителей, прежде всего, муниципальных образований, которые здесь присутствуют, которые бы сказали о реальной картине.

Следующее, что я хотел бы отметить. О необходимости изменения, прежде всего, о чём я уже начал говорить, обобщения опыта самих регионов. Если по стране по автономным, некоммерческим учреждениями нужно сделать обобщённо это либо ведомство, либо, прежде всего, правительство. По отчётам в субъекте Федерации работают 30 автономных некоммерческих. Какие это учреждения, какой их опыт? И они должны выступать и рассказывать о положительных сторонах.

Особая тяжесть в выполнении закона ляжет на муниципальные учреждения. И вот здесь за ними особый должен быть контроль, особые документы. Потому что там, в силу технических возможностей, уровня образования, им очень будет сложно.

Поэтому здесь вот для субъекта Федерации именно муниципальные образования должны стать главными. И сейчас, после Нового года всем нам, и депутатам, естественно, у нас закреплены за каждым депутатом регион, то же самое, должны быть закреплены кураторы из министерств, правительства, за каждым регионом, к которым можно было бы обратиться.

Я ещё раз подчёркиваю, у нас в марте будут выборы. Поэтому мы должны максимально приложить усилия, максимально смотреть, что мы не доделали, что нужно ещё сделать, особенно это касается различных организационных форм, документов, опыта и так далее. Спасибо.

**Председательствующий.** Спасибо, Николай Фёдорович, очень важные проблемы прозвучали и хотелось бы, чтобы докладчики, выступая, могли бы учитывать эти проблемы и своё мнение по ним высказывать.

Я благодарна Ларисе Константиновне Машетовой, которая присутствует у нас на «круглом столе» и, конечно, в образовательном процессе очень много при повышении квалификации надо учитывать. Потому что при той самостоятельности, которую мы даём лечебным учреждениям, позволяя им возможность распоряжаться тем, что они заработали,



очень важно, насколько подготовлены экономически, финансово службы наших ЛПУ, насколько подготовлены сами руководители, которые возьмут на себя полную ответственность за хозяйственную деятельность в лечебном учреждении.

Я бы хотела предоставить слово депутату Государственной Думы, члену рабочей группы фракции «ЕДИНАЯ РОССИЯ» по контролю за реализацией федерального закона № 83 Максимовой Надежде Сергеевне.

**Максимова Н. С.** Я тоже член этой рабочей группы, мы проводим мониторинг и в результате его обобщения, возникают вопросы. У нас была выездная неделя, мы в территориях посмотрели: а как же работают с реализацией этого закона. Имея в виду, что 1 декабря уже все органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, муниципальных образований должны были принять свои нормативные документы, которые бы предписали, какое учреждение, в каком статусе будет работать и с какого времени с 1 января 2011 года, 2012-го и так далее.

Можно сказать, что на федеральном уровне закон пока не сбывает, документы выходят, нормативные акты публикуются. Хотя в основном это относится к Минфину России и в меньшей степени относится к министерствами отраслевого плана.

На уровне субъектов и муниципалов на первом этапе мы получили сбой в работе, потому что многие из них не сумели сформулировать этот перечень организаций и учреждений, в каком статусе они будут работать.

И, прежде всего, именно они предъявляют претензии к тому, что: а кто нам сказал, какие критерии для отнесения к тому или иному типу учреждений наших действующих сегодня учреждений и организаций.

Подготовка кадров и наличие кадров в субъектах абсолютно разные. И в разных отраслях по-разному подготовлены люди, по-разному читают эти законы, и по-разному готовы их внедрять.

Получается, что у нас в Краснодарском крае всё хорошо, приняты все нормативные акты, уже заложены субсидии в бюджете, уже переводятся с 1 января некоторые учреждения в другой статус, соответственно начинают работать. В ряде субъектов Северного Кавказа вообще всё на нулевом уровне находится.

Вот первый вопрос: критерии по отнесению к тому или иному типу учреждений и, конечно, прежде всего, это касается муниципальных образований.

У нас с вами даже просто начальное образование или среднее образование, это настолько разного уровня учреждения, как им определять свои доходы, как они смогут их получить или не получить?

Если школа городская, которая имеет площади, которые можно сдавать в аренду, где можно проводить какие-то внеклассные занятия, может она оказывать платные услуги? Например, малокомплектная школа, расположенная в глухом ауле, маловероятно, что какие-то услуги она сможет платно оказывать.

Возникает вопрос: а как формировать госзадание или муниципальное задание в данном случае, какие нормативы закладывать в их основу? Не сказано.

А все перечни ведь эти должны были быть установлены уже ведомственными соответствующими нормативами. То есть это должны были сказать: и перечень услуг, и какие платные, какие бесплатные, и какие единицы измерения, объёмов оказания этих услуг, и какие требования к качеству. Стандарты качества должны быть тоже уже разработаны.

Практически, готовя этот закон, да, мы рассчитываем на переходный период, но нужно просто иметь в виду, что эти вопросы требуют безотлагательного наполнения и решения. Поэтому на весенней сессии мы говорили, что, начиная с июля, как только принимается закон (а он в мае был принят), все эти позиции перемещаются на уровень ведомства.

Ведомственное наполнение должно быть, а у нас практически работало Министерство финансов Российской Федерации и всё. Конечно, акты, в том числе и рекомендации по госзаданию, муниципальному заданию были изданы, но ведомственного наполнения они, к сожалению, не получили. И это служит очень большим тормозом в работе.

Я хочу сказать, что у нас очень много возникает на местах вопросов о том, а как будут формироваться цены? Как будут оплачиваться эти услуги? Тоже ответа на этот вопрос нет. Причём у нас разные регионы, разная обеспеченность населения, разная платёжная способность. И поэтому, если мы не скажем, а как будут формироваться вот эти платные услуги, наверное, мы с большими сложностями столкнёмся при прохождении этого закона.

Здесь присутствует Владимир Анатольевич Зеленский, я хочу сказать, что всё-таки на Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации больше лежит функций, чем на любом другом ведомстве, потому что это ещё и социальная направленность. И, видимо, нужно всё-таки сделать расчёты и посмотреть, а какие платные услуги действительно наше население в состоянии оплатить.

Владимир Анатольевич, вы помните 122-й, как вначале мы заложили 240 миллиардов рублей, обсчитав таким макроэкономическим вот путём, а потом вышли на 500 с лишним миллиардов рублей, чтобы этот закон обеспечить финансово, потому что были, натуральные просчёты в расчёте этого закона.

Поэтому, пока ещё есть время эти вещи нужно просчитать и посмотреть. И мы должны сказать, что, да, население сегодня вот такие услуги может оплатить и в таких размерах, а вот такие услуги ему будут не подъёмны.

Кстати говоря, конечно, в медицине у нас всё-таки наиболее проработаны эти вопросы с точки зрения оплаты услуг, но тем не менее хочу сказать, что на нашем совещании, которое мы проводили в понедельник, ставили вопрос тоже – а как мы будем эти учреждения медицинские, практически сразу три реформы идёт, как их объединить?

Правильно сказал Владимир Анатольевич, что вам надо действительно посмотреть и дать чёткие рекомендации, а как объединить вот эти реформирования, переход и новый тип учреждений, присуждение ему нового статуса, с переходом с 2013 года на ОМС? Кто-то, наверное, сможет и раньше перейти на эту систему. По крайней мере, должны быть

очень чёткие указания, чтобы и дополнительную работу ненужную не проделывать и, чтобы не напрягать население, ну и медиков тоже, потому что для них это тоже очень большая нагрузка – переходить на все эти новые вещи.

Я хочу сказать, что мы, конечно, будем и дальше мониторить. У нас, кстати говоря, Ольга Георгиевна, вы можете ещё воспользоваться и нашими рекомендациями, которые были на совете при Грызлове Б. В. выработаны. Потому что там как раз все эти болевые точки были отражены.

Я хочу сказать, что, конечно, нам необходим этот закон, идея действительно хорошая, она заложена в том, чтобы уйти от этих проплат, минуя кассу, а вернуть всё круги своя – то, что положено, получите услугу; то, что сверх этой бесплатной услуги, за плату, пожалуйста, но дайте ясный критерий: за что, почему и сколько мы платим и что мы за это, в конце концов, получаем.

Я думаю, что, если в таком ключе у нас работа пойдёт, то и закон начнёт развиваться и получит реализацию в жизни, и, я думаю, что мы не получим тогда и возмущение населения. В противном случае, конечно, нам придётся столкнуться с большими сложностями.

**Председательствующий.** Спасибо за работу в рабочей группе и за такое очень хорошее вступление.

Я предоставляю слово министру здравоохранения Московской области Семёнову Владимиру Юрьевичу.

**Семёнов В. Ю.** Моё выступление, может быть, несколько диссонансно будет звучать предыдущим всем выступающими, поскольку мы обсуждали у себя со специалистами эту тему неоднократно, работа ведётся определённая. Я согласен с Надеждой Сергеевной, что, да, мы отстаём в разработке нормативной, региональной и муниципальной базы, что не все ещё документы формально приняты. Но, по крайней мере, нам понятно, что и как надо делать. Нормативных документов федерального уровня для нас, по нашим оценкам достаточно, все разъяснения нужные, вот Минфин России очень активно действительно работал, и тут покритиковали наше отраслевое министерство, но тем не менее те разъяснения, которые имеются, нам, Московской области, хватает, перечни всех услуг у нас уже утверждены, методики расчётов согласованы и тоже утверждены. Сейчас ведётся работа вместе с Министерством финансов по формированию госзадания для конкретных учреждений, но с учётом того, что мы ещё не успеем с 1 января, в отличие от Краснодарского края перейти полностью на всё: переименоваться, реорганизоваться и начать работу. Поэтому ведём, к сожалению, двойную работу, но тем не менее она, надеюсь, не пропадёт. То есть мы готовим сметное финансирование на начало и в середине года, наверное, перейдём уже на финансирование по государственному заданию.

Здесь нам абсолютно понятно, как и что, потому что программа государственных гарантий существует в стране, уже второе десятилетие. Мы уже достаточно давно формируем государственные задания для тех

учреждений, которые в системе ОМС не работают. То есть у нас практика и понимание, как с нашей стороны (то есть органов управления здравоохранением), так и со стороны главных врачей, существуют. Как считать и что считать, нам понятно. Мы уже, повторяю, это сделали.

Да, у нас нет постановления, фиксирующего, какое учреждение в какую форму будет преобразовано. Тем не менее эти решения у нас уже есть. Решения трудовых коллективов в соответствии с 83-м законом у нас тоже имеются. Мы переводим в автономные учреждения в первую очередь КВД и наркодиспансеры. Стоматологи, понятно, они самые продвинутые, так скажем, в здравоохранении. И, естественно, стоматологическая поликлиника (областная, я имею в виду, и муниципальная) – это наши рекомендации для муниципалов, тоже переводить их в автономные учреждения. И ещё два или три учреждения, где (опять же используя этот современный не распространённый термин) продвинутые главные врачи, которые готовы работать как руководители таких учреждений.

Казёнными, понятно, мы оставляем психиатрические больницы и психоневрологические диспансеры. Плюс – противотуберкулёзные детские санатории, которых у нас немного, но они есть. Большая часть из них, безусловно, у нас будет бюджетными организациями. И аналогичные рекомендации мы дали муниципальным образованиям, хотя ряд муниципальных образований принимают решения о переводе своих учреждений, пока им подведомственных, в автономные организации. Здесь, я считаю, нет большой беды, что однотипные учреждения на сегодняшний день будут относиться к различным формам организационно-правовым, то есть какие-то ЦРБ будут автономные, какие-то – бюджетные. Лишь бы не были казёнными, на мой взгляд. Хотя такие тенденции тоже есть. И (так назовём их) опытным руководителям, которые уже там работают третье-четвёртое десятилетие, им, конечно, проще в казённые учреждения перейти. Но мы с ними работаем, подталкиваем, что решать всё-таки надо. Но если не получается, тогда надо думать о другом месте работы.

То есть, повторяю, с точки зрения готовности той нормативно-правовой базы, которая имеется на сегодняшний день, для нас она, повторяю, достаточна и понятна. Дело за нами на самом деле сейчас. И правильно было сказано, что здесь уже должны мы не тормозить, а более активно и интенсивно работать, с тем чтобы закон этот выполнить.

Не вижу больших на самом деле, Николай Фёдорович (Герасименко), проблем, по крайней мере, в Московской области. Уже эти разговоры давно прекратились, о том, что переход в автономные учреждения – это шаг к приватизации. Поскольку учредитель всё равно остаётся, и более того, будет наблюдательный совет, который будет это всё контролировать.

**Герасименко Н. Ф.** Я-то говорю про всю Россию.

**Семёнов В. Ю.** А я говорю только про нас соответственно.

**Герасименко Н. Ф.** Если бы у вас в муниципальных образованиях...

**Семёнов В. Ю.** Муниципальные образования, если закон будет принят (основы законодательства, я имею в виду, об охране здоровья), то с 2012 года, как я понимаю, это перейдёт к полномочиям субъекта. И, соответственно, в соответствии с 83-м законом ничто не мешает менять организационно-правовую форму учреждений. Если муниципалитеты вопреки нашим рекомендациям сегодня примут другие какие-то решения, и если это будет доказано практикой, что решения эти неоправданы, какие-то там получили отрицательные последствия, то я думаю, что ничто нам не помешает пересмотреть и принять более оптимальные и обоснованные решения.

Поэтому то, что сегодня мы обсуждаем этот закон, это действительно нужно, своевременно и правильно. Но, повторяю, может быть, для нас особых рекомендаций федерального уровня на сегодняшний день уже и не требуется. В Краснодаре, я понял, уже тоже всё понятно. То есть остались, наверное, единичные в поле зрения субъекты, где ещё не всё поняли. Спасибо.

**Председательствующий.** Я хотела предоставить слово министру здравоохранения Калужской области Юрию Алексеевичу Кондратьеву.

**Кондратьев Ю. А.** Задача, которая была поставлена 83-м законом, она, в принципе, в области реализована с самого первого дня. Создана рабочая группа, вице-губернатор возглавляет, собран перечень подразделений, разработаны все стандарты.

Учитывая, что программа государственных гарантий на территории области принимается законом Калужской области, не постановлением, то есть она проходит через фильтр депутатского блока. И понимая, что дальше так и будет, я считаю, что мы находимся на правильном пути.

На сегодняшний день, я считаю в области нет никаких предпосылок для того, чтобы не реализовывать данное направление. У нас уже утверждён перечень учреждений государственного уровня, которые будут относиться к автономным, которые будут относиться к бюджетным и казённым. Они в целом. Несомненно, сегодня образовательные учреждения, санатории для взрослых с реабилитацией и с долечиванием и так далее, они тоже идут в автономку. Стоматологи, однозначно, уходят туда, и в казённых остаются детские санатории, центры медицины и катастроф, вот то, что сегодня, должно оставаться и получать деньги из бюджета.

Государственные задания разработаны, вышло постановление правительства и сейчас в стадии завершения закон, по которому 23 пункта расписывают в принципе весь порядок, регистрация счёта, назначение, куда зачисляются какие деньги и так далее и тому подобное. То есть это сегодня с Министерством финансов Калужской области в принципе отработано, есть полное понимание.

Сказать, что сегодня нужны какие-то дополнительные разъяснения, наверное, необходимо. Почему? Потому что мы идём в определённой степени экспериментом, хотелось бы не сделать фаль-старт, не сделать ошибку. Поэтому по тому, что прозвучало от Владимира Анатольевича,

я считаю, нужно провести нормальное зональное совещание, где обсудить проблемы и посмотреть, в чем мы типичны и в чем различны. Мало того, что это будет повод посмотреть опыт работы тех наших коллег, которые работают в иных сферах деятельности, где у них уже был опыт, наработки. Это будет нам крайне полезно.

Вчера я проводил очень большое совещание, день главного врача, приезжали все руководители муниципальных учреждений, и у нас практически полтора часа шёл вопрос не только учёбы, но и разъяснений. Могу сказать, что со стороны руководителей учреждений нормальное понимание куда нужно двигаться.

У нас стоит главная задача – повысить качество оказания медицинской помощи. Вот этот механизм, который вводится в систему управления, прежде всего, формирует повышение ответственности коллектива за сделанную работу.

Второе. У нас сегодня программа, которую мы сейчас верстаем, программа модернизации в отрасли здравоохранения, она в рамках этих полномочий позволяет нам по-настоящему проверить, что делается в муниципальных образованиях. Мы по-настоящему стали понимать, что у них есть в наличии. И в рамках внесения изменения в основной закон об охране здоровья – это будет повод, если мы эту услугу сделаем государственной через два года, мы будем понимать, за что же всё-таки должны платить.

С точки зрения, чтобы не произошло смешения. Программа государственных гарантий в регионе чётко определена на государственный и муниципальный заказ. Те услуги, которые оказываются на платной основе, должны быть выведены из этого направления. Поэтому то, что сказал и Владимир Юрьевич, в принципе, я не вижу каких-то проблем больших и с 1 января в области есть все предпосылки для того, чтобы начинать работать.

Муниципальные учреждения здравоохранения в целом, получилось единое решение, они остаются бюджетными, такое решение было принято. Скорее всего это связано, с тем, что программа госгарантий дефицитна на 2010 год, процентов 13 не хватает, но надеюсь, что в 2012 году с учётом модернизации войдём в бездефицитную.

**Председательствующий.** Ну уж с 2012-го тем более войдёте.

**Кондратьев Ю. А.** С 2012-го, я добавляю. Поэтому ещё раз хотелось поблагодарить, во-первых, высокое собрание за такую активную позицию. Я считаю, здесь нужно не бояться, нужно научить и рассказать, и все будет нормально.

**Председательствующий.** Предоставляю слово Стебенковой Людмиле Васильевне, председателю Комиссии по здравоохранению, охране общественного здоровья Мосгордумы.

**Стебенкова Л. В.** Позвольте мне поделиться своими опасениями и своими предложениями.

Николай Фёдорович Герасименко сказал, что нам нужно населению разъяснять. По большому счёту, населению всё равно, в какой форме

будет это учреждение. Для человека главное, чтобы он пришёл и получил качественную медпомощь, в очередях не стоял, и главное, получил помощь бесплатно и вовремя. А какая у лечебного заведения форма, населению безразлично.

Мы с ТСЖ-то никак не можем объяснить, и там у нас проблемы всякие.

У нас в регионе немножко сдвинулась ситуация по понятным причинам, с изменениями руководства.

С другой стороны, нам повезло, потому что Сергей Семёнович Собянин был одним из разработчиков этого закона и он детально понимает, как его исполнять.

Я думаю, что с 1 января мы не перейдём, потому что закон мы не приняли. Я полагаю, что у нас будет переходный период на протяжении полугода и эта ситуация вся образуется.

Хотелось бы, чтобы все разобрались в критериях, тем не менее, я думаю, что Минфин России действительно должен дать какие-то рекомендации по критериям перехода. Они понятны с одной стороны, с другой стороны, есть регионы, где говорят о том, что это составляет определённую сложность.

Самым главным вопросом, который волнует население, когда они говорят о коммерциализации, они не очень понимают, за что им надо платить, и за что не надо.

К сожалению, сегодня у нас население платит за то, за что оно платить не должно. Это факт, и от него никуда не уйдёшь. Я с огромным трудом внесла поправку в наш московский закон о том, что если эта услуга входит в программу госгарантий и она показана пациенту, то он не платит деньги.

Вы себе не представляете, какой начался шум по этому поводу. Когда объявили всем главным врачам на комиссии по оказанию услуг, что Московская Дума приняла такой закон, мне звонили уважаемые главные врачи и обвиняли меня в том, что я вообще не понимаю политику партии и правительства. Я говорю: почему не понимаю? Вы не понимаете, что программа госгарантий у нас не обеспечена финансированием и именно поэтому введены платные медуслуги. Вы представляете, многие руководители учреждений в этом уверены, что у нас недофинансирование программы госгарантий. Я говорю: как это у нас недофинансирование? При нашем бюджете?

Всё-таки норму вписали с огромным трудом, она действует. Мне трудно сказать, как она выполняется, потому что на сегодняшний день количество жалоб населения всё равно продолжают, там пишут и о вымогательствах. И о том, что они приходят в больницу, им говорят: если бесплатно, то 2 месяца ждите, если платно, платите и мы вас положим.

У нас в городе на конкретный момент платные медуслуги разрешены не во всех государственных учреждениях. Есть ряд государственных учреждений, где они вообще не действуют. И оттуда жалоб никаких на эту тему не поступает. Там, где есть платные медицинские услуги, обязательно у нас есть большое количество жалоб. Мы уже договаривались с ними о том, что надо вывешивать это всё на доски объявлений.

Поэтому, я считаю, Владимир Анатольевич, что при принятии нового варианта федерального закона, эту норму там нужно обязательно включить. Вот нужно обязательно написать, чтобы была норма о том, что, если программа госгарантий гарантирует бесплатную медицинскую помощь и, если пациенту она показана, эта услуга медицинская, то он за неё не имеет права платить и установить серьёзные штрафные санкции, если будут взимать плату. Давайте установим штрафные санкции на эти лечебные учреждения. То есть сегодня оно должно отвечать каким-то образом, понимаете? Иначе у нас действительно будет беспредел и, как вы правильно сказали, у нас будет хуже, чем 122-й закон. Потому что это больше всего всех волнует.

То же самое в школах. Но мы сегодня говорим о здравоохранении, которое всем нам близко и мы сегодня именно это обсуждаем.

Поэтому этот момент очень тонкий. И если и будет у нас сегодня взрыв, то исключительно по этому поводу. И мы сегодня должны разъяснить населению о том, что, я, кстати, возьму на вооружение, предложу тоже принять программу госгарантий законом города Москвы, опубликовать его, чтобы он висел во всех лечебных учреждениях, чтобы все знали, что ему положено бесплатно. Потому что, вы понимаете, в чём ещё будет проблема? Мы сегодня с вами обкладываем колоссальным налогом бизнес, и вы это прекрасно понимаете. Мы вкладываем в здравоохранение огромные, серьёзные деньги. И, если после вложения этих средств российский гражданин придёт в лечебное учреждение и с него ещё денег потребуют, то он пойдёт всех очень далеко.

**Председательствующий.** Хочу сказать, что, конечно, финансирование медицинской услуги в городе Москве и финансирование в Магаданской области это, конечно, разные вещи.

Вместе с тем хотела бы поблагодарить за активную позицию Людмилу Васильевну, и заметить, что новый закон об обязательном медицинском страховании, который принят, чётко прописывает базовую программу, условия финансирования базовой программы на всей территории Российской Федерации, независимо от того, где застрахованный гражданин проживает: в городе Москва, Санкт-Петербург или в той же Магаданской области. Субсидии будут одинаковые в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Что касается платных и бесплатных. Коллеги, я хотела бы, чтобы мы эту дискуссию перенесли на следующий «круглый стол» в нашу весеннюю сессию, когда мы будем обсуждать проект нового закона об основах. И действительно там есть глава в проекте, где чётко распределены платные и бесплатные услуги. Бесплатные – это, то есть то, что для населения, то, что входит в программу.

Уважаемые коллеги, я хотела бы предоставить слово заместителю директора центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития России господину Кадырову Фариду Накиповичу.



**Кадыров Ф. Н.** Вопросов, связанных с реализацией закона 83-го достаточно много, я коснусь только относительно узкой темы – это приносящая доходы деятельность.

Дело в том, что во все статьи, как мы знаем, в которые внесены изменения, касающиеся термина «предпринимательская деятельность», этот термин либо был удалён вообще, либо заменён на фразу «приносящая доходы деятельность».

Так вот, что такое предпринимательская деятельность, мы чёткую формулировку знаем из статьи 2 Гражданского кодекса, это деятельность, направленная на извлечение прибыли. А вот что такое приносящая доход деятельность, никакого определения нигде нет.

Соответственно возникает вопрос: а что такое эта деятельность? Предполагает ли она получение прибыли? Можем ли мы в цены на платные медицинские услуги разрешить учреждениям включать прибыль? Вопрос вовсе не праздный. Дело в том, что пункт 4 статьи 9.2 федерального закона о некоммерческих организациях устанавливает: «Бюджетные учреждения 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, предусмотренными его учредительными документами для граждан и юридических лиц за плату». Всё понятно.

Но там дальше следует текст: «И на одинаковых при оказании одних и тех же услуг условиях». Вот что это за одинаковые условия? Значит, пациент и в рамках программы ОМС, и в рамках программы ДМС должен лежать абсолютно в одинаковых многоместных палатах, цена за оказанную платную услугу должна быть одна и та же, что в системе обязательного медицинского страхования.

Посмотрите на приказ Минфина Российской Федерации от 30 августа 2010 года 432, либо за этой же датой приказ Федерального медико-биологического агентства 475, в цене на платные медицинские услуги прибыль не предусмотрена.

Возникает вопрос: как к этому отнесутся налоговые органы? За счёт чего учреждение будет развиваться? Для чего вообще прибыль нашим учреждениям нужна? Чтобы покрывать в первую очередь недостаток тех средств, которые идут из бюджета системы ОМС.

Понятно, что это не приведёт к росту внебюджетных доходов, на что прямо нацелен закон.

Если мы вспомним, пояснительная записка правительства говорила, что одна из целей принятия закона, увеличение внебюджетных доходов. Мы добьёмся обратного результата, все деньги уйдут в неформальные теневые платежи. Вопросы, на которые должен был поставить закон, мы соответствующих результатов не получим.

Неоднозначная ситуация и с осуществлением, приносящей доходы деятельности казёнными учреждениями. Мы знаем, что эти средства забираются в бюджет, но возникает вопрос, если казённое учреждение ока-

зывает платные медуслуги, истратило средства на медикаменты, продукты питания, оплатило труд работников тех, кто работает во внерабочее время, как компенсировать эти затраты бюджетному учреждению?

Пункт 22 статьи 83 гласит: главные распорядители бюджетных средств, в ведении которых находятся казённые учреждения, осуществляющие и приносящие доходы, имеют право распределять бюджетные ассигнования между указанными учреждениями, с учётом объёмов доходов от приносящей доходы деятельности, осуществляемой этими учреждениями, зачисляемых в соответствующий бюджет бюджетной системы Российской Федерации.

То есть право имеют, но не обязаны. А как будет то жить учреждение муниципальное или региональное, где власти решат, что эти деньги надо забрать в бюджет, потому что бюджет маленький, а уж как будут жить казённые учреждения, это не их проблема.

Получив формальную свободу распоряжаться доходами, полученными от приносящей доходы деятельности, учреждения наши, к сожалению, рискуют погрязнуть в рутине учёта этих средств. Опять маячит перспектива жёсткой постатейной регламентации расходов, опять бухгалтеров ожидает головная боль от бесконечных изменений совершенно в неконструктивной системе бюджетного бухгалтерского учёта. Похоже, та же цель, замучить несчастное автономное учреждение, ставит положение статьи закона 83-ФЗ, разрешившее автономным учреждениям работать по лицевым счетам.

У меня вопрос: хоть одно автономное учреждение обращалось к властям с просьбой разрешить им работать по замечательной казначейской системе? Боюсь, что нет.

Поэтому мы прекрасно знаем, что у нас добровольное очень часто превращается в добровольно-принудительное. Не получится ли так, что возможность работать через казначейство, очень скоро станет обязанностью автономных учреждений?

Если государство решило позволить осуществлять законные платные услуги бюджетным автономным казённым учреждениям, так давайте, это право разрешим. Если запретило, так давайте запретим, не надо измываться над такими сложными моментами.

У меня есть предложение к Минфину России. Те вопросы, которые задавал, проработать проблемы, касающиеся вопросов, связанных с бухгалтерским учётом.

В заключение, в нашем институте есть наработки, связанные с критерием выборов типов учреждений именно применительно к учреждениям здравоохранения.

Мы обратимся к Минздравсоцразвитию России с нашими предложениями.

**Председательствующий.** Я посоветовала бы вам в своём выступлении остановиться более подробно именно на критериях распределения учреждений по типам, это было бы очень полезным.

Действующее законодательство, принятый 83-й закон, некоторые моменты, высказанные Вами, несколько по-другому излагает. Я бы хо-

тела господину Лаврову Алексею Михайловичу предложить в заключительном слове ответить на спорные моменты, освещённые в Вашем докладе.

Хотела бы предоставить слово людям, которые приехали к нам издалека, это представитель Законодательного Собрания Новосибирской области Олег Иванович Иваницкий, председатель Комитета по социальной политике, здравоохранению, охране труда и занятости населения.

**Иваницкий О. И.** Уважаемые коллеги, я тут в двух лицах себя чувствую: и как председатель комитета, и как бывший главный врач.

С коллегой я согласен в одном: все боятся одного (главные врачи имеются в виду), что мы возьмём заказ, но он будет недофинансирован. Всё.

Я всегда считал и считаю, что мы дали главному врачу задание, мы дали ему критерии оценки его деятельности, подтвердили ему объёмы финансирования, и пускай он работает и отвечает за сделанную работу. Как человек, который возглавлял семь лет «скорую помощь» города Новосибирска, я всегда спрашивал мэра: «Что же такое? Вызовы растут, а бюджет тот же самый остаётся. Так не бывает. Машины больше ездят, таблеток больше тратится, халаты рвутся, ботинки у людей изнашиваются. Должна быть корреляция». Совершенно правильно Людмила Васильевна сказала, больному-то ведь всё равно.

В Новосибирской области четыре года работают школы, такие, как АНО. И учителя не заметили, и дети, и родители – никто ничего не заметил. Директор школы стал ответственным за то, что он делает.

Мы же понимаем, о чём говорим. Все говорят про 83-й закон, но никто не вспоминает 94-ФЗ. Да, мы ждём. Но мы же понимаем, что главному врачу нужно сегодня купить стенд для ребёнка с гидроцефалией, который стоит 10 тысяч долларов, а это полтора месяца тендера и так далее, и так далее по списку. Поэтому здесь должны быть ответственность и критерии главного врача. Не нужно в каждом видеть тренд (как бы сказать) правительства и нашей «Единой России», которые очень боятся этого, потому что мы везде ищем коррупционеров. Не враги главные врачи. Им надо поставить жёсткие условия и критерии.

В ряде регионов (не буду называть) я со своими друзьями общаюсь. Я говорю: «Ты почему не стал АНО?». Он говорит: «Мне губернатор запретил». Я говорю: «Что так?». «Он боится, что мы приватизируем больницу». Я говорю: «Да невозможно это сделать. Почитайте документы».

Когда мы стали спорить с нашими оппонентами, устроили «круглый стол» в мае месяце (у нас выборы были в октябре, в Новосибирске), не очень хорошо было. Но тем не менее я говорю: а кто читал этот закон, Николай Фёдорович? Кто-нибудь его читал до конца?

**Герасименко Н. Ф.** Поэтому я и говорю: готовьтесь.

**Иваницкий О. И.** А мы готовимся. Мы бьёмся. И разъясняем. Но никто же закон не читал этот, 83-й. Но когда мы устраиваем излишне

эмоциональный политический ажиотаж, что мы, мол, «ЕДИНАЯ РОССИЯ». Не надо об этом кричать, правильно говорят. Перешли спокойно, тихо.

Вот коллеги в Калуге приняли программу госгарантий. В Московской области приняли. И работаем потихоньку сегодня. Главным врачам надо дать возможность поработать сегодня, и министры чтобы были с ними в одной упряжке. Чем больше мы нагнетаем политическую составляющую, тем хуже. Надо переходить. Коллега, может быть, правильно говорит, какие-то проблемы возникнут, но никто же ещё не делал ничего, никто же ещё шагу не сделал сегодня.

**Герасименко Н. Ф.** А в районах?

**Иваницкий О. И.** Я не трогаю участковые больницы или ФАПы. Я проехал по ним в этом году. Мы приехали в медицинское училище (в село) с губернатором. Он говорит: «Переходи в АНО». Директор: «Зачем?». Он говорит: «Давай будем заказ делать». Я говорю: «Если вы ей дадите заказ фиксированный, тогда она сама будет трудиться сегодня». Не нужно людей загонять насильно.

И самое главное, конечно, повторяю, возвращаясь к 94-ФЗ, это ответственность руководителя, но ему должны быть даны критерии. Не перехода (кто переходит), а за что он отвечает. И дофинансирование. И чтобы главный врач мог подать в суд на мэра и на главу района. Если он заказ выполнил, а его не финансировали, кто виноват в ситуации? Значит, можно подать в суд на фонд, на мэра и так далее.

И развитие – большая проблема. Если мы говорим об инвестициях в учреждения, в ремонт, в дорогостоящие технологии, которые надо покупать, это сегодня тоже очень открытый вопрос.

**Председательствующий.** Заместитель председателя профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Геннадий Алексеевич Щербаков.

Геннадий Алексеевич, мы вам специально дали слово в конце, знаете, почему? Чтобы вы прослушали всё, что говорят регионы, учёные, депутаты. А потом слово коллегам-депутатам.

**Щербаков Г. А.** Я как представитель общественной организации могу сказать, что профсоюз, безусловно, с пониманием относится к этому закону, внедрение экономических рычагов управления бюджетной сферы давно назрело. Либерализация экономики и разделение полномочий органов власти на самом деле есть. То есть нужно искать некие новые правовые и другие основы для перехода деятельности учреждений здравоохранения в рыночных условиях.

Здесь звучала уже эта тема, но я как представитель общественной организации, конечно, меня в большей степени интересует – это трудовые кадры, это положение медицинских работников в этих новых условиях, о которых мы сегодня с вами говорим. Вот из уст моих коллег здесь прозвучало о том, что при переходе вроде бы организационных управленческих функций всё понятно, типы понятны, какие виды лечебных учреждений – понятно. А качество как бы мы получим. И, с другой стороны,

спросим с медицинских работников за повышение ответственности, за результаты их труда.

Ну, экономические условия говорят о том, что при низкой заработной плате высокого качества навряд ли мы с вами получим. Это первое.

Поэтому я хотел бы, поддерживая здесь выступающих, две вещи связать, что в принципе в этой связи нужно говорить о реализации прав граждан на получение доступной бесплатной медицинской помощи, но подчёркиваю, в части того, что эта помощь должна быть оказана в полном объёме.

И второе – это обеспечение профессиональной деятельности защиты социально-экономических прав работников, которые гарантированы Конституцией и так далее.

И в этой связи нас очень волнует: а будет ли сокращение рабочих мест, штатной численности, а будет ли увеличиваться нагрузка на медицинский персонал, и какова цена его труда? Потому что цену труда медицинского работника на сегодня мы все прекрасно понимаем.

Гарантия в предоставлении бесплатной медицинской помощи предусмотрена государственными муниципальными заданиями, она обеспечивается из бюджетов всех уровней. Но встаёт вопрос, и здесь он уже звучал, с моей точки зрения, вполне справедливо. Как будут формироваться эти задания? И какие нормы будут заложены в их основу?

На сегодняшний день из закона однозначно вытекает, что исходя из бюджетов, из объёмов средств, предусмотренных в бюджетах соответствующих субъектов. Но при этом, уважаемые коллеги, к сожалению, в законе отсутствует норма, которая является основополагающей, что основное для учреждений государственных муниципальных заданий должна стать система соответствующих стандартов услуг.

Если применительно к здравоохранению, то такой системой должны стать с нашей точки зрения медико-экономические стандарты оказания медицинской помощи. Но сегодня, я вынужден констатировать о том, что Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации ведётся разработка медицинских стандартов и они утверждены, но не по всем видам медицинской помощи. У меня информация от потребностей только примерно в одну треть. А экономические составляющие этих стандартов, я не имею такой информации, что они в этой части ведутся. Если исходить из этого, то все нормативы и затраты учитываются в рамках оказания медуслуг и рассчитанные по факту прошлого года. Таким образом, мы уже начинаем как бы деятельность новых типов учреждений, исходя опять же из остаточного принципа финансирования. Обеспечим ли мы пациентам все виды услуг, и сможем ли мы повысить положение медицинского работника, затрудняюсь. Вот почему профсоюз всегда и говорит, и сегодня звучало о том, что тариф на медицинскую услугу, он как бы должен выравниваться. И в тариф, мы знаем, вкладывается и заработная плата.

Существует норма Трудового кодекса, которая говорит о том, что работодатель индексирует случаи инфляции. Если по казённым учреж-

дениям, которые будут финансироваться за счёт сметного финансирования, там понятно индексация может произойти.

А что делать с тарифом и с нормативом, в котором сидит в том числе и заработная плата, которая составляет примерно 70 процентов? И так далее, и так далее.

Поэтому, эти вопросы нас волнуют, и мы провозглашаем и позиционируем, если есть стандарт на медицинские услуги, он должен быть экономически подтверждён, и должен быть стандарт оплаты труда, потому что независимо от места привязки пациента он получает стандартную медицинскую помощь, и независимо от проживания и медицинского работника, при одной квалификации, и так далее, он должен получать стандарт вот этой оплаты труда. Как базовая составляющая, это, наверное, минимальный базовый оклад для медицинского работника, который должен был бы устанавливаться.

**Председательствующий.** Я хотела бы дать слово депутату Законодательного Собрания Санкт-Петербурга Зуйкову Владимиру Андреевичу.

**Зуйков В. А.** Кратко. Вот всегда, если есть какие-то недостатки в работе той или иной системы, то ее реформируют.

Поэтому здесь один из недостатков, который прозвучал, это – нет градации (платные, бесплатные), что особенно часто встречается в заявлениях наших жителей, допустим, Санкт-Петербурга, которые говорят – я знаю даже, что это по ОМС, а вы вынуждаете меня получать эту услугу платно.

Поэтому, тезисно. У нас был 122-й закон, у нас был закон о монетизации, ЖКХ, мы тяжело их переживаем, потому что это касается граждан, и они очень насторожены. И вот сейчас этот 83-й закон, но если люди почувствуют изменения в сторону ухудшения.

Я хочу что ещё сказать, вот у нас платные, бесплатные услуги, поэтому по ходатайству и по просьбе Законодательного Собрания губернатор даже выпустила распоряжение правительства – если хоть один больной лежит в коридоре, ни одной хозрасчётной палаты. Или если оказывается платная медицинская услуга, то она должна оказываться в нерабочее время в данном учреждении здравоохранения.

Ну а в конечном счёте, как мне один из товарищей сказал – я, говорю, хочу получить качественную помощь и я готов платить. У нас есть хорошие медицинские учреждения, пусть люди платят и получают услуги.

И в заключение, очень правильно заметил коллега по поводу медико-экономических стандартов. То есть должна быть система стандартов, которые должны быть положены и в экономическую составляющую, тем более сейчас по новому закону ОМС в систему оказания медицинских услуг войдут и средства, которые затрачиваются на обслуживание этого учреждения, текущий ремонт и так далее.

Принимая бюджет фонда обязательного медицинского страхования, мы уже вложили все средства, которые должны идти на ремонт текущий, на обслуживание, мы вложили в систему ОМС, и вот в связи с выходом

нового закона ОМС, с 1 января начинает действовать 83-й, очень напряжённая обстановка может сложиться когда мы от неразборчивости, из-за мелких кустов – лес потеряем большой.

**Председательствующий.** 83-й не с 1 января, он аж с июля 2012 года.

**Зуйков В. А.** ОМС? Нет, я про ОМС говорю. А про 83-й, да.

На первом этапе, переходной период, что мы должны сделать. Что касается платных услуг, они должны оказываться всё-таки в частных учреждениях здравоохранения, а что касается действительно необходимости этого решения, здесь нужно было бы сказать о всех недостатках, которые сейчас имеются при существующей системе. И потом уже, как методы решения, это 83-й. Почему? Потому что мы, не скрывая те недостатки, вот говорим, что рыночные механизмы нам помогут. Вот тут надо быть очень осторожными, чтобы не получить третьему вопросу, как 122-й, монетизация, ЖКХ, сейчас цены растут на продовольствие, на лекарства.

У нас по лекарственному обеспечению такая проблема. Хотя и ДЛО действует, но всё равно идут и идут жалобы. Люди отказываются от соцпакета, 70 процентов уже, это о чём-то говорит. Поэтому нужно здесь очень осторожно реализовывать 83-й закон, чтобы люди не чувствовали ухудшения.

**Председательствующий.** Хочу сказать, что мы возвращаемся к платным услугам. Это является предметом проекта нового закона, основы, будем смотреть в весеннюю сессию, там есть глава, которая разделяет платные и бесплатные услуги. Платные только в отдельных хозрасчётных подразделениях, это важнейший момент.

Кроме того, хочу сказать, ни в советский, ни в постсоветский период, никогда страна не вкладывала для лекарственного обеспечения инвалидов суммы, которые идут сейчас. Вы понимаете, никогда этого не было.

Более 70, около 80 миллиардов ежегодно разделение на федеральный сегмент, субъектовый. А вот как это исполняется на их уровне? Учитывая огромный опыт и значимость вашего Законодательного Собрания Санкт-Петербурга, вы должны взять это под свой депутатский контроль. Потому что в субъектах Российской Федерации мы имеем мониторинг, мы сдвинулись и в положительную сторону по обеспеченности лекарственными средствами инвалидов.

Конечно, есть проблема по таким категориям, как редкие заболевания. Это особый вопрос и мы вас пригласим на «круглый стол», в следующую сессию который будет посвящён этому.

Уважаемые коллеги, благодарю вас за выступления.

Депутаты, у кого есть вопросы и у кого есть желание выступить?

Я хочу предоставить слово Леонтьеву Георгию Карпеевичу, он известный человек у себя в крае, откуда избирался. Хочу сказать, это лучшее муниципальное образование, лучший мэр в своей Свердловской области.

**Леонтьев Г. К.** Моя коллега предлагала вам тоже изучить те рекомендации, она член совета при Председателе Госдумы по местному

самоуправлению. Мы там поставили один вопрос. Я бы не стал выступать, но меня оптимизм коллег из наших благополучных территорий не очень-то, насторожил. Коллеги, вы не путайте, что такое программа госгарантий и что такое государственный муниципальный заказ. Это разные вещи абсолютно. Так вот мы первый вопрос ставим, что давайте расифируем, такое заказ, что он включает?

Если в эту терминологию будет входить понятие требований к объёму и качеству предоставляемой услуги, это Ведь по госгарантиям можно таблетку дать, можно укол поставить, можно, допустим, капельницу ставить. А что нужно делать? Пришёл врач, таблетку прописал, всё выполнил бесплатно. Будет какой эффект? И что нужно делать? Тогда мы говорим, что нам это нужно писать в государственном задании. Тогда давайте распишем, что такое госзадание.

Вот у нас там прозвучало, к сожалению, не хотелось говорить, что этот закон «мертвяк», он не может быть реализован. При условии, что вот пока мы не сделаем, не примем те стандарты, о которых мы сегодня говорим, тогда заказ не сформировать и ничего не изменится. И мы не можем оценить, улучшилось ли у нас качество, то есть основные задачи этого закона решаются или не решаются. Не сможем оценить.

Мы с коллегой Герасименко Н. Ф. – авторы. Ведь закон-то есть, он в первом чтении принят 7 лет назад – закон «О минимальных социальных стандартах», вот главный оппонент мой, мы 10 лет с ним оппонируем друг другу. И там, главное, написано, что такое «минимальный социальный стандарт». Это как раз требование к объёму и качеству оказываемой услуги, выраженное в натуральном и денежном выражении. Давайте пропишем всё это.

И тогда будет всё ясно, нужный важный закон. Всем будет понятно, что платно, что бесплатно, в каком объёме тебе платно могут представить, а в каком объёме бесплатно. Иначе мы ничего не изменим, поэтому говорят, что он – «висяк».

**Председательствующий.** Трудно сказать, будем дискутировать позже.

Слово депутату Государственной Думы Богачёвой Наталье Васильевне.

**Богачева Н. В.** Я не согласна с тем, что законы «висят», потому что на самом деле нужно давать самостоятельность бюджетным учреждениям, мы об этом давно уже говорим. Надо говорить об этом законе.

Я не согласна с теми, кто сегодня говорил, что рассказывают об этом законе и представляют его таким образом, что это «висяк».

Я думаю, что нам, депутатам «ЕДИНОЙ РОССИИ» надо рассказывать о нём, проблемы по этому закону есть. Конечно, мы не говорим, но вот самое главное, что Алексей Михайлович Лавров сказал, все сегодня слышали, о том, что не надо торопиться. Пусть это будут «пилотные» проекты, ещё что-то, никто никого не гонит, не торопит.

Если где-то будет ошибка, что это будет автономное учреждение, они спокойно могут перейти в другое бюджетное учреждение, поэтому



надо всё это делать. Мне тоже в регионе ставили вопросы о том, что необходимо стандарты. Необходимы, конечно.

Вопросы ставили по ведомственным учреждениям, это одноканальное финансирование, я не буду останавливаться, потому что тема другого совершенно направления. Но то, что нужно работать над этим законом и тогда, когда оставались деньги, остатки в этих бюджетных учреждениях, и они не могли их расходовать, это тоже вопрос есть. Они постоянно задавали такие вопросы.

Почему остатки остаются, а мы их не можем использовать? Почему мы не можем из этой статьи перебросить на другую? Необходимы изменения в бюджет. То есть всё это сегодня есть и я думаю, надо просто работать над данным законом.

**Председательствующий.** Спасибо большое.

Алексей Михайлович Лавров – директор Департамента бюджетной политики и методологии Минфина России.

**Лавров А. М.** Коллеги, на самом деле по ходу выступления звучало много вопросов. В отношении платных и бесплатных услуг. Закон именуется о декоммерциализации бюджетной сферы и её деприватизации, потому что она сейчас коммерциализирована так, что уже и не поймёшь, где кончается бюджетное финансирование и начинается платное. Любой это знает. Как раз закон и ставит чёткие разделительные рамки между ними. И, разумеется, в законе нет ни одного слова, что можно кому-то запретить оказывать платные услуги. Интересно, вы мне покажите прямую запись, которая могла бы таким образом быть истолкована. Её просто там не существует. Даже, если услуги совершенно однотипные, ну вот, например, мне ближе всё-таки образование, предположим больше, я знаю. Образование высшее бесплатное за счёт бюджетных мест и платное – это две разные услуги. И именно так их нужно позиционировать в перечне услуг. И различия между ними могут быть, конечно, и в уровне оплаты труда, но тот, кто пришёл получать платное образование на одну и ту же услугу, этот вопрос вы задавали, не может быть дискриминирован. Вы не можете с одного брать больше, с другого – меньше, пусть это будут две параллельные услуги.

Конечно, в этот объём платных услуг, в стоимость цены, кто это регулирует, в принципе это политика отраслевого министерства. Сейчас такого регулирования либо вообще нет, либо это делает министерство в виде рекомендаций. Может быть, на федеральном уровне принято решение, что это будет полностью полномочия федерального министерства. Там, где они сочтут нужным, могут регулировать цены, вплоть до их прямого утверждения, могут установить предельные цены. Регионы могут принять и муниципалитеты другое решение, где высший орган исполнительной власти будет это определять. В любом случае, сейчас эта сфера не регулируется и не предполагается никакого её дополнительного регулирования. Сейчас достаточно просто однозначно для потребителя разделить основной бесплатный объём услуг, которые он может получить в любом учреждении гарантированных в соответствии

с законом и платную дополнительную, ему не навязанную, а по принципу его выбора.

И, конечно, в этот тариф для платной услуги, вот вы говорите, образуется там прибыль или не образуется, но вспомним, что некоммерческая организация, наверное, вообще создаётся не для того, чтобы прибыль зарабатывать, но в тариф, конечно, можно включать амортизацию имущества. На эту сумму можно обновлять имущество, можно вставлять любой объём оплаты труда в себестоимость и делать доплаты персоналу и так далее. То есть, есть средства на развитие, притом, что даже оказываются платные услуги, по которым формально нет прибыли.

Задавался вопрос: как нам учить всех? С одной стороны говорят: все регионы и муниципалитеты разные. Кто спорит? И следующий тезис: дайте единые нормативы.

Но получается, что невозможно это сделать потому что все разные, и единых нормативов быть не может. И самое главное, что страна-то одна, но критерии отнесения к казённому, к бюджетному, к автономному разные. И самый главный критерий – готовность и желание учреждения работать в новых условиях. Тот, кто не хочет ни в коем случае, его нельзя заставлять делаться бюджетным или автономным, пусть остаётся как есть и преобразуется в казённое, отдаёт свои финансовые полномочия вышестоящему органу, чувствует себя абсолютно спокойным, хотя на самом деле он точно также спокоен, как и бюджетное учреждение. И там, и там объём финансирования одинаковый, это принцип, все бюджетные, все государственные и муниципальные учреждения финансово обеспечиваться должны одинаково. Вопрос в готовности менеджеров.

И чему мы можем научить главных врачей? Да вы лучше нас знаете, как этими финансовыми потоками управлять.

Конечно, они собственники. Конечно, у вас определены полномочия, а вам говорят: давайте всех учить, бухгалтеров учить. Сейчас эта система автоматизирована. Все компании, которые эти продукты продают учат своих сотрудников непрерывно. К нам в Минфин России всё время приходят, давайте чему-нибудь ещё научим. Вся эта информация, включая новый план счетов, новые инструкции давно у них есть. И они уже давно организовали свои курсы. Вот за бухгалтеров, пожалуйста, не беспокойтесь. Они за последние годы регулярно учатся такому количеству новых вещей, например, относительно простому плану счетов, который позволяет легко, кстати говоря, переходить с бюджетного в автономные, казённые. Однотипное всё, без всякой перенастройки.

**Председательствующий.** Сергей Михайлович, простите, пожалуйста. Но позвольте комитету сказать, что мы вашего такого повышенного оптимизма в этом плане не можем расценить, потому что условия, в которых работают лечебные учреждения, уровень подготовки кадровый субъектов Российской Федерации и оснащённость – это совершенно разные подходы.

Пожалуйста, Андрей Владимирович.

**Юрин А. В.** Уважаемые участники «круглого стола», и закон об обязательном медицинском страховании, и закон о внесении изменений в связи с совершенствованием правового положения учреждений, 83-й закон, – законы, которые совершенно гармонично друг с другом связаны, это те законы, которые обеспечивают большую степень самостоятельности бюджетных учреждений. Они развязывают руки руководителю, с одной стороны.

С другой они создают условия, в которых возможно спросить с этого учреждения за качество оказываемой медицинской услуги. Это видимо то, что мы хотим.

Поэтому так необходима отработка этих механизмов, оказание качественных бюджетных услуг, которыми сейчас мы и занимаемся.

**Председательствующий.** Алашкевич Михаил Юрьевич, Минфин России, социальный департамент.

**Алашкевич М. Ю.** Мало чего можно добавить к тому, что сказал Алексей Михайлович Лавров. Я отреагирую на конкретные сообщения, которые прозвучали. Вот относительно критериев выбора типа учреждений, то, что говорилось. В настоящий момент это прозвучало и в сообщении Владимира Анатольевича. Мы готовим методические рекомендации с отраслевыми разрезами для регионов. Эти рекомендации по поручению правительства готовятся, и они выйдут к 20-му декабря, будут направлены во все субъекты. Вы если посмотрите, здесь есть конкретные шаги, которые будут включены в рекомендации.

Например, выбор оптимального типа государственного муниципального учреждения. Мы не планируем, как уже сказал Алексей Михайлович Лавров, давать для всех одинаковые чёткие критерии. Но мы хотим в этих рекомендациях указать, на что следует обращать внимание. Чем отличается казённое от бюджетного, от автономного? В чём риски перехода в тот или иной тип для конкретных учреждений?

Когда мы говорим о конкретных учреждениях, то здесь это даже прозвучало, по-моему, в выступлении Надежды Сергеевны, как пример малокомплектной школы. У нас в рекомендациях, в отраслевом разделе по образованию прямо написано, что малокомплектные школы, учитывая положение закона об образовании, учитывая наши рекомендации, должны финансироваться как казённые учреждения по смете. Однако то, что нормативы эти, на одного ученика там рассчитываются, для малокомплектной школы вряд ли будут правильными. И здесь мы не можем опять же дать в своих методических рекомендациях чёткое указание субъекту переводить их в казённое учреждение. Но мы говорим, что это, наверное, целесообразно, как один из инструментов при переводе.

И последнее, что я хотел бы сказать, такие рекомендации будут относиться к выбору типа, к определению нормативных затрат и так далее. Но ещё один риск, который тоже был озвучен, это то, что руководители учреждений, которые не всегда мотивированны и понимают суть федерального закона, будут злоупотреблять этим непониманием со стороны

своих коллег и говорить о каких-то положениях, которые идут вразрез с положениями самого закона.

Например, простой пример из жизни, который я люблю приводить. Мой приятель не из Москвы, из Красноярского края, недавно сказал: вызвала директор школы всех родителей и сказала, что с 2011 года все услуги школьные станут платными. Непонятно, сколько будем платить, пока конкретных положений не вышло, но тем не менее готовьте кошельки.

Вот такого рода вещи действительно нельзя допускать. Необходима ответственность учредителей для того, чтобы обязать руководителей подведомственных учреждений вести правильную политику в отношении разъяснений и положений федерального закона № 83.

**Председательствующий.** Уважаемые коллеги, позвольте завершить заседание нашего «круглого стола». Я бы хотела предоставить слово Владимиру Анатольевичу Зеленскому.

**Зеленский В. А.** Ну, я на самом деле всё-таки вскользь по поводу разграничения платного и бесплатного скажу, что мы тоже для себя этот 83-й закон расцениваем как закон, ужесточающий правила по оказанию платных услуг, нежели как закон, дающий учреждениям послабления. Потому что это дало нам, в том числе с нашими учреждениями, которые достаточно самостоятельны исторически, обсуждать тему цен на платные услуги, перечни, прејскуранты и так далее. И для нас это на самом деле очень важно.

Тема государственных гарантий и платных услуг в принципе для гражданина, действительно отдельная тема, и мы её будем обсуждать. И более того хочу подчеркнуть, что у нас в Конституции Российской Федерации есть право на бесплатную помощь, которую никто не собирается отменять. И нет у граждан права на услуги бесплатные, есть право на бесплатную помощь в целом. И мы в рамках новых основ ещё будем эту тему обсуждать.

В заключение хотел бы остановиться на нескольких вещах. Я абсолютно согласен с той позицией, которая была высказана, что гражданам, работникам учреждений не должно быть безразлично, это бюджетное, автономное или казённое учреждение. Это проблема управления, проблема директора, заместителя по экономике и бухгалтера. Всё остальное регулируется другими отношениями: отраслевыми законами и так далее.

Мы и ориентируем всех именно на то, что не он определяет уровень зарплаты, уволят или не уволят того или иного сотрудника, станет ли бесплатной или платной та или иная госуслуга. Отношение к 83-му закону не имеет ни одна из этих тем, это вопрос управления.

К вопросу о плюсах и минусах, появляется, или нет самостоятельность. Мы напишем любые методические рекомендации: и перечни услуг для регионов сделаем и с Минфином России отработаем, и примерные модельные нормативные акты сделаем. Если этот закон ориентирован на самостоятельность руководителей учреждений, в первую

очередь, наверное, необходимо говорить о самостоятельности в любой форме региональной и местной власти.

Если сидеть и ждать наши инструкции, когда они придут, потом их скопировать, подписать, как свой нормативный акт, тогда и директора учреждений будут такими же «самостоятельными». Здесь есть вопрос и квалификации, и обучения.

Но можно поддержать коллег из Минфина России в том, что этот закон для того, чтобы орган власти стал органом власти, а не просто переписчиком модельных документов, которые делает Федерация.

Последнее. Так же, как представитель самостоятельного органа власти, Олег Иванович приводил пример, что количество вызовов растёт, а деньги не меняются. Не закон в этом виноват. И без 83 закона, до того, как он был, у нас существовали нормативы программы госгарантий, вызовов, стоимости и так далее.

**Председательствующий.** Коллеги, я благодарна всем, кто принял участие в дискуссии, и выступающим, и задающим вопросы. И мы полагаем, что она очень полезна, потому что мы находимся на этапе начала реализации закона. И как он начнёт реализовываться, такова будет и его эффективность.

Я полагаю, что вопросы, которые затрагивают целесообразность и необходимость создания и опубликования, обеспечения субъектов Российской Федерации нормативно-правовыми документами, весьма актуальны.

Вопрос о нормативных документах, модельных актах, отраслевых министерств. И они должны быть, и должны этими документами быть обеспечены субъекты Российской Федерации.

Необходимость проведения образовательного процесса. На мой взгляд, это касается повышения квалификации, которая у нас есть и непрерывный этот процесс, самое главное, это выездные конференции. Их нужно будет провести в каждом регионе, их семь, по каждому округу, собирать финансистов, собирать наши министерства, департаменты здравоохранения, но без этого мы не сдвинемся дальше.

И я полагаю, что целесообразно параллельно проводить и подготовку со стороны руководителей лечебно-профилактических учреждений, без этого мы тоже с места не сдвинемся.

Вместе с тем информированность населения, бесспорно, нужна и важно этот процесс не только продолжать, его ещё надо эффективно начать, потому что люди должны знать, что их ждёт, не вот этот бум и ажиотаж по приватизации лечебных учреждений, по коммерциализации, а вот так, как есть. И мне кажется, в этом тоже мы должны с вами работать.

Чрезвычайно важна, и тема, которая затрагивалась, которая не имеет прямого отношения к определению, это платные услуги и программа госгарантий.

Вот мы сейчас приняли федеральный закон об обязательном медицинском страховании, сейчас пойдут основы в весеннюю сессию, мы их примем вначале, будем обсуждать, смотреть, примем, и я полагаю, что

в середине, где-то в апреле–мае мы проведём парламентские слушания. Первые слушания по 83-му закону, а ещё одни – по программе государственных гарантий и обеспечению платными и бесплатными услугами, и тогда мы с вами системно подойдём к тем реформам, которые идут в здравоохранение.

Я хотела бы всех поблагодарить за активное участие.

Благодарю вас, большое спасибо.

## Содержание

Материалы «круглого стола» на тему «О совершенствовании законодательства в сфере предупреждения распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)». 8 октября 2009 года .....	3
Рекомендации «круглого стола» .....	47
Материалы парламентских слушаний на тему «Законодательное регулирование сокращения потребления алкогольной продукции в Российской Федерации». 10 ноября 2009 года .....	53
Рекомендации парламентских слушаний .....	87
Материалы «круглого стола» на тему «Об охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации. Законодательные аспекты». 8 декабря 2009 года .....	92
Рекомендации «круглого стола» .....	126
Материалы «круглого стола» на тему «О законодательном регулировании обращения лекарственных средств в Российской Федерации». 11 марта 2010 года .....	131
Материалы парламентских слушаний на тему «Законодательное обеспечение реализации Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (первые итоги и перспективы)». 25 марта 2010 года .....	162
Рекомендации парламентских слушаний .....	190
Материалы «круглого стола» на тему «Совершенствование законодательства о предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации». 13 мая 2010 года .....	195
Материалы «круглого стола» на тему «Законодательное обеспечение инновационной политики в сфере здравоохранения: модернизация системы подготовки медицинских кадров, разработка и внедрение новых медицинских технологий». 25 ноября 2010 года .....	241
Резолюция «круглого стола» .....	273
Материалы «круглого стола» на тему «О механизме реализации 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 в сфере здравоохранения». 9 декабря 2010 года .....	278

Материалы парламентских слушаний  
и «круглых столов»,  
проведённых Комитетом Государственной Думы  
по охране здоровья  
в осеннюю сессию 2009 года,  
весеннюю и осеннюю сессии 2010 года

Редактор Кириленко Ю. П.  
Компьютерная вёрстка Рапоцевич М. В.

Подписано в печать 01.08.2011 г.  
Формат 70×100/16. Печ. л. 19,5. Печать офсетная.  
Тираж 500 экз. Заказ № 183.

Издательство и типография ЗАО «Гриф и К»  
300062, г. Тула, ул. Октябрьская, 81-а.